Conseil
Supérieur de la Santé

Le bien-être psychosocial des personnes âgées en maisons de repos (et de soins)

Avril 2026
N° 9861

Droits d'auteur

Conseil Supérieur de la Santé
Avenue Galilée, 5 bte 2
B-1210 Bruxelles

Tél.: 02/524 97 97
E-mail: info.hgr-css@health.fgov.be

Tous droits d'auteur réservés.
Veuillez citer cette publication de la façon suivante :
Conseil Supérieur de la Santé. Le bien-être psychosocial des personnes âgées en maisons de repos (et de soins). Bruxelles: CSS; 2026. Avis n° 9861.

La version intégrale de l'avis peut être téléchargée à partir de la page web: www.conseilsuperieurdelasante.be

Avec le support du :
Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement

Cette publication ne peut être vendue.

Conseil
Supérieur de la Santé

AVIS DU CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA SANTÉ N° 9861

Le bien-être psychosocial des personnes âgées en maisons de repos (et de soins)

In this scientific advisory report, which offers guidance to public health policy-makers, the Superior Health Council of Belgium provides recommendations on improving the psychosocial well-being, mental health care and quality of care for older adults living in residential care settings.

Version validée par le Collège du
1er avril 2026[1]

RÉSUMÉ

Cet avis du Conseil Supérieur de la Santé (CSS) s'intéresse au **bien-être psychosocial des personnes âgées** vivant en maison de repos ou maison de repos et de soins (MR/MRS), en particulier celles souffrant de **troubles psychiatriques et/ou neurocognitifs**. Les soins résidentiels pour personnes âgées en Belgique sont en effet soumis à une pression croissante en raison de la prévalence accrue d'habitant·e·s[2] atteint·e·s de troubles cognitifs et/ou de vulnérabilité psychiatrique, avec des conséquences majeures sur leur qualité de vie et sur le travail des soignant·e·s.

Les soins psychosociaux sont actuellement insuffisamment intégrés dans la réglementation, les mécanismes de financement, les normes et la formation du personnel des MR/MRS. Le rapport souligne les différences régionales, la réforme bruxelloise étant citée comme exemple illustratif d'un changement culturel plus large.
Katz et BelRAI, les **instruments d'évaluation** actuellement utilisés pour déterminer le niveau de soins et les besoins en soins des habitant·e·s en MR/MRS, présentent une sensibilité limitée pour détecter les vulnérabilités psychiatriques et psychosociales et ne tiennent pas suffisamment compte de la charge de soins supplémentaire associée aux modifications comportementales.
Le manque de **personnel qualifié**, combinée aux **contraintes organisationnelles**, réduit la capacité des établissements à répondre de manière adéquate aux besoins complexes des habitant·e·s. Le manque de collaboration avec les structures externes de santé mentale renforce cette difficulté.
L'organisation des soins reste également trop centrée sur le diagnostic médical, au détriment des **besoins psychosociaux et existentiels** des personnes âgées, ce qui entraîne des soins sous-optimaux, une utilisation accrue de médicaments et un impact négatif sur leur qualité de vie.

[1] Le Conseil se réserve le droit de pouvoir apporter, à tout moment, des corrections typographiques mineures à ce document. Par contre, les corrections de sens sont d'office reprises dans un erratum et donnent lieu à une nouvelle version de l'avis.
[2] Le terme habitant est employé comme équivalent au terme résident, soulignant que les maisons de repos constituent avant tout des lieux de vie.

Face à ces constats, le CSS propose une transformation profonde des pratiques et des politiques, basée sur un **changement de culture** et de leadership, axée sur **la participation, l'autonomie et la dignité**.

Il recommande notamment de **reconnaître l'impact des conséquences** des affections physiques et mentales dans le financement et les normes de personnel.
Il est en outre recommandé d'améliorer **l'environnement professionnel** de travail par une approche intégrée axée sur l'optimisation des tâches, **la collaboration interdisciplinaire, la formation continue et un soutien structurel**, afin que les soins puissent mieux répondre aux besoins complexes des habitant·e·s.
La mobilisation de diverses expertises au sein de l'équipe multidisciplinaire est essentielle, avec une attention particulière à une répartition claire des tâches et à la collaboration avec les médecins généralistes dans le cadre d'un modèle de soins intégré. Il faut ainsi prévoir la présence obligatoire de psychologues et de soignant·e·s ayant une expertise psychosociale dans chaque centre de soins résidentiels, proposer une formation structurelle pour tout le personnel soignant non seulement sur les troubles neurocognitifs, mais également sur la psychiatrie et les soins psychosociaux, et prévoir une collaboration fonctionnelle avec les réseaux de santé mentale et la mobilisation structurelle d'équipes mobiles.
Le CSS recommande, en outre, de **centrer davantage les soins sur la personne** et les relations, avec des plans personnalisés qui intègrent les besoins psychosociaux, existentiels, et favorisent l'autonomie. Des modèles de soins relationnels (tels que Tubbe, Montessori, Humanitude, Culture Change et Odette) et des méthodes de participation axées sur les relations (*Betekenisvolle Activiteiten Methode*, *Sense of Home*, *Woonleefwijzer*, *Trialoog* et le Cadre de Référence Démence) peuvent soutenir la mise en œuvre de ces plans à l'échelle de chaque institution. La littérature montre qu'il existe différents niveaux de preuves scientifiques pour la mise à disposition d'un ensemble d'interventions non pharmacologiques, telles que les interventions cognitives, les interventions basées sur l'activité physique, la musicothérapie, la réminiscence, la massothérapie, l'aromathérapie et la stimulation multisensorielle. Sur la base de ces constats, il est possible de répondre de manière proactive aux besoins et aux caractéristiques comportementales des personnes âgées dans les MR/MRS. De cette manière, l'usage excessif de psychotropes peut être réduit et la déprescription peut être encouragée de manière argumentée.

Le rapport insiste également sur l'importance **d'impliquer activement les proches et aidants proches** dans la planification et le suivi des soins, de renforcer les liens avec la communauté et de promouvoir l'inclusion et la diversité, tout en luttant contre l'âgisme et les stéréotypes liés à l'âge.

Pour cela, le CSS plaide pour **une révision du cadre de gouvernance**, des cadres d'agrément et des labels attribués aux institutions exemplaires, ainsi que pour un soutien accru à la recherche et à l'innovation, notamment par l'intégration de technologies numériques.

L'avis plaide donc pour une **approche intégrée biopsychosociale** des soins aux personnes âgées, mettant l'accent sur les **soins relationnels, la recherche de sens et la qualité de vie**. Cela nécessite des ajustements législatifs, financiers, de formation et organisationnels. Seule une **approche structurelle et interdisciplinaire** peut améliorer durablement le bien-être psychosocial des personnes âgées en centres de soins résidentiels, tout en soutenant les professionnel·le·s et en valorisant l'innovation.

TABLE DES MATIERES

Résumé 1
Table des matières 3
I Introduction et question 7
II Méthodologie 8
III Elaboration et argumentation 9
1 Défis actuels des MR/MRS 9
1.1 Besoins existentiels et quête de sens 9
1.2 Prévalence des troubles et complexité des besoins 9
1.3 Défis institutionnels et organisationnels 11
2 Bien-être psychosocial : législation, réglementation et supervision 11
2.1 Réglementation du financement des maisons de repos en fonction des profils de soins 11
2.2 Conditions et normes de reconnaissance pour les MR/MRS 12
2.3 Réglementation relative au soutien psychiatrique externe pour les MR/MRS 17
2.4 Conclusions 18
3 Bien-être psychosocial : impact de l'organisation des MR/MRS 19
3.1 Introduction 19
3.2 Evidence empirique et modèles de pratique existants 20
3.3 Partenariat avec les familles et les aidants proches 25
3.4 Conditions de travail, environnement de travail et encadrement 26
3.5 Conclusions 29
4 Bien-être psychosocial : formations du personnel 29
4.1 Apprentissage tout au long de la vie 29
4.2 Impact des formations 30
4.3 Niveaux de formation : savoir et savoir faire 31
4.4 Niveaux de formation : savoir-être 31
4.5 Méthodologie des formations 32
4.6 Recommandations 33
5 Bien-être psychosocial : facteurs environnementaux 34
6 Bien-être psychosocial : innovations technologiques 35
6.1 Innovations technologiques 35
6.2 Défis et considérations 37
7 Bien-être psychosocial : utilisation optimale des médicaments 37
7.1 Introduction 37
7.2 Champs d'action 38
7.3 Exemples de mise en œuvre de politiques et d'orientations futures 42
7.4 Conclusions 43
IV Recommandations 44

1 Conclusions 44
2 Recommandations 44
2.1 Message clé 44
2.2 Recommandations 44
V Références 49
VI Composition du groupe de travail 63

Mots clés et MeSH *descriptor terms*[3]

MeSH terms*	Keywords	Sleutelwoorden	Mots clés	Schlüsselwörter
Psychological Well-Being	Psychosocial well-being	Psychosociaal welzijn	Bien-être psychosocial	Psychosoziales Wohlbefinden
Nursing Homes	Nursing homes	Woonzorgcentra	Maisons de repos et de soins	Pflegeheime
Neurocognitive Disorders	Neurocognitive disorders	Neurocognitieve stoornissen	Troubles neurocognitifs	Neurokognitive Störunge
Mental disorders	Psychiatric disorders	Psychiatrische stoornissen	Troubles psychiatriques	Psychiatrische Störungen
Patient-Centered Care	Person-centered care	Persoonsgerichte zorg	Soins centrés sur la personne	Person-zentrierte Pflege
Psychosocial Intervention	Non-pharmacological interventions	Niet-farmacologische interventies	Interventions non pharmacologiques	Nicht-pharma-kologische Interventionen
Psychotropic Drugs	Psychotropic drugs	Psychofarmaca	Psychotropes	Psychotrope Arzneimittel

MeSH (Medical Subject Headings) is the NLM (National Library of Medicine) controlled vocabulary thesaurus used for indexing articles for PubMed http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh.

Liste des abréviations utilisées

AVIQ	Agence pour une Vie de Qualité
BPSD	*Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia*
CADeN	*Canadian Medication Appropriateness and Deprescribing Network* (Réseau canadien sur la pertinence et la déprescription des médicaments)
CBIP	Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique
CPS	Chambre de Protection Sociale
CSS	Conseil Supérieur de la Santé
CoMBI	*Cognitive Model for Behavioral Intervention* (modèle cognitif pour les interventions comportementales)
CoMBI-SMI	*Cognitive Model for Behavioral Intervention - Severe Mental Illness*
CWRASS	Code réglementaire wallon de l'Action sociale et de la Santé
DOSS	*Delirium Observation Screening Scale*
DSM	*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (France)
HPRD	*Hours Per Resident Day*
IA	Intelligence Artificielle
INAMI	Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité
IPA	Infirmier·ère de pratique avancée
IPT	Interventions psychosociales délivrées par la technologie
KCE	Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé
MCC	Médecin Coordinateur et Conseiller
MR (S)	Maison de repos (et de soins)
NIC	*Nursing Interventions Classification*
OMS	Organisation mondiale de la Santé

[3] Le Conseil tient à préciser que les termes MeSH et mots-clés sont utilisés à des fins de référencement et de définition aisés du scope de l'avis. Pour de plus amples informations, voir le chapitre « méthodologie ».

PPS	Planification préalable des Soins
SPAD	Soins psychiatriques à domicile
VAD	*Vlaams Expertisecentrum Alcohol en andere Drugs*
VBM	*Virtual Behavioral Medicine*
VIKZ	*Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg*
WZC	*Woonzorgcentrum*

I INTRODUCTION ET QUESTION

Lors de l'appel à thèmes pour le programme de travail du domaine de la santé mentale du CSS, la Haute Ecole Odisee a soumis une proposition concernant le bien-être psychosocial des personnes âgées en MR/MRS.

Les MR/MRS font en effet face actuellement à plusieurs défis pour répondre à la complexification des besoins psychiques et cognitifs des habitant·e·s, et garantir leur bien-être et la qualité de leur accompagnement dans un cadre de soins déjà soumis à d'importantes contraintes organisationnelles et structurelles.
Un environnement adapté et une prise en charge ciblée pourraient avoir une influence positive sur le bien-être des personnes âgées, et en particulier celles souffrant de troubles psychiatriques et/ou neurocognitifs. Une meilleure prise en compte de leurs besoins psychosociaux permettrait notamment de :

- réduire les symptômes comportementaux,
- contribuer à la stabilisation de leur santé mentale,
- promouvoir une utilisation plus adéquate des médicaments psychotropes,
- garantir une meilleure qualité de vie,
- réduire les transferts vers des services de psychogériatrie ou gérontopsychiatrie en hôpital pour des problèmes aigus de comportement ou de santé.

Les prestataires de soins dans les centres subiraient également moins de tension émotionnelle en conséquence des changements de comportement des personnes âgées. Cela augmenterait par ailleurs leur sentiment de compétence dans la prise en charge de comportements incompris.

Cette proposition a été définie comme prioritaire par le groupe permanent santé mentale du CSS et le Collège a décidé de lancer un avis de propre initiative.

Le but de cet avis est de définir **quelle prise en charge et quelles modifications dans l'environnement permettraient de mieux prendre en compte les besoins psychosociaux et d'ainsi améliorer le bien-être des personnes âgées en MR/MRS**.
Il vise à proposer des stratégies fondées sur des données probantes pour renforcer le bien-être des habitant·e·s des MR/MRS en Belgique. L'avis aura une attention particulière pour les personnes présentant des troubles psychiatriques et/ou neurocognitifs, mais les enjeux psychosociaux identifiés (quête de sens, relations, autonomie, participation, qualité de vie, etc.) concernent l'ensemble des habitant·e·s, et les recommandations formulées dans l'avis visent ainsi tous les habitant·e·s.

II MÉTHODOLOGIE

Après analyse de la demande, le Collège et le président du groupe de travail ont identifié les expertises nécessaires. Sur cette base, un groupe de travail *ad hoc* a été constitué, au sein duquel des expertises en gériatrie, kinésithérapie, médecine, neurologie, psychologie, psychiatrie, psychomotricité, soins infirmiers étaient représentées. Les experts de ce groupe ont rempli une déclaration générale et *ad hoc* d'intérêts et la Commission de Déontologie a évalué le risque potentiel de conflits d'intérêts.

L'avis est basé sur une revue de la littérature scientifique, publiée à la fois dans des journaux scientifiques et des rapports d'organisations nationales et internationales compétentes en la matière (*peer-reviewed*), ainsi que sur l'opinion des experts.

Afin d'identifier comment l'organisation interne des MR/MRS peut améliorer la prise en charge et le bien-être psychosocial des habitant·e·s souffrant de fragilité psychiatrique et/ou de trouble cognitif (chapitre 3), une **recherche de littérature** a été effectuée. La question de la recherche portait sur **la manière dont l'organisation interne des MR/MRS peut améliorer les soins et le bien-être psychosocial des habitant·e·s présentant une vulnérabilité psychique et/ou une démence.**
La **population visée** comprenait les habitant·e·s de MR/MRS présentant

- des troubles neurocognitifs tels que la maladie d'Alzheimer, la démence fronto-temporale, la démence vasculaire, la démence à corps de Lewy et la maladie de Parkinson ;
- des profils à risque tels que les deuils multiples, les idées suicidaires, le sentiment de solitude ;
- et des profils psychiatriques âgés de moins de 70 ans.

La littérature a été sélectionnée (revues, méta-analyses : cinq dernières années ; essais randomisés : trois dernières années) sur la base de sa pertinence pour les questions de recherche. Au total, les conclusions scientifiques de 59 articles et de 1 374 études de différents types (quantitatives, qualitatives, méthodes mixtes, évaluation économique) ont été prises en considération. En outre, des enseignements issus d'études portant sur l'alimentation et les troubles de la personnalité comorbides (études de cas et études pilotes) ont été ajoutés.
Étant donné que différents types de protocoles méthodologiques ont été inclus dans la recherche, aucun niveau de preuve n'a été indiqué dans le texte, sauf lorsqu'il était fait référence aux méta-analyses.

Après approbation de l'avis par le groupe de travail (et par le groupe permanent santé mentale), le Collège a validé l'avis en dernier ressort.

III ELABORATION ET ARGUMENTATION

1 Défis actuels des MR/MRS

1.1 Besoins existentiels et quête de sens

Le déménagement en MR/MRS s'accompagne souvent d'émotions et de sentiments négatifs tant pour les personnes âgées que pour leurs aidants (Groenvynck et al., 2022). Cette transition implique des changements profonds qui peuvent affecter fondamentalement le sens de la vie d'une personne et peuvent même conduire à une crise existentielle.

La quête de sens est le processus actif par lequel les êtres humains font l'expérience de la signification, des buts et de la cohérence de leur vie. Il s'agit d'un besoin humain fondamental qui touche à nos questions existentielles les plus profondes et nous permet de faire l'expérience de la vie comme précieuse, même dans des circonstances difficiles. La quête de sens contient cinq dimensions fondamentales : la dimension cognitive (qu'est-ce que cela signifie pour moi ?), la dimension émotionnelle (qu'est-ce qui me donne satisfaction ?), la dimension motivationnelle (pourquoi est-ce que je vis ?), la dimension relationnelle (comment suis-je intégré aux autres ?) et la dimension transcendantale (comment ma vie s'inscrit-elle dans une réalité plus vaste ?).

Une étude récente a révélé que seulement 31 % des personnes résidant en MR/MRS s'y sentaient « chez elles » (Cater et al., 2022). Il est important de se sentir chez soi dans une MR/MRS, car cela renforce le sentiment de reconnaissance, d'indépendance et d'individualité des habitant·e·s, des qualités essentielles pour tous les habitant·e·s, y compris celles et ceux atteint·e·s de trouble cognitif (Board & McCormack, 2018 ; Groenvynck, 2023 ; Leino et al., 2023 ; Rijnaard et al., 2016). Une enquête récente du *Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg* (Institut flamand pour la qualité des soins - VIKZ) et de *l'Expertisecentrum Dementie Vlaanderen* (Centre d'expertise sur la démence, 2025) a révélé que respectivement 49 % et 40 % des habitant·e·s n'ont déclaré que rarement ou jamais se sentir en lien avec d'autres habitant·e·s ou soignant·e·s, et que seulement 61 % des habitant·e·s ont participé à des activités perçues comme porteuses de sens.

Dans une culture qui glorifie la jeunesse et la productivité, les personnes âgées, en particulier celles qui deviennent dépendantes, peuvent aussi avoir l'impression qu'elles « ne comptent plus » ou qu'elles « sont un fardeau », des perceptions qui minent directement leur estime d'elles-mêmes et peuvent mener à une perte de sens de leur vie. La dépression et l'anxiété peuvent également toutes deux se caractériser par une capacité perturbée à construire un sens positif à partir des expériences de la vie, conduisant à un sentiment général d'insignifiance et constituant une menace directe pour le bien-être existentiel. Elles peuvent aussi empêcher les habitant·e·s de s'engager dans des activités et des relations significatives.

Les maladies chroniques et les handicaps physiques, fréquents chez les habitant·e·s des MR/MRS, constituent des défis importants pour ressentir une vie pleine de sens (Dezutter et al., 2013). De plus, la création de sens et la santé mentale sont étroitement liées. D'une part, une perte de sens peut donner lieu à un mal-être, à une détresse et à des symptômes psychiatriques. D'autre part, les troubles psychiatriques peuvent profondément miner la capacité à ressentir du sens à sa vie. Cette interconnexion met en évidence la nécessité d'une approche intégrée qui met l'accent sur la quête de sens et les besoins existentiels dans les MR/MRS pour prévenir et traiter les problèmes de santé mentale chez les habitant·e·s.

1.2 Prévalence des troubles et complexité des besoins

Les MR/MRS font face à des pressions liées à la complexité des besoins de leurs habitant·e·s, ce qui peut avoir des conséquences négatives pour ces derniers comme pour les

soignant·e·s. Les profils de soins des habitant·e·s qui emménagent dans des MR/MRS évoluent. Le nombre d'habitant·e·s en MR/MRS présentant des vulnérabilités psychiques (conformément au continuum de santé mentale utilisé par l'OMS[4]) augmente progressivement. Alors que le pourcentage d'habitant·e·s avec un profil de soins « léger » diminue, le pourcentage d'habitant·e·s atteint·e·s de troubles cognitifs et/ou présentant une vulnérabilité psychiatrique augmente. Trois études récentes en Belgique (Boyals & Bronfort, 2023; Vander Elst et al., 2024 ; Gillis et al., 2025) indiquent ainsi qu'une partie significative des habitant·e·s souffre de vulnérabilité psychique, souvent en combinaison avec la démence, et que les comportements problématiques et la forte consommation de médicaments sont fréquents. Ainsi, en Flandre, 49,7 % des habitant·e·s présentent au moins un diagnostic confirmé de trouble psychiatrique ou neurocognitif, et 17,5 % ont eu un diagnostic psychiatrique documenté au cours de leur vie (Gillis et al., 2025). Le trouble le plus fréquent est le trouble dépressif majeur (8,2 % à 18,9 %), suivi des troubles liés à l'usage de substances (5,0 %), des troubles anxieux (1,4 % à 5,0 %) et des troubles psychotiques (2,7 %) (Gillis et al., 2025). Plus de la moitié des habitant·e·s présentant un trouble psychiatrique souffrent également d'une forme de démence (Gillis et al., 2025).
Cette prévalence des troubles mentaux en MR/MRS est nettement supérieure à celle observée chez les personnes âgées vivant dans la communauté, ce qui s'explique en partie par des effets de sélection : les résident·e·s des MR/MRS sont admis·e·s en raison de besoins de soins plus importants[5]. La sélection vers des structures résidentielles entraîne donc une vulnérabilité psychique et cognitive plus élevée dans cette population que dans la population âgée générale.

Malgré ces taux de prévalence élevés, les chiffres réels sont probablement sous-estimés en raison de la sous-déclaration et du sous-diagnostic (Gutiérrez-Rojas et al., 2020). Le trouble dépressif majeur, par exemple, est souvent sous-diagnostiqué parce que ses symptômes peuvent être masqués par une maladie chronique et la douleur, et parce que les soignant·e·s peuvent normaliser les symptômes dépressifs (comme le chagrin ou le repli sur soi) en les considérant comme une partie naturelle du vieillissement ou comme typiques des personnes atteintes de troubles cognitifs ou de santé mentale (Baldwin, 2000 ; Heok, 2008 ; Gillis et al., soumis). À l'inverse, la dépression, les troubles anxieux, les addictions, les psychoses ou les troubles de la personnalité peuvent masquer des maladies chroniques sous-jacentes. Ce masquage réciproque met en évidence la complexité du diagnostic ainsi que la nécessité d'une approche multidisciplinaire et rigoureuse de la santé psychique et physique chez les habitant·e·s âgé·e·s des MR/MRS.

Il est en outre essentiel de souligner que des troubles cognitifs marqués, cliniquement interprétés comme une démence débutante ou sous-jacente, sont très fréquents chez les adultes âgés souffrant de troubles psychiatriques sévères. Le déclin cognitif peut ici avoir aussi bien une cause neurodégénérative primaire qu'être secondaire à une vulnérabilité psychique chronique, ce qui fait que les frontières entre problématiques psychiatriques et cognitives tendent à s'estomper dans cette population. La comorbidité reflète souvent l'intensité des besoins de soins et constitue un indicateur important pour estimer la lourdeur

[4] https://www.who.int/data/gho/data/themes/theme-details/GHO/mental-health
[5]Un réseau de soins à domicile mieux développé et mieux coordonné (y compris les soins de santé mentale de première ligne) pourrait contribuer à permettre aux personnes âgées de vivre plus longtemps à domicile et à retarder ou réduire une admission en structure résidentielle. Notons cependant qu'une admission en MR/MRS n'est pas nécessairement le « pire scénario ». Pour de nombreuses personnes âgées, en particulier celles vivant seules et confrontées à une vulnérabilité mentale ou psychosociale accrue, un cadre résidentiel peut offrir davantage de sécurité, de continuité des soins, de lien social et de qualité de vie que le maintien à domicile. Les soins résidentiels pour personnes âgées ne constituent donc pas l'aboutissement d'une hiérarchie de formes de soins, mais un maillon à part entière dans un continuum de prise en charge. La forme de soins la plus appropriée dépend toujours des besoins individuels, des capacités personnelles, du contexte et des préférences de la personne âgée.

des soins requis par les habitant·e·s. Cela souligne l'importance d'approches intégrées tenant compte à la fois des dimensions psychiques et cognitives.

1.3 Défis institutionnels et organisationnels

Ces troubles ont un impact majeur sur leur qualité de vie, mais aussi **sur le travail des soignant·e·s**. Le personnel rencontre des difficultés à reconnaître et à gérer ces problèmes complexes, en partie à cause d'un manque de formation spécialisée et d'une collaboration insuffisante avec les organisations externes de santé mentale. En outre, le financement est insuffisant pour reconnaître la charge de soins supplémentaire que représentent les changements de comportement qui sont associés à ces difficultés. Ce manque de ressources et de personnel qualifié provoque souvent des réponses qui se concentrent sur le problème et les diagnostics médicaux (médication psychotrope, orientation vers un service de psychogériatrie ou de gérontopsychiatrie) et pas suffisamment sur les besoins psychosociaux individuels des personnes âgées, ce qui entraîne une diminution de leur qualité de vie.

Sur le plan individuel, la détresse émotionnelle, le sentiment d'inutilité et les difficultés à établir des rapports interpersonnels nuisent à la capacité des infirmier·ère·s à fournir des soins efficaces (Artis & Smith, 2013 ; Plant & White, 2013 ; Weiland et al., 2016 ; Zolnierek & Clingerman, 2012). À l'échelle institutionnelle, les infirmier·ère·s ont signalé un manque d'éducation et de formation sur la maladie mentale pendant leurs études et leur pratique professionnelle, ce qui peut entraîner des connaissances et des compétences limitées pour offrir un soutien et un traitement appropriés (Tyerman et al., 2021 ; Zolnierek & Clingerman, 2012).

