

# Recours de longue durée aux antidépresseurs en Belgique

Lisa Colman — UGent

Hervé Avalosse, Rose-Marie Ntahonganyira, Rebekka Verniest – Service d'études MC-CM

Avec nos remerciements au Prof. Dr. Piet Bracke, à la Prof. Dr. Katrijn Delaruella et à la Dr. Ellen van Leeuwen (UGent)

## Résumé

Le volume total d'antidépresseurs délivrés en Belgique a continué d'augmenter ces dernières années, malgré une diminution du nombre de nouveaux·nouvelles utilisateur·rices. Une explication possible est l'augmentation du nombre d'utilisateur·rices de longue durée. Cette étude a donc examiné l'évolution du recours aux antidépresseurs entre 2013 et 2023, avec une attention particulière pour les profils et les facteurs associés à une durée d'utilisation de 15 mois ou plus.

Nous observons que le nombre de nouveaux·nouvelles utilisateur·rices a diminué de 51%, tandis que la prévalence a continué d'augmenter et qu'environ un·e patient·e sur trois a eu recours aux antidépresseurs durant 15 mois ou plus. Les patient·es ayant commencé un traitement ces dernières années utilisaient moins souvent les antidépresseurs à long terme, ce qui indique une évolution positive des pratiques de prescription. Les médecins généralistes jouent ici un rôle central : pour près de quatre patient·es sur cinq, ils·elles sont les prescripteur·rices principaux·ales, et leurs patient·es ont plus souvent recours aux antidépresseurs à long terme que les patient·es suivi·es par des psychiatres. En outre, une fréquence plus élevée de contact avec la médecine générale est associée à une probabilité accrue d'utilisation à long terme.

La vulnérabilité socio-économique renforce ces dynamiques de manière complexe : les personnes ayant le statut BIM recourent plus souvent à long terme aux antidépresseurs lorsqu'elles sont principalement suivies en médecine générale, tandis qu'elles recourent au contraire moins souvent à ces traitements sur le long terme lorsqu'elles sont suivies dans le cadre de soins psychiatriques. Ces résultats indiquent que les prescriptions médicales et les parcours de soins sont répartis de manière inégale sur le plan social.

L'utilisation prolongée d'antidépresseurs ne résulte donc pas uniquement de décisions cliniques individuelles, mais aussi de caractéristiques structurelles du système de santé belge, notamment les pratiques de prescription, l'accessibilité des soins et les inégalités socio-économiques. Sur la base de ces constatations, plusieurs recommandations sont formulées.

Mots-clés : Recours de longue durée aux antidépresseurs, pratiques de prescription, médecins généralistes, vulnérabilité socio-économique, étude quantitative

# Table des matières

<b>Introduction</b>	<b>34</b>
<b>1. Revue de la littérature</b>	<b>34</b>
<b>2. Méthode</b>	<b>36</b>
2.1. Population étudiée	36
2.2. Variable dépendante	36
2.3. Variables indépendantes	37
2.4. Analyses statistiques	38
<b>3. Résultats</b>	<b>39</b>
3.1. Tendances temporelles du recours aux antidépresseurs	39
3.2. Caractéristiques des utilisateur-rices d'antidépresseurs	40
3.2.1. Population totale de l'étude	40
3.2.2. Différences entre utilisateur-rices de longue et de courte durée	42
3.3. Déterminants du recours prolongé aux antidépresseurs	42
3.4. Effets d'interaction entre les déterminants du recours de longue durée	44
3.4.1. Interactions entre prescripteur-riche et recours aux soins	44
3.4.2. Interactions entre statut BIM, prescripteur-riche et recours aux soins	45
<b>4. Discussion</b>	<b>46</b>
4.1. Principaux résultats	46
4.2. Limites	48
<b>5. Recommandations</b>	<b>49</b>
5.1. Renforcer les prestataires de soins	49
5.1.1. Formation et soutien des médecins généralistes	49
5.1.2. Promotion de la collaboration multidisciplinaire	50
5.2. Améliorer encore l'accessibilité des soins psychologiques de première ligne (SPPL)	50
5.3. Réduire les inégalités socio-économiques dans l'accès aux soins	51
<b>Conclusion</b>	<b>51</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>52</b>
<b>Annexes</b>	<b>55</b>

## Introduction

Les antidépresseurs sont largement prescrits en Belgique pour le traitement des troubles dépressifs et anxieux. Ils constituent un traitement de première ligne recommandé, généralement en combinaison avec une psychothérapie (Cuijpers, et al., 2020). En 2023, 13,7% de la population adulte belge a reçu au moins une prescription d'un antidépresseur (AIM, 2025).

Le volume total d'antidépresseurs délivrés, exprimé en doses journalières définies (*Defined Daily Doses*, DDD) par 1.000 habitant-es, présente une tendance clairement à la hausse. Alors que ce volume atteignait encore 38,8 DDD par 1.000 habitant-es en 2000, il est passé à 69,6 en 2010 et 86,5 en 2021. La moyenne pour la Belgique est ainsi plus élevée que la moyenne EU-14 et EU-27 (respectivement : 77 DDD/1.000 et 64 DDD/1.000) (Gerkens, et al., 2024).

Il est cependant frappant que cette augmentation du recours aux antidépresseurs ne résulte pas principalement d'une croissance du nombre de nouveaux-nouvelles utilisateur-rices, mais renvoie surtout à un allongement de la durée du traitement (Moore, et al., 2009). Des recherches antérieures montrent que les prescriptions qui s'étendent sur de plus longues périodes contribuent substantiellement à cette tendance à la hausse (Brett, et al., 2017; Mars, et al., 2017). Bien que les recommandations cliniques préconisent de réduire graduellement la prise d'antidépresseurs six à douze mois après l'amélioration des symptômes, et jusqu'à deux ans en cas de risque accru de rechute (Declercq, et al., 2017; Van Leeuwen, et al., 2021b), de nombreuses études mettent en évidence que les traitements dépassant cette durée recommandée sont très répandus.

Au Royaume-Uni et aux Etats-Unis, une part considérable des utilisateur-rices prend des antidépresseurs durant deux à cinq ans ou plus (Johnson, Williams, MacGillivray, Dougall, & Maxwell, 2017; Petty, House, Knapp, Raynor, & Zermansky, 2006; Takayanagi, et al., 2014). Aux Pays-Bas, on estime que 30% à 44% des patient-es prennent des antidépresseurs pendant plus de quinze mois (Huijbregts, Hoogendoorn, Slottje, van Balkom, & Batelaan, 2017; Meijer, et al., 2004), tandis qu'en Australie, la durée moyenne est d'environ quatre ans (Kjosavik, Gillam, & Roughead, 2016). Les chiffres disponibles pour la Belgique indiquent une tendance similaire : les données de l'Agence Intermutualiste (AIM) montrent que près de trois quarts des patient-es avec une délivrance d'antidépresseurs continuent à les prendre pendant plus d'un an (De Maeseneer, 2023).

Dans ce contexte, la présente étude examine le recours de longue durée aux antidépresseurs, en Belgique, à partir de données administratives et de facturation des membres de la MC. Concrètement, elle analyse l'utilisation des antidépresseurs durant quinze mois ou plus sur la période 2013-2023, en se concentrant sur sa prévalence, le rôle des médecins généralistes dans ces pratiques de prescription et le lien avec la vulnérabilité socio-économique. En analysant cette tendance au recours persistant aux antidépresseurs dans le contexte belge des soins en santé mentale, l'étude vise à fournir une meilleure compréhension de l'utilisation à long terme de ces médicaments. L'analyse s'inscrit dans le cadre d'une recherche doctorale plus large menée à l'UGent sur la médicalisation et les inégalités sociales dans le recours aux psychotropes.

## 1. Revue de la littérature

Le recours de longue durée aux antidépresseurs renvoie à des situations où un traitement est poursuivi au-delà de la durée préconisée par les recommandations cliniques, indépendamment du fait que l'instauration du traitement ait été cliniquement justifiée ou non. Un traitement aux antidépresseurs s'accompagne de divers risques, notamment des troubles du sommeil, des dysfonctions sexuelles, des plaintes gastro-intestinales et un émoussement émotionnel (Ben-Sheetrit, et al., 2023; Bet, Hugtenburg, Penninx, & Hoogendijk, 2013; Davies & Read, 2019). Lors de la réduction (ou arrêt progressif) du traitement, des symptômes de sevrage peuvent également apparaître, tels que l'insomnie, des nausées, des symptômes pseudo-grippaux ou des troubles sensoriels, particulièrement lorsque la réduction de la dose est trop rapide (Fava, Gatti, Belaise, Guidi, & Offidani, 2015). Ces symptômes sont régulièrement interprétés comme une rechute, ce qui incite à poursuivre le traitement (Davies & Read, 2019; Van Leeuwen, et al., 2021b).

Malgré ces risques connus, le recours de longue durée aux antidépresseurs reste relativement peu étudié dans la recherche scientifique, et les recommandations cliniques semblent avoir une influence limitée sur les pratiques quotidiennes de prescription. Ainsi, le *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, 2022) au Royaume-Uni recommande les antidépresseurs uniquement lorsque les traitements non pharmacologiques sont insuffisamment efficaces ou en cas de dépression sévère, toujours en

combinaison avec une psychothérapie (Kendrick, et al., 2022). Pourtant, les statistiques d'utilisation demeurent élevées et une proportion importante des patient-es poursuit le traitement à long terme.

Au niveau sociétal, cette pratique est également influencée par des processus plus larges de 'médicalisation' et de 'pharmaceutisation'. La médicalisation renvoie au processus par lequel des expériences émotionnelles normales, telles que la tristesse ou l'anxiété, sont redéfinies comme des problèmes médicaux nécessitant une intervention professionnelle (Conrad, 2005). La pharmaceutisation, quant à elle, met en avant le rôle central des médicaments comme principale réponse à de telles expériences (Abraham, 2010; Williams, Martin, & Gabe, 2011). Ces tendances contribuent à un élargissement des diagnostics et des traitements, brouillant la frontière entre ce qui est considéré comme « normal » et ce qui est considéré comme « pathologique » (Busfield, 2010). Elles sont également renforcées par le marketing pharmaceutique et par des systèmes de soins où les médicaments constituent une option de première ligne facilement accessible (Moy-nihan, Heath, & Henry, 2002).

Ces dynamiques sont notamment visibles parmi les groupes considérés comme vulnérables, tels que les personnes âgées. Chez elles, les antidépresseurs sont relativement souvent prescrits sans diagnostic clair, parfois à titre préventif et sur base d'une perception de vulnérabilité accrue liée à la solitude ou à l'isolement social (Mojtabai & Olfson, 2011). Les alternatives non pharmacologiques ou une revue de médication font alors souvent défaut (Boehlen, et al., 2015; Kotwal, Steinman, Cenzer, & Smith, 2021). Ainsi, la médicalisation de problèmes sociaux peut contribuer à une augmentation du recours aux psychotropes (Lam & Vuolo, 2013; Vyas, Watt, Yu, Straus, & Kapral, 2021).

En outre, le manque de clarté quant à la durée appropriée du traitement joue un rôle important dans la poursuite du traitement aux antidépresseurs. La crainte d'une rechute et la peur des symptômes de sevrage rendent souvent les prestataires de soins et les patient-es réticent-es à envisager une diminution du traitement. Cette incertitude quant au moment et à la manière d'arrêter les médicaments en toute sécurité contribue à prolonger structurellement le traitement (Horowitz & Taylor, 2022; Maund, et al., 2019).

Face à ces tendances, la Belgique a récemment mis en place des mesures visant à étendre les soins psychologiques de première ligne comme alternative aux médica-

ments. Depuis 2021, les séances chez des psychologues clinicien-nes et orthopédagogues reconnu-es sont partiellement remboursées par l'assurance obligatoire soins de santé, dans le but de rendre les soins psychologiques plus accessibles (SPF Santé publique, 2023). Bien que le recours à ces soins psychologiques de première ligne ait fortement augmenté, des différences régionales, une capacité limitée et des listes d'attente structurelles restent des obstacles importants (Noirhomme, 2025; Gerkens, et al., 2024). La réforme constitue donc une avancée majeure, mais n'apporte pas encore de réponse complète à la demande croissante de soins psychologiques accessibles et rapides.

Au niveau de la pratique médicale, le ou la prestataire de soins joue également un rôle central dans la prescription et la poursuite du traitement aux antidépresseurs. En Belgique, ces médicaments sont principalement prescrits par les médecins généralistes, qui assurent également en général le suivi du traitement (INAMI, 2024). En raison de leur accessibilité et de leur relation souvent de longue durée avec les patient-es, ils-elles occupent une position clé (Hyde, et al., 2005; Tardieu, et al., 2006). Cette relation de confiance peut toutefois mener à la poursuite de traitements sans évaluation régulière de leur nécessité (Johnson, Williams, MacGillivray, Dougall, & Maxwell, 2017).

La position socio-économique des patient-es influence également les pratiques de prescription. Pour les groupes socio-économiquement vulnérables, les antidépresseurs constituent souvent une alternative plus abordable que les soins psychologiques, notamment en raison de leur coût moins élevé (Von Soest, Bramness, Pedersen, & Wichstrom, 2012; Belgium.be, 2024). Les présuppositions implicites des prestataires de soins quant à la faisabilité d'une psychothérapie pour ces groupes peuvent encore renforcer cette tendance (Hyde, et al., 2005; Johnson, Williams, MacGillivray, Dougall, & Maxwell, 2017).

Sur base de cette revue de la littérature, la présente étude aborde trois questions de recherche :

- 1. Comment la prévalence et l'incidence du recours aux antidépresseurs ont-elles évolué en Belgique entre 2013 et 2023, en accordant une attention particulière aux traitements de quinze mois ou plus ?**
- 2. Dans quelle mesure les médecins généralistes jouent-ils-elles un rôle dans la poursuite d'un traitement aux antidépresseurs, et comment cela s'inscrit-il dans les schémas plus larges de recours aux soins ?**

### 3. Comment la vulnérabilité socio-économique influence-t-elle la durée d'un traitement aux antidépresseurs, et quel est le lien avec les pratiques de prescription et le recours aux soins ?