Ces difficultés sont également enracinées dans des **opinions négatives et stéréotypées** à propos des personnes âgées dans notre société, ce qui reflète l'âgisme sous-jacent. La qualité des soins peut également être compromise par les potentiels stéréotypes des professionnel·le·s de la santé, selon lesquels les personnes atteintes de maladie mentale sont incompétentes, imprévisibles, perturbatrices ou violentes (Brunero & Lamont, 2016 ; Seeman et al., 2016). Une telle stigmatisation peut entraîner l'isolement, l'exclusion, la maltraitance, des erreurs d'attributions diagnostiques et du rejet dans les milieux de soins de santé (Vaghee et al., 2017 ; OMS, 2012). Une revue systématique de Tyerman et al. (2021) a révélé que la stigmatisation et la discrimination affectent considérablement les soins infirmiers pour les personnes atteintes de maladie mentale. Ce phénomène est alimenté par des fausses connaissances concernant les pathologies, leurs symptômes et les comportements qui y sont liés, influençant négativement les attitudes et les pratiques des soignant·e·s à l'égard de cette population. Ces attitudes des soignant·e·s ont, par conséquent, un impact sur les comportements adoptés par les habitant·e·s.

Enfin, le **modèle biomédical dominant** des soins dans les MR/MRS peut conduire à ce que Derkx (2011) décrit comme une réduction de la personne âgée à un « ensemble de besoins en soins » plutôt qu'à un individu unique ayant des objectifs de vie personnels et des questions existentielles. Une attention excessive portée aux soins physiques se fait souvent au détriment des besoins spirituels et existentiels des habitant·e·s, en particulier chez les personnes atteintes de démence.

2 Bien-être psychosocial : législation, réglementation et supervision

2.1 Réglementation du financement des maisons de repos en fonction des profils de soins

En Belgique, le financement des MR/MRS se fait en fonction des profils de soins (en Wallonie, les normes d'encadrement en personnel de soins et de réactivation sont fixées par l'AVIQ (annexe 120 du Code Réglementaire Wallon de l'Action Sociale et de la Santé - CRWASS) ; en Flandre par le *Departement Zorg* et à Bruxelles par Iriscare).

Les besoins en termes de soins sont déterminés principalement à l'aide de l'échelle de Katz, qui évalue la dépendance et l'autonomie de l'habitant en attribuant un score relatif à plusieurs domaines de vie tels que l'hygiène personnelle, la mobilité, l'alimentation. L'échelle de Katz inclut une évaluation de la désorientation dans le temps et l'espace, un facteur important pour déterminer les besoins spécifiques des patients. Mais cela reste insuffisant pour évaluer les vulnérabilités psychiatriques.
Les données récoltées avec les échelles de Katz permettent de calculer la subvention de base pour les soins, ainsi que le montant que l'établissement peut facturer par habitant et par jour aux mutuelles.
Étant donné que l'échelle de Katz n'est pas suffisamment sensible pour **évaluer les besoins de soins** des personnes âgées vulnérables sur le plan psychiatrique (en général, elle leur donne un profil normal), l'admission d'un habitant avec ce profil a un impact négatif sur le calcul de la subvention de base pour les soins.

2.2 Conditions et normes de reconnaissance pour les MR/MRS

2.2.1 Cadre

Les interprétations normatives de 2017 (INAMI) fournissent une explication détaillée des conditions et normes de reconnaissance pour les *woonzorgcentra* (WZC) en Flandre, les MR/MRS à Bruxelles et en Wallonie et les centres de courts séjours.
Il existe différents types de reconnaissances complémentaires pour les MR/MRS. Les principales formes sont la reconnaissance complémentaire générale et la reconnaissance spécifique pour la prise en charge des personnes atteintes de démence précoce. Cette reconnaissance particulière implique également des exigences supplémentaires en matière de personnel.

En Flandre, la communication procédurale de juin 2021 émanant du cabinet du ministre Beke[6] informe les partenaires sociaux de l'accord VIA 6 relatif aux soins résidentiels pour personnes âgées, en mettant l'accent sur les mesures de qualité ainsi que sur les modifications des normes et composantes de financement à partir de juillet 2021.
L'arrêté du Gouvernement flamand du 28 juin 2019 (communément appelé « arrêté de base »), actualise la programmation, les conditions de reconnaissance et le régime de subvention des établissements de soins résidentiels et des associations de soutien aux aidants proches. Une analyse met en lumière les nouvelles dispositions et les changements par rapport à l'arrêté de base de 2009[7].
L'arrêté de base contient des dispositions concernant l'obtention et le maintien tant de la reconnaissance complémentaire pour une MR/MRS que de la reconnaissance spécifique pour l'offre de soins spécialisés à des publics cibles spécifiques.

À Bruxelles, le cadre réglementaire des MR/MRS est basé sur l'Ordonnance du 24 avril 2008, complétée par les arrêtés du Collège réuni de la Commission communautaire commune. Une réforme importante a été adoptée le 18 janvier 2024, avec l'entrée en vigueur des nouvelles normes d'agrément au 1er septembre 2024. Cette réforme a pour objectif central de réaliser un changement de culture au sein des MR/MRS, en plaçant à la fois le bien-être des personnes âgées et les conditions de travail du personnel au cœur des priorités.
La réforme met l'accent sur deux points principaux. Premièrement, elle vise la transformation des établissements en de véritables lieux de vie pour les personnes âgées. Les nouvelles normes encouragent le passage d'un modèle centré sur les soins vers des lieux d'habitation où l'autonomie, la liberté de choix et la participation des résidents occupent une place centrale. Concrètement, cela signifie que les capacités des résidents sont activement valorisées et stimulées, et qu'ils sont impliqués dans les activités quotidiennes, telles que la planification

[6] https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/2022-04/VIA%206%20OZ%20-%20procescommunicatie%20sociale%20partners_0.pdf
[7] https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/2022-04/oplijsting%20wijzigingen%20Stambesluit%2020-05-2021.pdf

des menus, des horaires ou la participation à des initiatives sociales et culturelles. Les principes des méthodes Tubbe et Montessori servent de fil conducteur : par exemple, les résidents sont accompagnés vers les espaces plutôt que d'être transportés passivement, et la démocratie interne de l'établissement est renforcée. De plus, l'ouverture vers le quartier est encouragée, notamment par des collaborations avec des associations locales, des écoles ou des initiatives culturelles. Deuxièmement, la réforme ambitionne de créer des lieux de travail stimulants et attractifs pour le personnel.
Pour accompagner la mise en œuvre de cette réforme, Iriscare met à disposition un ensemble complet d'outils de soutien. Celui-ci comprend un vade-mecum, des documents explicatifs et des briefings sur les nouvelles normes, des webinaires et du matériel de présentation adapté aux différentes catégories de personnel, ainsi que la plateforme en ligne gratuite « *It takes a village* », qui propose coaching, outils et échanges de bonnes pratiques. Le projet « *It takes a village* », développé en collaboration avec la Fondation Roi Baudouin, prévoit en outre des sessions d'accompagnement et des sources d'inspiration autour des méthodes Tubbe et Montessori.

En Wallonie, c'est l'AVIQ qui est compétente pour la reconnaissance des MR/MRS, et elle a publié l'annexe 120 du CWRASS reprenant les normes pour les MR/MRS (agrément, financement, normes d'encadrement et fonctionnement intérieur). Certaines MR/MRS disposent d'une unité adaptée ou d'accueil en journée à destination des aînés présentant des troubles cognitifs[8]. Il s'agit d'une unité architecturale spécifique qui héberge de jour comme de nuit des personnes avec troubles cognitifs. Cette unité est intégrée au sein d'une MR/MRS, et d'une capacité maximale de 30 résidents. L'unité adaptée favorise l'autonomie individuelle par la participation des résident·e·s aux activités de la vie journalière et l'autonomie collective par la mise en place d'animations de loisirs et thérapeutiques adaptées.

La chambre de protection sociale (CPS) peut, pour des raisons de soins appropriés, décider de transférer une personne internée vers un autre établissement. Il arrive que des personnes internées soient admises dans des MR/MRS. À ce jour, **il n'existe cependant aucune reconnaissance ni conditions ou normes associées pour les MR/MRS qui accueillent des personnes internées[9].**

Outre les normes cliniques et organisationnelles, la politique d'accès aux droits est également cruciale. Les MR/MRS doivent informer activement les habitant·e·s de leurs droits, parmi lesquels l'accès au service de médiation, le droit au traitement des plaintes, la participation aux décisions, les mesures restrictives de liberté conformes aux cadres légaux, ainsi que le maintien des droits politiques, tels que le droit de vote. Ces éléments sont essentiels pour garantir l'autonomie, la dignité et la participation.

Outre les normes d'agrément et de qualité, les MR/MRS, en tant qu'employeurs, sont soumises à la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs, qui impose notamment une politique de prévention des risques psychosociaux.

2.2.2 Réglementation relative aux qualifications du personnel

Chaque MR/MRS doit désigner un **médecin coordinateur et conseiller** (MCC). En outre, les MR/MRS doivent disposer de personnel infirmier et soignant conformément aux normes régionales ainsi qu'aux normes de reconnaissance particulières ou supplémentaires.

En Flandre, la réglementation et les normes mentionnent les **psychologues** en MR/MRS dans divers contextes. Bien qu'aucun nombre explicitement obligatoire de psychologues ne

[8] https://www.aviq.be/fr/hebergement/aines/accompagnement-des-troubles-cognitifs-en-maison-de-repos
[9] https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article.pl?language=fr&sum_date=2014-07-09&lg_txt=f&pd_search=2014-07-09&s_editie=&numac_search=2014009316&caller=&2014009316=&view_numac=2014009316n

soit requis pour l'agrément général, les dispositions relatives au membre du personnel chargé de la réactivation, à l'agrément spécifique pour la démence précoce, au soutien psychosocial et au dossier psychosocial soulignent l'importance de l'expertise psychologique. En période de pénurie de personnel, il est toutefois essentiel de se concentrer sur la contribution qualitative de ces fonctions, plutôt que d'imposer strictement des profils professionnels obligatoires. De cette manière, l'impact de l'expertise psychologique sur la qualité des soins peut être garanti, même si les fonctions sont remplies de manière flexible.
Bien que des personnes ayant une formation en psychologie puissent parfois être mobilisées en remplacement d'un équivalent temps plein infirmier, il convient d'être prudent quant au mélange des tâches. Psychologues et infirmier·ère·s apportent chacun·e une contribution spécifique : les psychologues soutiennent le bien-être psychique et les fonctions cognitives, tandis que les infirmier·ère·s sont responsables des soins physiques et du suivi médical. Combiner ces rôles ne garantit pas automatiquement la qualité de chacune des disciplines, même si la permanence infirmière reste formellement assurée.

En résumé, la réglementation considère les psychologues internes et le personnel formé en psychologie comme faisant partie intégrante de l'équipe multidisciplinaire, avec des missions spécifiques axées sur la réactivation, les soins aux personnes atteintes de démence précoce et le soutien psychosocial général. Au sein des MR/MRS, différentes tâches psychologiques sont nécessaires pour garantir la qualité des soins et le bien-être des habitant·e·s. Certain·e·s psychologues se concentrent sur l'accompagnement quotidien et le bien-être psychosocial des habitant·e·s au sein de l'établissement, tandis que d'autres psychologues réalisent des missions plus spécialisées, telles que la démarche diagnostique, la thérapie ou la consultation, souvent en collaboration avec des médecins spécialistes, notamment des psychiatres. La distinction ne dépend donc pas tant du statut interne ou externe du professionnel, mais plutôt du type de fonction exercée, afin que l'ensemble des besoins psychologiques indispensables soit adéquatement couvert.

En Wallonie et à Bruxelles, il n'y a pas de réglementation concernant l'intégration de psychologues dans l'équipe pluridisciplinaire. À Bruxelles, l'accompagnement psychosocial est renforcé depuis l'Arrêté du Collège réuni du 18 janvier 2024 qui prévoit une augmentation du personnel de réactivation et d'accompagnement (notamment des psychologues, logopèdes, éducateurs, kinésithérapeutes et diététiciens).

2.2.3 Réglementation relative à la formation du personnel dans les MR/MRS

(a) Cadre

La formation du personnel (soins et services) en MR/MRS est soumise à une obligation européenne, fédérale et régionale.

(b) Formation aux soins pour les personnes atteintes des troubles cognitifs

Pour une MR/MRS disposant d'une reconnaissance spécifique pour une unité destinée aux personnes atteintes de démence précoce, il existe des exigences particulières en matière de personnel. Pour 25 habitants, il est prévu un supplément de 0,5 équivalent temps plein, composé de personnel disposant d'un diplôme d'assistant social, d'infirmier social, d'orthopédagogue, de master en psychologie ou d'un diplôme équivalent, et titulaire du certificat de « **personne de référence en démence** ». La formation de personne de référence en démence est une formation sanctionnée par un certificat. Elle permet au membre du personnel qui l'a suivie avec succès de bénéficier d'une valorisation salariale pouvant aller jusqu'à 16 années d'ancienneté. Cela illustre le fait que les soins spécialisés aux personnes atteintes de démence requièrent des compétences spécifiques et un certificat reconnu.

En Wallonie, la personne de référence en démence organise des formations à destination du personnel soignant et du personnel de réactivation, portant notamment sur la prise en charge des résident·e·s souffrant de troubles cognitifs et sur les approches non médicamenteuses.

À Bruxelles, les normes d'agrément entrées en vigueur le 1er septembre 2024 renforcent la structuration et la coordination de la fonction de référent·e en démence. Le réseau des référent·e·s bénéficie désormais d'un financement dédié par Iriscare.

En Wallonie et à Bruxelles, une formation générale obligatoire sur les troubles cognitifs (dont la démence) est également prévue pour l'ensemble des prestataires de soins exerçant en MR/MRS.

En Flandre, la « formation en démence » est mentionnée dans le cadre du VIA6 comme un élément de financement de la protection sociale flamande. Cela témoigne d'une attention particulière portée à la formation en matière de démence. Toutefois, le document ne précise pas s'il s'agit d'une formation obligatoire pour l'ensemble des prestataires de soins[10].

(c) Formation aux soins pour les personnes présentant une vulnérabilité psychiatrique

Il **n'existe pas de formation spécifique obligatoire en soins psychiatriques** pour l'ensemble du personnel des MR/MRS. Toutefois, la réglementation montre que le soutien psychosocial constitue un aspect important des soins à fournir. Cela implique que le personnel doit disposer des compétences nécessaires pour y répondre.
La réglementation prévoit des consultations par des psychiatres ainsi que des séances de traitement psychothérapeutique assurées par ceux-ci, ce qui indique que les habitant·e·s des MR/MRS peuvent avoir accès à des soins psychiatriques spécialisés. Cela ne signifie toutefois pas que le personnel de base doive disposer d'une formation spécifique en psychiatrie. Bien que certain·e·s psychiatres puissent avoir une spécialisation complémentaire en démence, cela ne constitue pas la norme. Il serait souhaitable que des compétences de base en soins cognitifs et psychiques soient également intégrées pour les psychologues et les infirmier·ère·s.
Par ailleurs, pour les infirmier·ère·s, l'approche personnelle et sociale demeure une **compétence générique**, essentielle au bien-être des habitant·e·s, indépendamment de l'accessibilité de consultations spécialisées.

2.2.4 Réglementation relative à la qualité des soins dans les MR/MRS

En Belgique, la réglementation relative à la **qualité des soins** dans les MR/MRS relève des trois régions, qui définissent chacune leurs propres normes d'agrément et de fonctionnement. Malgré certaines différences, elles imposent toutes la surveillance d'indicateurs de qualité essentiels. Les établissements doivent ainsi enregistrer systématiquement des données telles que le nombre d'escarres, les infections liées aux soins, les chutes, l'incontinence et l'utilisation de mesures de contention ou d'isolement.
Les MR/MRS sont également tenues de développer une politique qualité couvrant plusieurs domaines importants : les soins aux personnes vivant avec une démence, la gestion des troubles du comportement, la prévention des chutes et des escarres, la prévention des infections, la gestion des mesures restrictives, les soins bucco-dentaires, la dénutrition ou encore les soins palliatifs et de fin de vie. La mise en œuvre de ces politiques implique une évaluation régulière des résultats, l'élaboration de mesures correctrices ainsi que l'analyse des plaintes, considérée comme un indicateur supplémentaire du fonctionnement et de la qualité des soins.

[10] https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/2022-04/VIA%206%20OZ%20-%20procescommunicatie%20sociale%20partners_0.pdf

Certaines spécificités régionales complètent ce cadre général.

En Flandre, l'utilisation du BelRAI est obligatoire : chaque établissement doit évaluer la charge de soins de l'habitant dans les 8 semaines suivant l'admission afin d'assurer une planification et un suivi cohérents. En outre, le *Vlaamse Ouderenraad* et le *Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg* organisent une enquête de qualité dans les maisons de repos flamandes, où la satisfaction des utilisateurs est considérée comme un indicateur important de la qualité, donnant un aperçu de l'expérience des habitant·e·s.
En Wallonie et à Bruxelles, des mécanismes équivalents de suivi de la qualité existent à travers les inspections régionales et les obligations de politique interne.

2.2.5 Supervision des réglementations concernant la qualité des soins

Les principales instances de contrôle sont l'Inspection des soins (Flandre), Iriscare (Bruxelles) et AVIQ (Wallonie). Afin de garantir aux habitant·e·s des soins de qualité, plusieurs structures de contrôle existent, allant d'un contrôle strict (Inspection des soins, Iriscare et AVIQ) à un contrôle à la fois évaluatif et qualitatif (AVIQ).

En outre, il existe en Flandre la *Woonzorglijn* (Ligne Maison de Repos), un canal de communication entre les citoyens flamands et le *Departement Zorg*. Cette ligne fournit des informations et des conseils, et traite les plaintes concernant les établissements de soins résidentiels pour personnes âgées. Senoah ASBL (Wallonie) et InforHomes (Bruxelles) jouent le même rôle d'information, de conseil et de gestion de plaintes.

En Flandre, le VIKZ a pour objectif de rendre la qualité des soins et la sécurité des patients plus transparentes et de les améliorer dans divers secteurs des soins de santé et des soins résidentiels flamands. Via le site *Zorgkwaliteit.be*, il offre une plateforme permettant aux citoyens de s'informer sur la qualité des soins mesurée. Des informations scientifiquement fondées y sont présentées à l'aide d'ensembles d'indicateurs de qualité.
Le VIKZ, le *Vlaamse Ouderenraad* et *l'Expertisecentrum Dementie Vlaanderen* collaborent autour du thème 'Qualité de vie, d'habitat et de soins dans les maisons de repos flamandes'. Ils travaillent au développement d'une méthodologie scientifiquement étayée et économiquement efficiente pour mesurer la qualité de vie, d'habitat et de soins telle qu'elle est vécue par les habitant·e·s et leurs proches. Cela inclut une méthode d'observation spécifiquement destinée à évaluer la qualité de vie des habitant·e·s atteint·e·s de démence avancée.

2.2.6 Réglementation relative à la qualité des soins médicaux dans les MR/MRS

Chaque MR/MRS doit disposer d'un accord avec un **médecin coordinateur et conseiller** (CRA), qui collabore avec la direction et l'équipe de soins à l'élaboration et à l'évaluation de la politique de soins.

Les responsabilités des MCC incluent le soutien aux médecins généralistes dans les soins médicaux complexes des habitants individuels, l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique médicale pour l'ensemble ou une sous-population des habitants, la stimulation de la collaboration entre l'équipe soignante, la direction, le pharmacien fournisseur, les médecins traitants et les autres prestataires de soins et de bien-être, ainsi que le développement de relations fonctionnelles solides en dehors de la MR/MRS, afin de faciliter l'accès aux expertises et ressources disponibles dans le réseau.

La politique médicale comprend notamment une politique en matière de maladies infectieuses, une politique pharmaceutique et une politique éthique des soins. Le rôle du MCC dans la politique pharmaceutique est de coordonner et d'ajuster la politique de soins pharmaceutiques, et de promouvoir et organiser l'utilisation de méthodes non

pharmacologiques dans la MR/MRS, notamment lorsqu'elles peuvent servir d'alternative à la médication, en concertation avec les prestataires concernés.
Les MCC suivent une formation de base spécifique et poursuivent une formation continue afin d'acquérir des connaissances et compétences en soins aux personnes âgées et en qualité des soins à l'échelle de la population. La formation de base comprend six modules, met fortement l'accent sur la prévention, valorise la collaboration avec le gériatre et positionne le MCC comme figure de liaison entre la direction, l'équipe soignante, les médecins visiteurs, les spécialistes, les pharmaciens, les psychologues et les autres disciplines de soins et de bien-être présentes dans la MR/MRS (développement de relations fonctionnelles en réseau). Actuellement, la Flandre travaille également sur le concept de « médecin référent en matière de démence ». Ces médecins (31 à l'heure actuelle) ne sont pas seulement là pour l'intervision entre collègues, mais aussi pour la création d'un réseau permettant un partage maximal des connaissances avec d'autres professionnel·le·s de la santé. Certains de ces médecins référents sont également des MCC.

Le MCC a aussi, outre sa mission d'intermédiaire entre toutes les parties (direction, personnel, familles, habitant, médecin traitant), une mission de formation envers toutes les catégories. Le concept de cette démarche s'inscrit dans le projet d'établissement d'amélioration de la qualité de vie des habitant·e·s et de la qualité des soins qui sont prodigués. Le MCC est co-garant de la promotion d'une politique de formation et, à ce titre, il participe aux actions d'information et de formation des soignant·e·s et des prestataires de services. Il participe au plan de formation de l'institution (Despierre, 2007).

En résumé, les MCC jouent un rôle clé dans le soutien à la qualité des soins. La description de leurs responsabilités et de leur formation montre cependant une prédominance de la perspective biomédicale. Une approche plus biopsychosociale et existentielle de leur rôle pourrait améliorer la politique en matière de bien-être psychique et social des habitant·e·s, en particulier pour les personnes atteintes des troubles cognitifs et/ou présentant une vulnérabilité psychiatrique. Par ailleurs, la garantie de qualité reposant uniquement sur des disciplines médicales ne constitue pas une assurance d'une démarche multidisciplinaire de qualité. Idéalement, la responsabilité finale du dispositif qualité devrait être portée par une équipe académique ou un groupe multidisciplinaire, incluant des psychologues, des infirmier·ère·s et d'autres professionnel·le·s de soins pertinent·e·s. Il est tout aussi essentiel d'impliquer les habitant·e·s et leurs représentant·e·s via un conseil des habitant·e·s ou un conseil de participation. Cela permet d'intégrer la gouvernance, la pratique des soins et la qualité de vie. Cette approche évite que les groupes professionnels s'organisent de manière isolée (par exemple uniquement les psychologues ou uniquement les infirmier·ère·s) et favorise une politique de qualité cohérente et intégrée.

2.3 Réglementation relative au soutien psychiatrique externe pour les MR/MRS

En cas de déstabilisation du bien-être psychosocial d'un habitant, les équipes de soins, les médecins généralistes et les MCC ne disposent pas toujours des compétences nécessaires pour élaborer un plan de soins adéquat. Les habitant·e·s et/ou leurs proches refusent souvent une admission en hôpital psychiatrique. Les autres possibilités de soutien externe ne sont pas toujours disponibles pour venir en MR/MRS.

Les articles 11 et 107 de la loi sur les hôpitaux et autres établissements de soins[11], adoptés en 2008 (entrée en vigueur en 2013), visaient à réformer les soins de santé mentale en Belgique. L'objectif de cette réforme était de développer des soins de santé mentale communautaires via la mise en place de réseaux et circuits de soins. Le but ultime était d'assurer la continuité des soins pour les personnes vulnérables sur le plan psychique, de préférence dans leur environnement de vie naturel (à domicile).

[11] https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/2008/07/10/2008A24327/justel

Dans le cadre de cette stratégie, deux types **d'équipes mobiles** ont été déployés : les équipes mobiles pour les soins aigus (2a), et les équipes mobiles pour les problèmes de santé mentale de longue durée (2b).
Ces équipes mobiles sont multidisciplinaires et comprennent généralement un·e psychiatre, un·e infirmier·ère psychiatrique, un·e psychologue, un·e assistant·e social·e, un·e ergothérapeute et parfois un·e orthopédagogue. Idéalement, ces équipes opèrent dans des domaines de soins transmuraux, où elles ne se limitent pas au traitement de problèmes cliniques, mais collaborent également avec des partenaires de soins externes, les familles et les conseils d'habitant·e·s. Lorsque les équipes mobiles se concentrent exclusivement sur des interventions cliniques, il existe un risque de « cécité professionnelle », ce qui peut conduire à une prise en compte insuffisante des dimensions plus larges du bien-être et de la qualité de vie dans la planification des soins.
Les acteurs de première ligne sollicitent de plus en plus les membres des équipes mobiles pour renforcer leur expertise. Cette mission ne peut toutefois pas compromettre la charge de travail ni le fonctionnement de base de l'équipe. Ce financement est considéré comme ad hoc et ne peut être intégré de manière structurelle. Il n'existe pas de nomenclature spécifique à cet effet.

Les MR/MRS doivent en outre pouvoir s'appuyer de manière systématique sur l'expertise des **psychologues de première ligne**. Ceux-ci constituent un point de contact accessible et directement mobilisable pour les habitant·e·s présentant des problèmes psychiques légers à modérés et peuvent jouer un rôle de passerelle entre le soutien psychosocial interne, le médecin généraliste et la santé mentale spécialisée. L'intégration structurelle des psychologues de première ligne dans le continuum de soins des MR/MRS peut renforcer la détection précoce, la prévention et les interventions de courte durée, en particulier pour les habitant·e·s qui ne répondent pas aux critères d'éligibilité pour les équipes mobiles ou les services ambulatoires spécialisés.

Depuis l'Arrêté royal du 18/11/2021[12], un financement est disponible dans la nomenclature des prestations de santé pour les **consultations de psychiatres** en MR/MRS, sur demande écrite du médecin généraliste, avec des majorations pour les visites de nuit et de week-end. En pratique, il apparaît toutefois que les psychiatres disposent souvent de possibilités limitées pour y répondre.
Un mécanisme de financement et de soutien équivalent devrait idéalement être disponible pour les psychologues, étant donné que ceux-ci sont structurellement moins présents dans les MR/MRS. De plus, leur rôle ne devrait pas se limiter aux consultations individuelles : les psychologues peuvent également influencer le climat relationnel général au sein de l'institution et contribuer au fonctionnement de l'équipe multidisciplinaire.
Cette contribution est la plus efficace lorsqu'elle s'intègre dans une relation durable avec l'équipe, et non lorsqu'elle est mobilisée uniquement de manière ponctuelle.

En Wallonie, il faut aussi mentionner les soins psychiatriques à domicile (SPAD) et des projets pilotes (GetUp Wallonia) : depuis la crise de Covid, certains SPAD proposent un soutien tant individuel que collectif auprès des personnes âgées en MR/MRS ainsi qu'auprès des équipes qui les encadrent et de leurs proches.

2.4 Conclusions

Des adaptations sont nécessaires dans les lois et règlements actuels pour améliorer la prise en charge du bien-être psychosocial des habitant·e·s atteint·e·s de vulnérabilité psychiatrique et/ou troubles cognitifs dans les centres de soins résidentiels.

[12] https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/nomenclatureart02_20240101_20240531_02.pdf

Dans la réglementation flamande, bruxelloise et wallonne actuelle, des initiatives claires existent déjà pour soutenir la prise en charge des personnes présentant des troubles cognitifs. Cela est nettement moins le cas pour les habitant·e·s présentant une vulnérabilité psychiatrique. Les instruments d'évaluation actuels ne parviennent pas toujours à refléter de manière adéquate la complexité réelle de la vulnérabilité psychiatrique. Cela peut entraîner une discordance entre le profil de soins, la charge de soins effective et le financement. Une piste possible consisterait à reconnaître plus explicitement la complexité psychiatrique dans les cadres d'évaluation existants.

Dans le même temps, il convient d'être attentif au fait qu'une approche strictement diagnostique ou classificatoire comporte également des risques. Une focalisation trop importante sur l'indication formelle peut involontairement encourager des usages stratégiques ou réduire la complexité à une simple catégorisation. Il est donc recommandé d'explorer diverses options de gouvernance qui rendent justice à la charge réelle de soins, sans la lier exclusivement à des catégories diagnostiques. Il appartient aux autorités, en concertation avec le terrain, d'examiner quels mécanismes sont les plus équitables, transparents et opérationnels pour renforcer structurellement le soutien aux habitant·e·s présentant une vulnérabilité psychiatrique.

Il existe également un manque de connaissances et d'expertise en matière de soutien psychosocial des habitant·e·s dans les MR/MRS. Il n'existe pas de norme structurelle pour les professionnel·le·s disposant d'une expertise en soins psychosociaux dans les MR/MRS, et aucune formation spécifique en soins psychosociaux n'est recommandée ou exigée.

Avec les indicateurs actuels, il n'y a pas d'attention portée au bien-être psychosocial des habitant·e·s. Bien qu'il y ait une évolution dans la recherche de méthodes appropriées pour surveiller et évaluer la qualité des soins dans les MR/MRS, cette approche reste à ce jour fortement axée sur le contrôle, laissant peu d'autonomie aux habitant·e·s et aux prestataires de soins. Cela empêche les organisations de créer un environnement de soutien adéquat.

Dans le cadre de leur responsabilité en matière de politique de soins médicaux, les MCC peuvent jouer un rôle important dans l'élaboration d'une politique de soins psychosociaux mettant l'accent sur la prévention, la connaissance des interventions non pharmacologiques psychosociales et la collaboration avec des intervenants externes. Cela nécessite toutefois une approche plus large, incluant également une dimension psychosociale, dans leur formation de base.

Les équipes mobiles pourraient apporter une valeur ajoutée dans les situations de soins complexes et de crise. Pour garantir leur capacité et leur fonctionnement, un soutien structurel de leur activité est nécessaire.

3 Bien-être psychosocial : impact de l'organisation des MR/MRS

3.1 Introduction

Les MR/MRS en Belgique sont confrontées à des besoins de soins de plus en plus complexes, notamment liés à la vulnérabilité psychique et aux troubles cognitifs des habitant·e·s. Le personnel manque de formation spécialisée et de soutien pour gérer ces situations, tandis que des inégalités régionales et un financement insuffisant aggravent la pression. Le défi est donc d'assurer une prise en charge adaptée et équitable malgré ces contraintes.
L'organisation interne des MR/MRS joue un rôle essentiel dans la création et le renforcement d'un environnement et d'une culture capables de gérer les changements de comportements, tout en garantissant l'intégration sociale et la qualité de vie des habitant·e·s.

3.2 Evidence empirique et modèles de pratique existants

3.2.1 Soins centrés sur les besoins de la personne et les relations

Une revue intégrative (Deprez et al., 2024) montre qu'une approche de **soins centrés sur la personne et la relation** a des effets positifs sur les habitant·e·s (qualité de vie, fonctions neuropsychiatriques), le personnel (satisfaction au travail, réduction du stress), la famille (satisfaction, diminution de la dépression) et l'organisation (augmentation du personnel). Les facteurs cruciaux sont le manque de temps, les connaissances des habitant·e·s et la coopération, ce qui nécessite une planification précise des effectifs, une répartition des tâches et une formation appropriée de l'équipe. Des soins de qualité exigent une adaptation continue aux besoins individuels et le respect, les soignants formels et informels jouant un rôle essentiel (van der Geneugten et al., 2020).

La lutte contre la solitude et l'isolement social dans le cadre des soins aux personnes âgées nécessitent une approche fondée sur des données probantes, en tenant compte des circonstances individuelles (Fakoya et al., 2020). De cette manière, les interventions dans les MR/MRS varient entre interactions collectives et individuelles, activités enrichissantes, utilisation de technologies, activités thérapeutiques et de loisirs, ou innovations plus larges en matière de soins. L'implication active des aidants proches et des familles renforce les liens sociaux (Autschbach et al., 2024). Il est essentiel de définir les dimensions de la solitude et d'adopter une approche personnalisée qui ne se limite pas à évaluer la fréquence des interactions sociales, mais qui tienne également compte de l'expérience subjective des habitant·e·s et de la dynamique de leurs relations sociales. Il est important de donner aux habitant·e·s les moyens d'agir en renforçant leur confiance en eux, leur identité, leur sentiment d'utilité et leur contrôle.

Une approche sociale des troubles cognitifs en MR/MRS se concentre sur le bien-être et l'autonomie des habitant·e·s, plutôt que sur le seul traitement des limitations cognitives. Des études systématiques (Mohr et al., 2021 ; Berkovic et al., 2024 ; Ramos et al., 2024) confirment les effets positifs des soins de la démence centrés sur la personne sur l'agitation, la qualité de vie et les symptômes neuropsychiatriques, bien que l'hétérogénéité des études complique l'évaluation d'interventions spécifiques. Gebhard et al. (2024) montrent également que les interventions sociales, telles que des activités structurées, des moments de groupe et la participation au plan de vie en MR/MRS, favorisent le sentiment de connexion, réduisent la solitude, stabilisent les comportements et contribuent à une meilleure qualité de vie pour les habitant·e·s vivant avec un trouble cognitif.

Dans cette perspective, les interactions, la communication et la qualité de la relation quotidienne occupent une place centrale : les membres du personnel apprennent à accompagner les habitant·e·s dans le respect de leur identité, de leurs préférences et de leur autonomie. Les **soins centrés sur la relation** mettent l'accent sur la façon dont les soignant·e·s vivent la rencontre et l'environnement de soins, reconnaissant que « la plus haute qualité de soins est peu susceptible d'être fournie à moins que les soignants n'aient une prédisposition positive à l'égard de ces soins » (Nolan et al., 2004). Les prestataires de soins en MR/MRS exercent une influence majeure sur la qualité des soins (Kalankova et al., 2019), mais beaucoup d'entre eux ressentent un écart entre les soins qu'ils souhaitent offrir et ceux qu'ils peuvent réellement fournir dans la pratique (Munkeby et al., 2022). Dans leur volonté de bien faire, ils éprouvent souvent un sentiment d'échec vis-à-vis des habitant·e·s (Munkeby et al., 2022). Les modèles de soins centrés sur la relation contribuent à atténuer ce sentiment en offrant de nouvelles perspectives et de l'espoir - permettant ainsi aux professionnel·le·s de mieux comprendre les besoins (souvent implicites) des habitant·e·s et d'y répondre plus efficacement. Ces modèles renforcent également l'identité professionnelle des soignant·e·s (van der Cingel & Brouwer, 2021). Dans des modèles tels que les soins basés sur les besoins, « penser » (analyser et réfléchir) et « agir » (répondre aux besoins non satisfaits) reposent

sur la compassion - une émotion morale essentielle dans les soins, qui incite les infirmier·ère·s à réagir face à la souffrance d'autrui (van der Cingel, 2014). Les soignants sont encouragés à reconsidérer leurs présupposés concernant les contraintes de temps et leur propre efficacité lorsqu'ils offrent une attention individuelle et des moments significatifs aux habitant·e·s. Lorsqu'ils bénéficient d'un soutien adéquat, ils peuvent améliorer considérablement la qualité des soins ainsi que la qualité de vie des habitant·e·s, même dans des environnements de travail difficiles. Un soutien fort de la part de la direction est crucial pour maintenir ces changements.

Au cours de la dernière décennie, plusieurs modèles ont été développés en Belgique et dans d'autres pays européens pour aider les gestionnaires à transformer les processus de soins vers des approches plus centrées sur la personne et la relation (Dely et al., 2020 ; Boxstaens & Nuytiens, 2024 ; Mallentjer, 2018 ; Van de Velde & Muilenburg, 2023 ; Gillis et al., 2023). Ces modèles placent la relation entre les habitant·e·s, les soignant·e·s, les proches et la communauté au sens large au cœur des soins. Malgré les avantages démontrés pour les habitant·e·s et le personnel, **la mise en œuvre dans la pratique reste difficile** (Gillis et al., 2024). Une étude a notamment montré que les directeur·rice·s des soins infirmiers et infirmier·ère·s en chef de MR/MRS en Flandre utilisent moins fréquemment les styles de leadership relationnel que leurs homologues européens (Poels et al., 2020). Les données à ce sujet n'existent pas en Wallonie ou à Bruxelles. Une mise en œuvre durable nécessite une préparation organisationnelle au changement et une expertise en gestion clinique du changement.

3.2.2 Interventions psychosociales et non pharmacologiques

Une étude randomisée (Gillis et al., 2024) souligne l'importance de soins personnalisés et fondés sur les besoins, incluant des **interventions non pharmacologiques** telles que l'aromathérapie avec massage, la réminiscence, l'attachement, la musique et l'activité physique, qui se sont révélées supérieures aux soins standard pour réduire les comportements liés à la douleur ainsi que l'intensité (mais non la fréquence) des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.

Plusieurs études montrent les effets prometteurs des interventions non pharmacologiques sur la cognition, la qualité de vie et le bien-être psychologique des personnes atteintes de troubles cognitifs et/ou de troubles psychiques. Ces approches, telles que les interventions psychocorporelles, la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie de réminiscence (reposant sur l'évocation et le partage de souvenirs à l'aide de différents supports) et l'activité physique, sont associées à une réduction des symptômes dépressifs chez les habitant·e·s des établissements de soins de longue durée (Gramaglia et al., 2021). Cette revue systématique met en évidence que certaines interventions telles que la thérapie par le jardinage, la thérapie assistée par les animaux et l'exercice physique peuvent améliorer le bien-être général et les interactions sociales. D'autres interventions psychosociales comme la psychoéducation, la rééducation, la thérapie cognitivo-comportementale et la réminiscence montrent également divers effets positifs, bien que les résultats demeurent hétérogènes et dépendants des modalités de mise en œuvre.
Une seconde revue systématique (Liu et al., 2021) confirme l'effet important de la réminiscence, en particulier chez les femmes et les personnes âgées souffrant d'une dépression plus sévère, ainsi que l'augmentation de la satisfaction de vie et la réduction de la solitude. Une méta-analyse (Ngamwongwiwat et al., 2023) montre que la réminiscence améliore la qualité de vie et que les interventions avec interaction sociale active peuvent réduire les symptômes dépressifs, mais les résultats doivent être interprétés avec prudence en raison de l'hétérogénéité et du faible niveau de certitude des preuves. Selon Cammisculi et al., 2022, la réminiscence est utile mais une standardisation est souhaitable.

La thérapie cognitivo-comportementale et la pleine conscience montrent des effets positifs modérés pour l'anxiété et la dépression comorbides (Wuthrich et al., 2020), mais des recherches supplémentaires sont nécessaires.
Une autre méta-analyse (Declercq et al., 2024) met en évidence l'efficacité des interventions non pharmacologiques contre la dépression dans les maisons de soins résidentielles, les interventions cognitives et de mouvement étant nettement plus efficaces que les soins habituels. Pour les symptômes plus graves, la structure quotidienne, la psychoéducation, l'alimentation saine, les activités créatives et l'interaction sociale sont efficaces. Pour les habitant·e·s sans diagnostic formel, des interventions plus légères comme l'exercice, la relaxation et les activités en lien avec la nature sont utiles, car elles contribuent à diminuer le stress, à améliorer l'humeur et à renforcer le bien-être général.
La musicothérapie (Moreno-Morales et al., 2020) améliore la cognition et la qualité de vie, en particulier en cas de dépression, l'écoute étant plus efficace que le chant. Selon Atchinson et al. (2023), la musicothérapie et la massothérapie peuvent réduire l'anxiété, mais leur efficacité est variable. Les activités qui ont du sens (telles que l'écoute musicale ou la présence familiale stimulée ; Jones et al., 2020) et d'autres interventions telles que l'aromathérapie et la réminiscence (Hui et al., 2021) améliorent la qualité de vie dans les cas de démence sévère.
L'exercice physique aérobie peut avoir des effets bénéfiques sur la cognition. La thérapie de stimulation cognitive de maintien, qui prolonge la stimulation cognitive standard par des séances régulières visant à préserver les acquis cognitifs et l'engagement social, est rentable (Eaglestone et al., 2022).
Outre ces interventions, les initiatives de *peer support* et les approches de « prescriptions sociales » méritent également une place dans l'offre. Elles incluent l'orientation vers des activités telles que des visites de musées, des sorties dans la nature, des programmes de la bibliothèque, des activités de participation artistique ou encore des programmes d'activité physique, qui contribuent de manière démontrée à la cohésion sociale, au sens de la vie et au bien-être mental. De telles interventions abaissent les barrières à la participation et renforcent la qualité de vie des habitant·e·s (Czuba et al., 2023 ; Sadio et al., 2024).
En outre, une méta-analyse (Octary et al., 2025) montre que la stimulation multisensorielle par l'activation simultanée de plusieurs sens (visuel, olfactif, auditif, gustatif et tactile), telle que le *snoezelen*, réduit considérablement l'agitation, l'apathie et la dépression, et améliore la fonction cognitive chez les personnes âgées atteintes de démence. Il s'agit d'une stratégie complémentaire sûre et efficace mise en œuvre par les infirmier·ère·s et autres prestataires de soins afin de gérer les symptômes complexes de la démence et de réduire le recours (excessif) aux médicaments.

3.2.1 Interventions combinées

Les interventions qui associent plusieurs composantes sont bénéfiques, surtout si c'est personnalisé (Koch et al., 2022).

Les interventions combinées pour le personnel soignant et les patients semblent les plus prometteuses, car elles permettent d'améliorer la qualité de vie, de réduire la consommation d'antipsychotiques et d'évoluer vers des soins empreints de compassion. En effet, le programme WHELD (McDermid et al., 2022), axé sur les activités personnalisées, l'interaction sociale et l'analyse des traitements médicamenteux, dans sa version numérique iWHELD avec séances de coaching (McDermid et al., 2023), a montré des améliorations significatives de la qualité de vie et une réduction de la prise de médicaments psychotropes. Spichinger et al. (2025) démontrent l'efficacité des réunions mensuelles de profil de la personne supervisées par une infirmier·ère d'intervention, avec des évaluations systématiques sur la base de *Integrated Palliative Care Outcome Scale for People* (IPOS-Dem) et une collaboration multidisciplinaire.

Le **modèle cognitif pour les interventions comportementales** (*Cognitive Model for Behavioral Intervention* - CoMBI) est un modèle non pharmacologique personnalisé pour les

personnes souffrant de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (*Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia,* BPSD) et de traits de personnalité inadaptés et comorbides (*Comorbid Maladaptive Personality Traits*, CMPT). Il combine la thérapie cognitive (travail des croyances fondamentales, besoins) et la classification des interventions infirmières (*Nursing Interventions Classification* - NIC) en identifiant les besoins fondamentaux, en analysant l'influence de l'environnement sur les BPSD et en appliquant des interventions infirmières en guise de compensation. Dans une étude de faisabilité, Ekiz et al. (2022) ont mis en évidence une réduction significative des comportements difficiles et une large acceptation du CoMBI. Dans une étude de cas (Bollen et al., 2025) l'utilisation du *Cognitive Model for Behavioral Intervention - Severe Mental Illness* (CoMBI-SMI) chez une femme atteinte de schizophrénie paranoïaque a permis, en se concentrant sur les besoins fondamentaux que sont l'autonomie et la sécurité, de réduire l'agressivité, d'améliorer la participation et l'adhésion aux médicaments, et d'alléger la charge de travail de l'équipe soignante. Le CoMBI-SMI semble être une intervention transdiagnostique efficace pour réduire les comportements difficiles et améliorer la qualité des soins. Le CoMBI offre ainsi un cadre solide pour comprendre les problèmes comportementaux et adapter les interventions de manière ciblée.

3.2.2 Prévention du suicide et des pensées suicidaires

Une méta-analyse (Bareeqa et al., 2023) fait état d'une prévalence globale du **comportement suicidaire** dans les MR/MRS de 6,4 %, plus élevée chez les femmes (15,8 %) que chez les hommes (7,9 %), avec une prévalence européenne significativement plus élevée (30,4 %). Les idées suicidaires (12 %) et les comportements autodestructeurs (40,4 %) étaient les plus fréquents. Les différences régionales pourraient s'expliquer par des variations dans les mesures, la culture, la qualité des soins et les facteurs de risque (dépression, isolement social). L'étude met l'accent sur la prévention et la poursuite de la recherche. Une revue systématique (Chauliac et al., 2020) n'a pas trouvé d'impact direct des interventions de prévention (bilan de vie, formation de sentinelles ou formation ciblée sur la prévention, amélioration des connaissances du personnel) sur la suicidalité, bien que la formation de sentinelles ait amélioré les connaissances des infirmier·ère·s et autres prestataires de soins. Une revue systématique (Joshaghani et al., 2022) montre un manque de recherche récente sur le risque de suicide chez les habitant·e·s atteint·e·s de démence. Les facteurs de risque identifiés dans ces études sont le sexe masculin, la dépression, la démence légère et l'isolement social. Les facteurs de protection incluent notamment un séjour de longue durée dans une maison de soins, une démence sévère et des relations sociales solides. Des recherches plus approfondies sur la prévention du suicide dans ce groupe sont nécessaires.

3.2.3 Prévention et dépistage de la confusion

La **confusion** (prévalence d'environ 14 % en Belgique), est un trouble cérébral aigu fréquent et insuffisamment reconnu chez les personnes âgées résidant dans des maisons de soins associé à des conséquences négatives (Komici et al., 2022 ; Sabbe, 2025). Les facteurs de risque sont l'âge, la démence, la contention physique, les chutes, la malnutrition, la déshydratation, les infections, certains médicaments et les comorbidités. La détection est difficile, en particulier dans le cas de la démence, et les outils de dépistage sont d'une utilité limitée (Komici et al., 2022). Le *Delirium Observation Screening Scale* (DOSS) est un outil valable pour les MR/MRS (Sabbe, 2025). Il est nécessaire d'améliorer la détection, la gestion des risques et la prévention de la confusion.

3.2.4 Approches innovantes : interventions nutritionnelles

Le lien entre la malnutrition et l'augmentation du risque de problèmes de santé mentale est clairement établi. Les carences en micronutriments (par exemple le zinc ou la vitamine D) sont également associées à une diminution du fonctionnement affectif et cognitif (Shakil et al., 2024 ; Mei Lin et al., 2024).
Les interventions nutritionnelles constituent une approche innovante et potentiellement efficace pour soutenir le bien-être mental, maintenir ou améliorer les capacités cognitives et optimiser les paramètres affectifs. Elles permettent, en outre, de réduire l'usage de psychotropes (Kejžar et al., 2022).
Les interventions nutritionnelles personnalisées représentent donc une piste encore largement sous-explorée pour améliorer le bien-être mental des habitant·e·s en MR/MRS. Des recherches scientifiques sont nécessaires pour mieux comprendre, dans une perspective de santé publique et d'analyse coût-efficacité, dans quelle mesure les dépenses liées à l'alimentation peuvent contribuer à un meilleur bien-être mental des habitant·e·s.

3.2.5 Approche inclusive et holistique

La diversité dans les maisons de retraite nécessite une approche inclusive et centrée sur la personne avec des équipes interdisciplinaires (Messas-Fernandez et al., 2024). Cette approche est essentielle pour le bien-être de toutes les personnes âgées, indépendamment de leur religion, de leur origine ou de leur orientation sexuelle.

Les **soins palliatifs** exigent une attention portée aux dimensions physiques, psychosociales, existentielles et spirituelles, et doivent être intégrés de manière précoce. Les soins palliatifs pour les personnes atteintes de démence et leurs familles doivent notamment reconnaître et soutenir les **besoins spirituels** (Palmer et al., 2020). La reconnaissance des besoins spirituels contribue à une approche holistique des soins qui inclut non seulement les aspects physiques, mais aussi émotionnels et existentiels. Par ailleurs, l'information relative aux droits légaux, à la planification préalable des soins et au rôle du comité d'éthique doit être rendue explicitement accessible aux habitant·e·s et à leurs familles.

Pour reconnaître et soutenir les droits humains des habitant·e·s atteint·e·s de démence, il convient également de mettre l'accent sur la **mobilité et la liberté de mouvement**, en passant des mesures restrictives au soutien de l'autonomie (Sturge et al., 2024).

De même, la prise en charge de la **consommation de substances psychoactives** (tabac, alcool, etc.) dans les MR/MRS nécessite un équilibre entre l'autonomie, la sécurité et les soins centrés sur la personne, en prêtant attention aux aspects médicaux et personnels (De Graaf et al., 2023).

3.2.6 Approche et modèles existants en Belgique

Il existe déjà un large éventail de méthodologies et de modèles prometteurs qui peuvent apporter une réponse à la problématique esquissée dans les soins aux personnes âgées. Ces approches, telles que la pédagogie Montessori (adaptée aux personnes âgées), le *Culture Change*, l'*Humanitude*, la Méthode de Validation, le modèle Tubbe et Odette, partagent une philosophie commune : des soins centrés sur la personne, respectueux et dignes, où l'habitant est au centre. La **pédagogie Montessori**[13] se concentre sur l'exploitation des capacités préservées des personnes âgées en offrant un environnement adapté et des activités

[13] https://www.senoah.be/wp-content/uploads/2023/04/Modeles-inspirants-mars-2023-Montessori-1.pdf

porteuses de sens (Senoah ASBL, 2023). **Culture Change**[14] vise à transformer les centres de soins résidentiels en communautés domestiques, caractérisées par des soins relationnels et une participation active des habitant·e·s (Senoah ASBL, 2023). **Humanitude**[15] met l'accent sur des soins relationnels respectueux basés sur des principes et des piliers spécifiques, avec un accent sur la communication non verbale et la dignité (Senoah ASBL, 2023). La **Méthode de Validation**[16] propose une approche de communication empathique pour les personnes âgées désorientées, visant à valider leurs sentiments et leurs expériences (Senoah ASBL, 2023). Le **modèle Tubbe**[17] se concentre sur la codécision et les soins relationnels par une implication active des habitant·e·s et du personnel dans le quotidien (Fondation Roi Baudouin, 2023). Enfin, **Odette**[18] vise à comprendre les besoins sous-jacents aux comportements et à proposer des solutions non médicamenteuses adaptées aux préférences individuelles. Le projet **Bloesem** vise à préserver et/ou à améliorer les capacités mentales et l'autonomie grâce à la mise en œuvre d'interventions non pharmacologiques et à la réduction progressive des médicaments nocifs (sur le plan cognitif).

Bien que la certification formelle varie (Humanitude et Montessori ont par exemple des certifications reconnues), il existe pour la plupart des modèles des formations structurées et un soutien à la mise en œuvre, comme pour le modèle Tubbe (via la Fondation Roi Baudouin, Dispa, 2019), le Culture Change (via LyAge) et Odette (via la Haute Ecole Odisee).