En associant les données administratives aux informations sur les pratiques de prescription, l'utilisation des soins et la vulnérabilité, cette étude offre un éclairage empirique sur le recours prolongé aux antidépresseurs en Belgique.

## 2. Méthode

### 2.1. Population étudiée

Cette étude fait appel aux données administratives et de facturation issues de l'assurance obligatoire soins de santé, que la MC collecte, en tant que mutualité, dans le cadre de ses missions légales. Le fichier de données analysé comprend l'historique complet des délivrances de tous les types d'antidépresseurs remboursés aux membres de la MC par l'assurance obligatoire soins de santé, pour la période allant du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2023.

Pour chaque délivrance d'un antidépresseur remboursé, des informations détaillées sont disponibles, notamment la date de délivrance, le code ATC<sup>1</sup>, le numéro national unique d'identification du médicament (code CNK), l'unité du conditionnement, la dose journalière définie (*Defined Daily Dose*, DDD<sup>2</sup>), la dose par conditionnement (*Dose Per Package*, DPP) et le type de prescripteur-trice (médecin généraliste ou spécialiste).

Les analyses sont basées sur les données de 701.409 membres de la MC, âgés de 18 à 85 ans qui, au cours de la période étudiée, ont bénéficié au moins une fois d'un antidépresseur remboursé et délivré par une pharmacie publique (soins ambulatoires). Pour chaque année civile entre 2013 et 2022, nous avons identifié ceux et celles qui

ont commencé un traitement aux antidépresseurs pour la première fois. Il s'agit de personnes ayant bénéficié d'un remboursement pour un antidépresseur sans en avoir reçu au cours des quinze mois précédents. Ces personnes sont définies comme *starters*.

Des personnes ont été exclues si leur historique de données pour cette période préalable de quinze mois n'était pas entièrement disponible, ou s'il était impossible d'assurer un suivi d'au moins quinze mois après le début du traitement<sup>3</sup>. Le suivi des personnes s'est terminé à la dernière délivrance d'un antidépresseur remboursé, à la fin de la période de recherche, à l'arrêt de l'affiliation à la MC ou au décès. Afin de garantir une période minimale de quinze mois de suivi pour tous-tes les participant-es, aucun nouveau *starter* n'a été inclus à partir du 30 septembre 2022. Une description détaillée du processus de nettoyage des données et des critères de sélection utilisés est incluse dans l'Annexe 1.

### 2.2. Variable dépendante

La variable dépendante de cette étude distingue deux formes d'utilisation d'antidépresseurs : une utilisation de courte durée (CD) et une utilisation de longue durée (LD). Seul le premier épisode d'utilisation d'antidépresseurs, identifié durant la période d'observation<sup>4</sup>, est retenu puis classé comme étant de courte ou de longue durée. L'accent mis sur le premier épisode est un choix délibéré. Les épisodes ultérieurs diffèrent souvent systématiquement d'un premier épisode, parce que les expériences antérieures de traitement influencent à la fois les pratiques de prescription des prestataires de soins et l'observance thérapeutique des patient-es. De plus, les recommandations cliniques préconisent généralement une durée de traitement plus longue (jusqu'à deux ans) en cas de dépressions récurrentes que lors d'un premier épisode (Declercq, et al., 2017; Van Leeuwen, et al., 2021b; Hardeveld, Spijker, de Graaf, Nolen, & Beekman, 2010). En se concentrant sur le premier épisode, le déroulement du recours aux antidépresseurs peut être étudié sans perturbation par des traitements antérieurs.

1 Pour plus d'informations sur la classification ATC, voir Stokx, Van haecht, & Ntahonganyira (2025), p. 63.

2 La DDD ou *defined daily dose* est la dose journalière définie. « Elle est définie comme la dose moyenne d'entretien présumée par jour pour un médicament utilisé pour son indication principale chez les adultes. [...] La DDD est attribuée par un bureau d'expert-es de l'Organisation mondiale de la santé [OMS] pour chaque substance active appartenant à la classification internationale ATC (*Anatomical Therapeutic Chemical*) des substances actives » (Seys, Houben, Marchal, Spago, & Vansnick, 2001, p. 457).

3 Par exemple parce qu'elles n'étaient pas encore membres de la MC durant la période préalable, ou parce qu'aucun suivi complet de 15 mois n'était disponible après la date de début en raison de l'arrêt de l'affiliation ou d'un décès.

4 Il s'agit de situations où plusieurs nouveaux épisodes de traitement ont pu être détectés durant la période d'observation. Lorsque, par exemple, un premier épisode a été identifié et qu'après plusieurs années sans délivrances un « nouveau » début de traitement survient, seul le premier épisode a été inclus dans les analyses.

Pour l'épisode considéré dans nos analyses, l'utilisation de courte durée est définie comme une durée de moins de quinze mois. La durée d'utilisation a été calculée sur la base des conditionnements délivrés et de la dose par conditionnement (*Dose Per Package*, DPP), conformément aux directives relatives à la dose journalière définie (*Defined Daily Dose*, DDD). Pour chaque délivrance, une date de fin théorique a été calculée sur la base de la date de délivrance et de la posologie journalière supposée.

Pour déterminer si des délivrances successives appartiennent au même épisode, une marge de 180 jours a été utilisée. Lorsque le laps de temps entre la date de fin théorique d'une délivrance et la délivrance suivante était inférieur à 180 jours, les deux délivrances ont été considérées comme faisant partie du même épisode, conformément à des études antérieures (Huijbregts, Hoogendoorn, Slottje, van Balkom, & Batelaan, 2017). Cette marge tient compte d'une éventuelle prise irrégulière, d'un retrait tardif ou de différences entre la posologie supposée et la posologie réelle, et évite qu'une interruption temporaire soit immédiatement interprétée comme un arrêt du traitement.

Pour chaque épisode, le nombre total de jours d'utilisation a ensuite été calculé et classé comme étant de courte durée (< 15 mois) ou de longue durée ( $\geq 15$  mois). La valeur de

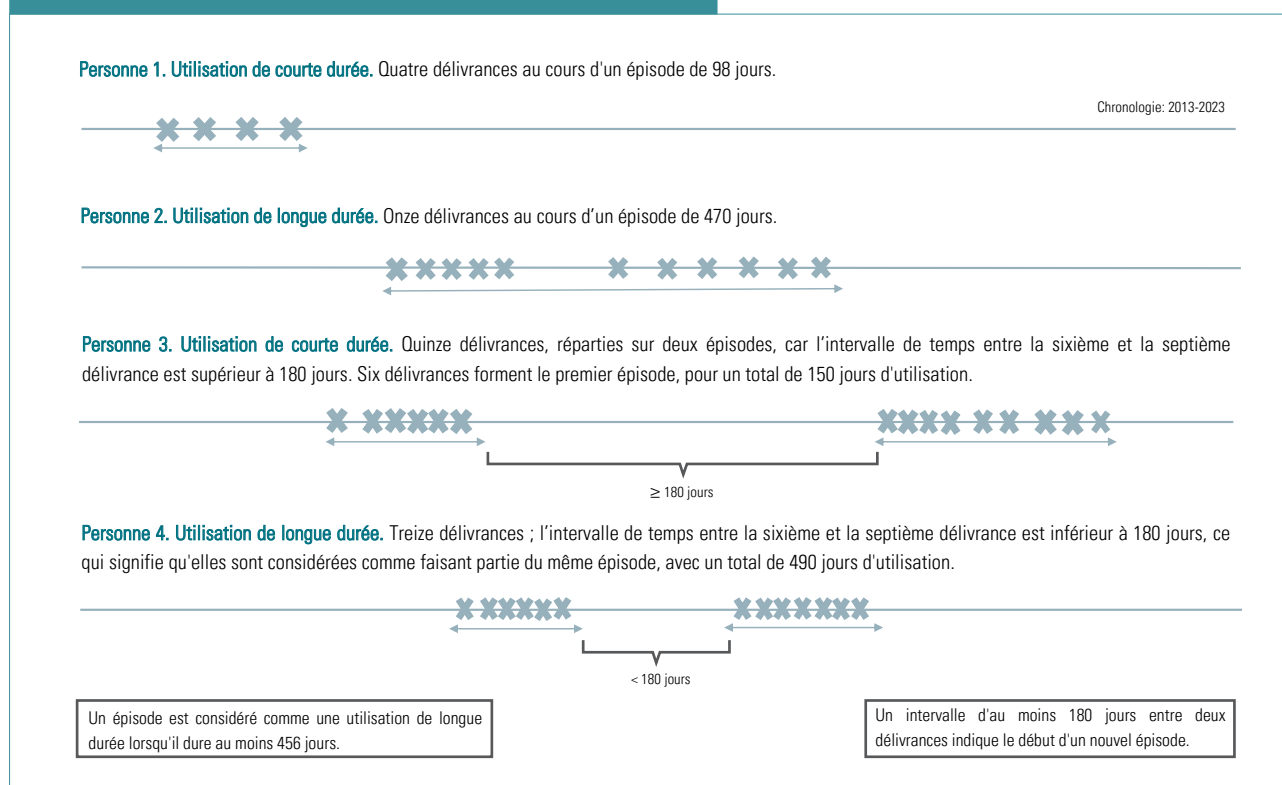
seuil à quinze mois est basée sur des recommandations cliniques qui préconisent de poursuivre le traitement aux antidépresseurs au moins six mois après l'amélioration des symptômes dépressifs, afin de prévenir les rechutes et de consolider le rétablissement (Declercq, et al., 2017; NICE, 2022). Pour les troubles anxieux, une durée de traitement de douze mois est généralement recommandée. Étant donné la corrélation fréquente entre dépression et anxiété, et l'absence d'informations diagnostiques dans les données utilisées, une limite uniforme de douze mois a été choisie, complétée de trois mois pour permettre une réduction progressive et sûre du traitement (*tapering*).

La figure 1 illustre cette délimitation à l'aide de quatre historiques fictifs de délivrance.

### 2.3. Variables indépendantes

Les variables indépendantes de cette recherche sont subdivisées en quatre catégories : caractéristiques démographiques, caractéristiques de vulnérabilité socio-économique et liée à la santé, caractéristiques liées au recours aux médicaments et aux soins. Le tableau 1 donne un aperçu des variables incluses et de leur opérationnalisation.

**Figure 1 : Chronologie illustrative de quatre historiques fictifs de délivrance**



**Tableau 1 : Aperçu des variables indépendantes**

Catégorie	Variable	Explication
<b>Démographie</b>	Sexe	Homme/femme, variable mesurée par rapport à l'année de début du traitement (1 <sup>er</sup> épisode)
	Âge	Variable continue, mesurée par rapport à l'année de début du traitement
	Région	Flandre, Wallonie ou Bruxelles
<b>Vulnérabilité socio-économique</b>	Statut BIM	Bénéficiaire de l'intervention majorée <sup>5</sup>
	Chômage	Au moins un jour de chômage durant l'année de début du traitement
	Maison médicale (MM)	Inscription en maison médicale <sup>6</sup>
<b>Vulnérabilité liée à la santé</b>	Incapacité de travail	Au moins un jour d'incapacité de travail primaire ou d'invalidité <sup>7</sup> durant l'année de début du traitement
	Statut affection chronique	Octroyé sur la base de dépenses de soins élevées et prolongées <sup>8</sup>
<b>Recours aux médicaments</b>	Type d'antidépresseur	Code ATC niveau 4 : N06AA (antidépresseurs tricycliques), N06AB (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) ou N06AX (autres)
	Prescripteur-riche principal-e	Médecin généraliste ou spécialiste (sur la base du plus grand nombre de délivrances)
	Année de début du 1 <sup>er</sup> épisode du traitement	2013-2022 (incluse comme variable de contrôle pour les tendances temporelles)
<b>Recours aux soins</b>	Contacts avec le-la médecin généraliste	Nombre de contacts dans les 12 mois après le début du traitement ; recodé en quatre niveaux (quartiles)
	Contact avec un-e psychiatre	Consultation chez un-e psychiatre dans les 12 mois après le début du traitement (oui/non)
	Psychothérapie chez un-e psychiatre	Séances de psychothérapie chez un-e psychiatre dans les 12 mois après le début du traitement (oui/non)

Toutes les variables sont mesurées durant ou à partir de l'année de début du premier épisode de traitement par antidépresseurs, sauf indication contraire.

## 2.4. Analyses statistiques

Premièrement, des analyses univariées ont été réalisées sur la population étudiée. Ces analyses ont fourni des informations sur les tendances temporelles générales, à savoir la prévalence et l'incidence annuelles du recours aux antidépresseurs d'une part, et le nombre moyen de doses journalières définies et de jours d'utilisation par an d'autre part.

Ensuite, des caractéristiques démographiques, de vulnérabilité, liées aux recours aux médicaments et aux soins ont été calculées pour l'année de début du premier épisode de traitement par antidépresseurs, afin de décrire la population étudiée. Des analyses bivariées ont ensuite été réalisées pour tester les différences entre les utilisateur-rices de longue durée (LD) et de courte durée (CD), au moyen de tests *t* et de tests du chi-carré.

5 Pour plus d'informations, voir <https://www.mc.be/fr/avantages-remboursements/statut-bim-intervention-majorée>.

6 Pour plus d'informations, voir <https://www.mc.be/fr/soins-de-sante/maison-medicale>.

7 L'incapacité de travail comprend l'incapacité de travail primaire et l'invalidité. L'incapacité de travail primaire fait suite à la période de salaire garanti par l'employeur. L'invalidité commence après un an d'incapacité de travail.

8 Ce statut est octroyé sur la base de dépenses de soins élevées et récurrentes (et/ou d'une perte d'autonomie), pas nécessairement sur la base d'une maladie chronique diagnostiquée. Pour plus d'informations, voir <https://www.mc.be/fr/professionnels/statut-affection-chronique>.

Dans la foulée, une analyse de régression logistique multivariée a été effectuée pour identifier les déterminants de l'utilisation de longue durée (LD). Quatre modèles par étapes ont été estimés, avec addition successive de variables :

- Modèle 1 : variables démographiques ;
- Modèle 2 : Modèle 1 + variables de vulnérabilité ;
- Modèle 3 : Modèle 2 + variables liées au recours aux médicaments ;
- Modèle 4 : Modèle 3 + variables liées aux recours aux soins.