Le guide « *Samen is evident* »[19] (L'évidence d'être ensemble) complète ces approches en abordant d'autres modèles et méthodologies pour une participation orientée vers la relation (notamment la Méthode d'Activités Significatives, Sense of Home, *Woonleefwijzer*, *Trialoog*, Tubbe, Odette et le Cadre de Référence Démence). Ce guide, validé en Flandre, offre des outils pratiques pour cinq changements fondamentaux (volonté, vision, processus, collaboration, leadership partagé) avec des étapes et des méthodes concrètes. L'objectif est de renforcer la participation de toutes les parties prenantes, afin que chaque centre puisse suivre un chemin unique vers une culture participative (Zorgnet Icuro, 2024).

3.3 Partenariat avec les familles et les aidants proches

Les interventions dans le domaine des soins aux personnes atteintes de troubles neurocognitifs se concentrent principalement sur les interactions entre la famille et le personnel, et moins sur les interactions entre les habitant·e·s et la famille (Backhausen et al., 2020). Un véritable engagement de la famille dans la prise de décision est rare, et l'éducation est principalement axée sur le personnel soignant. Il n'existe pas d'outils de mesure permettant d'évaluer l'efficacité des interventions dans différents domaines concernant les aidants proches (Harper et al., 2021). Il est nécessaire de mettre en place des interventions pour les aidants proches qui répondent à l'évolution des besoins au cours du processus de troubles neurodégénératifs et de la transition vers les soins de longue durée (Harper et al., 2021).
Il existe des initiatives prometteuses qui améliorent l'engagement des familles et les résultats des soins – comme l'intervention *Partner in Care*, une intervention de planification avancée des soins et l'activité Montessori – qui, non seulement renforcent l'engagement des familles, mais améliorent également les résultats des soins pour les habitant·e·s (Hayward et al., 2022). Les membres de la famille jouent un rôle essentiel dans la gestion des comportements réactifs des habitant·e·s atteint·e·s de trouble cognitif (Tasseron-Dries et al., 2023). Les interventions qui prennent activement en compte les besoins des aidants proches peuvent non seulement

[14] https://www.senoah.be/wp-content/uploads/2023/07/Modele-inspirant-juin-2023-Culture-change.pdf
[15] https://www.senoah.be/wp-content/uploads/2023/05/HUMANITUDE-Article-1.pdf
[16] https://www.senoah.be/wp-content/uploads/2023/05/Modeles-inspirants-Validation.pdf
[17] https://kbs-frb.be/fr/le-modele-tubbe-la-gestion-des-maisons-de-repos-et-de-soins-basee-sur-la-relation
[18] https://projectodette.be/wp-content/uploads/2022/10/Odette_FolderBGZdigitaal.pdf
[19] https://www.zorgneticuro.be/sites/default/files/publication/2024-10/Samen%20is%20evident_Online.pdf

améliorer la qualité de vie des habitant·e·s, mais aussi renforcer la coopération entre les soignant·e·s et la famille.

3.4 Conditions de travail, environnement de travail et encadrement

3.4.1 Conditions de travail et dotation en personnel

La recherche (Hodroj et al., 2022) confirme que les conditions de travail influencent la qualité des soins selon le modèle *Job Demands-Resources*, avec un impact plus important dans les MR/MRS que dans les hôpitaux en raison d'une autonomie peut-être moindre ainsi que d'un soutien social et d'une formation limités. Une charge de travail et un stress élevés sont associés à des comportements contre-productifs, tels que la négligence et la maltraitance.
La satisfaction professionnelle (Aloisio et al., 2021) est influencée par l'âge, la santé, l'autonomie, la responsabilisation, l'engagement, l'épuisement, le stress, le soutien de la direction, l'environnement de travail et les relations avec les habitant·e·s. Les autorités et les institutions doivent donc investir dans des moyens de soutien.

Des études systématiques (Tuinman et al., 2021 ; Clemens et al., 2021) montrent qu'une dotation en personnel plus élevée, en particulier en infirmier·ère·s, est liées à de meilleurs résultats en matière de soins. La qualité dépend fortement des conditions de travail des infirmier·ère·s et des autres professionnel·le·s de la santé (Perruchoud et al., 2021 ; Meulenbroek et al., 2022 ; Bakerjian, 2022). Un personnel suffisant et qualifié, notamment des infirmier·ère·s spécialisé·e·s, est essentiel pour assurer les soins en MR/MRS. Toutefois, la pénurie de personnel et la variabilité du nombre d'heures de soins par habitant·e et par jour (*Hours per Resident Day*, HPRD) demeurent un problème persistant. **Les conditions de travai**l jouent également un rôle important : une charge de travail élevée et une pression émotionnelle influencent la continuité et la qualité des soins.
Pour compenser ces difficultés, des **alternatives qualitatives** peuvent être mises en place, comme expliqué plus en détail dans le chapitre.

Perruchoud et al. (2021) suggèrent qu'une dotation totale en personnel plus élevée et une proportion plus importante d'infirmier·ère·s diplômé·e·s sont significativement associées à de meilleurs résultats cliniques pour les habitant·e·s, tels que moins d'escarres et d'infections urinaires, ainsi qu'à moins de déficits en matière de soins.
Les études de cette revue systématique montrent des variations dans le nombre d'heures de travail du personnel infirmier par habitant et par jour, à la fois au total et par type de personnel (infirmier·ère·s diplômé·e·s, infirmier·ère·s auxiliaires, aides-soignant·e·s). En moyenne, le nombre total d'heures de travail par habitant et par jour se situe entre 3 et 3,5 heures, la part la plus importante revenant aux infirmier·ère·s auxiliaires et aides-soignant·e·s. L'HPRD des infirmier·ère·s varie considérablement, de 0,18 à 1,15 heure, ce qui indique des approches différentes dans le déploiement du personnel infirmier qualifié. Ces données soulignent l'importance de prendre en compte la composition du personnel et le nombre total d'heures de travail dans le contexte de la qualité des soins fournis.

3.4.2 Rétention du personnel

Une revue d'études (Gilster et al., 2018) souligne l'importance de la formation, de la reconnaissance, de la communication, de la participation, du soutien, du travail d'équipe et du leadership pour constituer des équipes de soins de qualité pour les personnes atteintes de troubles neurocognitifs. Les problèmes de recrutement et de fidélisation (taux de rotation de 40 à 100 %) menacent la qualité des soins en raison d'une formation insuffisante, d'une faible rémunération et d'une charge de travail élevée. L'*Alzheimer's Association* préconise une gestion holistique de la main-d'œuvre avec une dotation en personnel, une formation, une rémunération et une évolution de carrière adéquates. Des horaires flexibles et des principes centrés sur la personne améliorent l'expérience professionnelle et la qualité des soins. La

formation pratique réduit le stress et accroît les compétences. Le soutien, la communication et la collaboration interdisciplinaire favorisent une forte culture des soins.
Une étude randomisée (Gillis et al., 2023) montre que les interventions axées sur les besoins peuvent être intégrées lorsqu'un leadership fort est présent, ce qui permet d'accroître les compétences des soignants sans augmenter les scores d'épuisement professionnel. Elle souligne aussi que la manière dont le personnel organise son temps et s'engage dans l'identification et la prise en charge des besoins est essentielle.

Une revue systématique (Moenke et al., 2023) et une revue narrative (Zonneveld et al., 2021) montrent qu'un leadership efficace de la part des directeur·rice·s est crucial pour des soins centrés sur la personne dans les MR/MRS. Ce leadership implique notamment de valoriser le personnel, d'impliquer les habitant·e·s et les familles, d'instaurer une culture de travail positive et de s'attaquer aux obstacles organisationnels tels que la pénurie de personnel. Les styles de leadership orientés vers la collaboration et l'inspiration, comme le leadership transformationnel, peuvent soutenir ces dynamiques
Un leadership approprié dépend du contexte, et nécessite un équilibre entre un comportement axé sur les relations et un comportement axé sur les tâches. Le leadership doit être considéré comme un processus collectif au-delà du seul management (Moenke et al., 2023 ; Zonneveld et al., 2021).

3.4.3 Equipes pluridisciplinaires

L'équipe multidisciplinaire (comprenant notamment des psychologues, des infirmier·ère·s, des ergothérapeutes et des assistant·e·s social·e·s) joue un rôle clé dans la création d'un environnement de vie sûr, porteur de sens et stimulant.

Une organisation efficace nécessite un équilibre entre la direction et les équipes de soins, avec un encadrement et une **collaboration interprofessionnelle** (Vleminckx et al., 2024), en alignant les objectifs communs dans un processus mutuel, ainsi qu'en tenant compte de la capacité d'accueil et des besoins des habitant·e·s. Une revue systématique (Ayeno et al., 2025) souligne que la mise en œuvre réussie d'interventions non pharmacologiques dans les cas de troubles neurocognitifs dépend de la collaboration pluridisciplinaire, de l'implication des familles et aidants proches, du soutien organisationnel, de la dotation en personnel, de la formation, de la familiarité avec les interventions non pharmacologiques et avec les habitant·e·s, de la documentation et de l'implication active des différentes parties. Les compétences essentielles de l'équipe pluridisciplinaire comprennent la connaissance des troubles neurocognitifs, la communication, la collaboration, le leadership, la flexibilité, la réflexion et des compétences spécifiques dans l'application des interventions non pharmacologiques, l'observation, l'empathie, la résolution de problèmes et la gestion des résistances. Une intégration de différentes expertises, telles que celles des psychologues, des travailleurs sociaux, des spécialistes du comportement, et d'autres thérapeutes comme les ergothérapeutes, les kinésithérapeutes, les musicothérapeutes et les experts du vécu, est donc fortement recommandée. Un éventail d'interventions non pharmacologiques, accompagné d'une formation et d'un encadrement appropriés, doit être proposé et mis en œuvre par l'équipe soignante, en complément d'un ensemble de thérapies proposées par des thérapeutes.

3.4.4 Processus de gestion et prise de décision

Une organisation des soins qui fonctionne bien repose sur des relations respectueuses entre l'expertise et la direction, une prise de décision sur un pied d'égalité (accord plutôt que consensus), des processus de soins stables disposant de ressources adéquates, une motivation intrinsèque à respecter les règles, une prise de décision fondée sur des données probantes et une amélioration des processus basée sur des données, dans un contexte où les équipes de soins se sentent responsables et investies.

Les équipes de soins peuvent maintenir l'équilibre de leur système de travail (Holden et al., 2013) en appliquant des stratégies d'apprentissage pour l'amélioration structurelle : apprentissage en boucle simple (correction des erreurs), apprentissage en boucle double (ajustement des structures et des hypothèses) et apprentissage en boucle triple (redéfinition de la vision et de la stratégie) (Brouwer et al., 2019). L'*empowerment* structurel et psychologique permet aux équipes de soins de santé de réagir de manière adaptative et résiliente (Van Bogaert & Clarke, 2018), contribuant ainsi à une transformation durable vers un « *human-system fit* » avec une collaboration optimale. Une étude fondée sur l'approche réaliste (Haunch et al., 2021) met l'accent non plus sur le nombre de membres du personnel et leur relation avec les indicateurs de qualité, mais sur la reconnaissance de la manière dont le personnel influence les expériences de soins et donc la qualité, avec six domaines d'amélioration : environnement centré sur les habitant·e·s avec des équipes fixes, soins adaptés aux besoins individuels, engagement actif de la famille, bonne dynamique d'équipe avec un leadership visible, autonomie du personnel, reconnaissance et récompense, et compétence culturelle.

3.4.5 Recours à l'expertise et aux compétences

Des perspectives de carrière structurées et cadres de carrière pour les **infirmier·ère·s en gériatrie** sont cruciaux (Thennakoon et al., 2024).
Les infirmier·ère·s de pratique avancée[20] (IPA) et les fonctions infirmières spécialisées en MR/MRS disposent des compétences et de l'expertise nécessaires pour améliorer les résultats (Bakerjian., 2022 ; Basinska et al., 2020) et peuvent transformer les soins de première ligne (Adams et al., 2024). Les modèles dirigés par des infirmier·ère·s (dans lesquels l'équipe infirmière assume un rôle central de coordination et de leadership clinique) dans les soins de longue durée ont du potentiel mais posent des problèmes de mise en œuvre (Schmüdderich et al., 2023).
Les IPA jouent un rôle important dans la planification préalable des soins (PPS) dans les MR/MRS et peuvent en outre réduire le nombre d'admissions à l'hôpital (Pedersen et al., 2025 ; Milkeski et al., 2020). Les IPA dans les soins primaires peuvent influencer l'utilisation et la qualité des soins (Horton et al., 2024).
Les IPA rapportent une compétence auto-perçue plus élevée en matière de leadership, de conseil, de collaboration interprofessionnelle, de gestion des soins et de promotion de la santé, comparativement aux infirmier·ère·s diplômé·e·s (Gutiérrez-Rodríguez et al., 2019). Outre leur rôle centré sur la santé et le bien-être des habitant·e·s, les IPA offrent du coaching et de la formation au personnel (Mileski et al., 2020). Compte tenu des qualités de leadership avérées, de l'approche de soins holistique scientifiquement étayée et des aptitudes en matière de développement personnel dont font preuve les IPA, ils et elles peuvent jouer un rôle unique et central dans la mise en œuvre et le maintien des modèles de soins relationnels dans les MR/MRS. Des recherches futures devraient approfondir notre connaissance au sujet de ce potentiel.

Chadborn et al. (2023) soulignent l'expertise clinique et la fonction de coordination des **médecins généralistes** dans les MR/MRS, mais leur implication est affectée par des priorités concurrentes et le manque de formation spécifique en matière d'amélioration de la qualité. Les résultats suggèrent que les améliorations réussies dépendent de l'établissement de la confiance et de la reconnaissance des contributions uniques des médecins généralistes au sein des équipes multidisciplinaires. L'article conclut que, bien que les médecins généralistes soient essentiels, leur leadership n'est pas toujours évident et un soutien structurel est nécessaire pour garantir leur participation effective.

[20] https://www.health.belgium.be/fr/professionnels/professionnels-sante/sante-humaine/professions-sante/acces-aux-professions-soins-sante/praticiens-lart-infirmier/infirmier-pratique-avancee

Les défis dans les soins aux personnes âgées sont réels et méritent d'être reconnus. Dans le même temps, il est important que l'attention ne se porte pas uniquement sur les points de tension, mais également sur les opportunités et les perspectives de développement que cet avis met en avant. Cet avis vise avant tout à orienter le renforcement et le soutien du secteur. Les recommandations adressées aux professionnel·le·s de soins ne doivent dès lors pas être lues comme de simples missions ou responsabilités individuelles, indépendamment de leur contexte organisationnel et structurel. L'action professionnelle est toujours influencée par le temps disponible, la dotation en personnel, les ressources, les choix politiques et la collaboration interdisciplinaire. Les attentes envers les soignant·e·s doivent donc être réalistes et alignées sur les conditions-cadres dans lesquelles ils et elles exercent leur travail.
Une politique durable reconnaît à la fois l'engagement et l'expertise des équipes ainsi que la nécessité d'un soutien adéquat, d'un encadrement structurel et de conditions d'implémentation réalistes, comme cela a été argumenté dans le présent chapitre. Ce n'est que dans cette responsabilité partagée (entre les professionnel·le·s, les organisations et les autorités) que les recommandations formulées pourront atteindre la valeur ajoutée souhaitée.

3.5 Conclusions

Les connaissances scientifiques démontrent différents niveaux de preuve pour l'application d'interventions psychosociales et non pharmacologiques auprès des habitant·e·s présentant des vulnérabilités neurocognitives et psychiatriques, tant comme première intervention et thérapie que comme approche proactive pour répondre aux besoins et aux caractéristiques comportementales des personnes âgées en MR/MRS, ainsi qu'en complément des traitements médicamenteux. Conformément aux principes des soins centrés sur la personne, il s'agit d'un travail sur mesure tenant compte des besoins et des capacités de l'habitant. L'intégration et le partenariat avec la famille sont considérés comme essentiels dans les études. Celles-ci montrent également que les interventions combinées et personnalisées, ainsi que celles impliquant les habitants en tant que co-acteurs des soins, sont efficaces. Un grand nombre d'études souligne que l'environnement et les conditions de travail ont un impact majeur sur la qualité des soins et sur le taux de rotation du personnel. Il est donc essentiel de construire des équipes solides, un environnement de travail positif et soutenant, avec un effectif suffisant et stable, une formation professionnelle et un leadership efficace. La collaboration, l'expertise et un cadre favorable avec des responsables soutenants sont des aspects cruciaux pour transformer l'organisation interne des MR/MRS vers des soins centrés sur la personne, relationnels et orientés par les besoins, ainsi que pour créer un environnement de travail attractif.

4 Bien-être psychosocial : formations du personnel

4.1 Apprentissage tout au long de la vie

D'après Noël (2024), le travail en EHPAD (Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes, France) « nécessite plus qu'une technicité des gestes durant les soins, c'est une posture professionnelle portée sur le respect de l'autre dans sa singularité, dans son histoire et dans ses perspectives. Ainsi chaque situation nous amène à nous questionner : sur l'intérêt de tel ou tel soin, sur le sens que prend la parole ou un trouble du comportement, sur le ressenti que cela nous fait éprouver, sur les conduites à tenir, sur les propositions que l'on peut faire en termes de vie sociale et d'activités thérapeutiques. »

Des travaux de Gillis et al. (2023) suggèrent que les soignants se sentent plus compétents à prendre en charge les habitant·e·s souffrant de troubles neurocognitifs que ceux présentant des profils psychiatriques. Cette différence de perception de compétence pourrait en partie s'expliquer par les mesures gouvernementales qui ont notamment instauré une personne de référence pour la démence en MR/MRS. Ce rôle inclut la formation et la sensibilisation du

personnel sur cette thématique, contribuant ainsi à un meilleur outillage des soignant·e·s face aux troubles neurocognitifs.

Dans ce contexte, où les habitant·e·s présentant des profils psychiatriques sont aussi souvent confronté·e·s à une forte stigmatisation (Tyerman et al., 2021), la formation continue apparaît comme essentielle. Se former tout au long de sa carrière s'inscrit dans une démarche d'apprentissage continu, visant l'acquisition de nouvelles connaissances et compétences. Cela englobe non seulement la formation formelle, mais aussi les sensibilisations et les interventions plus informelles, telles que l'exposition à des données factuelles ou la mise en contact avec des personnes ayant des profils psychiatriques, tout au long du cursus professionnel et de la vie. Ces expériences d'apprentissage informelles sont essentielles non seulement pour le développement personnel et professionnel, mais également pour l'adaptation aux contextes de travail variés et complexes.

Malgré l'importance cruciale de cette formation, l'accès à la formation et à la sensibilisation spécifique aux profils psychiatriques reste limité en Wallonie. Les soignant·e·s dépendent principalement des institutions de formation privées ou des équipes SPAD Get Up (projet introduit en 2020), qui proposent des sensibilisations dans le domaine psychiatrique. En Flandre également, il a été constaté que l'offre de formations sur la santé mentale dans les MR/MRS est fragmentée, difficilement accessible et souvent principalement orientée vers les profils de niveau bachelier (Senden & Gillis, 2022a; Senden & Gillis, 2022b). Bien que des initiatives de qualité existent, la participation effective du secteur demeure limitée, ce qui met sous pression l'ancrage structurel et la durabilité de ces initiatives de formation.

4.2 Impact des formations

Les formations sont trop souvent sollicitées pour résoudre des situations de crise ou accompagner des changements, alors que leur potentiel est bien plus vaste. Selon Amyot (2009), une formation peut déclencher une série de transformations grâce à un effet domino. Il est dès lors important de ne pas se limiter aux spécialisations, mais d'intégrer également des **formations génériques** dans lesquelles des compétences fondamentales (telles que la **qualité de la relation, la communication et les aptitudes psychosociales**) sont structurées de manière systématique. Ces compétences sont essentielles pour l'accompagnement des habitant·e·s vivant avec une démence, une vulnérabilité psychiatrique ou d'autres besoins de soins, et elles sont actuellement insuffisamment valorisées dans le curriculum standard.
Il s'agit d'un maillon d'un processus majeur de management institutionnel visant à augmenter la qualité de vie des personnes âgées et à diminuer l'épuisement professionnel, par perte de sens du travail. Amyot (2009) souligne, comme élément causal de cette perte de sens, le manque d'articulation entre formation et projet institutionnel.

Les études évoquent les impacts de ces formations sur le bien-être des personnes âgées (via notamment l'observation d'une diminution du recours aux neuroleptiques et psychotropes), et sur les conditions de travail des soignant·e·s, avec même, comme corollaire, une amélioration de l'attractivité du métier d'aide-soignant (Albouy & Moret, 2021). Orth et al. (2020) ont aussi montré que la formation des soignant·e·s en santé mentale permettait de diminuer la prévalence des troubles sévères du comportement. Hsu et al. (2004) ont quant à eux identifié un lien entre la formation continue, les niveaux de connaissance et les attitudes du personnel envers les personnes âgées atteintes de troubles de santé mentale.

Les formations permettent un changement de paradigme, proposant une vision non déficitaire de la personne : arriver à analyser les comportements et à stimuler les ressources et capacités conservées de la personne permettent de mieux s'adapter à elle (Le Brun, 2016). L'OMS recommandait déjà en 2022 de rompre avec les perceptions négatives liées à l'âge au profit d'une attention portée au développement des capacités de la personne (OMS, 2002 ; cité dans Poulet et al., 2021).

4.3 Niveaux de formation : savoir et savoir faire

Trois sortes de formation sont à envisager : celles centrées sur la maladie, celles centrées sur les relations quotidiennes et enfin celles plus spécialisées pour les référents (Amyot, 2009). Pour lutter contre l'âgisme dans les pratiques de soins de santé pour les personnes âgées, peuvent également être intégrées à la formation continue, une meilleure connaissance de la diversité des processus de vieillissement, une réflexion sur les propres préjugés des professionnel·le·s, les valeurs et les croyances propres, et la promotion d'attitudes relationnelles qui soutiennent l'autonomie (Masse & Meire, 2013 ; Fernández-Puerta et al., 2024 ; Henry et al., 2024).

La base de la formation est la connaissance. Connaître et comprendre les maladies et problèmes de santé mentale ainsi que les différents troubles cognitifs permet de mieux réagir, de s'adapter à chaque situation. Ces pathologies peuvent être associées à des troubles consistant en une très vive opposition verbale (cris, insultes, etc.) et/ou physique (coups, morsures, griffures, etc.) aux soins quotidiens ou, à l'inverse, une apathie qui empêche toute communication (Albouy & Moret 2021). Ces comportements inexpliqués, incompris, peuvent entraîner en retour des attitudes de maltraitance de la part du personnel.
Un exemple particulier est la gestion de la douleur chez la personne âgée. Lors d'une enquête de terrain, le besoin de formation en matière d'évaluation de la douleur a été classé comme étant le plus élevé par tous les groupes. Les sujets les plus pertinents étaient le traitement pharmacologique de la douleur, la neurophysiologie de la douleur, les traitements non pharmacologiques et comment distinguer l'expression de la douleur des autres comportements. L'étude a montré que malgré une moyenne de plus de 10 ans d'expérience professionnelle en MR/MRS, les professionnels de la santé ont des besoins importants en matière de formation dans la gestion de la douleur, en particulier de l'évaluation de la douleur (Tousignant-Laflamme et al., 2012).

Afin d'améliorer ces savoirs, Amyot propose d'intégrer ces problématiques de santé mentale et de troubles cognitifs de la personne âgée dans la formation initiale (Amyot, 2009). Il en fait un plaidoyer pour une formation initiale de base reprenant des éléments de connaissance et des éléments de pratique, comme socle d'adaptation à la pratique future.

4.4 Niveaux de formation : savoir-être

Au-delà des connaissances, les études soulignent l'importance de la communication entre le professionnel et la personne âgée. Outre les connaissances de base des pathologies et des soins spécifiques, l'accent devrait être mis dans ces formations sur l'unicité de la relation, la qualité d'une communication respectueuse, mettant en avant une approche positive, tel que le propose Huber & Jung (2021) et recherchant les ressources et capacités conservées de la personne, dans une optique non déficitaire.
Même si les philosophies et les approches sont communes, les applications sur le terrain et les caractéristiques des institutions peuvent être différentes. Albouy & Moret (2021) relèvent trois qualités fondamentales : la capacité à engager l'établissement dans un projet de bientraitance, la capacité à former des non-professionnels et un processus de labellisation (avec un suivi des personnes formées). Ils montrent aussi que les **formations en bientraitance** montrent des résultats positifs sur le bien-être des patients âgés, bien que certaines formations manquent d'évaluations scientifiques. Les troubles comportementaux et les capacités cognitives des patients s'améliorent après la mise en œuvre de ces formations. Certaines formations nécessitent l'implication des chefs d'établissement pour un changement durable (Albouy & Moret, 2021).

Une étude a exploré les barrières de communication avec les personnes présentant un trouble neurocognitif et a montré une amélioration de la satisfaction professionnelle, de la sécurité et

de la confiance des professionnels après une formation sur la Méthode de Validation. *In fine*, elle constate une amélioration de la vision du travail quotidien et des moyens de communication avec la personne âgée (Sánchez-Martínez et al., 2023).
En contraste, une étude randomisée a été moins positive. Si les connaissances acquises par le personnel au cours des ateliers initiaux ont augmenté de manière significative, les groupes « intervention » et « comparaison » ne différaient pas significativement dans les résultats tant primaires que secondaires. L'intervention a augmenté le niveau de connaissance du personnel, mais sans entraîner une amélioration de l'engagement des utilisateurs dans les activités, la qualité de vie ou la qualité des soins dans les unités (Cardoso et al., 2017).

Quoi qu'il en soit, il ne faut pas oublier que, dans ce processus de bientraitance, les formations peuvent également impliquer des non-professionnels, comme les familles et les bénévoles. Les professionnels de « l'extérieur » doivent aussi être impliqués, par exemple les médecins traitants.