Afin de vérifier si la relation entre le recours aux soins et l'utilisation de longue durée diffère selon la personne qui prescrit les médicaments, trois modèles d'interaction ont été testés :

- Modèle 5 : prescripteur-riche × contacts avec le-la médecin généraliste ;
- Modèle 6 : prescripteur-riche × contact avec un-e psychiatre ;
- Modèle 7 : prescripteur-riche × contact pour au moins une séance de psychothérapie chez un-e psychiatre.

Enfin, quatre modèles d'interaction supplémentaires ont été testés pour examiner si le droit à l'intervention majorée (statut BIM) modère le lien entre le-la prescripteur-riche principal-e ou le recours aux soins et l'utilisation de longue durée d'antidépresseurs :

- Modèle 8 : statut BIM × prescripteur-riche ;
- Modèle 9 : statut BIM × contacts avec le-la médecin généraliste ;
- Modèle 10 : statut BIM × contact avec un-e psychiatre ;

- Modèle 11 : statut BIM × contact pour au moins une séance de psychothérapie chez un-e psychiatre.

Toutes les interactions ont été représentées graphiquement à l'aide de diagrammes en barres. Les modèles de régression logistique fournissent les *odds ratios* (OR) avec les intervalles de confiance (IC) associés.

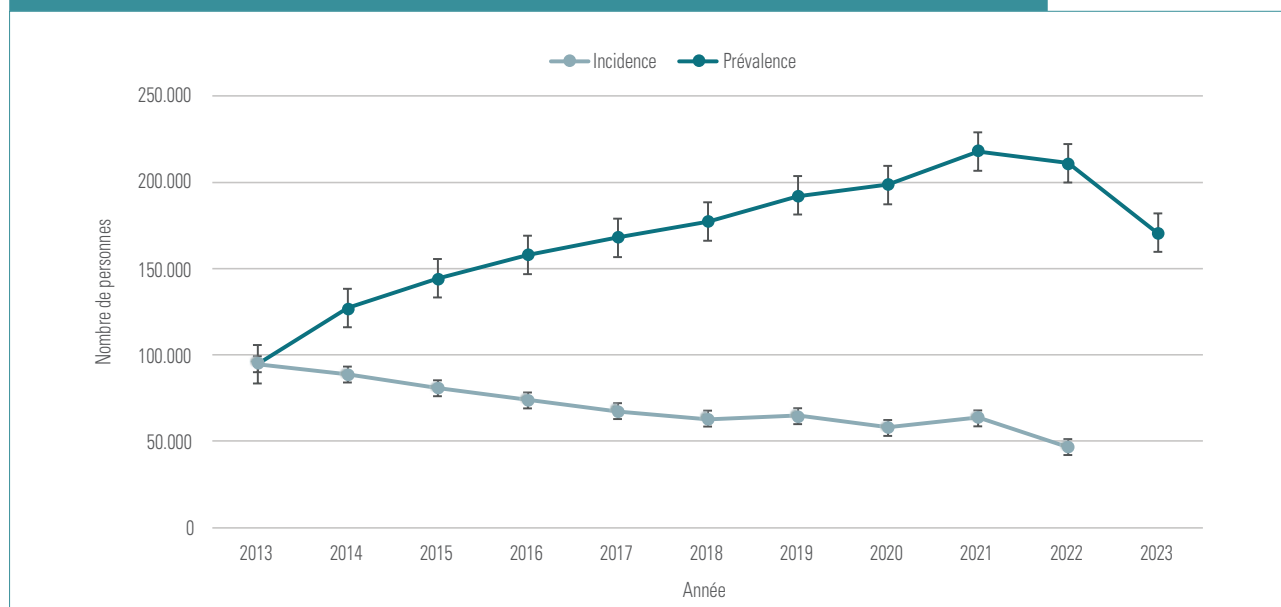
Pour tester la robustesse des résultats, deux analyses de sensibilité ont été effectuées : (1) une valeur de seuil alternative de douze mois au lieu de quinze mois pour l'utilisation de longue durée ; (2) l'exclusion des valeurs extrêmes sur la base de la durée totale d'utilisation et du nombre de doses journalières définies. Des détails supplémentaires sont repris dans l'annexe 2.

### 3. Résultats

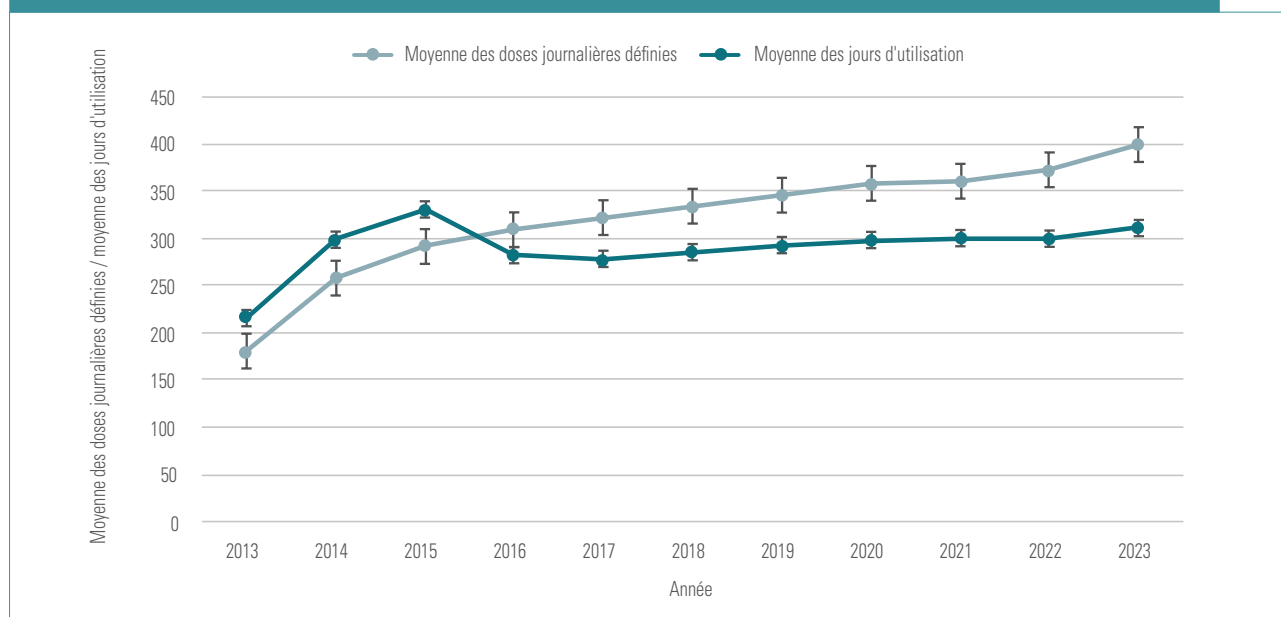
#### 3.1. Tendances temporelles du recours aux antidépresseurs

La figure 2 et la figure 3 montrent les tendances temporelles du recours aux antidépresseurs parmi les membres de la MC entre 2013 et 2023. L'incidence, définie comme le nombre de membres qui ont commencé pour la première fois un traitement par antidépresseur remboursé, montre une tendance clairement à la baisse : le nombre de nou-

Figure 2 : Incidence et prévalence du recours aux antidépresseurs parmi les membres de la MC, 2013-2023 (N = 701.409 ; Source : MC)



**Figure 3 : Nombre moyen de doses journalières définies (DDD) et de jours d'utilisation par personne et par an parmi les membres de la MC, 2013-2023 (N = 701.409 ; Source : MC)**



veaux-nouvelles utilisateur-rices est passé de 94.701 en 2013 (13,5% de la population MC) à 46.765 en 2022 (6,7%), ce qui correspond à une diminution de 51% sur la période étudiée (voir aussi Tableau 2). Parallèlement, la prévalence du recours aux antidépresseurs a augmenté. Le nombre de membres de la MC traités par antidépresseurs à un moment donné a culminé à 217.779 en 2021, puis a diminué à 170.870 en 2023.

Outre ces tendances opposées d'incidence et de prévalence, l'intensité de l'utilisation a également augmenté. Le nombre moyen de doses journalières définies (DDD) par personne et par an est passé de 181 en 2013 à 400 en 2023. Le nombre moyen de jours d'utilisation par personne et par an a également augmenté : de 216 jours en 2013 à 311 jours en 2023. Ces tendances à la hausse se maintiennent après exclusion des valeurs extrêmes (voir l'Annexe 3). Bien que les moyennes absolues, sans les valeurs extrêmes, soient plus basses, l'augmentation de la durée et de l'intensité du recours aux antidépresseurs reste clairement visible.

## 3.2. Caractéristiques des utilisateur-rices d'antidépresseurs

### 3.2.1. Population totale de l'étude

Le tableau 2 donne un aperçu des caractéristiques des membres de la MC durant l'année de début de leur premier épisode de recours aux antidépresseurs (N = 701.409). La majorité des utilisateur-rices sont des femmes (59,1%) et

l'âge moyen était de 51,1 ans. Comme attendu, la plupart des utilisateur-rices vivent en Flandre (72,9%), où la MC détient la plus grande part de marché.

En ce qui concerne la vulnérabilité socio-économique, 17,7% des utilisateur-rices sont bénéficiaires de l'intervention majorée (statut BIM), 12,1% ont eu au moins un jour de chômage durant l'année de début du traitement et 2,2% sont inscrites dans une maison médicale. La vulnérabilité liée à la santé est également fréquente : 21,8% ont connu une période d'incapacité de travail primaire ou d'invalidité et 15,4% ont droit au statut affection chronique.

Concernant le type d'antidépresseur, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS ; N06AB) sont le plus souvent prescrits. Près de la moitié des utilisateur-rices (46,7%) ont commencé avec ce type de médicament, suivi des antidépresseurs tricycliques (N06AA) et des autres antidépresseurs (N06AX). Pour la grande majorité des utilisateur-rices (79,5%), le-la médecin généraliste est le-la prescripteur-riche principal-e.

En moyenne, les membres de la MC ont utilisé 574 DDD sur une période de 630 jours durant leur traitement. Ces moyennes sont toutefois fortement influencées par un groupe limité de patient-es ayant un recours très élevé. Après exclusion des valeurs extrêmes, les moyennes tombent à 158 DDD sur 195 jours (N = 550.138). Au total, 67,3% des utilisateur-rices ont été classé-es comme utilisateur-rices de courte durée (CD), tandis que 32,7% ont été classé-es comme utilisateur-rices de longue durée (LD).

**Tableau 2 : Caractéristiques des membres de la MC du premier épisode de recours aux antidépresseurs et différences entre utilisateur-rices de courte et de longue durée, 2013-2023 (N = 701.409 ; Source : MC)**

Variable		Total		Longue durée (LD)		Courte durée (CD)	
		N	%	N	%	N	%
<b>Sexe (femme)</b>		414.465	59,1	142.329	62,1	272.329	57,7
<b>Âge<sup>a</sup></b>		51,1 (50)	–	51,7 (51)	–	50,8 (50)	–
<b>Région</b>	<b>Région flamande</b>	511.486	72,9	169.037	73,8	342.449	72,5
	<b>Région wallonne</b>	165.403	23,6	52.713	23,0	112.690	23,7
	<b>Région de Bruxelles-Capitale</b>	24.520	3,5	7.333	3,2	17.187	3,6
<b>Statut BIM (oui)</b>		124.060	17,7	42.405	18,5	81.655	17,3
<b>Chômage (oui)</b>		84.512	12,1	24.588	10,7	59.924	12,7
<b>Inscrit-e dans une maison médicale (oui)</b>		15.410	2,2	4.603	2,0	10.807	2,3
<b>Incapacité de travail primaire/invalidité (oui)</b>		152.640	21,8	57.747	25,2	94.893	20,1
<b>Statut affection chronique (oui)</b>		108.203	15,4	40.724	17,8	67.479	14,3
<b>Type d'antidépresseur</b>	<b>Antidépresseurs tricycliques (N06AA)</b>	158.221	22,6	53.779	23,5	104.442	22,1
	<b>ISRS (N06AB)</b>	327.604	46,7	136.416	59,6	191.188	40,5
	<b>Autres (N06AX)</b>	215.584	30,7	38.888	17,0	176.696	37,4
<b>Prescripteur-riche</b>	<b>Médecin généraliste</b>	557.452	79,5	187.754	82,0	369.698	78,3
	<b>Spécialiste</b>	143.957	20,5	41.329	18,0	102.628	21,7
<b>Année de début de traitement</b>	<b>2013</b>	94.701	13,5	33.711	14,7	60.990	12,9
	<b>2014</b>	88.737	12,7	30.763	13,4	57.974	12,3
	<b>2015</b>	80.800	11,5	27.771	12,1	53.029	11,2
	<b>2016</b>	73.751	10,5	24.639	10,8	49.112	10,4
	<b>2017</b>	67.579	9,6	22.541	9,8	45.038	9,5
	<b>2018</b>	63.244	9,0	21.070	9,2	42.174	8,9
	<b>2019</b>	64.639	9,2	21.084	9,2	43.555	9,2
	<b>2020</b>	57.824	8,2	18.618	8,1	39.206	8,3
	<b>2021</b>	63.369	9,0	18.133	7,9	45.236	9,6
	<b>2022</b>	46.765	6,7	10.753	4,7	36.012	7,6
<b>Contacts avec le-la médecin généraliste</b>	<b>Aucun ou minimal</b>	218.407	31,1	58.106	25,4	160.301	33,9
	<b>Faible</b>	168.486	24,0	52.742	23,0	115.744	24,5
	<b>Moyen</b>	150.835	21,5	53.309	23,3	97.526	20,7
	<b>Élevé</b>	163.681	23,3	64.926	28,3	98.755	20,9
<b>Contact avec un-e psychiatre (oui)</b>		34.432	4,9	18.475	8,1	15.957	3,4
<b>Contact pour au moins une séance de psychothérapie chez un-e psychiatre (oui)</b>		69.114	9,9	37.403	16,3	31.711	6,7
<b>Total des doses journalières définies</b>		574,1	–	–	–	–	–
<b>Total des jours d'utilisation</b>		629,7	–	–	–	–	–
<b>Utilisation de courte durée (&lt; 15 mois)</b>		472.326	67,3	–	–	–	–
<b>Utilisation de longue durée (≥ 15 mois)</b>		229.083	32,7	–	–	–	–

**a** Âge moyen et médian.

**b** Moyenne biaisée par des personnes avec un volume très élevé ; après exclusion des valeurs extrêmes, la moyenne est de 158,14 DDD.