4.5 Méthodologie des formations

Les études analysent aussi la méthodologie des formations proposées.
Ces formations peuvent être internes ou externes. Les modalités d'organisation doivent être adaptées en fonction des objectifs et des contenus. Si le projet est institutionnel (savoir être), la formation en intramuros semble plus adaptée. Cependant, s'il s'agit d'étudier la maladie ou les pratiques (savoir), la formation en externe est plus adéquate, afin de dépasser les cultures institutionnelles (Amyot, 2009).
Amyot propose également différentes pistes de travail. Pour les référents spécialisés (soins de plaie, soins palliatifs, démence, etc.), les formations qualifiantes sont plus adaptées. Par ailleurs, il insiste sur la mise en présence, lors des formations, de différentes catégories professionnelles afin de passer d'une interdisciplinarité des pratiques à une interprofessionnalité des formations (Amyot, 2009). On retrouve aussi ces recommandations de l'interdisciplinarité et de l'interprofessionnalité pour la conduite d'activités dans une perspective transversale dans l'article de Poulet et al. (2021) qui proposent même que les formations regroupent des professionnels de différentes spécialités et de différents niveaux hiérarchiques. Amyot (2009) plaide aussi pour la création de nouveaux métiers maniant de nouvelles compétences professionnelles, idée que l'on retrouve aussi chez Poulet et al. (2021), eu égard à la complexité des nouveaux cas de polymorbidité.
La mise en place de ces formations doit passer par une analyse des pratiques, des groupes de parole, des supervisions d'équipe et, régulièrement, le recours à un comité d'éthique afin d'analyser et soutenir les pratiques (Amyot, 2009).
Dans son mémoire de fin d'étude du diplôme interuniversitaire de MCC (France), Despierre (2007) développe le contenu d'une formation : identification des besoins, analyse des facteurs déclenchants, mise en situation, construction des conduites à tenir, modes de prévention, aspect juridique, engagement individuel. Ce descriptif de contenu est à peu près le même pour Le Brun : description, conséquences, recherche des causes, choix des causes, pistes de solution, choix des solutions, application, évaluation (Le Brun, 2016). Enfin, il est aussi présent dans le modèle ECHO (*just in time learning*) : objectif, satisfaction, self-efficacité, changement des pratiques, impact sur le soin à l'habitant, partage de connaissances (Lingum et al., 2021). On retrouve aussi ces éléments dans le projet TUBBE dans lequel on intègre en plus la décision partagée, le coaching et la recherche de sens (Dispa, 2019).
Plusieurs auteurs relèvent que ces formations doivent être évaluées à plusieurs moments : à la fin de la formation ainsi qu'à 3 mois et à 6 mois (Despierre, 2007). Le Brun prévoit une évaluation initiale, une formation destinée à la totalité du personnel et une évaluation finale (Le Brun, 2016).
Des analyses d'impact pré- et post-formation sont nécessaires car de nombreuses études d'intervention ne prévoient pas d'enquête et de description des facteurs pertinents de succès ou d'échec, malgré des objectifs clairs pour la mise en œuvre d'interventions futures (Barbosa et al., 2017).

Des sensibilisations plus informelles de mise en contact avec un public présentant des difficultés psychiatriques permet également aux soignant·e·s d'adopter la perspective du patient, de mieux comprendre sa situation et de réduire la stigmatisation (Gabrielsson et al., 2020). Ces contacts informels devraient être proposés tout au long de la vie, y compris lors des études et une fois entré dans sa fonction.

Les **supervisions cliniques** montrent également des effets positifs sur l'exploration des barrières institutionnelles pour les soins centrés sur la personne et le soutien des soignant·e·s dans leurs compétences interpersonnelles pour soutenir l'autonomie des habitant·e·s au profil psychiatrique (Brunyan et al., 2017).
La supervision clinique offre au personnel le temps de réfléchir aux obstacles organisationnels des soins centrés sur la relation et d'acquérir des compétences interpersonnelles qui soutiennent l'autonomie et la prise de décision des habitant·e·s (Bunyan et al., 2017). Bien qu'elle favorise la croissance personnelle, la confiance, la compétence et réduise l'anxiété et les conflits (Edgar et al., 2021 ; Brooker et al., 2016 ; Brunero, 2008 ; Brunero & Stein-Parbury, 2016), la supervision clinique reste peu fréquente dans les MR/MRS belges. Une mise en œuvre réussie nécessite des superviseurs formés et une culture de confiance (Turner & Hill, 2011). La réflexion supervisée soutient le traitement émotionnel (Edgar et al., 2021 ; Brooker et al., 2016 ; Brunero, 2008) et est reconnue comme une dimension de l'innovation responsable (Stilgoe et al., 2020).

Une étude flamande récente a montré qu'une **intervention éducative complète**, comprenant une formation basée sur le contact, des conférences d'experts, une supervision et de courts stages en soins de santé mentale, améliorait les compétences des soignant·e·s en matière de soins psychiatriques (Gillis et al., en cours de révision). Des améliorations ont été notées dans le professionnalisme, la gestion des situations complexes et le maintien de l'identité personnelle, ainsi qu'une réduction de la stigmatisation et une approche davantage centrée sur la personne pour les habitant·e·s présentant des vulnérabilités psychiatriques. Les principaux facteurs de réussite comprenaient une approche d'équipe intégrée, des attitudes de leadership à l'égard de la santé mentale et l'application active des connaissances dans la pratique quotidienne.

En résumé, les différentes études mettent en évidence la nécessité des formations adaptées aux pratiques de terrain, nécessitant une analyse participative préalable, la mise en place d'un processus d'évaluation continue et des contenus porteurs de sens.
L'interprofessionnalité et la transversalité des actions et des formations sont aussi indispensables à une validité des actions qui seront mises en place. L'implication de la direction et du MCC sont aussi des éléments fondamentaux de la réussite d'un programme de formation. Enfin, les familles, les proches, les bénévoles, les médecins traitants doivent aussi être impliqués.

4.6 Recommandations

De façon générale, se former en continu fait partie de la pratique de chaque profession. C'est par ailleurs une obligation dans les professions du domaine de la santé, notamment dans le cadre des MR/MRS où le public cible est particulièrement vulnérable.
Se former fait également partie du management institutionnel et du projet de vie de l'institution. Se former a un impact direct sur les personnes âgées, objectivé par la diminution du recours aux médicaments psychotropes, et sur les soignant·e·s, par une amélioration des conditions de travail. Il faut pour cela se former dans une optique non déficitaire de la personne afin de s'adapter à la personne, de comprendre ses comportements, et de mener des actions cohérentes et constantes envers elle : se former pour maîtriser les connaissances et mieux comprendre les personnes, se former à la relation et à la communication entre professionnels, et avec la personne âgée, engageant tous les acteurs (direction, MCC, personnel administratif, personnel soignant, personnel d'entretien, bénévoles, familles) dans un projet

institutionnel. Il faut également se former de façon interactive et dynamique, à partir des connaissances et compétences de chaque acteur et évaluer et suivre les résultats des formations sur le terrain dans un continuum sur le long terme.
Les sensibilisations plus informelles permettent aussi la mise en contact avec un public psychiatrique afin de mieux comprendre leur réalité et s'y adapter, et les supervisions cliniques au sein des institutions permettent de réduire les barrières institutionnelles, l'anxiété et les conflits.

5 Bien-être psychosocial : facteurs environnementaux

Il n'existe pas de théorie générale sur les variables exactes de l'environnement de vie qui affectent le bien-être mental, la dépression ou l'anxiété. En général, des mesures objectives (par exemple, l'humidité, la qualité de l'air, la quantité de lumière, le bruit) ou subjectives (par exemple, l'insatisfaction générale, les perturbations) sont utilisées. Le lien entre les deux est toutefois limité : les mesures objectives n'expliquent qu'une petite partie de la variation dans les perceptions subjectives (Betti et al., 2020). Bien que de nombreuses études, rassemblées sous le dénominateur commun de *l'Evidence Based Design*, se concentrent sur des aspects isolés (par exemple, la lumière du jour, les vues sur la verdure, les distances de marche ; Gramaglia et al., 2021), elles concluent systématiquement que les résultats ne permettent pas de fournir des informations pour des interventions architecturales. Des études antérieures, qui ont mis en évidence le rôle de l'environnement bâti (interne) dans la façon dont les initiatives de soins sont vécues et expérimentées au fil du temps, la façon dont la taille des bâtiments influence la proximité physique et psychologique, et la manière dont l'organisation spatiale peut entraver ou soutenir l'imbrication entre soins psychologiques et sociaux, montrent le potentiel d'aménagements spatiaux spécifiques. L'environnement bâti peut être un acteur innovant dans le soutien du bien-être mental. Il est souhaitable de poursuivre les recherches sur un « environnement sur mesure » ou une « architecture centrée sur la personne ». La figure ci-dessous donne un aperçu des facteurs de l'environnement bâti qui jouent un rôle dans le bien-être mental des personnes âgées (Jacobs et al., 2025). Ceux-ci peuvent être un point de départ pour des recherches ultérieures.

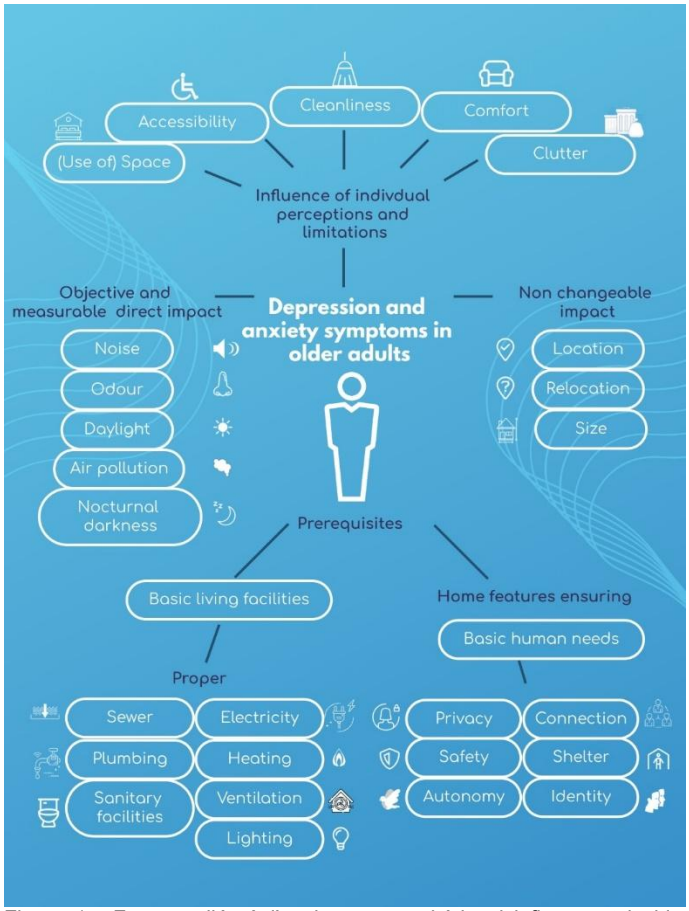

Figure 1 : Facteurs liés à l'environnement bâti qui influencent le bien-être mental des personnes âgées (Projet Bloesem, Vermeulen et al., in preparation).

D'autre part, la mise en place **de soins de santé mentale sur le même site**, au sein d'établissements communautaires comme les centres pour personnes âgées, a montré des améliorations significatives des symptômes de dépression et d'anxiété, ainsi qu'une réduction de la solitude et de l'isolement social (Abramson et al., 2023).

6 Bien-être psychosocial : innovations technologiques

6.1 Innovations technologiques

Les soins de santé mentale peuvent innover de multiples manières, notamment via les approches de traitement personnalisées et les nouveaux modèles de prestation de services. Les progrès technologiques sont d'autres moyens de répondre à la demande croissante de soins de santé mentale, d'améliorer l'accessibilité et la qualité des soins. L'intégration de technologies, telles que l'intelligence artificielle (IA) et les thérapies numériques, joue un rôle crucial dans la transformation des soins de santé mentale en offrant des interventions évolutives, personnalisées et fondées sur des données probantes. De plus, le développement de la téléthérapie et des approches communautaires sont des voies novatrices prometteuses. L'avis 9745[21] du CSS (2024) sur l'utilisation des interventions numériques et des applications pour les soins de santé mentale plaide en faveur d'un meilleur cadre et d'un meilleur accompagnement par les professionnels de la santé afin de lutter contre la prolifération des applications d'auto-assistance et d'ancrer des solutions de qualité dans les soins prodigués pour la dépression, l'anxiété et les troubles du sommeil. L'avis souligne que les outils

[21] https://www.hgr-css.be/fr/avis/9745/interventions-et-applications-numeriques-de-sante-mentale

numériques peuvent compléter les soins classiques et réduire les listes d'attente, à condition qu'il existe des directives claires.

Des résultats préliminaires suggèrent que ces interventions pourraient être plus efficaces que les soins habituels pour favoriser le bien-être mental (Chan et al., 2024).
L'utilisation d'expériences de réalité virtuelle (VR) à visée thérapeutique en MR/MRS a été étudiée comme moyen d'améliorer le bien-être mental et de réduire la solitude chez les personnes âgées présentant une limitation physique. Par ailleurs, la VR offre également un environnement d'apprentissage précieux pour les étudiant·e·s et les stagiaires : ils et elles peuvent s'exercer, dans un cadre sécurisé et simulé, aux interactions, à la communication et à l'accompagnement d'habitant·e·s âgé·e·s via des avatars, ce qui favorise le développement des compétences pratiques et de l'empathie.
Les innovations pilotées par l'IA, notamment le traitement du langage naturel et l'apprentissage automatique, permettent des interventions personnalisées en santé mentale en analysant des données individuelles pour formuler des recommandations thérapeutiques sur mesure. Ces technologies facilitent la surveillance en temps réel et l'analyse des symptômes, améliorant ainsi l'efficacité des outils numériques pour la santé mentale (Isa et al., 2024).
La télépsychiatrie est apparue comme une innovation majeure, offrant aux patients un accès à distance aux soins de santé mentale et surmontant les barrières géographiques et logistiques. Cette approche s'est révélée particulièrement utile pendant la pandémie de COVID-19, garantissant la continuité des soins (Fiorillo et al., 2022).

Les technologies telles que les smartphones, les maisons intelligentes, les dispositifs portables et les systèmes de surveillance sont de plus en plus utilisées pour améliorer la qualité des soins et la vie des personnes atteintes de démence ou de troubles cognitifs. Les technologies d'assistance, comme les smartphones et les maisons intelligentes, peuvent soutenir la prise en charge de la démence en offrant un allègement cognitif, l'automatisation, la surveillance à distance, un soutien émotionnel/social et le traitement des symptômes. Elles peuvent ainsi améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de trouble neurocognitif et réduire la charge des soignant·e·s (Sorrentino et al., 2024).
Les dispositifs de suivi sont utilisés pour contrôler les déplacements des patients atteints de troubles neurocognitifs, réduire le risque de chute et garantir leur sécurité. Cependant, ces systèmes soulèvent également des préoccupations relatives par exemple au risque de surveillance excessive, à l'atteinte à la vie privée, la réduction de l'autonomie, ou encore à la difficulté d'obtenir un consentement éclairé et d'autres enjeux liés à la gestion des données (Barde et al., 2023).

L'utilisation de l'IA et des approches axées sur les données peut soutenir les soins de santé mentale, en adaptant autant que possible les interventions aux besoins et aux circonstances spécifiques des individus. Cette approche semble être particulièrement bénéfique pour les affections complexes telles que le trouble de stress post-traumatique et la dépression (Isa et al., 2024 ; Subrata et al., 2024), mais les preuves solides font encore défaut.

Chez les **aidants proches**, les interventions basées sur la technologie, notamment les programmes psychoéducatifs en ligne et le soutien virtuel, ont démontré leur capacité à réduire les sentiments de solitude et à améliorer le bien-être. Ces interventions peuvent contribuer à retarder la transition de la prise en charge à domicile vers un établissement en luttant contre l'isolement social des aidants proches (Mao et al., 2023).
Les interventions psychosociales délivrées par la technologie (IPT) pour les aidants de personnes atteintes de démence ont été associées à une légère réduction de la dépression, de la charge et de l'anxiété, ainsi qu'à une plus grande autonomie. Les IPT intégrant des fonctions préventives (par exemple la détection précoce de la détresse des aidants, des rappels d'auto-soin, des modules éducatifs anticipant les difficultés ou des outils de gestion

du stress) et des applications mobiles ont montré des effets plus importants (Cheng et al., 2024).

6.2 Défis et considérations

L'une des solutions novatrices potentielles réside dans l'utilisation de l'IA et de l'apprentissage automatique pour les soins de santé mentale chez les personnes âgées. Cependant, les preuves sont presque inexistantes.
Les applications possibles comprennent les outils d'évaluation numériques, les outils de conversation, les outils d'analyse prédictive, la télésurveillance et les outils thérapeutiques numériques. Outre les avantages importants tels que l'amélioration de l'accessibilité, de l'évolutivité, de la personnalisation, de la surveillance continue et peut-être une meilleure observance du traitement, il existe également des défis et des risques importants.
Les préoccupations éthiques concernant la vie privée et les biais dans les algorithmes d'IA sont des questions importantes qui doivent être soigneusement prises en compte. De plus, l'intégration de ces technologies dans les systèmes de santé existants nécessite un alignement sur les cadres réglementaires, le soutien des cliniciens et l'évaluation du rapport coût-efficacité (Isa et al., 2024 ; Ojha et al., 2023).
Il est également essentiel d'assurer l'égalité d'accès à ces innovations pour prévenir les inégalités en matière de soins de santé mentale (Ojha et al., 2023).
La compréhension élargie du concept de soins centrés sur la personne (intégrant les dimensions sociales, environnementales et organisationnelles du système de santé) doit continuer à guider les pratiques futures.
Les considérations relatives à la protection de la vie privée et au coût des technologies doivent être constamment surveillées par les instances politiques. Des recherches futures sur les avantages respectifs pour la santé pourraient donner plus d'informations sur les interventions numériques actuellement appliquées aux personnes âgées (Tsai et al., 2024).

L'IA et l'apprentissage automatique confirment souvent les paradigmes sociaux existants, ce qui les rend peu innovants. L'algorithme peut introduire des biais de sorte que les groupes mal desservis peuvent avoir encore moins accès à une aide appropriée, particulièrement pour les personnes âgées. La technologie peut être inaccessible aux personnes qui ne l'utilisent pas ou ne la possèdent pas. Enfin, il existe des défis importants en termes de confidentialité, de sécurité et de résultats faussement positifs ou faussement négatifs. Un défi important consiste à développer ces applications conjointement (co-création) avec le groupe cible.

7 Bien-être psychosocial : utilisation optimale des médicaments

7.1 Introduction

La prescription de médicaments est l'une des interventions les plus courantes dans le domaine des soins de santé, en particulier chez les personnes âgées atteintes de multimorbidité qui nécessitent souvent plusieurs traitements, y compris des médicaments. La polymédication, souvent définie comme l'utilisation de cinq médicaments ou plus (Petrovic et al., 2018), a été enregistrée chez 42 % des adultes belges âgés de 65 ans et plus, et dans les maisons de retraite, 50 % des habitant·e·s prennent neuf médicaments ou plus (KCE, 2024). La polymédication augmente le risque d'effets indésirables des médicaments, d'interactions médicamenteuses, de non-observance, de déclin fonctionnel et de fragilité (Anrys et al., 2018).
Les dommages causés par les médicaments et les erreurs de médication sont une cause majeure de blessures et de dommages évitables dans les systèmes de santé du monde entier, et la Belgique ne fait pas exception. Une analyse récente de l'OMS (OMS, 2023) a montré qu'au moins un patient sur vingt dans le monde est touché par des dommages médicamenteux évitables. Plus d'un quart de ces dommages médicamenteux sont graves ou mettent la vie en danger. Une étude récente menée dans 23 maisons de retraite belges a

révélé que 68,6 % des habitant·e·s atteint·e·s de démence se sont vu prescrire au moins un médicament psychotrope, et que 40,3 % en ont reçu deux ou plus par jour (Maex et al., 2025). En outre, une étude pilote belge portant sur 75 habitant·e·s de maisons de retraite a révélé une charge anticholinergique élevée, un facteur de risque pour un large éventail d'événements indésirables, y compris des effets centraux tels que des troubles cognitifs (Vermeulen et al., 2024).
Environ la moitié (53 %) de tous les préjudices évitables liés aux médicaments se sont produits pendant la « phase de prescription ». La prévalence la plus élevée de méfaits évitables liés aux médicaments a été observée chez les personnes âgées vulnérables (17 %). Les méfaits liés aux médicaments chez les personnes âgées comprennent les chutes, le déclin cognitif, la perte d'indépendance et la mortalité. La polymédication, la surconsommation de médicaments et le statut socio-économique inférieur augmentent le risque de méfaits liés aux médicaments. Les médicaments pour le système cardiovasculaire et le système nerveux central méritent une attention particulière. L'utilisation inappropriée de médicaments est courante chez les personnes âgées et comprend trois situations différentes : la surconsommation de médicaments potentiellement nocifs, la sous-utilisation de médicaments efficaces et l'utilisation de médicaments inappropriés en raison de divers aspects tels que la posologie, les interactions médicamenteuses, la facilité d'administration ou le coût (Spinewine et al., 2007).
La surconsommation de médicaments a fait l'objet d'une attention croissante au cours des dix dernières années. Elle peut être définie comme l'utilisation d'un médicament qui n'est pas (ou plus) cliniquement indiqué, qui est inefficace, qui présente un rapport risques-bénéfices défavorable et/ou qui ne correspond pas aux objectifs et aux préférences de traitement du patient. De nombreuses sources de données belges montrent que la surconsommation de médicaments est fréquente chez les personnes âgées. La surutilisation est fréquente en Belgique, notamment d'antipsychotiques, d'antidépresseurs, d'antidiabétiques, de benzodiazépines et d'inhibiteurs de la pompe à protons, avec un impact significatif sur la morbidité et la mortalité (KCE, 2024 ; Vander Stichele et al., 2006).

Pour améliorer l'utilisation des médicaments chez les personnes âgées, il faut disposer de données probantes plus nombreuses et de meilleure qualité sur l'efficacité et l'innocuité des médicaments pour cette population spécifique, qui est souvent sous-représentée dans les essais cliniques. Ces données doivent ensuite être traduites en lignes directrices et en outils fiables pour les cliniciens.
De plus, l'amélioration de l'utilisation des médicaments chez les personnes âgées nécessite des changements importants dans le comportement des patients, des professionnels de la santé et des décideurs. Cela s'aligne pleinement sur l'initiative 2023 de l'OMS « Les sciences du comportement pour une meilleure santé » (OMS, 2023) et est discuté plus en détail ci-dessous.

7.2 Champs d'action

Au cours des 15 dernières années, les recherches et les initiatives visant à optimiser l'utilisation des médicaments en Belgique se sont multipliées, mais une approche renforcée est nécessaire pour mettre en œuvre des changements à grande échelle. Quatre catégories d'actions clés devraient être mises en œuvre en Belgique au cours des 10 prochaines années pour améliorer l'utilisation des médicaments par les personnes âgées : la sensibilisation du public, la formation des professionnel·le·s et la mise en œuvre des soins intégrés, la recherche clinique, et la réforme des systèmes de santé.
Pour chaque catégorie, sont mis en évidence ci-dessous les défis actuels et des exemples d'innovations récentes en Belgique et au Canada. Des exemples du Réseau canadien sur la pertinence et la déprescription des médicaments (CADeN) – un groupe de leaders du secteur de la santé, de décideurs, de cliniciens, de chercheurs et de défenseurs des droits des patients – sont inclus, car ce réseau a élaboré une stratégie nationale qui peut être une source d'inspiration pour la Belgique dans plusieurs domaines (CADeN, 2024).

Des actions collaboratives clés sont également proposées pour la prochaine décennie aux niveaux des patients, des prestataires de soins de santé, des organisations et des politiques.

7.2.1 Sensibilisation et engagement des patients et du public à l'égard de l'utilisation appropriée des médicaments.

Deux obstacles majeurs à l'optimisation des médicaments et à la lutte contre la surutilisation des médicaments sont que (a) les gens ne sont souvent pas conscients du risque (et n'ont souvent pas une vision correcte des avantages) des médicaments, et (b) les médecins évitent souvent de discuter des changements de médicaments parce qu'ils anticipent la résistance des patients. Par exemple, dans une étude belge récente sur les attitudes à l'égard de la déprescription de somnifères chez les personnes âgées, seulement une personne sur dix croyait que ses médicaments provoquaient des effets secondaires. Les deux tiers des personnes âgées ont indiqué qu'elles étaient réticentes à arrêter de prendre des somnifères, mais la moitié seraient disposées à réduire la dose si leur médecin le leur recommandait. La plupart des médecins ont déclaré ressentir une pression importante de la part de leurs patients pour renouveler les ordonnances de somnifères (Shapoval et al., 2025 ; Pétein, 2024).
La sensibilisation et l'engagement des patients et de leurs soignant·e·s et du public autour de l'utilisation appropriée des médicaments est une occasion clé de s'attaquer au problème de l'utilisation inappropriée des médicaments chez les personnes âgées. L'amélioration de la littératie en matière de santé sur les avantages et les inconvénients potentiels et l'utilisation appropriée des médicaments peuvent autonomiser les personnes âgées et leurs aidants et aider à entamer des conversations avec leurs prestataires de soins de santé sur leurs médicaments. Pour combler le fossé avec le public, le CADeN a lancé une campagne de sensibilisation du public en collaboration avec des dizaines d'organisations de haut niveau à travers le pays. Dans le contexte de la campagne, un site web public a été lancé et une boite à outils a été élaborée pour aider le public à en savoir plus sur la sécurité des médicaments et la déprescription (OMS, 2023).