**c** Moyenne biaisée par des personnes avec une durée d'utilisation très longue ; après exclusion des valeurs extrêmes, la moyenne est de 195,33 jours d'utilisation.

Concernant le recours aux soins, une classification basée sur le nombre de contacts avec le-la médecin généraliste durant l'année de début du traitement (voir partie 2.3) a été réalisée. Ainsi, 31,1% des utilisateur-rices ont eu très peu ou aucun contact avec le-la médecin généraliste au cours de cette année, tandis que 23,3% appartiennent à la catégorie présentant la fréquence de contacts la plus élevée. En outre, 4,9% des utilisateur-rices ont eu au moins une consultation auprès d'un-e psychiatre et 9,9% ont bénéficié d'au moins une séance de psychothérapie structurée dispensée par un-e psychiatre durant l'année de début du traitement.

### 3.2.2. Différences entre utilisateur-rices de longue et de courte durée

Le tableau 2 montre également les différences de caractéristiques entre les utilisateur-rices de longue durée (LD) et de courte durée (CD). Les LD sont plus souvent des femmes que les CD (62,1% contre 57,7%) et présentent plus fréquemment des caractéristiques de vulnérabilité, notamment le droit à l'intervention majorée (18,5% contre 17,3%), l'incapacité de travail primaire ou l'invalidité (25,2% contre 20,1%) ainsi que le statut affection chronique (17,8% contre 14,3%). En revanche, les LD sont moins souvent au chômage que les CD (10,7% contre 12,7%).

Concernant le type d'antidépresseur, les LD ont reçu plus souvent un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS) (59,6% contre 40,5%), tandis que les CD ont fait plus souvent appel à d'autres antidépresseurs (37,4% contre 17,0%). Dans les deux groupes, les médecins généralistes constituent les prescripteur-rices principaux, avec toutefois une proportion plus élevée chez les LD (82,0% vs 78,3%).

Le recours aux soins est également plus élevé chez les LD. Ainsi, 28,3% des LD se trouvent dans la catégorie la plus élevée de contacts avec le-la médecin généraliste, contre 20,9% chez les CD. Les LD ont, en outre, plus souvent une consultation avec un-e psychiatre (8,1% contre 3,4%) et bénéficient plus souvent d'au moins une séance de psychothérapie auprès d'un-e psychiatre durant l'année de début de leur traitement (16,3% contre 6,7%). Toutes les différences rapportées sont statistiquement significatives ( $p < 0,001$ ).

## 3.3. Déterminants du recours prolongé aux antidépresseurs

Le tableau 3 présente les résultats de l'analyse de régression logistique par étapes.

Le modèle 1, qui inclut uniquement les variables socio-démographiques, montre que les femmes présentent une probabilité plus élevée d'utilisation de longue durée que les hommes (OR = 1,21,  $p < 0,001$ ). L'âge est également positivement associé à l'utilisation de longue durée : les personnes plus âgées font appel plus souvent aux antidépresseurs à long terme (OR = 1,03 par année de vie,  $p < 0,001$ ). Sur le plan régional, les personnes résidant en Wallonie et dans la Région de Bruxelles-Capitale ont moins souvent une utilisation de longue durée que celles résidant en Flandre (respectivement OR = 0,95 et OR = 0,87,  $p < 0,001$ ).

Dans le modèle 2, des variables indiquant une vulnérabilité socio-économique et liée à la santé ont été ajoutées. Un statut BIM est associé à un recours à long terme légèrement plus fréquent (OR = 1,04,  $p < 0,001$ ), tandis que l'inscription dans une maison médicale est associée à une utilisation à long terme moins fréquente (OR = 0,89,  $p < 0,001$ ). Ces relations disparaissent ou s'inversent dans les modèles ultérieurs, ce qui indique que ces effets sont en partie expliqués par des différences de recours aux soins, qui ne sont inclusives qu'au modèle 4.

La vulnérabilité liée à la santé est en revanche restée constamment prédictive de l'utilisation de longue durée. Les personnes en incapacité de travail ou en invalidité utilisent les antidépresseurs plus souvent à long terme (OR = 1,41,  $p < 0,001$ ), tout comme les personnes bénéficiant du statut affection chronique (OR = 1,23,  $p < 0,001$ ). Le chômage est, dans tous les modèles, associé à un recours à long terme moins fréquent (OR = 0,83,  $p < 0,001$ ).

Le modèle 3 a ajouté des caractéristiques liées au recours aux médicaments ainsi que le-la prescripteur-riche principal-e. Par rapport aux antidépresseurs tricycliques, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) sont prescrits plus souvent dans le cas de l'utilisation à long terme (OR = 1,42,  $p < 0,001$ ), tandis que les antidépresseurs de la classe N06AX sont prescrits moins souvent à long terme (OR = 0,43,  $p < 0,001$ ). En outre, une année de début du traitement plus récente est associée à une utilisation à long terme moins fréquente (OR = 0,96,  $p < 0,001$ ).

**Tableau 3 : Odds ratios (OR) issus de l'analyse de régression logistique du recours de longue durée aux antidépresseurs, 2013-2023 (N = 701.409 ; Source : MC)**

	<b>Modèle 1 OR (IC 95%)</b>	<b>Modèle 2 OR (IC 95%)</b>	<b>Modèle 3 OR (IC 95%)</b>	<b>Modèle 4 OR (IC 95%)</b>
<b>Sexe (référence : masculin)</b>	1,21 (1,19-1,22)	1,20 (1,19-1,22)	1,16 (1,15-1,18)	1,16 (1,15-1,18)
<b>Âge</b>	1,03 (1,03-1,03)	1,03 (1,02-1,03)	1,04 (1,04-1,04)	1,06 (1,06-1,07)
<b>Région (référence : Flandre)</b>				
Région wallonne	0,95 (0,94-0,96)	0,95 (0,94-0,96)	0,86 (0,85-0,87)	0,90 (0,89-0,92)
Région de Bruxelles-Capitale	0,87 (0,85-0,89)	0,89 (0,86-0,91)	0,85 (0,83-0,88)	0,85 (0,82-0,87)
<b>Statut BIM (référence : non)</b>	-	1,04 (1,02-1,05)	1,03 (1,01-1,05)	0,94 (0,93-0,95)
<b>Chômage (référence : non)</b>	-	0,83 (0,82-0,85)	0,81 (0,80-0,82)	0,83 (0,82-0,84)
<b>Inscrit-e dans une maison médicale (référence : non)</b>	-	0,89 (0,86-0,92)	0,94 (0,90-0,97)	1,10 (1,06-1,14)
<b>Incapacité de travail primaire/invalidité (référence : non)</b>	-	1,41 (1,40-1,43)	1,44 (1,42-1,46)	1,23 (1,21-1,24)
<b>Statut affection chronique (référence : non)</b>	-	1,23 (1,21-1,25)	1,34 (1,32-1,36)	1,22 (1,20-1,24)
<b>Type d'antidépresseur (référence : antidépresseurs tricycliques, N06AA)</b>				
ISRS (N06AB)	-	-	1,42 (1,40-1,44)	1,23 (1,21-1,24)
Autres (N06AX)	-	-	0,43 (0,42-0,43)	0,39 (0,39-0,40)
<b>Année de début du traitement (2013-2022)</b>	-	-	0,96 (0,96-0,96)	0,96 (0,95-0,96)
<b>Prescripteur-riche (référence : médecin généraliste)</b>				
Spécialiste	-	-	0,77 (0,76-0,78)	0,55 (0,54-0,56)
<b>Contacts avec le-la médecin généraliste (référence : aucun ou minimal)</b>				
Faible	-	-	-	1,21 (1,19-1,23)
Moyen	-	-	-	1,38 (1,36-1,40)
Élevé	-	-	-	1,55 (1,52-1,57)
<b>Contact avec un-e psychiatre (référence : non)</b>	-	-	-	2,21 (2,15-2,26)
<b>Contact pour au moins une séance de psychothérapie chez un-e psychiatre (référence : non)</b>	-	-	-	3,13 (3,07-3,19)

L'indicateur prescripteur-riche principal-e s'avère également une variable importante. Les patient-es chez lesquelles les antidépresseurs sont principalement prescrits par un-e spécialiste ont moins souvent utilisé ces médicaments à long terme par rapport aux patient-es chez lesquelles le-la médecin généraliste est le-la prescripteur-riche principal-e (OR = 0,77,  $p < 0,001$ ).

Dans le modèle 4, le recours aux soins a été ajouté à l'analyse. Un nombre plus élevé de contacts avec le-la médecin généraliste est associé à une probabilité plus élevée d'utilisation de longue durée (niveau faible de contact : OR = 1,21,  $p < 0,001$  ; niveau moyen de contact : OR = 1,38,  $p < 0,001$  ; niveau élevé de contact : OR = 1,55,  $p < 0,001$ ). Cela indique clairement une relation dose-réponse<sup>9</sup>.

Les soins psychiatriques constituent le prédicteur le plus fort quant à l'utilisation prolongée d'antidépresseurs. Tant une consultation chez un-e psychiatre (OR = 2,21,  $p < 0,001$ ) que le suivi d'une séance de psychothérapie chez un-e psychiatre (OR = 3,13,  $p < 0,001$ ) sont associés de manière nette à une utilisation à long terme plus fréquente. À première vue, ce résultat semble contredire le modèle 3, dans lequel le fait qu'un-e spécialiste est le-la prescripteur-riche principal-e est associé à une utilisation à long terme moins fréquente. Afin d'examiner cette contradiction apparente de plus près, des modèles d'interaction supplémentaires ont été estimés (voir partie 3.4).

<sup>9</sup> Une relation dose-réponse signifie ici que plus les contacts avec le-la médecin généraliste sont fréquents, plus l'utilisation de longue durée d'antidépresseurs est fréquente.

### 3.4. Effets d'interaction entre les déterminants du recours de longue durée

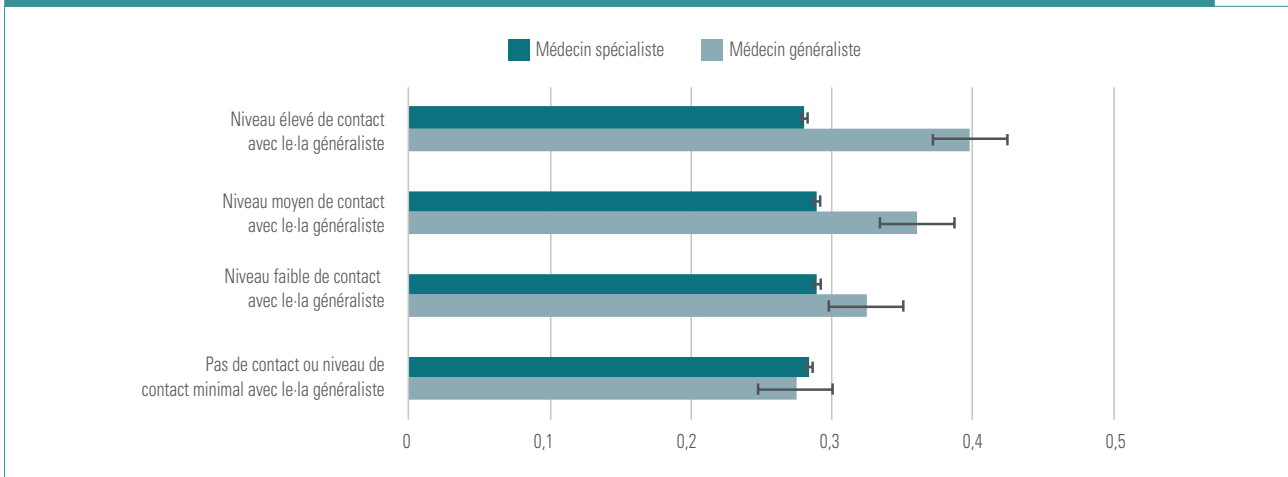
#### 3.4.1. Interactions entre prescripteur-riche et recours aux soins

La figure 4 montre l'interaction entre le-la prescripteur-riche principal-e et le nombre de contacts avec le-la médecin généraliste. Lorsque le-la médecin généraliste est le-la prescripteur-riche principal-e, la proportion prédite d'utilisateur-riche de longue durée augmente en fonction du nombre de contacts avec le-la médecin généraliste : de 0,27 en cas de niveau faible de contact à 0,40 en cas de

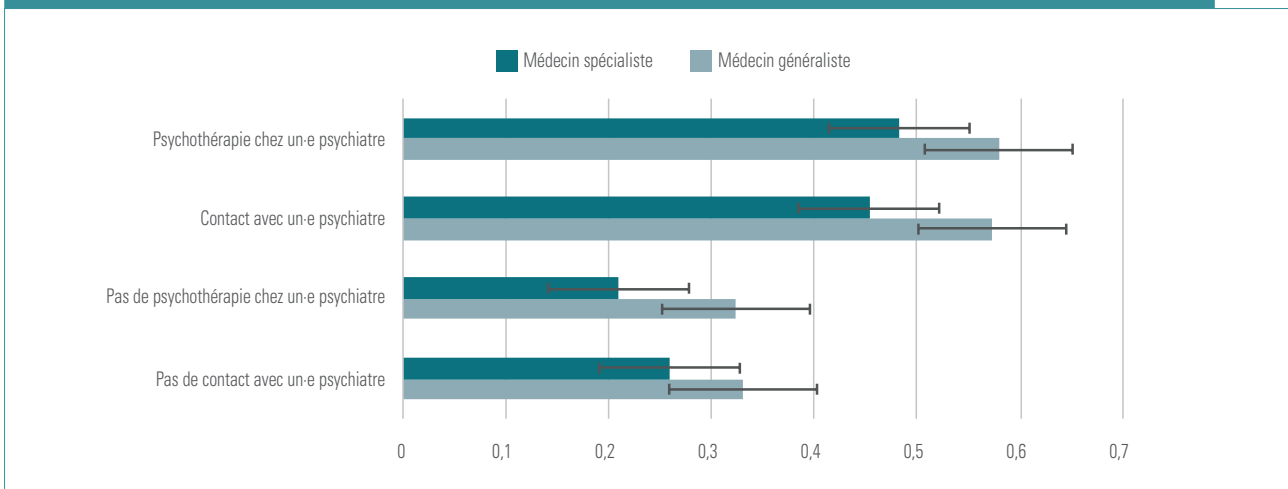
niveau élevé de contact. En revanche, chez les patient-es suivi-es principalement par un-e spécialiste, la proportion prédite d'utilisateur-riche à long terme reste relativement stable, autour de 0,28, quel que soit le niveau de contact avec le-la médecin généraliste<sup>10</sup>.

La figure 5 visualise l'interaction entre le recours aux soins psychiatriques et le-la prescripteur-riche principal-e. Le contact avec un-e psychiatre est associé à une augmentation plus marquée de la proportion prédite d'utilisateur-riche de longue durée lorsque le-la médecin généraliste est le-la prescripteur-riche principal-e (de 0,33 à 0,57) que lorsqu'un-e spécialiste assure le suivi du traitement (de 0,26 à 0,45). Une tendance similaire est observée pour

**Figure 4 : Interaction entre prescripteur-riche et niveau de contact avec le-la médecin généraliste : proportion prédite d'utilisateur-riche de longue durée, 2013-2023 (N = 701.409 ; Source : MC ; voir Tableau 4 dans Annexe 4)**



**Figure 5 : Interactions entre prescripteur-riche et recours aux soins psychiatriques : proportion prédite d'utilisateur-riche de longue durée, 2013-2023 (N = 701.409 ; Source : MC ; voir Tableau 4 dans Annexe 4)**



10 Ces interactions sont basées sur le modèle 5 du tableau 4, voir Annexe 4.

la psychothérapie chez un-e psychiatre : la proportion prédite d'utilisateur-rices de longue durée passe de 0,32 à 0,58 lorsque les prescripteur-rices principaux-ales sont des médecins généralistes, contre de 0,21 à 0,48 lorsque les prescripteur-rices principaux-ales sont des spécialistes<sup>11</sup>.

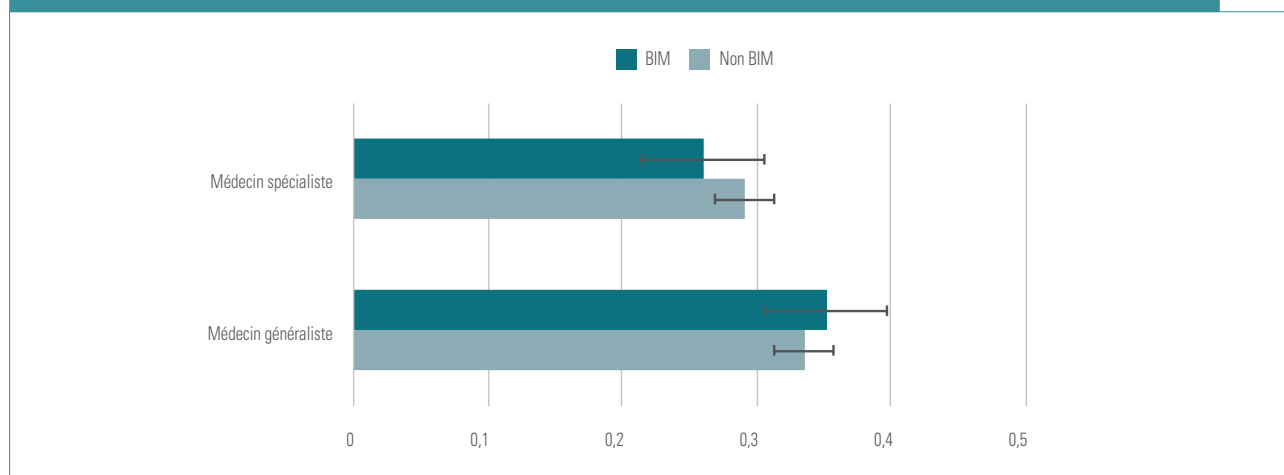
### 3.4.2. Interactions entre statut BIM, prescripteur-riche et recours aux soins

La figure 6 montre comment le statut BIM modère la relation entre le-la prescripteur-riche principal-e et le recours prolongé aux antidépresseurs. Lorsque le-la médecin gé-

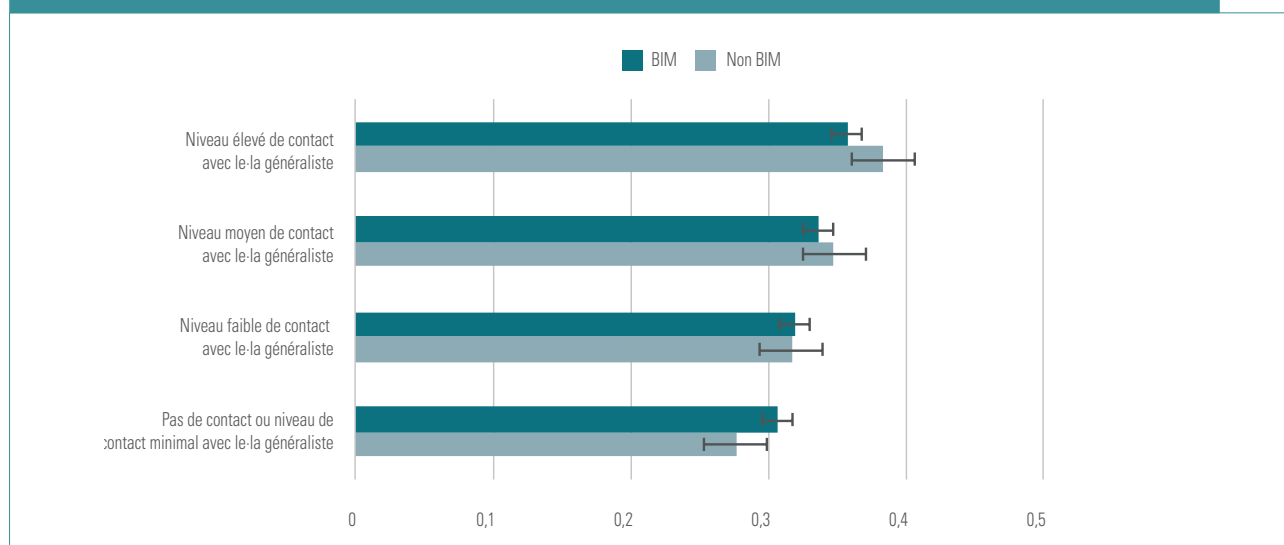
néraliste est le-la prescripteur-riche principal-e, la proportion prédite d'utilisateur-rices de longue durée est légèrement plus élevée chez les patient-es disposant du statut BIM (de 0,33 à 0,35). Lorsque le-la prescripteur-riche principal-e est un-e spécialiste, la proportion prédite d'utilisateur-rices de longue durée est en revanche moins élevée chez les patient-es ayant un statut BIM (de 0,29 à 0,26).

La figure 7 montre que le statut BIM modère également la relation entre le niveau de contact avec le-la médecin généraliste et l'utilisation de longue durée. Chez les personnes n'ayant pas le statut BIM, la proportion prédite

**Figure 6 : Interaction entre statut BIM et prescripteur-riche : proportion prédite d'utilisateur-rices de longue durée, 2013-2023 (N = 701.409 ; Source : MC ; voir Tableau 5 dans Annexe 4)**

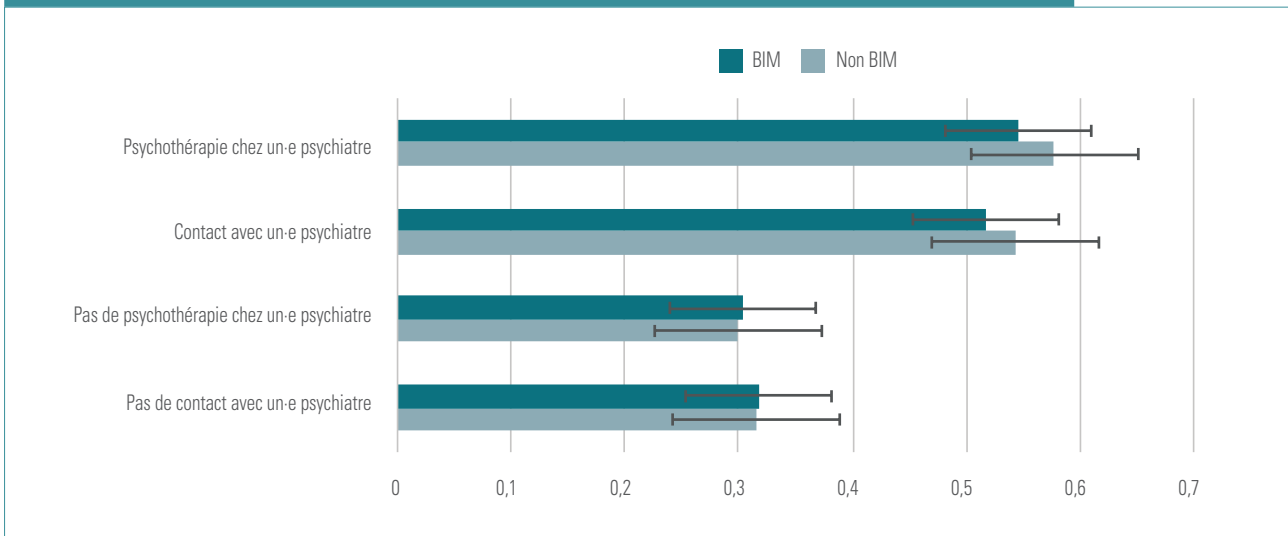


**Figure 7 : Interaction entre statut BIM et contact avec le-la médecin généraliste : proportion prédite d'utilisateur-rices de longue durée, 2013-2023 (N = 701.409 ; Source : MC ; voir Tableau 5 dans Annexe 4)**



11 Ces interactions sont basées sur les modèles 6 à 7 du tableau 4, voir Annexe 4.

**Figure 8 : Interaction entre statut BIM et soins spécialisés : proportion prédite d'utilisateur-rices de longue durée ; 2013-2023 (N = 701.409 ; Source : MC ; voir Tableau 5 dans Annexe 4)**



d'utilisateur-rices de longue durée augmente jusqu'à 0,38 en cas de niveau de contact élevé avec le-la médecin généraliste, tandis que cette même proportion s'élève à 0,36 chez les personnes ayant le statut BIM.

La figure 8 indique que le statut BIM est également associé à une légère diminution de l'effet des soins spécialisés. En cas de contact avec un-e psychiatre, la proportion prédite d'utilisateur-rices de longue durée passe de 0,54 chez les personnes n'ayant pas de statut BIM à 0,52 chez celles disposant de ce statut. Pour la psychothérapie chez un-e psychiatre, cette même proportion passe de 0,58 à 0,55<sup>12</sup>.

## 4. Discussion

### 4.1. Principaux résultats

Les résultats de cette étude confirment un paradoxe central quant au recours aux antidépresseurs en Belgique : tandis que le flux de nouveaux-nouvelles utilisateur-rices diminue depuis 2013, le nombre total d'utilisateur-rices reste élevé et l'intensité moyenne d'utilisation augmente. Cela suggère que l'augmentation du volume d'antidépresseurs est moins due à une augmentation du nombre de nouveaux traitements qu'à une accumulation de traite-

ments qui se prolongent plus longtemps que ce que les recommandations cliniques préconisent généralement (Declercq, et al., 2017; Van Leeuwen, et al., 2021b). Dans ce contexte, la question centrale évolue de « Qui commence ? » vers « Qui poursuit, et dans quelles conditions de soins ? ». En analysant conjointement les pratiques de prescription (médecin généraliste *versus* spécialiste), les profils du recours aux soins et la vulnérabilité socio-économique (patient-es avec le statut BIM), il apparaît que l'utilisation prolongée n'est pas uniquement le résultat de décisions cliniques individuelles, mais qu'elle est également façonnée par l'organisation et l'accessibilité des soins de santé mentale en Belgique.

**Parmi les principaux résultats, on observe que l'incidence des nouveaux-nouvelles utilisateur-rices d'antidépresseurs a diminué progressivement**, passant de 94.701 en 2013 à 46.765 en 2022, soit une réduction relative de 51%. **En parallèle, la prévalence a augmenté et a atteint un pic en 2021**. Ces tendances opposées reflètent une **accumulation progressive de patient-es de longue durée** : sur l'ensemble de la période étudiée, 32,7% des utilisateur-rices ont été classé-es comme ayant un traitement de longue durée ( $\geq 15$  mois). Cette proportion est substantielle et cohérente avec les constats internationaux montrant que les traitements prolongés constituent une part importante des volumes croissants d'utilisation, même lorsque le nombre de nouveaux traitements diminue ou se stabilise (Brett, et al., 2017; Moore, et al., 2009; Mars, et al., 2017).

12 Ces interactions sont basées sur les modèles 8 à 11 du tableau 5, voir Annexe 4.

Dans le même temps, les résultats indiquent une évolution favorable : **ces dernières années, les personnes ayant commencé un traitement aux antidépresseurs ont moins souvent continué à les prendre à long terme.** Cela peut refléter des améliorations dans les pratiques de prescription, une prise de conscience accrue des risques liés à l'utilisation prolongée et une meilleure adhésion aux recommandations cliniques. Le fait que ce changement soit déjà observable avant la réforme des soins psychologiques de première ligne, déployée depuis 2021 (Noirhomme, 2025), suggère qu'il s'inscrit, au moins en partie, dans une attention sociétale et professionnelle plus large accordée à la réduction du traitement et à une utilisation appropriée. **Parallèlement, la persistance d'un important recours à long terme montre que la révision et l'arrêt des traitements en temps opportun restent difficiles dans la pratique.** Lorsque les traitements de longue durée ne sont pas réévalués systématiquement, un effet cumulatif peut se produire, un groupe de patient-es continuant à prendre les médicaments au fil du temps (Brisnik, et al., 2024).