Il est donc nécessaire d'élaborer une stratégie nationale visant à mobiliser le public et à élaborer des campagnes de sensibilisation qui trouvent un meilleur écho auprès des personnes âgées et des aidants informels. Cette stratégie nécessite une collaboration avec des organismes communautaires qui représentent des communautés diversifiées (en termes de langue, de culture, de milieu de soins, de statut socio-économique, etc.) en partageant des messages pertinents sur la sécurité des médicaments. Les documents d'appui devraient être élaborés et mis à disposition dans diverses langues et formats. Ils doivent être faciles à utiliser et à comprendre pour le public et doivent parler positivement de l'optimisation de l'utilisation des médicaments.

7.2.2 Formation des professionnels de santé et des futurs professionnels, et mise en œuvre des soins intégrés à grande échelle

Pour relever efficacement les défis en constante évolution dans le domaine des soins de santé, il est essentiel d'améliorer la formation et les ressources des professionnels de la santé, en mettant l'accent sur les alternatives non pharmacologiques, la prise de décision partagée et la révision des stratégies de traitement. Ces approches permettent aux professionnels de la santé de mieux gérer les maladies chroniques, de réduire la polymédication et d'améliorer les résultats pour les patients (Petrovic et al., 2019).
Le renforcement des approches interprofessionnelles est essentiel pour offrir des soins complets. La collaboration entre les médecins, les pharmaciens, les infirmier·ère·s et les autres professionnel·le·s de la santé permet d'optimiser la gestion des médicaments, de minimiser les erreurs et d'améliorer les résultats pour les patients. Les modèles de soins intégrés facilitent les transitions fluides entre les différents milieux de soins, assurent la continuité des soins et minimisent les événements indésirables (KCE, 2010).

De plus, il est essentiel de renforcer le rôle des pharmaciens dans la prestation des soins de santé. En élargissant leur champ d'exercice, les pharmaciens peuvent contribuer de manière significative au bilan médicamenteux, à l'adaptation des médicaments et au soutien à l'observance. Cela permet non seulement d'améliorer les soins centrés sur le patient au sein d'équipes interdisciplinaires, mais aussi d'améliorer la prestation globale des soins de santé (Spinewine et al., 2023 ; Académie Royale de Médecine de Belgique, 2017).

Cependant, plusieurs défis, tels que des ressources limitées et des obstacles organisationnels, entravent la progression de ces initiatives.

Les innovations récentes en Belgique offrent des informations précieuses pour relever les défis de la santé. Des initiatives réussies[22] dans divers milieux de soins mettent l'accent sur la collaboration, l'intégration technologique et l'engagement des patients. Ces initiatives comprennent la rédaction, la publication et la diffusion de lignes directrices de bonnes pratiques pour une continuité optimale de la prise en charge médicamenteuse, la promotion de la collaboration entre les professionnels de santé, la mise en avant de l'importance de la continuité des traitements lors des transitions, le partage électronique des données des patients dans le respect de la sécurité et de la confidentialité, la formalisation des procédures pour une continuité des soins lors des hospitalisations et des sorties, l'intégration de la formation sur la continuité des soins dans l'éducation en santé, ainsi que la mise en œuvre de financements pour des évaluations fiables afin de démontrer les effets cliniques et économiques ultérieurs.

Il est crucial de soutenir à la fois les soins de première ligne et les soins de longue durée, ainsi que les soins aigus – en particulier pour les personnes âgées, compte tenu de leurs hospitalisations fréquentes et du risque élevé d'erreurs lors des sorties. Cela souligne la nécessité de fournir davantage de ressources pour la mise en œuvre à grande échelle de la pharmacie clinique (KCE, 2010 ; Académie Royale de Médecine de Belgique, 2017).

Des initiatives belges illustrent les avancées en cours. L'instrument BASELO (*Belgian Anticholinergic and Sedative Load in Older Adults)*, qui quantifie la charge anticholinergique et sédative, ainsi que Bimedoc Expert, qui analyse les prescriptions et optimise la pratique de prescription, soutiennent une utilisation plus sûre des médicaments et une déprescription raisonnée. Le protocole PRECEDE propose une approche structurée pour la réduction progressive et l'arrêt approprié de médicaments, intégrant l'implication des patients et des professionnels de santé. Ces deux outils démontrent la valeur d'une démarche systématique et centrée sur l'équipe. Les premières évaluations montrent une diminution des problèmes liés aux médicaments et l'utilité de l'arrêt de traitements potentiellement inappropriés. Il est toutefois nécessaire d'élargir l'implémentation de ces initiatives (Vermeulen et al., 2025).
L'élargissement du rôle des pharmaciens dans le bilan médicamenteux, l'adaptation médicamenteuse, et le soutien à l'observance est essentiel, tout comme l'intégration du bilan médicamenteux dans les dossiers électroniques des patients. Des investissements nationaux dans les services de pharmacie clinique pourraient renforcer davantage l'implémentation, en particulier dans les MR/MRS où les risques sont les plus élevés (Pétein, 2024).

En conclusion, des professionnels de santé mieux équipés et la mise en œuvre de soins intégrés à grande échelle sont essentiels pour améliorer la prestation des soins de santé et les résultats pour les patients. En relevant les défis, en tirant parti des innovations et en priorisant les actions clés, les systèmes de santé peuvent améliorer leur capacité à fournir des soins sûrs, efficaces et centrés sur le patient.

[22] https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/info-pour-tous/plan-interfederal-soins-integres

7.2.3 Recherche clinique sur l'implémentation centrée sur le patient

Il est essentiel de disposer de données probantes de haute qualité sur la meilleure façon d'optimiser l'utilisation des médicaments chez les personnes âgées dans tous les contextes de soins. Ces données probantes permettent non seulement d'éclairer les décideurs, mais aussi d'orienter l'affectation des ressources pour s'assurer qu'elles sont utilisées le plus efficacement possible pour améliorer la qualité des soins aux personnes âgées.
Si les résultats internationaux fournissent des informations précieuses, les caractéristiques spécifiques du contexte local soulignent la nécessité d'une recherche orientée vers la Belgique. Plusieurs groupes de recherche belges travaillent actuellement sur la mesure de la qualité, l'exploration des causes de l'utilisation inappropriée des médicaments, ainsi que le développement et le test d'interventions d'optimisation dans divers contextes de soins (Vermeulen et al., 2025 ; Perehudoff et al., 2016 ; Azermai et al., 2017 ; Wauters et al., 2019 ; Evrard et al., 2023 ; Tommelein et al., 2016 ; Van der Linden et al., 2023).
Par exemple, des essais prospectifs ont démontré l'efficacité des approches interdisciplinaires, de l'implication des pharmaciens et de l'utilisation d'outils explicites pour améliorer les résultats de la prescription (Strauven et al., 2019 ; Dalleur et al., 2014 ; O'Mahony et al., 2023 ; Blum et al., 2021).
Cependant, plusieurs défis majeurs restent à relever. Tout d'abord, l'intensification des interventions d'optimisation médicamenteuse nécessite un soutien considérable. De nouveaux canaux de financement spécifiquement axés sur la recherche d'implémentation et des études multicentriques sont indispensables. En outre, faciliter l'accès aux données pratiques pour l'évaluation des résultats et promouvoir les évaluations économiques peut renforcer les efforts d'implémentation.
Deuxièmement, l'implication des patients et du public dans les projets de recherche doit être renforcée. Leurs points de vue peuvent enrichir la conception, la mise en œuvre et la diffusion de l'étude, en veillant à ce que les interventions s'alignent mieux sur les besoins et les préférences des patients.
Troisièmement, le renforcement de la collaboration entre les universités est essentiel pour faire avancer les programmes de recherche. La cartographie des initiatives de recherche existantes peut aider à mieux prioriser et organiser les recherches futures et, par conséquent, à améliorer la diffusion des résultats de recherche auprès des décideurs. Le renforcement des liens avec les réseaux internationaux de déprescription peut également contribuer à la promotion de l'échange de connaissances, des initiatives conjointes et de la comparaison des meilleures pratiques à l'échelle mondiale.

7.2.4 Réforme des systèmes de santé et traduction des recherches en actions

Pour aborder l'optimisation de l'utilisation des médicaments chez les personnes âgées dans le paysage changeant des soins de santé en Belgique, il faut passer de projets pilotes isolés à une stratégie nationale coordonnée.
Dans une récente revue des facteurs influençant l'efficacité des interventions visant à promouvoir une utilisation appropriée des médicaments, CADeN a souligné l'importance de stratégies nationales claires qui soutiennent les interventions de prescription avec un certain degré de coordination centrale (Charbonneau et al., 2024). À l'instar de l'approche de CADeN, un plan stratégique national devrait être élaboré et financé pour optimiser l'utilisation des médicaments chez les personnes âgées en Belgique. Cette stratégie nationale devrait être mise en œuvre par une organisation centralisée chargée de coordonner et de soutenir les interventions fondées sur des données probantes dans toutes les régions et tous les milieux de soins.
Les rapports nationaux peuvent fournir des informations précieuses sur les tendances en matière d'utilisation des médicaments à l'échelle du pays. Ils permettent d'identifier les domaines nécessitant une attention particulière tout en soutenant les efforts visant à garantir l'accès à des médicaments plus sûrs et à des alternatives non médicamenteuses pour remplacer les traitements à risque.

Deux priorités importantes du plan stratégique national devraient être : (a) l'optimisation de l'usage des psychotropes et (b) l'utilisation des médicaments dans les MR/MRS (VAD, 2018). Diverses initiatives, telles que celles de l'INAMI présentées ci-dessous, témoignent de l'engagement de la Belgique en faveur de solutions innovantes dans les soins gériatriques, avec des interventions évolutives susceptibles d'améliorer la gestion médicamenteuse.

7.3 Exemples de mise en œuvre de politiques et d'orientations futures

L'étude COME-ON, qui consiste en un programme de formation mixte, des réunions interdisciplinaires locales et des discussions de cas interdisciplinaires dans des centres de soins résidentiels belges, a par exemple été associée à des améliorations significatives de la pertinence de la prescription (Strauven et al., 2019). Cependant, les recommandations faites aux décideurs politiques sur la base des résultats n'ont pas encore été mises en œuvre.
Plus récemment, un projet multidisciplinaire a permis à certaines personnes qui consomment de manière chronique des benzodiazépines ou des médicaments apparentés aux benzodiazépines (médicaments Z) d'accéder à un programme de réduction progressive sous la supervision d'un médecin et d'un pharmacien[23]. Cette approche multidisciplinaire implique une collaboration entre le médecin prescripteur, le pharmacien et le patient, et la réduction progressive est facilitée par des préparations du pharmacien à partir de l'ordonnance du médecin. L'évaluation devrait éclairer les mesures futures et explorer la possibilité d'étendre ces services au milieu des soins en établissement et à d'autres classes de médicaments. De même, le projet « *Medication Review* » de l'INAMI implique que les pharmaciens travaillent avec les patients pour discuter de leur expérience avec les médicaments et optimiser le traitement, ce qui signifie souvent qu'il faut arrêter certains médicaments. Ils fournissent également des recommandations personnalisées au médecin généraliste concernant la gestion des médicaments[24].
En ce qui concerne les médicaments psychotropes et au niveau des prescripteurs individuels, l'accent doit être mis sur une prescription prudente uniquement en cas de symptômes graves lorsque les approches non pharmacologiques ont échoué, en utilisant la dose la plus faible possible qui procure un effet clinique et pour une durée limitée, toujours avec une date d'arrêt prévue. Au niveau des centres de soins résidentiels, il devrait y avoir une procédure garantissant que l'évaluation de l'usage de psychotropes est menée de manière critique et multidisciplinaire, avec la participation des médecins, des infirmier·ère·s, du ou de la pharmacien·ne, des habitant·es eux- et elles-mêmes, ou de leurs familles.
En plus de la formation du personnel et d'une approche centrée sur la personne, la présence d'un coordonnateur de la politique des médicaments est également importante. L'utilisation des dossiers de santé électroniques et de la liste des médicaments du centre de soins peut fournir une aide à la décision médicale. Il est également important de fournir des informations aux habitant·e·s et à leurs familles selon le principe de la prise de décision partagée.
Le MCC joue un rôle central dans l'élaboration de la politique médicale au sein des centres d'hébergement. Actuellement, les résidents ont la liberté de choisir leur médecin généraliste. En pratique, cela signifie qu'un seul centre comptant environ 120 habitant·e·s peut voir intervenir 40 médecins généralistes ou plus, ce qui peut compliquer la mise en place d'une prise en charge médicale cohérente et de qualité.
Enfin, un contrôle de la qualité au niveau politique par le biais d'audits et de rapports est nécessaire. Il est essentiel de respecter les recommandations existantes. Ces recommandations concernent les structures de gouvernance dans les centres de soins résidentiels, qui doivent s'assurer que des systèmes et des services sont en place pour garantir les bonnes pratiques en matière d'initiation, de suivi et d'arrêt de la médication psychotrope pour les personnes âgées (McDonald et al., 2024).

[23] https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/les-prestations-de-sante-que-vous-rembourse-votre-mutualite/prestations-de-soins-individuelles/un-programme-pour-se-sevrer-des-benzodiazepines-ou-de-medicaments-apparentes-z-drugs
[24] https://www.cbip.be/fr/revue-de-medication-par-le-pharmacien-de-reference-nouvelle-initiative/

Les recommandations pour les établissements de soins doivent tenir compte de leurs défis spécifiques :

- Développer une vision de la politique médicamenteuse : créer un manuel de politique et de qualité pour les médicaments psychotropes, avec des processus structurés, des indicateurs de résultats et des audits internes.
- Favoriser la collaboration multidisciplinaire : encourager la coopération entre les professionnels de la santé, y compris la formation et les audits sur l'utilisation de médicaments (psychotropes).
- Effectuer des examens réguliers des médicaments : se concentrer sur les médicaments psychotropes et établir des liens avec des psychologues de première ligne pour les cas complexes.
- Renforcer le rôle du coordonnateur des médicaments : fournir aux coordonnateurs une formation sur les approches non pharmacologiques et la surveillance de la qualité des médicaments psychotropes.
- Renforcer le rôle et le mandat du MCC : habiliter le MCC à superviser les pratiques médicales dans l'ensemble du centre conformément à la politique établie en matière de médicaments. Modèles de soutien où les habitant·e·s peuvent choisir parmi un groupe limité de médecins généralistes.
- Tirer parti des outils numériques : utiliser les dossiers de santé électroniques et d'autres technologies pour améliorer la gestion des médicaments.

L'intégration des centres de soins résidentiels dans des réseaux de santé plus vastes est également essentielle pour améliorer la sécurité des médicaments et optimiser les résultats pour la santé.

7.4 Conclusions

En résumé, l'optimisation de l'utilisation des médicaments chez les personnes âgées est un élément essentiel du système de santé belge. En traduisant la recherche en actions, en favorisant l'innovation et en encourageant la collaboration, nous pouvons assurer des soins personnalisés et de haute qualité aux personnes âgées.
Bien que cet avis cible principalement les établissements de soins de longue durée, une action plus large est justifiée en raison de la nature répandue des méfaits liés aux médicaments dans tous les milieux de soins.
Cela nécessite une approche globale et coordonnée à plusieurs niveaux, de la sensibilisation du public et de l'autonomisation des patients à la fourniture aux professionnels de santé des connaissances et compétences nécessaires, en passant par la conduite de recherches centrées sur le patient et la mise en œuvre de politiques de soutien. Grâce à un engagement soutenu et à des investissements stratégiques, la Belgique peut montrer la voie pour garantir une utilisation plus sûre, plus efficace et plus appropriée des médicaments pour sa population vieillissante.

IV RECOMMANDATIONS

1 Conclusions

En conclusion, cet avis souligne l'urgence d'une transformation profonde des pratiques dans les MR/MRS en Belgique. Face à la complexité croissante des besoins des personnes âgées, notamment celles souffrant de troubles psychiatriques ou neurocognitifs, il est essentiel de dépasser une approche strictement biomédicale pour adopter une vision globale et humaine du soin. Reconnaître et aborder l'âgisme, tant dans les pratiques de soins que dans la société en général, est également essentiel. Chaque habitant a droit à des soins, y compris spécialisés, opportuns et appropriés, qui soutiennent son bien-être psychosocial et existentiel. Cela implique que les soins centrés sur la personne et les relations doivent constituer le fondement de la vision des soins dans les MR/MRS.
Bien que les stratégies recommandées reposent en partie sur des éléments empiriques propres à des groupes cibles spécifiques, il est important de reconnaître que les habitant·e·s sont hétérogènes en termes de besoins en soins, d'arrière-plan culturel et de préférences personnelles. L'implémentation nécessite dès lors toujours une approche sur mesure et une adaptation contextuelle afin de garantir l'inclusivité et l'efficacité des interventions.

La réforme bruxelloise constitue un bel exemple de la manière dont un changement de culture intégral dans les MR/MRS peut être mis en œuvre. Des recommandations concrètes peuvent dès lors être formulées, de sorte que les principes clés - amélioration de la qualité de vie des personnes âgées en MR/MRS et renforcement du personnel - soient mis en œuvre de manière concrète dans les autres régions, en tenant compte des structures et réglementations locales.

2 Recommandations

Les recommandations ci-dessous découlent des constats formulés dans le texte précédent concernant le sous financement de la complexité psychiatrique, le manque d'expertise psychosociale, les lacunes en matière de formation, la prédominance d'un modèle biomédical et l'insuffisance du soutien externe structurel. Pour chaque recommandation, une référence explicite à l'argumentation pertinente est fournie lorsque cela s'applique.

2.1 Message clé

L'être humain est au centre. Grâce à une culture et une offre de soins centrés sur la personne et la relation, et en impliquant toutes les disciplines de manière équitable et structurelle, nous garantissons le droit de chaque habitant à des soins appropriés, dignes et flexibles, en partenariat avec la famille et les proches, tout en soutenant un environnement professionnel attractif. La qualité des soins, et en définitive la qualité de vie des habitant·e·s, est assurée par l'évaluation continue du bien-être psychosocial de l'habitant et son soutien via des interventions et des thérapies adaptées et pertinentes.

2.2 Recommandations

2.2.1 Prévention et Dépistage

1. Effectuer, pour chaque nouvel·le habitant·e, un dépistage standardisé de la santé mentale. Celui-ci inclut un dépistage systématique de la **dépression et du risque suicidaire**, associé à un programme de prévention ciblé[25].
2. Mettre en œuvre un dépistage structurel de la **confusion et des comportements incompris**. Des équipes diagnostiques interdisciplinaires jouent un rôle crucial à cet

[25] Voir chapitre 1.2, qui montre que les troubles psychiques chez les personnes âgées en MR/MRS sont souvent sous-diagnostiqués

égard, afin de distinguer de manière fiable les réactions psychosociales d'une pathologie psychiatrique sous-jacente[26].

2.2.2 Soins Centrés sur la Personne et Approche Holistique

3. Adopter un **modèle de soins centré sur la personne et la relation** qui place la quête de sens, l'autonomie et le lien social au cœur de la démarche[27].
4. Elaborer des **plans de soins individualisés** sur la base de l'histoire de vie et des besoins personnels de l'habitant·e[28]. À cet effet, on recourt à des méthodologies qui aident de manière systématique à détecter les besoins et à y répondre de façon adéquate, avec une attention explicite portée à l'implication et au respect de l'autonomie.
5. Implanter à l'échelle de l'organisation **un modèle de soins holistique bio-psycho-social-existentiel[29]**. Ce modèle reconnaît, outre les besoins cliniques, les besoins psychosociaux, existentiels et spirituels, ainsi que l'impact de l'âgisme. Des plans de soins intégrés et personnalisés combinent des interventions cliniques, psychosociales et existentielles, dans lesquels les interventions non pharmacologiques sont intégrées structurellement et évaluées de manière systématique. La mise en œuvre exige en outre une attention au management du changement, à la supervision clinique et au leadership relationnel.

2.2.3 Proches, Communauté et Inclusion

6. Reconnaître et faciliter formellement une **culture centrée sur les proches[30]**. Ancrer structurellement le partenariat actif des proches dans tous les aspects de la planification des soins et des routines quotidiennes, dans le respect de leurs choix et limites individuels. Prévoir à cet effet une communication claire, une information accessible, de l'éducation et un soutien approprié, intégrés dans un cadre organisationnel qui favorise la collaboration et la responsabilité partagée.
7. Assurer une **intégration structurelle au sein de la communauté[31]**. Ceci peut se faire en rattachant la MR/MRS à un réseau régional gériatrique et psychiatrique via une convention de collaboration formelle. Il est en outre recommandé de dépasser les frontières institutionnelles en ouvrant les établissements à l'engagement social, au volontariat, à la coopération intergénérationnelle et aux activités publiques, de sorte que le lien avec la communauté au sens large soit structurellement ancré.

2.2.4 Environnement Professionnel

8. Assurer une **dotation totale suffisante en personnel soignant** dans les MR/MRS, avec en moyenne 3 à 3,5 heures de soins par habitant·e et par jour[32]. Les ratios de personnel et les expertises disponibles doivent être optimisés, afin que le soutien opportun et adéquat pour les habitant·e·s présentant des troubles cognitifs et/ou une vulnérabilité psychiatrique soit garanti de manière structurelle. Cela implique :

[26] Voir chapitre 1.2
[27] Voir le chapitre 1, qui définit le bien-être psychosocial comme un équilibre dynamique entre ces déterminants
[28] Voir le chapitre 3.2, qui démontre les effets positifs sur la qualité de vie, les troubles du comportement et la satisfaction au travail
[29] Voir chapitre 1.3 qui démontre les limites du modèle biomédical dominant et le chapitre 3.2 qui décrit les données probantes en faveur des soins relationnels
[30] Voir paragraphe 3.4 (conditions de travail, environnement et encadrement) qui montre l'importance d'une culture organisationnelle de soutien et d'un cadre d'accompagnement adéquat
[31] Voir paragraphe 3.2 (données probantes et modèles de pratique), qui montre l'importance de modèles de soins intégrés et orientés réseau
[32] Voir paragraphe 3.4 (conditions de travail, environnement et encadrement), qui montre l'importance d'un contexte organisationnel favorable et d'un encadrement adéquat

- Une plus grande proportion d'infirmier·ère·s et l'utilisation appropriée des aides-soignant.e.s selon leur formation et leur entraînement pour améliorer les résultats cliniques et réduire les lacunes dans les soins.
- Le renforcement du rôle des infirmier·ère·s spécialisé·e·s et l'examen du déploiement de IPA.
- La mise à disposition d'un nombre suffisant de psychologues (par exemple 0,5 ETP pour 60 habitant·e·s) afin de garantir l'accès direct à l'évaluation psychologique, aux interventions thérapeutiques et au soutien, de sorte que le·la psychologue clinicien·ne fasse partie intégrante de l'équipe de soins.
- L'intégration structurelle d'expertises complémentaires, parmi lesquelles des assistant·e·s social·e·s, des spécialistes du comportement et d'autres thérapeutes (tels que des ergothérapeutes, des kinésithérapeutes, des musicothérapeutes) ainsi que des pair-aidant·e·s, au sein d'un modèle de soins multidisciplinaire.
- Cette densité en personnel et en expertise doit être intégrée dans un cadre organisationnel plus large qui soutient la qualité, la continuité et la collaboration interdisciplinaire.

9. Créer un **environnement de travail favorable**[33]. Cela comprend, outre une dotation en personnel stable et adéquate, la mise à disposition de missions et de répartitions des tâches flexibles, la garantie d'une organisation cohérente des équipes et une attention particulière portée à la conception du travail et à la prévention des risques psychosociaux. Ces mesures doivent contribuer à la durabilité de l'employabilité des soignant·e·s, à la continuité des équipes et à un encadrement qualitatif des soins, dans l'intérêt des habitant·e·s comme du personnel.
10. Créer **des profils professionnels clairs et spécialisés**[34]. La mise en œuvre de ces profils doit être soutenue au niveau organisationnel et il faut travailler de manière ciblée avec des groupes de travail multidisciplinaires. Cette approche favorise la clarté des rôles, la collaboration interprofessionnelle et une répartition efficiente des tâches au sein de l'équipe, contribuant ainsi à un encadrement des soins de qualité et cohérent.
11. Intégrer systématiquement le rôle des **pharmacien·ne·s clinicien·ne·s** dans les MR/MRS, en vue de l'évaluation professionnelle des traitements médicamenteux, du suivi et de l'optimisation de la pharmacothérapie, au service de soins sûrs, efficients et de qualité[35].
12. Renforcer **l'implication active des médecins généralistes** dans les soins et l'amélioration de la qualité[36]. Cela peut se faire en définissant clairement leur rôle, en valorisant explicitement leur expertise, en alignant les initiatives sur leur contexte de travail, en soutenant leur leadership clinique et en proposant des formations ciblées, dans le respect de leur temps disponible et de leur responsabilité professionnelle.
13. **Institutionnaliser une politique de formation structurée et permanente** pour tous les acteurs concernés (direction, personnel, bénévoles et proches)[37]. Cette offre de formation doit inclure des thèmes tels que la détection précoce de la dépression, la prise en charge de la suicidalité, les soins psychiatriques et existentiels, les interventions non pharmacologiques, la réduction de la stigmatisation et le phénomène d'âgisme. Il est en outre recommandé d'intégrer structurellement une supervision régulière, la réflexion entre pairs et des discussions interdisciplinaires de cas, afin de promouvoir une culture de travail apprenante, réflexive et de soutien.