Outre ces tendances, les caractéristiques des utilisateur-rices jouent également un rôle. **Par rapport aux hommes, les femmes ont plus souvent recours aux antidépresseurs à long terme,** ce qui est cohérent avec des schémas plus généraux de recours plus élevé aux psychotropes chez les femmes (AIM, 2025). **De plus, la probabilité d'utilisation à long terme augmente avec l'âge,** s'inscrivant dans une tendance plus large selon laquelle les adultes plus âgés reçoivent plus souvent des psychotropes et continuent à les utiliser plus longtemps, parfois sans indication clinique claire et en raison d'une perception de vulnérabilité accrue liée à la solitude ou à l'isolement social (Mojtabai & Olfson, 2011). Les différences régionales sont limitées : les personnes en Région wallonne et en Région de Bruxelles-Capitale ont un peu moins souvent recours à long terme aux antidépresseurs par rapport à celles qui résident en Région flamande. Ces différences sont petites mais peuvent refléter des variations dans l'organisation des soins, les pratiques d'orientation ou la disponibilité d'alternatives, ce qui mériterait des recherches supplémentaires.

**Ces tendances quant à l'utilisation de longue durée doivent être interprétées à la lumière de l'organisation belge des soins en santé mentale, où les médecins généralistes occupent un rôle central, mais complexe.** Ils-elles prescrivent près de quatre cinquièmes de tous les antidépresseurs et **les patient-es principalement suivi-es par un-e médecin généraliste (en tant que prescripteur-riche principal-e du traitement) ont plus souvent un traitement à long terme que ceux et celles qui sont suivi-es principalement par un-e**

**spécialiste.** Cette position dominante ne se limite pas au suivi à long terme : les médecins généralistes sont également de loin les prescripteur-rices les plus important-es chez les nouveaux-nouvelles utilisateur-rices. Dans le même temps, la prescription d'antidépresseurs suppose pourtant une évaluation de la problématique sous-jacente et une mise en balance des options thérapeutiques, y compris les alternatives non pharmacologiques (Declercq, et al., 2017).

Plusieurs mécanismes peuvent contribuer à expliquer pourquoi l'utilisation de longue durée se manifeste plus souvent dans le cadre des soins de médecine générale. D'une part les relations de confiance de longue durée favorisent la continuité des soins, d'autre part ce même lien de confiance peut conduire à de l'inertie thérapeutique, les traitements existants étant moins souvent reconsidérés (Murphy & Salisbury, 2020). Les médecins généralistes font également souvent état de contraintes de temps, d'incertitudes quant aux stratégies de réduction du traitement et de craintes de rechute ou de symptômes de sevrage (Donald, et al., 2021; Kelly, et al., 2021). De plus, la relation étroite avec les patient-es peut aussi conduire les médecins à accéder plus rapidement aux demandes de prolongation du traitement, un mécanisme également observé pour d'autres psychotropes, comme les somnifères (Ceuterick, Van Ngoc, Bracke, & Scholtes, 2023). Des études qualitatives montrent que certain-es médecins généralistes hésitent à initier une réduction du traitement par crainte de nuire à la relation thérapeutique ou de provoquer des conflits (Van Leeuwen, et al., 2021a). Dans ce contexte, certain-es médecins généralistes appliquent le principe « *never change a winning team* » : un traitement perçu comme stable est moins susceptible d'être reconsidéré, même lorsque sa réduction est cliniquement indiquée.

**Les analyses montrent aussi que la fréquence des contacts avec les soins de santé joue un rôle important dans ce processus.** Lorsque le-la médecin généraliste est le-la prescripteur-riche principal-e, des contacts plus fréquents sont associés à une probabilité plus élevée d'un traitement à long terme, indiquant une relation dose-réponse. Ce schéma est absent chez les patient-es principalement suivi-es par un-e médecin spécialiste. **Les contacts avec des psychiatres et les séances de psychothérapie chez un-e psychiatre sont également plus fortement associés à une utilisation prolongée chez les patient-es où un-e médecin généraliste est le-la prescripteur-riche principal-e du traitement par rapport aux patient-es bénéficiant d'un traitement principalement prescrit par un-e médecin spécialiste.** Cela suggère que les contacts avec des spécialistes, lorsqu'ils s'inscrivent

dans un parcours principalement pris en charge par la médecine générale, sont plus souvent associés à des problématiques complexes ou persistantes, ou à des transitions de soins où le suivi à long terme revient à nouveau à un-e médecin généraliste.

**La vulnérabilité socio-économique apparaît également comme un facteur important quant à l'émergence et la poursuite d'une utilisation prolongée d'antidépresseurs. Les bénéficiaires de l'intervention majorée (statut BIM) recourent plus souvent aux antidépresseurs à long terme lorsqu'ils-elles sont principalement suivi-es en médecine générale, par rapport à ceux et celles ne bénéficiant pas de ce statut.** Ce constat est cohérent avec des observations selon lesquelles les groupes socio-économiquement vulnérables déclarent plus souvent des problèmes de santé mentale (Derroitte, Janssens, Morissens, Noirhomme, & Verniest, 2024) et rencontrent, en même temps, plus souvent d'obstacles pour accéder ou maintenir des soins spécialisés (Epping, Muschik, & Geyer, 2017; Lueckmann, et al., 2021). Le ou la médecin généraliste joue alors le rôle d'interlocuteur-riche privilégié-e, les antidépresseurs restant souvent l'intervention la plus directement disponible (Belgium.be, 2024). L'empathie peut également intervenir : certain-es médecins généralistes considèrent parfois la prolongation du traitement aux antidépresseurs comme une forme de soins et de soutien aux patient-es présentant des problèmes sociaux complexes (Van Leeuwen, et al., 2021a).

**Dans les trajets de soins qui ne sont pas principalement pris en charge par la médecine générale, les personnes bénéficiant de l'intervention majorée utilisent, en revanche, moins souvent des antidépresseurs à long terme.** Cela peut indiquer qu'il est plus difficile pour les personnes socio-économiquement vulnérables de rester dans des trajets de soins psychiatriques à long terme, par exemple en raison d'obstacles financiers, pratiques ou organisationnels, tandis que les personnes qui ne sont pas socio-économiquement vulnérables disposent généralement de plus de ressources pour poursuivre de tels traitements. Le constat que le statut BIM atténue la relation entre la fréquence des contacts de soins et l'utilisation à long terme suggère un mécanisme nuancé. **Bien que des contacts plus fréquents avec le-la médecin généraliste soient généralement associés à une probabilité plus élevée d'une utilisation à long terme d'antidépresseurs, cet effet est moins marqué chez les personnes avec statut BIM.** À première vue, cela semble contredire des constatations précédentes selon lesquelles les médecins généralistes seraient plus réticent-es à aborder la question de la réduction du traitement avec des patient-es vulnérables (Van Leeuwen, et al.,

2021b). Une explication possible est que la relation entre la fréquence des contacts et l'inertie thérapeutique s'exprime davantage dans des contextes où une relation thérapeutique étroite et un suivi intensif sont présents, tandis que dans les groupes vulnérables des barrières de communication, une moindre continuité ou un espace de négociation réduit peuvent également jouer un rôle. Cela n'exclut pas que la réduction du traitement reste difficile à aborder au sein des groupes vulnérables, mais suggère que la manière dont les contacts de soins « se répercutent » sur l'utilisation à long terme au sein de ce groupe est plus complexe.

Enfin, **les contacts avec un-e psychiatre et les séances de psychothérapie chez un-e psychiatre sont associés, pour tous-tes les utilisateur-rices, à une probabilité plus élevée d'une utilisation d'antidépresseurs à long terme, bien que cette relation soit légèrement atténuée chez les personnes disposant du statut BIM.** Cela peut refléter des différences quant à l'observance thérapeutique vis-à-vis du traitement (Elwadi & Cohen, 2020; Ji & Hong, 2020) et/ou des inégalités dans l'accès et la continuité des soins psychiatriques spécialisés (Lueckmann, et al., 2021).

En résumé, **l'utilisation à long terme d'antidépresseurs résulte d'une interaction complexe entre pratiques de prescription, recours aux soins et vulnérabilité socio-économique.** Les interventions visant à soutenir la réduction du traitement, l'accompagnement et le suivi approprié doivent donc non seulement renforcer les prestataires de soins, mais aussi tenir compte du contexte socio-structurel dans lequel les patient-es reçoivent des soins. C'est seulement de cette façon qu'on pourra s'attaquer à l'utilisation à long terme des antidépresseurs sans aggraver les inégalités existantes dans le domaine des soins de santé mentale.

## 4.2. Limites

Cette étude présente plusieurs limites liées à l'utilisation de données administratives et de facturation, malgré les points forts de cet ensemble de données en termes de représentativité et de consistance dans le temps.

Une première limite est l'absence de données diagnostiques. Il n'est donc pas possible de distinguer les traitements selon des troubles mentaux spécifiques ou selon différents degrés de sévérité des symptômes (Smeets, de Wit, & Hoes, 2011). Cela limite la possibilité d'analyser dans quelle mesure l'utilisation à long terme d'antidépresseurs varie en fonction du diagnostic sous-jacent ou de l'indication clinique.

Une deuxième limite est que le fichier de données ne contient que des informations sur les médicaments délivrés, mais aucune sur les doses prescrites ou l'observance thérapeutique. Il peut donc exister des différences entre les médicaments délivrés et la prise effective, ce qui peut influencer la précision du calcul de la durée d'utilisation basé sur les doses journalières définies (DDD). Bien que cette approche soit courante dans la recherche basée sur des données administratives, elle reste une approximation de l'utilisation réelle.

Une troisième limite est l'emploi du statut BIM comme indicateur de vulnérabilité socio-économique. Bien que ce statut soit une mesure fiable de la vulnérabilité financière (Avalosse, et al., 2019), il ne couvre pas d'autres dimensions pertinentes de la position socio-économique, telles que le niveau d'éducation ou les compétences en santé. De plus, le statut BIM est un indicateur binaire, tandis que la vulnérabilité financière est graduelle. Les personnes juste au-dessus du seuil de revenus, mais néanmoins vulnérables ne sont donc pas identifiées comme telles.

En outre, par rapport à la durée du traitement aux antidépresseurs, cette étude fait appel à une distinction binaire entre courte et longue durée, basée sur un seuil de 15 mois. Bien que cette limite corresponde aux recommandations cliniques courantes, elle reste une simplification de la réalité clinique. Certain-es patient-es ont besoin d'un traitement de longue durée en cas de symptômes sévères, chroniques ou récurrents. Dans le même temps, cette distinction binaire regroupe des durées d'utilisation très variables, alors qu'il peut s'agir de situations cliniques et sociales fondamentalement différentes. La définition utilisée ne permet donc pas de faire la distinction entre une utilisation à long terme cliniquement appropriée et une utilisation à long terme potentiellement liée à l'inertie thérapeutique, ni entre différents degrés d'utilisation de longue durée. Une analyse de sensibilité avec un seuil alternatif de 12 mois a donné des résultats similaires (voir Annexe 2), mais n'a pas non plus permis de saisir pleinement ces nuances. L'approche retenue reste néanmoins cohérente avec de précédentes études, dans lesquelles des seuils de 12 ou 15 mois sont généralement utilisés pour définir l'utilisation de longue durée (Andersen, Thielen, Nygaard, & Diderichsen, 2009; Huijbregts, Hoogendoorn, Slottje, van Balkom, & Batelaan, 2017; Van Leeuwen, et al., 2021b).

Enfin, les données analysées proviennent d'une seule mutualité. La MC est la plus grande mutualité de Belgique et représente environ 40% de la population, ce dernier pourcentage variant selon les régions (51% en Région flamande, 26% en Région wallonne et 15% en Région de Bruxelles-

Capitale ; situation décembre 2023) (INAMI, 2025). Les données analysées dans cette étude offrent donc une image large et largement représentative du recours aux antidépresseurs en Belgique. De petites différences dans la composition de la population entre les régions ou entre les mutualités ne peuvent toutefois pas être totalement exclues.

Malgré ces limites, l'ensemble des données utilisées est particulièrement robuste, avec un minimum de valeurs manquantes et des historiques complets de délivrance sur plusieurs années. De plus, cette étude permet pour la première fois une analyse systématique du recours aux antidépresseurs se prolongeant au-delà de 15 mois en Belgique et des caractéristiques de ces patient-es. Bien que les données administratives présentent certaines limites, elles constituent une source d'information précieuse et fiable pour la recherche en santé, en particulier lorsqu'elles sont utilisées à grande échelle et sur une longue période (McGuckin, et al., 2022; Smeets, de Wit, & Hoes, 2011).

## 5. Recommandations

La présente étude a montré que, malgré une diminution du nombre de nouveaux-nouvelles utilisateur-rices d'antidépresseurs entre 2013 et 2022, le volume total d'antidépresseurs utilisés a continué d'augmenter. Ces tendances opposées résultent d'une augmentation du nombre d'utilisateur-rices de longue durée, malgré les recommandations cliniques selon lesquelles une utilisation prolongée au-delà de 15 mois n'est pas indiquée dans de nombreuses situations. Les résultats suggèrent, en outre, que cette tendance est liée à des dynamiques plus larges dans les pratiques de prescription, l'organisation des soins, l'accessibilité des alternatives et les inégalités socio-économiques. Dans l'optique d'une utilisation rationnelle des antidépresseurs, la MC plaide pour une politique fondée sur une approche systémique et multidimensionnelle, avec une attention particulière aux différents niveaux de soins.

### 5.1. Renforcer les prestataires de soins

#### 5.1.1. Formation et soutien des médecins généralistes

La présente étude montre que les médecins généralistes - pour beaucoup le premier point de contact lorsqu'une demande d'aide surgit (Verniest, Luybaert, & Bracke, 2020) -

jouent, en tant que prescripteur·rices principaux·ales, un rôle important dans les traitements par antidépresseurs. De plus, les patient·es principalement suivi·es dans le cadre de soins de médecine générale présentent, en raison d'un ensemble de facteurs, un risque accru d'utilisation de longue durée, un risque qui augmente encore avec une fréquence plus élevée de contacts avec le·la médecin généraliste.

Il est dès lors **important de renforcer davantage leurs connaissances concernant l'utilisation des antidépresseurs, tant dans la formation initiale et continue que dans les recommandations pour une bonne pratique médicale et dans les moments d'intervention**. Parmi les points d'attention spécifiques figurent notamment le diagnostic, la valeur ajoutée (de la combinaison avec) d'autres stratégies thérapeutiques non médicamenteuses, l'importance de moments d'évaluation périodiques prévus à l'avance, l'application de stratégies de réduction *evidence-based* du traitement, la mise en place d'une communication structurée autour de la réduction et la reconnaissance des symptômes de sevrage (Horowitz & Taylor, 2022; Van Leeuwen, et al., 2021b; Declercq, et al., 2017). Conjointement avec des interventions systématiques telles que des alertes en cas de prescription de longue durée, ainsi qu'un suivi continu des pratiques de prescription combiné à du *benchmarking* et à de l'intervention, ces mesures peuvent contribuer à une utilisation plus rationnelle et plus transparente des antidépresseurs et limiter l'inertie thérapeutique chez certain·es prescripteur·rices.

Dans ce contexte, il est essentiel de **mettre régulièrement à jour les informations disponibles sur la base de nouvelles connaissances et de l'évolution de l'offre sur le terrain**. Le cas échéant, ces informations doivent être complétées ou affinées, par exemple en ce qui concerne la durée du traitement. La MC plaide ainsi pour l'organisation d'une nouvelle réunion de consensus au niveau de l'INAMI, afin d'actualiser et compléter une précédente réunion de consensus de 2006 sur l'utilisation appropriée des antidépresseurs dans le traitement de la dépression, réunion qui concluait qu'il n'existait pas suffisamment de données pour se prononcer sur la durée optimale du traitement (INAMI, 2006).

## 5.1.2. Promotion de la collaboration multidisciplinaire

Nous constatons que de nombreux patient·es ont consulté à la fois des médecins généralistes et des psychiatres. Cela souligne l'importance d'une **collaboration interdisciplinaire entre le·la médecin généraliste et les acteur·rices des deuxième et troisième lignes**, ce qui apporte une valeur ajoutée en termes de diagnostic et de traitement adéquats, ainsi que l'importance d'un **transfert structuré lors des transitions de soins**. De plus, des moments de concertation structurés, des plans de traitement et de réduction partagés et une coordination interdisciplinaire peuvent contribuer à éviter que des patient·es restent dans des traitements médicamenteux de longue durée sans révision systématique (Declercq, et al., 2017). En complément, la collaboration avec les pharmaciennes et les psychologues de première ligne peut également s'avérer utile, ceci étant en ligne avec le modèle de soins collaboratifs (*collaborative care-model*) (Richards, et al., 2013).

## 5.2. Améliorer encore l'accessibilité des soins psychologiques de première ligne (SPPL)

Les recommandations relatives au traitement de la dépression soulignent l'importance de la psychothérapie, en combinaison ou non avec les antidépresseurs (Declercq, et al., 2017). De plus, un soutien psychothérapeutique peut contribuer à une réduction réussie des antidépresseurs (Van Leeuwen, et al., 2021b). Depuis l'introduction des SPPL, les possibilités en ce sens se sont accrues et, notamment grâce à l'adaptation de la convention en 2024, davantage de personnes sont atteintes, y compris des groupes vulnérables (Noirhomme, 2025). Néanmoins, des obstacles substantiels persistent quant à l'accessibilité de ces soins psychologiques de première ligne (Gerkens, et al., 2024; Noirhomme, 2025). Il est donc essentiel pour la MC de **continuer à améliorer l'accessibilité de ces soins**. Cela peut être réalisé **au moyen d'investissements structurels continus de la part des pouvoirs publics**, entre autres pour **l'optimisation de l'offre, l'élargissement des mécanismes de remboursement et une communication active sur l'offre disponible** (Noirhomme, 2025). Les médecins généralistes ont également un rôle important à jouer : en tant que premier point de contact, ils·elles peuvent informer activement les patient·es et les orienter vers un soutien psychologique adapté, en tenant compte de leurs préférences.

### 5.3. Réduire les inégalités socio-économiques dans l'accès aux soins

Il est bien connu que certains groupes sociaux sont plus vulnérables aux problèmes de santé mentale et ont donc davantage besoin de soins, notamment les personnes en situation de pauvreté, les jeunes, les femmes, les personnes au chômage ou en incapacité de travail, etc. En revanche, ces groupes sollicitent moins souvent de l'aide. Ceux et celles qui cherchent de l'aide recourent plus souvent à un traitement médicamenteux, entre autres pour des raisons financières (Noirhomme, 2025). Cette étude montre également une association entre le fait de bénéficier de l'intervention majorée (statut BIM) et le risque d'une utilisation d'antidépresseurs à long terme lorsque les personnes ayant ce statut sont principalement suivies en médecine générale, alors que c'est moins le cas dans le cadre des soins psychiatriques.

La MC plaide donc pour **des mesures politiques ciblées supplémentaires qui, dans l'esprit du principe de l'universalisme proportionné, visent explicitement à renforcer un accès équitable aux soins axés sur la réévaluation et la réduction du traitement, y compris pour les groupes vulnérables**. Cela peut être réalisé non seulement en renforçant les connaissances des médecins généralistes, mais aussi au moyen d'un soutien psychologique financièrement accessible, d'un suivi actif et d'une information adaptée aux patient-es.

## Conclusion

Cette étude met en évidence des évolutions importantes dans le recours aux antidépresseurs en Belgique entre 2013 et 2023. Bien que le nombre de nouveaux-nouvelles utilisateur-rices ait diminué de 51% durant cette période, la prévalence est restée élevée et la proportion d'utilisateur-rices de longue durée a augmenté. Au final, près d'un-e patient-es sur trois a été classé-e comme ayant un traitement de longue durée. Cette combinaison d'une incidence en baisse et d'une utilisation persistante indique une accumulation structurelle de traitements de longue durée.

Dans le même temps, les résultats montrent que les personnes ayant commencé un traitement aux antidépresseurs ces dernières années sont moins nombreuses à poursuivre leur traitement à long terme. Cela suggère une évolution prudente vers des pratiques de prescription plus conformes aux recommandations cliniques, ainsi qu'une attention accrue à l'arrêt du traitement. Cette évolution positive ne remet cependant pas en cause le fait que l'utilisation de longue durée demeure un phénomène substantiel et persistant dans les soins de santé mentale en Belgique.

Les analyses soulignent le rôle central des médecins généralistes dans ce processus. Pour la majorité des patient-es, ils-elles sont les prescripteur-rices principaux-ales, et les patient-es principalement suivi-es en médecine générale recourent plus souvent aux antidépresseurs à long terme, surtout en cas de contacts plus fréquents.


En outre, la vulnérabilité socio-économique joue également un rôle structurant. Les personnes bénéficiant de l'intervention majorée prennent plus souvent des antidépresseurs à long terme lorsqu'elles sont principalement suivies en médecine générale, tandis que le recours à long terme est moins fréquent dans le cadre des soins psychiatriques. Cela suggère que l'utilisation à long terme est en partie façonnée par des différences d'accès et de continuité dans les trajets de soins.

Ensemble, ces résultats montrent que l'utilisation prolongée d'antidépresseurs s'inscrit dans des schémas structurels liés aux pratiques de prescription, à l'organisation des soins et aux inégalités socio-économiques. Les politiques visant à réduire l'utilisation prolongée non nécessaire requièrent donc une approche intégrée, misant sur le soutien aux prestataires de soins, l'accès aux alternatives non médicamenteuses, une collaboration interprofessionnelle renforcée et une attention explicite aux inégalités socio-économiques dans l'accès aux soins.

## Bibliographie

- Abraham, J. (2010). Pharmaceuticalization of the society in context: theoretical, empirical and health dimensions. *Sociology*, 44(4), 603-622.
- AIM. (2025). *Antidépresseurs*. Récupéré sur atlas.aim-ima.be : <https://atlas.ima-aim.be/mosaic/fr-fr/atlas-aim/consommation-de-medicaments/antidépresseurs>.
- Andersen, I., Thielen, K., Nygaard, E., & Diderichsen, F. (2009). Social inequality in the prevalence of depressive disorders. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 63(7), 575-581.
- Avalosse, H., Maron, L., Lona, M., Guillaume, J., Allaoui, E., & Di Zinno, T. (2019). *Inégalités sociales en santé*. Bruxelles : AIM (Agence Intermutualiste).
- Belgium.be. (2024). *Équité et inégalités de santé*. Récupéré sur <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/equite-et-inegalites-de-sante>.
- Ben-Sheetrit, J., Hermon, Y., Birkenfeld, S., Gutman, Y., Csoka, A., & Toren, P. (2023). Estimating the risk of irreversible post-SSRI sexual dysfunction (PSSD) due to serotonergic antidepressants. *Annals of General Psychiatry*, 22(1), 1-9.
- Bet, P., Hugtenburg, J., Penninx, B., & Hoogendijk, W. (2013). Side effects of antidepressants during long-term use in a naturalistic setting. *European Neuropsychopharmacology*, 23(11), 1443-1451.
- Boehlen, F., Herzog, W., Quinzler, R., Haefeli, W., Maatouk, I., Niehoff, D., . . . Wild, B. (2015). Loneliness in the elderly is associated with the use of psychotropic drugs. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(9), 957-964.
- Brett, J., Karanges, E., Daniels, B., Buckley, N., Schneider, C., Nassir, A., . . . Pearson, S. (2017). Psychotropic medication use in Australia 2007 to 2015: changes in annual incidence, prevalence and treatment exposure. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 51(10), 990-999.
- Brisnik, V., Vukas, J., Jung-Sievers, C., Lukaschek, K., Alexander, G., Thiem, U., . . . Baum, E. (2024). Deprescribing of antidepressants: development of indicators of high-risk and overprescribing using in the RAND/UCLA Appropriateness Method. *BMC Medicine*, 22(1), 193.
- Busfield, J. (2010). 'A pill for every ill': explaining the expansion in medicine use. *Social Science & Medicine*, 70(6), 934-941.
- Ceuterick, M., Van Ngoc, P., Bracke, P., & Scholtes, B. (2023). From prescribing dilemma to knowledge in practice: the ontological politics of benzodiazepines and Z-drugs. *Social Science & Medicine*, 339, 116358.
- Conrad, P. (2005). The shifting engines of medicalization. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(1), 3-14.
- Cuijpers, P., Noma, H., Karyotaki, E., Vinkers, C., Cipriani, A., & Furukawa, T. (2020). A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression. *World psychiatry*, 19(1), 92-107.
- Davies, R., & Read, J. (2019). A systematic review into the incidence, severity and duration of antidepressant withdrawal effects: are guidelines evidence-based? *Addictive Behaviors*, 97, 111-121.
- De Maeseneer, W. (2023). *4 op 10 Belgen die antidepressiva nemen, gebruiken ze langer dan 3 jaar: «Idee om te stoppen, is angstaan-jagend»*. Récupéré sur <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2023/10/20/langdurig-gebruik-antidepressiva-getuigenissen/>.
- Declercq, T., Habraken, H., Van den Aemele, H., Callens, J., De Lepeleire, J., & Cloetens, H. (2017). *Richtlijn voor goede medische praktijkvoering: depressie bij volwassenen*. Brussel: Domus Medica.
- Derroitte, E., Janssens, H., Morissens, A., Noirhomme, C., & Verniest, R. (2024). Santé mentale : carrefour des inégalités. *Santé & Société*, 8, 44-67.
- Donald, M., Partanen, R., Sharman, L., Lynch, J., Dingle, G., Haslam, C., & van Driel, M. (2021). Long-term antidepressant use in general practice: a qualitative study of GP's view on discontinuation. *British Journal of General Practice*, 71(708), e508-e516.
- Elwadi, D., & Cohen, A. (2020). Social inequalities in antidepressant treatment outcomes: a systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55, 985-999.
- Epping, J., Muschik, D., & Geyer, S. (2017). Social inequalities in the utilization of outpatient psychotherapy: analyses of registry data from German statutory health insurance. *International Journal for Equity in Health*, 16, 147.
- Fava, G., Gatti, A., Belaise, C., Guidi, J., & Offidani, E. (2015). Withdrawal symptoms after selective serotonin reuptake inhibitor discontinuation: a systematic review. *Psychotherapy and psychosomatics*, 84(2), 72-81.
- Gerkens, S., Lefèvre, M., Bouckaert, N., Levy, M., Maertens de Noordhout, C., Obyn, C., . . . Meeus, P. (2024). *Performance du système de santé belge : rapport 2024. KCE Reports 376B*. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).
- Hardeveld, F., Spijker, J., de Graaf, R., Nolen, W., & Beekman, A. (2010). Prevalence and predictors of recurrence of major depressive disorder in the adult population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(3), 184-191.
- Horowitz, A. M., & Taylor, D. (2022). Distinguishing relapse from antidepressant withdrawal: clinical practice and antidepressant discontinuation studies. *BJPsych Advances*, 28(5), 297-311.
- Huibregts, K., Hoogendoorn, A., Slottje, P., van Balkom, A., & Batelaan, N. (2017). Long-term and short-term antidepressant use in general practice: data from a large cohort in the Netherlands. *Psychotherapy and psychosomatics*, 86(6), 362-369.
- Hyde, J., Calnan, M., Prior, L., Lewis, G., Kessler, D., & Sharp, D. (2005). A qualitative study exploring how GPs decide to prescribe antidepressants. *British Journal of General Practice*, 55(519), 755-762.