[33] Voir paragraphe 3.4 (conditions de travail, environnement et encadrement), qui montre l'importance d'un contexte organisationnel de soutien
[34] Voir paragraphe 3.4.3 (équipes multidisciplinaires), qui montre l'importance de la collaboration et de la structure d'équipe
[35] Voir paragraphe 3.4.5 (mobilisation d'expert·e·s et de compétences), qui montre l'importance d'expertises complémentaires dans le cadre des soins
[36] Voir paragraphe 3.4.5 (mobilisation d'expert·e·s et de compétences), qui montre l'importance d'une expertise externe et complémentaire dans le cadre des soins
[37] Voir chapitres 4.1 (apprentissage tout au long de la vie), 3.2 (impact des formations) et 4.5 (méthodologie des formations), qui montrent l'importance du développement professionnel continu et de stratégies de formation étayées

14. Introduire avec discernement **la technologie et les innovations**, y compris les applications fondées sur l'intelligence artificielle et l'apprentissage automatique, dans les MR/MRS[38]. Cette mise en œuvre doit toujours être évaluée à l'aune de la centralité de la personne (y compris les habitant·e·s, les proches, les professionnel·le·s de soins et les collaborateur·rice·s). En outre, ces technologies doivent être déployées conformément aux lignes directrices en vigueur, aux dispositions légales et aux cadres éthiques, avec une attention au respect de la transparence, de la proportionnalité, de la vie privée, de la sécurité et de l'assurance qualité des soins.

2.2.5 Gouvernance, Politique et Innovation dans les Soins

15. Développer un **cadre de reconnaissance (national) valorisant**, avec des labels ou une certification pertinents pour les établissements et les professionnel·le·s qui travaillent de manière démontrable selon les principes de méthodologies centrées sur la personne (par exemple, de manière comparable aux modèles internationaux d'accréditation)[39]. En outre, la mise en œuvre de modèles de changement organisationnel doit être activement soutenue, avec la promotion du partage de connaissances et du réseautage autour des modèles de soins centrés sur la personne. Cela inclut également le plaidoyer en faveur d'une politique systémique et d'une réforme des mécanismes de financement, de sorte que les modèles de soins holistiques, axés sur la quête de sens et relationnels soient explicitement reconnus et adéquatement rémunérés.
16. Intégrer, au sein des instruments de profil de soins existants, **un indicateur objectif de complexité psychiatrique** afin de reconnaître et de financer la lourdeur de soins et la norme de personnel associée pour les habitant·e·s présentant des problèmes physiques et mentaux, quel que soit le diagnostic sous-jacent. Les instruments d'évaluation actuels (tels que Katz et BelRAI) sont insuffisants à cet égard, ce qui peut conduire à un sous financement structurel des habitant·e·s présentant une vulnérabilité psychiatrique[40].
17. Financer de façon systématique et durable le **soutien psychiatrique externe** des MR/MRS, le recours aux équipes mobiles et aux consultations psychiatriques n'étant actuellement pas suffisamment ancré ni financé de manière structurelle[41].
18. Envisager le développement et le financement de **trajectoires de soins plus spécialisées et de formes d'hébergement adaptées** pour les personnes âgées présentant des problèmes psychiques et/ou neurocognitifs complexes[42].
19. Elaborer une stratégie nationale visant à **optimiser l'usage des médicaments** chez les personnes âgées, avec une attention particulière portée aux modèles de soins intégrés[43]. Cette stratégie doit être déployée largement via un partage électronique sécurisé des données et une collaboration interprofessionnelle renforcée. Il est en outre recommandé de créer un organisme national de coordination et de suivi pour la politique de prescription et de déprescription, avec un accent spécifique sur les psychotropes. Un soutien structurel doit par ailleurs être prévu pour les alternatives non médicamenteuses et les interventions psychosociales via un financement adapté et durable. Enfin, il est recommandé de faciliter un soutien financier pour l'acquisition et la mise en œuvre d'outils non médicamenteux, afin de renforcer une approche de soins intégrée et équilibrée.
20. **Investir dans la recherche scientifique** sur l'efficacité concrète et l'analyse coûts-bénéfices des modèles de soins centrés sur la personne, des interventions pour

[38] Voir chapitre 6.1 : progrès technologiques
[39] Voir paragraphe 3.2.8 : modèles existants
[40] Voir chapitre 2.1
[41] Voir chapitre 2.3 : réglementation sur le soutien psychiatrique externe
[42] Voir chapitre 2.3 : réglementation sur le soutien psychiatrique externe
[43] Voir chapitre 7.3 : exemples de mise en œuvre de politiques et orientations futures

les problèmes psychiques des personnes âgées et de l'impact des technologies et innovations dans le contexte belge[44].

21. Développer **des indicateurs de qualité** plaçant au centre l'autonomie, la dignité et le bien-être vécu, et de leur donner la priorité sur les seuls résultats biomédicaux[45]. Le financement de la recherche appliquée (y compris la recherche clinique et la recherche de mise en œuvre sur la déprescription et la gestion médicamenteuse) doit être renforcé. Enfin, il est recommandé d'impliquer systématiquement les patient·e·s et les proches dans la conception, la réalisation et l'évaluation des projets de recherche, conformément à une approche participative et centrée sur le patient[46].
22. Elaborer, dans le **cadre réglementaire**, des dispositions explicites pour les soins aux **personnes internées** en MR/MRS[47]. Cela comprend l'élaboration d'une réglementation claire qui délimite l'organisation des soins, les responsabilités, la collaboration avec les partenaires externes ainsi que les exigences de qualité et de sécurité, afin que ces soins puissent être proposés, au sein des conditions et normes d'agrément existantes, d'une manière juridiquement et substantiellement fondée.

[44] Voir chapitre 3.4.4 (processus de gestion et prise de décision) et chapitre 6 (innovations technologiques)
[45] Voir chapitre 2.4 : conclusions concernant la règlementation
[46] Voir chapitre 7.2.3 : Recherche clinique sur l'implémentation centrée sur le patient
[47] Voir chapitre 2.2 : conditions et normes d'agrément pour les MR/MRS

V RÉFÉRENCES

Abramson T, Sirey JA, Berman J. Innovative approaches to mental health services for diverse community older adults. Innov Aging 2023;7(Suppl 1):893

Adams S, Komene E, Wensley C, Davis J, Carryer J. Integrating nurse practitioners into primary healthcare to advance health equity through a social justice lens: An integrative review. J Adv Nurs 2024;80(10):3899-3914

Agentschap Zorg en Gezondheid Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, afdeling Zorginspectie. Interpretatie van de erkenningsvoorwaarden en -normen voor woonzorgcentra, rust- en verzorgingstehuizen en centra voor kortverblijf ingebed in een woonzorgcentrum. 2017

Albouy FX, Moret A. Rapport final TDTE - Analyse des dispositifs de formations des soignants en EHPAD. 2021

Aloisio LD, Coughlin M, Squires JE. Individual and organizational factors of nurses' job satisfaction in long-term care: A systematic review. Int J Nurs Stud 2021;123:104073

Amyot JJ. Maladie d'Alzheimer et formation des professionnels en EHPAD. Gérontologie et société 2009;32:128-9

Anrys P, Strauven G, Foulon V, Degryse JM, Henrard S, Spinewine A. Potentially Inappropriate Prescribing in Belgian Nursing Homes: Prevalence and Associated Factors? J Am Med Dir Assoc 2018; 19:884-890

ARMB – Académie Royale de Médecine de Belgique. Le rôle du pharmacien dans les soins de santé. 2017. Internet: https://www.armb.be/fileadmin/sites/armb/uploads/Document-site/pdf/Avis/2017/Avis_pharmacienNLFR_20171130.pdf

Artis L, Smith JR. Emergency department staff attitudes toward people who self-harm: Exploring the influences of norms and identity. Adv Emerg Nurs J 2013;35(3):259–69

Atchison K, Watt JA, Ewert D, Toohey AM, Ismail Z, Goodarzi Z. Non-pharmacologic and pharmacologic treatments for anxiety in long term care: asystematic review and meta-analysis. Age Ageing 2022;51(9):afac195

Autschbach D, Hagedorn A, Halek M. Addressing loneliness and social isolation through the involvement of primary and secondary informal caregivers in nursing homes: a scoping review. BMC Geriatr 2024 Jun 25;24(1):552

Ayeno HD, Kassie GM, Atee M, Nguyen T. Factors Influencing the Implementation of Non-Pharmacological Interventions for Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia in Residential Aged-Care Homes: A Systematic Review and Qualitative Evidence Synthesis: A systematic review Campbell Syst Rev 2025;21(2):e70029

Azermai M, Wauters M, De Meester D, Renson L, Pauwels D, Peeters L et al. A quality improvement initiative on the use of psychotropic drugs in nursing homes in Flanders. Acta Clin Belg 2017; 72:163-71

Backhaus R, Hoek LJM, de Vries E, van Haastregt JCM, Hamers JPH, Verbeek H. Interventions to foster family inclusion in nursing homes for people with dementia: a systematic review. BMC Geriatr 2020;20(1):434

Bakerjan D. Care of nursing home residents by advanced practice nurses. A review of the literature. Res Gerontol Nurs 2008;1(3):177-85

Bakerjian D. The AdvancedPractice Registered NurseLeadership Role in Nursing Homes Leading Efforts Toward High Qualityand Safe Care. Nurs Clin North Am 2022;57(2):245-58

Barbosa A, Nolan M, Sousa L, Figueiredo D. Implementing a psycho-educational intervention for care assistants working with people with dementia in aged-care facilities: facilitators and barriers. Scand J Caring Sci 2017;31(2):222-31

Barde S, Upendra S, Kaur J. Volgapparaat gebruiken bij patiënten met dementie: een systematische review. ICICIS - International Conference on Integration of Computational Intelligent System; 2023

Bareeqa SB, Samar SS, Masood Y, Husain MM. Prevalence of Suicidal Behaviors in Residents of Long-Term Care Facilities: A Systematic Review and Meta-Analysis. Omega (Westport) 2025;92(1):83-102

Basinska K, Wellens NIH, Simon M, Zeller A, Kressig RW, Zúñiga F. Registered nurses in expanded roles improve care in nursing homes: Swiss perspective based on the modified Delphi method. J Adv Nurs 2021;77(2):742-54

Berkovic D, Macrae A, Gulline H, Horsman P, Soh SE, Skouteris H et al. The Delivery of Person-Centered Care for People Living With Dementia in Residential Aged Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. Gerontologist 2024;64(5):gnad052

Betti G, Neri L, Lonzi M, Lemmi A. Objective Environmental Indicators and Subjective Well-Being: Are They Directly Related? Sustainability 2020;12(6):2277

Blum MR, Sallevelt BTGM, Spinewine A, O'Mahony D, Moutzouri E, Feller M et al. Optimizing Therapy to Prevent Avoidable Hospital Admissions in Multimorbid Older Adults (OPERAM): cluster randomised controlled trial. BMJ 2021;374: n1585

Board M, McCormack B. Exploring the meaning of home and its implications for the care of older people. J Clin Nurs 2018;27(15-16):3070-80

Bollen S, Rossi G, van Alphen S. The Importance of Core Needs of Personality in Older Adults with Severe Mental Illness: A Position Paper with Case Report. International Journal of Cognitive Behavioral Therapy 2025;18:284–300

Boyals S, Bronfort L. Les troubles psychiques dans les maisons de repos wallonnes rapport final. AVIQ Agence pour un Vie de Qualité; 2023. Internet : https://www.aviq.be/sites/default/files/documents_pro/2023-06/Etude-troubles-psychiques-dans-MR-wallonnes.pdf

Boxstaens J, Nuytiens A. *Hoezo, zorg?! Kwaliteit in denken en doen*. Mechelen: Emmaüs vzw; 2024

Brooker DJ, Latham I, Evans SC, Jacobson N, Perry W, Bray J et al. FITS into practice: translating research into practice in reducing the use of anti-psychotic medication for people with dementia living in care homes. Aging Ment Health 2016;20:709–18

Brouwer H, Woodhill J, Hemmati M, Verhoosel K, van Vugt S. The MSP Guide. How to design and facilitate multi-stakeholder partnerships. Wageningen: Centre for Development Innovation; 2015

Brunero S, Lamont S. Psychiatric and Mental Health Nursing. Chapter "Challenging Behaviours, Risks and Responses". Elsevier; 2016. p. 552-76

Brunero S, Stein-Parbury J. The effectiveness of clinical supervision in nursing: An evidence-based literature review. AJAN – Australian Journal of Advanced Nursing 2008;25:86-94

Bunyan M, Crowley J, Smedley N, Mutti MF, Cashen A, Thompson T et al. Feasibility of training nurses in motivational interviewing to improve patient experience in mental health inpatient rehabilitation: A pilot study. J Psychiatr Ment Health Nurs 2017;24(4):221–31

Bynum JPW. Challenges and Innovations in Dementia Care—Evaluating Comprehensive Models. JAMA 2025;333(11):943-5

Cammisuli DM, Cipriani G, Giusti EM, Castelnuovo G. Effects of Reminiscence Therapy on Cognition, Depression and Quality of Life in Elderly People with Alzheimer's Disease: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. J Clin Med 2022;11(19):5752

Canadian Medication Appropriateness and Deprescribing Network. Promoting safe and appropriate medication use for all Canadians. Internet: https://www.deprescribingnetwork.ca/

Cardoso G, Papoila A, Tomé G, Killaspy H, King M, Caldas-de-Almeida JM. A cluster randomised controlled trial of a staff-training intervention in residential units for people with long-term mental illness in Portugal: The PromQual trial. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2017;52(11):1435-45

Cater D, Tunalilar O, White DL, Hasworth S, Winfree J. "*Home is Home:"* Exploring the Meaning of Home across Long-Term Care Settings. J Aging Environ 2022;36:3:321-38

CSS - Conseil Supérieur de la Santé. Interventions et applications numériques de santé mentale. Bruxelles: CSS; 2024. Avis n° 9745.

Chadborn NH, Devi R, Goodman C, Williams CD, Sartain K, Gordon AL. General practitioners' role in improving health care in care homes: a realist review Fam Pract 2023;40(1):119-27

Chan S, Kwan R, Ng F, Hi-Po Lau B, Chan A. The translation of digital technology to promote mental health of older adults. Internationale psychogeriatrie 2024;36:28-32

Charbonneau M, Morgan SG, Gagnon C, Sadowski CA, Silvius JL, Tannenbaum C et al. Factors influencing the effects of policies and interventions to promote the appropriate use of medicines in high-income countries: A rapid realist review. Health Policy 2024;142:105027

Chauliac N, Leaune E, Gardette V, Poulet E, Duclos A. Suicide Prevention Interventions for Older People in Nursing Homes and Long-Term Care Facilities: A Systematic Review. J Geriatr Psychiatry Neurol 2020;33(6):307-15

Cheng JY, Nurul SBMS, Cheng LJ, He HG. Effectiveness of Technology-Delivered Psychosocial Interventions for Family Caregivers of Patients With Dementia: A Systematic Review, Meta-Analysis and Meta-Regression. Int J Ment Health Nurs 2024;33(6):1796-1816

Clemens S, Wodchis W, McGilton K, McGrail K, McMahon M. The relationship between quality and staffing in long-term care: A systematic review of the literature 2008–2020. Int J Nurs Stud 2021;122:104036

Czuba KJ, Vandal AC, Czuba FM, Kayes NM. The effectiveness of peer-led interventions to improve work-related psychosocial outcomes and reduce turnover of support workers in residential aged care: a systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud Adv* 2023;5:100158.
Dalleur O, Boland B, Losseau C, Henrard S, Wouters D, Speybroeck N et al. Reduction of potentially inappropriate medications using the STOPP criteria in frail older inpatients: a randomised controlled study. Drugs Aging 2014; 31: 291-8

Declercq IJN, Leontjevas R, Verboon P, De Vriendt P, Gerritsen DL, van Hooren S. A Bayesian network meta-analysis to explore modifying factors in randomized controlled trials: what works for whom to reduce depression in nursing home residents? BMC Geriatr 2024;24(1):518

de Graaf L, Janssens M, Roelofs T, Luijkx K. Substance use and misuse of older adults living in residential care facilities: a scoping review from a person-centred care approach. Ageing & Society 2023

Delwaide M, Marot B. Modification de l'annexe 120 : nutrition et l'incontinence. AVIQ ; 2024

Dely H, Verschraegen J, Steyaert J. Ik, jij, samen MENS in de praktijk. Antwerpen: EPO; 2020

Deprez L, Van Durme T, Bruyère O, Adam S. The Impact of Nursing Home Culture Change: An Integrative Review. J Am Med Dir Assoc 2024;25(10):105172

Derkx P. Humanisme, zinvol leven en nooit meer 'ouder worden': een levensbeschouwelijke visie op ingrijpende biomedisch-technologische levensverlenging. Brussels: ASP, VUBPRESS; 2011

Despierre, C, Importance de la formation en EHPAD, Rôle du médecin coordonnateur Illustration à partir d'un cas concret; 2007 Internet : https://ehpad.org/wp-content/uploads/2022/02/DESPIERRE-Chantal-2007.pdf

Dezutter J, Casalin S, Wachholtz A, Luyckx K, Hekking J, Vandewiele W. Meaning in life: an important factor for the psychological well-being of chronically ill patients? Rehabil Psychol 2013;58(4):334-41

Diehl-Schmid J, Kohl S, Trojan M. The DECIDE-initiative : a multi-dimensional project aiing to reduce sedative drugs of patients with dementia inllong term care. Alzheimer's & dementia 2023;19:S20

Dienst Psychosociale Gezondheidszorg. Synthese werkgroep mobiele teams. Internet: https://www.psy107.be/index.php/nl/overlegorgaan/equipes-mobiles/129-mobiele-teams

Dispa MF. Des maisons où il fait bon vivre et travailler, le modèle TUBBE, une inspiration scandinave dans les maisons de repos et de soins. Fondation Roi Baudouin; 2019

Eaglestone G, Gkaintatzi E, Jiang H, Stoner C, Pacella R, Mc Crone P. Cost-Effectiveness of Non-pharmacological Interventions for Mild Cognitive Impairment and Dementia: A Systematic Review of Economic Evaluations and a Review of Reviews. Pharmacoecon Open 2023;7(6):887–914

Edgar D, Moroney T, Wilson V. Clinical supervision: A mechanism to support person-centered practice? An integrative review of the literature. J Clin Nurs 2023;32(9-10):1935-51

Ekiz E, Videler AC, van Alphen SPJ. Feasibility of the Cognitive Model for Behavioral Interventions in Older Adults with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. Clin Gerontol 2022;45(4):903-14

Evrard P, Damiaens A, Patey A, Grimshaw J, Spinewine A. Barriers and enablers towards benzodiazepine-receptor agonists deprescribing in nursing homes: A qualitative study of stakeholder groups. Explor Res Clin Soc Pharm 2023;9:100258

Expertisecentrum Dementie Vlaanderen. Onderzoek naar zorgkwaliteit in woonzorgcentra. 2025
Internet: https://dementie.be/unieke-bevraging-in-woonzorgcentra-brengt-in-kaart-hoe-bewoners-leven-wonen-en-zorg-ervaren/

Fakoya OA, McCorry NK, Donnelly M. Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews. BMC Public Health 2020;20(1):129

Fiorillo A, Ventriglio A, Sampogna G, Falkai P. Innovaties in psychiatrie: challenges and future directions; Int Rev Psychiatry 2022:659-62

Fornaro M, Solmi M, Stubbs B, Veronese N, Monaco F, Novello S et al. Prevalence and correlates of major depressive disorder, bipolar disorder and schizophrenia among nursing home residents without dementia: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry 2020;216(1):6-15

Gabrielsson S, Tuvesson H, Wiklund Gustin L, Jormfeldt H. Positioning psychiatric and mental health nursing as a transformative force in health care. Issues Ment Health Nurs 2020;41(11):976–84

Gebhard D, Lang L, Maier MJ, et al. Social interaction of people living with dementia in residential long-term care: an ecological momentary assessment study. BMC Health Serv Res 2024;24:1640.doi:10.1186/s12913-024-12056-y

Gillis K, De Witte M, De Wit Y, Senden C, Berwouts J, Lahaye H. Effectiveness of a multimethod program to enhance nursing home caregivers' competence in psychiatric care. Geriatric Nursing (Under review)

Gillis K, van Diermen L, Lahaye H, De Witte M, De Wit Y, Roelant E et al. Effect of need-based care on behavioural and psychological symptoms in residents with dementia and formal caregivers' distress in nursing homes: a three-arm cluster randomized controlled trial. Eur Geriatr Med 2023;14(5):1083-96.

Gillis K, van Diermen L, Lips D, Lahaye H, De Witte M, Van Wiele L et al. The impact of need-based care on formal caregivers' wellbeing in nursing homes: A cluster randomized controlled trial. Int J Nurs Stud 2024;150:104654

Gillis K, Van Herbruggen H, De Witte M, Baeck L, Van Bogaert MEB, Lahaye H et al. Prevalence of psychiatric vulnerability and neurocognitive disorders in nursing homes: impact on care levels. Eur Geriatr Med 2025 ;16:771–80

Gilster SD, Boltz M, Dalessandro JL. Long-Term Care Workforce Issues: Practice Principles for Quality Dementia Care. Gerontologist 2018;58(suppl_1):S103-S13

Gramaglia C, Gattoni E, Marangon D, Concina D, Grossini E, Rinaldi C et al. Non-pharmacological Approaches to Depressed Elderly With No or Mild ognitive Impairment in Long-Term Care Facilities. A Systematic Review of the Literature. Front Public Health 2021; 16:9:685860

Groenvynck L, Khemai C, de Boer B, Beaulen A, Hamers JPH, van Achterberg T et al. The perspectives of older people living with dementia regarding a possible move to a nursing home. Aging Ment Health 2023;27(12):2377-85

Gutiérrez-Rojas L, Porras-Segovia A, Dunne H, Andrade-González N, Cervilla JA. Prevalence and correlates of major depressive disorder: a systematic review. Braz J Psychiatry 2020;42(6):657-72

Harper AE, Rouch S, Leland NE, Turner RL, Mansbach WE, Day CE et al. A Systematic Review of Tools Assessing the Perspective of Caregivers of Residents With Dementia. J Appl Gerontol 2022;41(4):1196-1208

Haunch K, Thompson C, Arthur A, Edwards P, Goodman C, Hanratty B et al. Understanding the staff behaviours that promote quality for older people living in long term care facilities: A realist review. Int J Nurs Stud 2021;117:103905

Hayward JK, Gould C, Palluotto E, Kitson E, Fisher ER, Spector A. Interventions promoting family involvement with care homes following placement of a relative with dementia: A systematic review. Dementia (London) 2022;21(2):618-47

Hodroj B, Way KA, Scott TL, Wright AL, Manchha A. Does Context Count? The Association Between Quality of Care and Job Characteristics in Residential Aged Care and Hospital Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis. Gerontologist 2023;63(6):1012-27

Holden RJ, Carayon P, Gurses AP, Hoonakker P, Hundt AS, Ozok AA et al. SEIPS 2.0: a human factors framework for studying and improving the work of healthcare professionals and patients. Ergonomics 2013;56:1669–86

Horton M, Dixon J, Turi E, Balusu C, Paikoff R, Maier CB et al. Advanced Practice Nurses in Primary Care and Their Impact on Health Service Utilisation, Costs and Access Globally: A Scoping Review. J Clin Nurs 2025;34(5):1592-1601

Hsu MC, Venturato L, Moyle W, Creedy D. Mental health knowledge in residential aged care: a descriptive review of the literature. Contemp Nurse 2004;17(3):231-9

Huber M, Jund HP, van den Brekel-Dijkstra K. Positive health in primary care, the dutch example. 2021

Hui EK, Tischler V, Wong GHY, Lau WYT, Spector A. Systematic review of the current psychosocial interventions for people with moderate to severe dementia. Int J Geriatr Psychiatry 2021;36(9):1313-29

Isa AK. Exploring digital therapeutics for mental health: AI-driven innovations in personalized treatment approaches. World Journal of Advanced Research and Reviews 2024;24(03): 2733-49

Jacobs N, Van Cauwenberg J, Van Dyck D, Veitch J, Teychenne M, Deforche B. Urban environment perceptions and mental well-being in Belgian older adults: differences across neighborhood income levels. Health Promot Internat 2025;40(3):daaf066

Jones C, Liu F, Murfield J, Moyle W. Effects of non-facilitated meaningful activities for people with dementia in long-term care facilities: A systematic review. Geriatr Nurs 2020;41(6):863-71

Joshaghani N, Villa N, Badla O, Goit R, Saddik SE, Dawood SN et al. How Residing in a Long-Term Care Facility Affects Suicidal Risk in Patients With Dementia: A Systematic Review. Cureus 2022;14(8):e27858

Kalánková D, Žiaková K, Kurucová R. Approaches to understanding the phenomenon of missed/rationed/unfinished care – A literature review. Central European Journal of Nursing and Midwifery 2019;10(1):1005–1016

KCE Belgian Health Care Knowledge Centre. Performance of the Belgian health system – Report 2024. KCE Report 376c. 2024. Internet: https://kce.fgov.be/en/performance-of-thebelgian-health-system-report-2024

KCE Belgian Health Care Knowledge Centre. Seamless care with regard to medications between hospital and home. KCE Report 131c. 2010. Internet: https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/kce_131c_seamless_care.pdf

KejŽar A, Rihter L, Sajovic J, Drevenšek G. Nutrition and Congruent Care Improve Wellbeing of Residents With Dementia in Slovenian Care Homes. Front Nutr 2022;9:796031

Kim H, Kim SJ, Kim MS, Choi JE, Chang SO. Guide Map for Preserving Remaining Ability of Nursing Home Residents With Physical-Cognitive Functional Decline. J Contin Educ Nurs 2017;48(2):73-80

Koch J, Amos JG, Beattie E, Lautenschlager NT, Doyle C, Anstey KJ et al. Non-pharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia in residential aged care settings: An umbrella review. Int J Nurs Stud 2022;128:104187

Komici K, Guerra G, Addona F, Fantini C. Delirium in Nursing Home Residents: A Narrative Review. Healthcare (Basel) 2022;10(8):1544

Le Brun T. L'approche Carpe Diem en EHPAD. NPG Neurologie-Psychiatrie-Geriatrie 2016;16(91):3-10

Leino HM, Hurmerinta L, Sandberg B, Menzfeld M. No place like home – Or is there? Extended transformational potential of nursing homes during vital conjunctures. J Clin Nurs 2023;32;2854–66

Liu Z, Yang F, Lou Y, Zhou W, Tong F. The Effectiveness of Reminiscence Therapy on Alleviating Depressive Symptoms in Older Adults: A Systematic Review. Front Psychol 2021;17:12:709853

Lien YY, Lin HS, Lien YJ, Tsai CH, Wu TT, Li H et al. Challenging mental illness stigma in healthcare professionals and students: A systematic review and network meta-analysis. Psychol Health 2021; 36(6):669–84

Lingum NR, Sokoloff LG, Meyer RM, Gingrich S, Sodums DJ, Santiago AT et al. Building Long-Term Care Staff Capacity During COVID-19 Through Justin-Time Learning: Evaluation of a Modified ECHO Model. J Am Med Dir Assoc 2021;22(2):238-244.e1

Luo H, Lou VW, Chen C, Chi I. The Effectiveness of the Positive Mood and Active Life Program on Reducing Depressive Symptoms in Long-Term Care Facilities. Gerontologist 2020; 60(1):193-204

Maex J, Van Diermen L, Gillis K, Lahaye H, De Witte M, Belge JB et al. Psychotropic polypharmacy among Belgian nursing home residents with mild to moderate dementia. J Am Med Dir Assoc 2025; 26:105796

Mallentjer M. A sense of home. Samen bouwen aan een nieuwe thuis. AP Hogeschool Antwerpen. 2018

Mao W, Qi X, Chi I, Wichinsky L, Wu B. Technology-Based Interventions to Address Social Isolation and Loneliness Among Informal Dementia Caregivers: A Scoping Review. J Am Med Dir Assoc 2023;24(11):1700-1707.2023; 24(11):1700-07

Masse M, Meire P. L'âgisme, un concept pertinent pour penser les pratiques de soins aux personnes âgées ? Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil 2012;10(3):333-41

Maynard A, Stilgoe J. The Ethics of Nanotechnology, Geoengineering, and Clean Energy. Chapter "Developing a framework for responsible innovation". Routledge; 2017. p. 1568-80

McDermid J, Da Silva MV, Williams G, Khan Z, Corbett A, Ballard C. A Randomized Controlled Trial of a Digital Adaptation of the WHELD Person-Centered Nursing Home Training Program. J Am Med Dir Assoc 2022;23(7):1166-70

Mc Dermid J, Henley W, Corbett A, Williams G, Fossey J, Clare L et al. Impact of the iWHELD digital person-centered care programon quality of life, agitation and psychotropicmedications in people with dementia living in nursing homes during the COVID-19 pandemic: A randomized controlled trial. Alzheimers Dement 2024;20(3):1797-806

McDonald EG, Lundby C, Thompson W, Boyd C, Farrell B, Gagnon C et al. Reducing potentially inappropriate polypharmacy at a national and international level: the impact of deprescribing networks. Expert Rev Clin Pharmacol 2024;17(5-6):433-40

Mei Lin T, Jasmine T, Daniel W. Exploring The Relationship Between Nutrition and Mental Health: A Systematic Review. International Journal of Health and Medicine 2024;1(1):13–17

Mesas-Fernández J, Tous-Pallarès J, Espinoza-Díaz IM. Systematic review in relation to support of diversity in nursing homes. Front Aging 2024;24:5:1389610

Meulenbroeks I, Raban MZ, Seaman K, Westbrook J. Therapy-based allied health delivery in residential aged care, trends, factors, and outcomes: a systematic review. BMC Geriatr 2022;22(1):712

Mileski M, Pannu U, Payne B, Sterling E, McClay R. The Impact of Nurse Practitioners on Hospitalizations and Discharges from Long-term Nursing Facilities: A Systematic Review. Healthcare (Basel) 2020;8(2):114

Millar RJ, Diehl C, Blake E, Fakeye O, Kusmaul N. Nursing Home Characteristics and Resident Quality of Care Outcomes: A Scoping Review of Recent Empirical Research. Journal of Long Term Care 2024

Moenke L, Handley M, Goodman C. The Influence of Care Home Managers' Leadership on the Delivery of Person-CentredCare for People LivingwithDementia: A Systematic Review. Journal of Nursing Management 2023

Mohr W, Rädke A, Afi A, Edvardsson D, Mühlichen F, Platen M et al. Key Intervention Categories to Provide Person-Centered Dementia Care: A Systematic Review of Person Centered Interventions. J Alzheimers Dis 2021;84(1):343-66

Moreno-Morales C, Calero R, Moreno-Morales P, Pintado C. Music Therapy in the Treatment of Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. Front Med (Lausanne) 2020;7:160

Munkeby H, Moe A, Bratberg G, Devik SA. 'Ethics Between the Lines' – Nurses' Experiences of Ethical Challenges in Long-Term Care. Glob Qual Nurs Res 2022;8:23333936211060036

Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen. Advies van de permanente werkgroep psychiatrie betreffende de medische activiteiten in de mobiele equipes van de projecten art. 107 (ref. NRZV/D/PSY/450-3). Brussel; 2015. Internet: https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/2015_10_08_-_nrzv_d_450-3_-_advies_art_107_-_synthese_-_overmakingsbrief.pdf

Ngamwongwiwat B, Kongsuwan V, Songwathana P. Interventions for Improving Mental Health and Quality of Life of Older Adults with Mental Illness in Long-term Care: A Systematic Review and Meta-analysis. Pacific Rim International Journal of Nursing Research 2023;27:4

Noël, JL. Les fondamentaux du travail en EHPAD. 2024. érès. https://shs.cairn.info/les-fondamentaux-du-travail-en-EHPAD--9782749281186?lang=fr.

Nolan MR, Davies S, Brown J, Keady J, Nolan J. Beyond 'person-centered' care: A new vision for gerontological nursing. J Clin Nurs 2004;13:45–53

Octary T, Fajarini M, Arifin H, Chen R, Sung CM, Chang LF et al. Multisensory stimulation reduces neuropsychiatric symptoms and enhances cognitive function in older adults with dementia: A meta-analysis of randomized controlled trials. J Prev Alzheimers Dis 2025;12(5):100091

Ojha AK. Technological Innovations in Mental Health: Enhancing Access and Affordability for Improved Well-Being. Journal of Mental Health Issues and Behavior 2023;3: 5-11

O'Mahony D, Cherubini A, Guiteras AR, Denkinger M, Beuscart JB, Onder G et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3. Eur Ger Med 2023,14: 625-32

Orth J, Li Y, Simning A, Temkin-Greener H. Severe behavioral health manifestations in nursing homes: Associations with service availability? J Am Geriatr Soc 2020;68(11):2643–49

Palmer JA, Smith AM, Paasche-Orlow RS, Fitchett G. Research Literature on the Intersection of Dementia, Spirituality, and Palliative Care: A Scoping Review. J Pain Symptom Manage 2020;60(1):116-34

Pedersen JE, Eide H, Sandsleth MG, Taylor I, Førsund LH. Advanced Practice Nurses' Roles and Responsibilities in Advance Care Planning for Older Persons—A Mixed Methods Systematic Review J Adv Nurs 2025;81(10):6224-49

Perehudoff K, Azermai M, Wauters M, Van Acker S, Versluys K, Steeman E et al. The psychotropic education and knowledge test for nurses in nursing homes: striving for PEAK performance. Aging Ment Health 2016; 20:1182-9

Perruchoud E, Weissbrodt R, Verloo H, Fournier CA, Genolet A, Rosselet Amoussou J et al. The Impact of Nursing Staffs' Working Conditions on the Quality of Care Received by Older Adults in Long-Term Residential Care Facilities: A Systematic Review of Interventional and Observational Studies. Geriatrics (Basel) 2021;7(1):6

Petrovic M, Gnjidic D, Tommelein E, Boussery K. Pharmacotherapy. In: Roller-Wirnsberger R, Singler K, Polidori MC (eds). Learning Geriatric Medicine: A Study Guide for Medical Students (pp. 219-235). Switzerland: Springer International Publishing AG; 2018

Petrovic M, Somers A, Marien S, Spinewine A. Optimization of drug use in older people – a key factor for successful aging. In: Fernandez-Ballesteros R, Benetos A, Robine J, eds. The Cambridge Handbook of Successful Aging. Cambridge University Press, Cambridge, United Kingdom;2019:237-62

Pétein C. Promoting benzodiazepines and Z-drugs deprescribing in the community setting: adapting tools to better engage older adults and healthcare professionals. UCL; 2024

Plant LD, White JH. Emergency room psychiatric services: A qualitative study of nurses' experiences. Issues Ment Health Nurs;34(4):240–8

Plault M, Xing-Bongioanni J. Regard critique sur la réforme de la formation des aides-soignantes : le cas des Ehpad. Soins Cadres 2022;31(140):14-16

Poels J, Verschueren M, Milisen K, Vlaeyen E. Leadership styles and leadership outcomes in nursing homes: a cross-sectional analysis. BMC Health Serv Res 2020;20(1):1009

Poulet C, Loffeier I, Stavrou S. Humaniser le soin aux personnes âgées ? Réponses transnationales du marché de la formation continue. Sociologie du travail 2021;63:4

Ramos K, Shepherd-Banigan M, McDermott C, McConnell ES, Raman SR, Chen D et al. Health Care Team Interventions to Reduce Distress Behaviors in Older Adults: Systematic Review. Clin Gerontol 2024;47(5):730-45

Raviola G, Naslund JA, Smith SL, Patel V. Innovative Models in Mental Health Delivery Systems: Task Sharing Care with Non-specialist Providers to Close the Mental Health Treatment Gap. Curr Psychiatry Rep 2019;21(6):44

Rijnaard MD, van Hoof J, Janssen BM, Verbeek H, Pocornie W, Eijkelenboom A et al. The Factors Influencing the Sense of Home in Nursing Homes: A Systematic Review from the Perspective of Residents. J Aging Res 2016;2016:6143645

Sabbe. Focusing on residents in nursing homes. Doctoral thesis, Universiteit Antwerpen 2025 Internet: https://repository.uantwerpen.be/docstore/d:irua:27349

Sánchez-Martínez I, Celdrán M, Jerez-Roig J. Now I Understand You »: Changes in the Communication of Professionals in Nursing Homes After Receiving Training in the Validation Method. J Contin Educ Nurs 2023;54(4):157-168

Schmüdderich K, Kiwitt J, Palm R, Roes M, Holle B. Core elements and potential of nurse-led care models in residential long-term care: A scoping review. J Clin Nurs 2023;32(9-10):1858-84

Seeman N, Tang S, Brown AD, Ing A. World survey of mental illness stigma. J Affect Disord 2016;190:115–21

Senden C, Gillis K. Rapport interviews knelpunten ouderen met een psychiatrische kwetsbaarheid in wzc. PWO professionaliseren en ondersteunen van zorgverleners in wzc in het omgaan met bewoners met een psychiatrische kwetsbaarheid. 2022a. Odisee hogeschool, Sint-Niklaas.

Senden C, Gillis K. Verslag deskresearch professionaliseringsaanbod psychiatrie voor zorgverleners in wzc. PWO professionaliseren en ondersteunen van zorgverleners in wzc in het omgaan met bewoners met een psychiatrische kwetsbaarheid. 2022b. Odisee hogeschool, Sint-Niklaas.

Shakil S, Ghosh J, Singh K, Chaudhury SR. Comparative analysis of nutritional status among institutionalised and community-dwelling elderly women and its association with mental health status and cognitive function. J Family Med Prim Care. Aug 2024;13(8):3078–3083

Shapoval V, de Saint Hubert M, Evrard P, Sibille FX, Aubert C, Bolt L et al. Barriers to deprescribing benzodiazepines in older adults in a survey of European Physicians. JAMA Netw Open 2025;8: e2459883

Sorrentino M, Fiorilla C, Mercogliano M, Esposito F, Stilo I, Affinito G et al. Technological interventions in European dementia care: a systematic review of acceptance and attitudes among people living with dementia, caregivers, and healthcare workers. Sec Neurotechnology 2024;15:1474336

Spinewine A, Byrne S, Dalleur O. The role of pharmacists in optimising drug therapy. In: Cherubini A, Mangoni AA, O'Mahony D, Petrovic M (eds). Optimizing Pharmacotherapy in Older Patients. Practical Issues in Geriatrics. Springer 2023

Spinewine A, Schmader KE, Barber N, Hughes C, Lapane K, Swine C et al. Appropriate prescribing in elderly people: how well can it be measured and optimised? Lancet 2007; 370:173-84

Strauven G, Anrys P, Vandael E, Henrard S, De Lepeleire J, Spinewine A et al. Cluster-Controlled Trial of an Intervention to Improve Prescribing in Nursing Homes Study. J Am Med Dir Assoc 2019; 20:1404-11

Sturge J, Janus S, Zuidema S, Frederiks B, Schweda M, Landeweer E. The Moral and Gender Implications of Measures Used to Modulate the Mobility of People With Dementia Living in Residential Care Environments: A Scoping Review. Gerontologist 2024;64(4):gnad071

Subrata SA, Abdelaal HM, Abd-Elrazek MN. Innovation in mental health services: Where are we now?. Innovation in Health for Society 2024;4(2):60-8

Tasseron-Dries PEM, Smaling HJA, Nakanishi M, Achterberg WP, van der Steen JT. What are best practices for involving family caregivers in interventions aimed at responsive behaviour stemming from unmet needs of people with dementia in nursing homes: a scoping review. BMJ Open 2023;13(12):e071804

Thennakoon S, Ang SGM, Traynor V, Strickland K. An Integrative Review of Specialised Nursing Career Frameworks to Develop a Nursing Career Framework for Registered Nurses Working in Aged Care. J Adv Nurs 2025 Aug;81(8):4447-64

Tommelein E, Petrovic M, Somers A, Mehuys E, van der Cammen T, Boussery K. Older patients' prescriptions screening in the community pharmacy: development of the Ghent Older People's Prescriptions community Pharmacy Screening (GheOP3S) tool. J Pub Health 2016;38:e158-70

Tousignant-Laflamme Y, Tousignant M, Lussier D, Lebel P, Savoie M, Lalonde L et al. Educational needs of health care providers working in long-term care facilities with regard to pain management. Pain Res Manag 2012;17(5):341-6

Tsai YIP, Beh J, Ganderton C, Pranata A. Digitale interventies voor gezond ouder worden en cognitieve gezondheid bij oudere volwassenen: een systematische review van mixed method studies en meta-analyse. BMC Geriatrie 2024; 24(1):217

Tuinman A, De Greef MHG, Finnema EJ, Roodbol PF. A systematic review of the association between nursing staff and nursing-sensitive outcomes in long-term institutional care. J Adv Nurs 2021;77(8):3303-16

Turner J, Hill A. Implementing clinical supervision (part 1): a review of the literature. Mental Health Nursing 2011;31(3): 8-12

Tyerman J, Patovirta AL, Celestini A. How stigma and discrimination influences nursing care of persons diagnosed with mental illness: A systematic review. Issues Ment Health Nurs 2021;42(2):153–163

VAD – Vlaams expertisecentrum alcohol en andere drugs. Psychofarmaca in woonzorgcentra: samen op weg naar minder. 2018: https://vad.be/catalogus/psychofarmaca-in-woonzorgcentra-samen-op-wegnaar- minder/

Vaghee S, Lotfabadi MK, Salarhaji A, Vaghei N, Hashemi BM. Comparing the effect of contact-based education with acceptance and commitment training on destigmatization toward psychiatric disorders in nursing students. Iran J Psychiatry 2018;13(2):119-27

Van Bogaert P, Clarke S. The Organizational Context of Nursing Practice: Concepts, Evidence, and Interventions for Improvement. Chapter "Future steps in practice and research". Springer Nature; 2017. p. 297-307

van der Cingel M. Compassion: the missing link in quality of care. Nurse Educ Today 2014;34(9):1253-7

Van der Cingel M, Brouwer J. What makes a nurse today? A debate on the nursing professional identity and its need for change. Nurs Philos 2021;22(2):e12343

Vander Elst M. Rapport d'activités 2023. Senoah ASBL Senior Observatoaire Accompagnements Habitats;2024. Internet: https://www.senoah.be/wp-content/uploads/2024/06/Rapport-dactivites-2023-News-letter.pdf

van der Geugten W, Goossensen A. Dignifying and undignifying aspects of care for people with dementia: a narrative review. Scand J Caring Sci 2020;34(4):818-38

Van der Linden L, Hias J, Liesenborghs A, Walgraeve K, Van Brantegem P, Hellemans L et al. The impact of a pharmacist intervention on post-discharge hypnotic drug discontinuation in geriatric inpatients: a before-after study. BMC Geriatr 2023; 23:407

Vander Stichele R, Van de Voorde C, Elseviers M, Verrue C, Soenen K, Smet M et al. Geneesmiddelengebruik in de Belgische rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen. KCE-reports Vol 47A. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidzorg, 2006

Van de Velde I, Muilenburg A. Co-creating a CASCADE based facility. An innovative approach to maximise independence and quality of life in community based dementia care. HZ University of Applied Sciences. 2023

Vermeulen T, Borghs AM, Pieters A, Dirickx S, Sels J, Van den Broeck K. Anticholinerge lading bij oudere volwassenen in een woonzorgcentrum: een pilootonderzoek. Tijdschr Gerontol Geriatr 2024;55:2-15

Vermeulen T, Borghs AM, Sels J, Meersmans K, Dirickx S, Annemans M et al. PRECEDE nurse-led protocol for resident centered deprescribing: results from a one-year pilot on anticholinergic and sedative load, falls and hospitalizations. J Geriatr Nurs 2025; submitted

Vermeulen T, Van den Broeck K, Annemans M, Sturge J. Features of the home environment that impact depression and anxiety in older adults: A Scoping Review: in preparation

Vleminckx S, Van Bogaert P, De Meulenaere K, Willem L, Haegdorens F. Factors influencing the formation of balanced care teams: the organisation, performance, and perception of nursing care teams and the link with patient outcomes: a systematic scoping review. BMC Health Services Research 2024;24:1129

Wallex. Annexe 120: Normes applicables aux maisons de repos et aux maisons de repos et de soins. 2019. Internet: https://wallex.wallonie.be/files/medias/10/Annexe_120.pdf

Wauters M, Elseviers M, Peeters L, De Meester D, Christiaens T, Petrovic M. Reducing Psychotropic Drug Use in Nursing Homes in Belgium: An Implementation Study for the Roll-Out of a Practice Improvement Initiative. Drugs Aging 2019;36:769-80

Weiland A, Blankenstein AH, Van Saase JL, Van der Molen HT, Jacobs ME, Abels DC et al. Training medical specialists in communication about medically unexplained physical symptoms: Patient outcomes from a randomized controlled trial. PLoS One 2015;10(9):e0138342.

WHO – World Health Organization. Mental health problems: The undefined and hidden burden. 2012

WHO – World Health Organization. Behavoural Science for better health. 2023. Internet: https://www.who.int/initiatives/behavioural-sciences

WHO – World Health Organization. Global burden of preventable medication-related harm in health care: A systematic review. 2023. Internet: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376203/9789240088887-eng.pdf

Wuthrich VM, Meuldijk D, Jagiello T, Robles AG, Jones MP, Cuijpers P. Efficacy and effectiveness of psychological interventions on co-occurring mood and anxiety disorders in older adults: A systematic review and meta-analysis. Int J Geriatr Psychiatry 2021;36(6):858-72

Zolnierek CD, Clingerman EM. A medical-surgical nurse's perceptions of caring for a person with severe mental illness. J Am Psychiatr Nurses Assoc 2012;18(4):226–35

Zonneveld N, Pittens C, Minkman M. Appropriate leadership in nursing home care: a narrative review. Leadersh Health Serv (Bradf Engl) 2021;ahead-of-print(ahead-of-print):16-36

VI COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

La composition du Bureau et du Collège ainsi que la liste des experts nommés par arrêté royal se trouvent sur le site internet du CSS (page : Qui sommes-nous).

Tous les experts ont participé ***à titre personnel*** au groupe de travail. Leurs déclarations générales d'intérêts ainsi que celles des membres du Bureau et du Collège sont consultables sur le site internet du CSS (page : conflits d'intérêts).

Les experts suivants ont participé à l'élaboration et à l'approbation de l'avis. Le groupe de travail a été présidé par **PETROVIC Mirko** et le secrétariat scientifique a été assuré par GERARD Sylvie.

AGRIGOROAEI Stefan	Psychologie	UCLouvain
CALMEYN Marc	Psychiatrie, psychothérapie	Pratique privée
CORNIL Isabelle	Psychologie	
ENGELBORGHS Sebastiaan	Neurologie, rééducation neurologique et pharmacologie clinique	UZ Brussel / VUB
FANTINI Carole	Psychologie	ULB
GILLIS Katrin	Soins infirmiers en neurologie	UAntwerpen, Odisee
LAMY Dominique	Médecine générale	UCLouvain
LAGUESSE Renaud	Psychologie	CRéSAM
NOBELS Anne	Gérontopsychiatrie	UGent
PETROVIC Mirko	Gériatrie et pharmacologie clinique	UZ Gent / UGent
SALMON Eric	Neurologie	ULiège
TAYMANS Anne	Psychomotricité	
VAN BOGAERT Peter	Soins infirmiers et organisations des soins	UAntwerpen
VAN DE VEN Luc	Psychologie	UPC KU Leuven
VAN DIERMEN Linda	Psychiatrie	UAntwerpen
VAN LEEUWEN Ellen	Médecine, pharmacologie clinique	UGent
VANCAMPFORT Davy	Kinesitherapie	KU Leuven
VERMEULEN Tom	Médecine, soins de santé mentale de première ligne	UAntwerpen
VERSCHRAEGEN Jurn	Infirmier social	Expertisecentrum Dementie

Les experts suivants ont été entendus mais n'ont pas participé à l'approbation de l'avis.

ADAM Stéphane	Psychologie	ULiège
GILLES Christian	Psychogériatrie	Centre Hospitalier de l'Ardenne

Le groupe de travail permanent Santé Mentale a relu l'avis. Le groupe de travail permanent était présidé par **Olivier LUMINET et Frieda MATTHYS** et le secrétariat scientifique a été assuré par Sylvie GERARD.

CARBONNELLE Sylviane	Santé Publique	SOS Burn-out Belgique
DELATTE Benoit	Psychiatrie	Le Beau Vallon

DELESPAUL Philippe	Psychologie	Maastricht University
GERAIN Pierre	Psychologie	ULB
GODDERIS Lode	Médecine du travail	KULeuven
KIRKOVE Patricia	Médecine générale	CHJT
LUMINET Olivier	Psychologie	UCLouvain
PEERSMAN Wim	Sociologie/Sciences Médicales	Odisee
RESIBOIS Maxime	Psychologie	CRéSAM

Au sujet du Conseil Supérieur de la Santé (CSS)

Le Conseil Supérieur de la Santé est un organe d'avis fédéral dont le secrétariat est assuré par le Service fédéral santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. Il a été fondé en 1849 et rend des avis scientifiques relatifs à la santé publique aux ministres de la Santé publique et de l'environnement, à leurs administrations et à quelques agences. Ces avis sont émis sur demande ou d'initiative. Le CSS s'efforce d'indiquer aux décideurs politiques la voie à suivre en matière de santé publique sur base des connaissances scientifiques les plus récentes.

Outre son secrétariat interne composé d'environ 25 collaborateurs, le Conseil fait appel à un large réseau de plus de 500 experts (professeurs d'université, collaborateurs d'institutions scientifiques, acteurs de terrain, etc.), parmi lesquels 300 sont nommés par arrêté royal au titre d'expert du Conseil. Les experts se réunissent au sein de groupes de travail pluridisciplinaires afin d'élaborer les avis.

En tant qu'organe officiel, le Conseil Supérieur de la Santé estime fondamental de garantir la neutralité et l'impartialité des avis scientifiques qu'il délivre. A cette fin, il s'est doté d'une structure, de règles et de procédures permettant de répondre efficacement à ces besoins et ce, à chaque étape du cheminement des avis. Les étapes clé dans cette matière sont l'analyse préalable de la demande, la désignation des experts au sein des groupes de travail, l'application d'un système de gestion des conflits d'intérêts potentiels (reposant sur des déclarations d'intérêt, un examen des conflits possibles, et une Commission de déontologie) et la validation finale des avis par le Collège (organe décisionnel du CSS, constitué de 30 membres issus du *pool* des experts nommés). Cet ensemble cohérent doit permettre la délivrance d'avis basés sur l'expertise scientifique la plus pointue disponible et ce, dans la plus grande impartialité possible.

Après validation par le Collège, les avis sont transmis au requérant et au ministre de la Santé publique et sont rendus publics sur le site internet (www.hgr-css.be). Un certain nombre d'entre eux sont en outre communiqués à la presse et aux groupes cibles concernés (professionnels du secteur des soins de santé, universités, monde politique, associations de consommateurs, etc.).

Si vous souhaitez rester informé des activités et publications du CSS, vous pouvez envoyer un mail à l'adresse suivante : info.hgr-css@health.belgium.be.

Cette publication ne peut être vendue

www.conseilsuperieurdelasante.be

Avec le soutien administratif du SPF

Santé publique
Sécurité de la Chaîne alimentaire
Environnement