- INAMI. (2006). *L'usage efficient des antidépresseurs dans le traitement de la dépression - rapport du jury-réunion de consensus*. Bruxelles : INAMI.
- INAMI. (2024). *Consommation de médicaments en officine publique : antidépresseurs. Analyse de la répartition et de l'évolution de la consommation en volumes et en dépenses par assuré en Belgique (analyses et tendances selon les régions, provinces et arrondissements) pour l'année 2022*. Bruxelles : INAMI.
- INAMI. (2025). *Statistiques sur les personnes affiliées à une mutualité (effectifs)*. Consulté le 2 juin 2025, sur Statistiques : <https://www.inami.fgov.be/fr/programmes-web/statistiques-des-affilies-aux-mutualites>.
- Ji, N.-J., & Hong, Y.-P. (2020). Effect of income level on adherence to antidepressant treatment in first onset depression outpatients. *PLOS ONE*, *15*(9), e0238623.
- Johnson, C., Williams, B., MacGillivray, S., Dougall, N., & Maxwell, M. (2017). 'Doing the right thing' : Factors influencing GP prescribing of antidepressants and prescribed doses. *BMC Family*, *18*(1), 1-13.
- Kelly, D., Graffi, J., Noonan, M., Green, P., McFarland, J., Hayes, P., & Glynn, L. (2021). Exploration of GP perspectives on deprescribing antidepressants : a qualitative study. *BMJ Open*, *11*(4), e046054.
- Kendrick, T., Pilling, S., Mavranezouli, I., Megnin-Viggars, O., Ruane, C., Eadon, H., & Kapur, N. (2022). Management of depression in adults: summary of updated NICE guidance. *BMJ*, *378*, e070104.
- Kjosavik, S., Gillam, M., & Roughead, E. (2016). Average duration of treatment with antidepressants among concession card holders in Australia. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *50*(12), 1180-1185.
- Kotwal, A., Steinman, M., Censer, I., & Smith, A. (2021). Use of high-risk medications among lonely older adults: results from a nationally representative sample. *JAMA Internal Medicine*, *181*(11), 1528-1530.
- Lam, J., & Vuolo, M. (2013). Longitudinal associations between loneliness and prescription medication use. *The Journal of Gerontology: Series B*, *78*(4), 730-735.
- Lueckmann, S., Hoebel, J., Roick, J., Market, J., Spallek, J., von dem Knesebeck, O., & Richter, M. (2021). Socioeconomic inequalities in primary-care and specialist physician visits: a systematic review. *International Journal for Equity in Health*, *20*(58), 1-19.
- Mars, B., Heron, J., Kessler, D., Davies, N., Martin, R., Thomas, K., & Gunnell, D. (2017). Influences on antidepressant prescribing trends in the UK: 1995-2011. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *52*(2), 193-200.
- Maund, D., Dewar-Haggart, R., Williams, S., Bowers, H., Geraghty, A., Leydon, G., . . . Kendrick, T. (2019). Barriers and facilitators to discontinuing antidepressant use: a systematic review and thematic synthesis. *Journal of Affective Disorders*, *245*, 38-62.
- McGuckin, T., Crick, K., Myroniuk, T., Setchell, B., Yeung, R., & Campbell-Scherer, D. (2022). Understanding challenges of using routinely collected health data to address clinical care gaps: a case study in Alberta, Canada. *BMJ Open Quality*, *11*(1), e001491.
- Meijer, W., Heerdink, E., Leufkens, H., Herings, R., Egberts, A., & Nolen, W. (2004). Incidence and determinants of long-term use of antidepressants. *European Journal of Clinical Pharmacology*, *60*(1), 57-61.
- Mojtabai, R., & Olfson, M. (2011). Proportion of antidepressants prescribed without a psychiatric diagnosis is growing. *Health Affairs*, *30*(8), 1434-1442.
- Moore, M., Yuen, H., Dunn, N., Mullee, M., Maskell, J., & Kendrick, T. (2009). Explaining the rise in antidepressant prescribing: a descriptive study using the general practice research database. *BMJ*, *339*, b3999.
- Moynihan, R., Heath, I., & Henry, D. (2002). Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ*, *324*(7342), 886-891.
- Murphy, M., & Salisbury, C. (2020). Relational continuity and patients' perception of GP trust and respect: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, *70*(698), e676-e683.
- NICE. (2022). *Depression in adults: treatment and management*. Récupéré sur <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>.
- Noirhomme, C. (2025). Convention soins psychologiques de première ligne : un bilan 2019-2024. *Santé & Société*, *15*, 28-59.
- Petty, D., House, A., Knapp, P., Raynor, T., & Zermansky, A. (2006). Prevalence, duration and indications for prescribing of antidepressants in primary care. *Age and Ageing*, *35*(5), 523-526.
- Richards, D., Hill, J., Gask, L., Lovell, K., Chew-Graham, C., Bower, P., . . . Barkham, M. (2013). Clinical effectiveness of collaborative care for depression in UK primary care (CADET): cluster randomised controlled trial. *BMJ (Clinical research ed.)*, *347*, f4913.
- Seys, B., Houben, P., Marchal, J.-L., Spago, B., & Vansnick, L. (2001). Qu'est-ce que la DDD ? *Revue de la médecine générale*, *24*(188), pp. 457-458.
- Smeets, H., de Wit, N., & Hoes, A. (2011). Routine health insurance data for scientific research: potential and limitations of the Agis Health Database. *Journal of Clinical Epidemiology*, *64*(4), 424-430.
- SPF Santé publique. (2023). *Données phares dans les soins de santé : soins en santé mentale*. Bruxelles : SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.
- Stokx, J., Van haecht, K., & Ntahonganyira, R.-M. (2025). Tendances en matière de recours aux médicaments chez les moins de 18 ans. *Santé & Société*, *12*, 58-83.
- Takayanagi, Y., Spira, A., Bienvenu, O., Hock, R., Carras, M., Eaton, W., & Mojtabai, R. (2014). Antidepressant use and lifetime history of mental disorders in a community sample. Results from the Baltimore Epidemiologic Catchment Area Study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *76*(1), 40-44.
- Tardieu, S., Bottero, A., Blin, P., Bohbot, M., Goni, S., Gerard, A., & Gasquet, I. (2006). Roles and practices of general practitioners and psychiatrists in management of depression in the community. *BMC Family Practice*, *7*(5), 1-10.

- 
- Van Leeuwen, E., Anthierens, S., van Driel, M., De Sutter, A., Van den Branden, E., & Christiaens, T. (2021a). 'Never change a winning team': GP's perspectives on discontinuation of long-term antidepressants. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 39(4), 444-453.
- Van Leeuwen, E., van Driel, M., Horowitz, M., Kendrick, T., Donald, M., De Sutter, A., . . . Christiaens, T. (2021b). Approaches for discontinuation versus continuation of long-term antidepressant use for depressive and anxiety disorders in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021(4), CD01349.
- Verniest, R., Luybaert, C., & Bracke, P. (2020). Comment ça va ? Enquête auprès des membres de la MC sur la prévalence de la souffrance mentale et la recherche d'aide. *MC-Informations*, 280, 19-31.
- Von Soest, T., Bramness, J., Pedersen, W., & Wichstrom, L. (2012). The relationship between socio-economic status and antidepressant prescription: a longitudinal survey and register study of young adults. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21(1), 87-95.
- Vyas, M., Watt, J., Yu, A., Straus, S., & Kapral, M. (2021). The association between loneliness and medication use in older adults. *Age and Ageing*, 50(2), 587-591.
- Williams, S., Martin, P., & Gabe, J. (2011). The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis. *Sociology of Health & Illness*, 33(5), 710-725.



### Annexe 1 : Nettoyage des données

Cette étude utilise trois bases de données de la MC : caractéristiques démographiques, données sur l'utilisation des soins et les délivrances de médicaments en pharmacie publique. Les membres de la MC ont été inclus jusqu'au 30 septembre 2022 et suivis pendant 15 mois. La période d'étude s'est terminée le 31 décembre 2023.

La base de données démographiques et d'utilisation des soins comprenait initialement 762.151 membres de la MC. Après fusion et exclusion des valeurs manquantes, il restait 757.551 membres. Le fichier a été converti en « format long » et filtré sur l'âge (inclusion des 18 à 85 ans), ce qui a produit un fichier de 7.720.383 observations pour la période 2013-2023).

Le fichier des médicaments contenait 16.174.522 délivrances. Pour chaque délivrance, le nombre de jours d'utilisation a été calculé sur la base de l'unité de conditionnement et de la dose par conditionnement (*dose per package*). Les délivrances séparées par moins de 180 jours ont été regroupées comme un seul épisode. Les épisodes d'une durée de 15 mois ou plus ont été classés comme utilisation à long terme. Pour les membres de la MC ayant plusieurs épisodes, seul le premier a été analysé.

L'ensemble de données a ensuite été agrégé au niveau des membres de la MC et fusionné avec les données démographiques et d'utilisation des soins de l'année de début du premier épisode de traitement. L'ensemble final comprenait 701.409 membres de la MC.

### Annexe 2 : Analyses de sensibilité

#### Analyse de sensibilité avec un seuil alternatif de 12 mois pour l'utilisation prolongée

Afin de tester la robustesse des résultats, une analyse de sensibilité a été réalisée avec un seuil de 12 mois ( $\geq 365$  jours) au lieu de 15 mois ( $\geq 456$  jours) pour une utilisation à long terme. Les mêmes modèles statistiques ont été appliqués. Les résultats se sont révélés robustes : la diminution du seuil n'a pas entraîné de différences significatives dans les résultats.

#### Analyse de sensibilité avec exclusion des valeurs extrêmes

Une deuxième analyse de sensibilité a examiné l'impact de l'exclusion des valeurs extrêmes, définies comme les membres de la MC présentant une durée d'utilisation exceptionnellement longue ou un volume de médicaments très élevé ( $N = 151.271$ ), identifiés à l'aide de la méthode  $1,5 \times IQR$ .

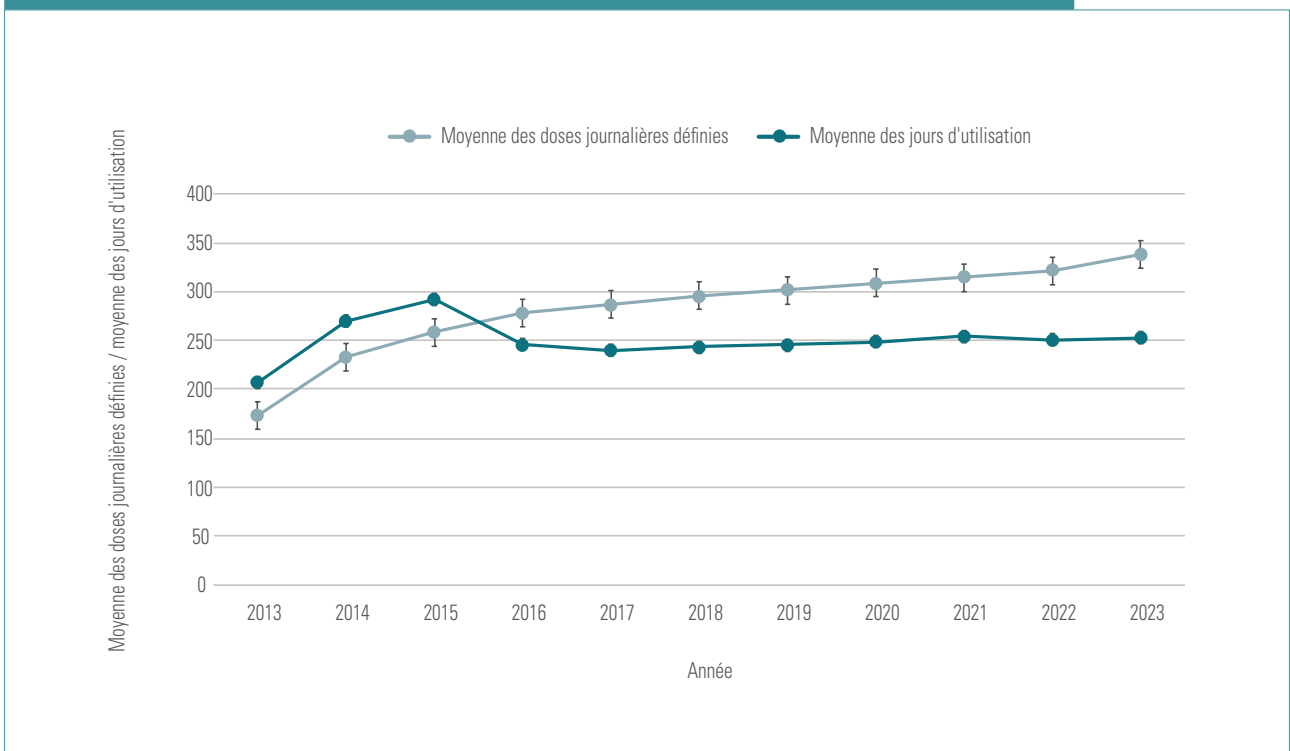
Dans les analyses principales, le droit à l'intervention majorée (statut BIM) était positivement associé à une utilisation à long terme des antidépresseurs. Après exclusion des valeurs extrêmes, cette association s'est inversée et le statut BIM est devenu négativement associé à l'utilisation à long terme. Cette inversion suggère que les valeurs extrêmes — principalement des membres de la MC avec statut BIM et une durée d'utilisation exceptionnellement longue — exercent une influence substantielle sur les associations estimées.

Étant donné que cette étude se concentre explicitement sur l'utilisation à long terme d'antidépresseurs, ces valeurs extrêmes constituent un sous-groupe pertinent et ont donc été incluses dans les analyses principales. Parallèlement, leur exclusion fournit des informations utiles sur la sensibilité des modèles aux valeurs extrêmes.

### Annexe 3 : Nombre moyen de doses journalières définies et de jours d'utilisation par an après exclusion des valeurs extrêmes

À la figure 9, les valeurs extrêmes ont été retirées sur la base de la méthode  $1,5 \times \text{IQR}$  ( $N = 2.435$ ). La population d'étude résultante, sans valeurs extrêmes sur les variables « nombre moyen de doses journalières définies par an » et « nombre moyen de jours d'utilisation par an », comprend 698.974 membres de la MC.

Figure 9 : Nombre moyen de doses journalières définies et de jours d'utilisation par an après exclusion des valeurs extrêmes, 2013-2023 (N = 698.974 ; Source : MC)



## Annexe 4 : Résultats des modèles de régression logistique avec termes d'interaction

Les résultats ci-après présentent les modèles d'interaction discutés dans le texte principal. Les tableaux rapportent les *odds ratio* (OR) pour les interactions entre le-la prescripteur-riche et le recours aux soins (voir Tableau 4) et entre le statut BIM, le-la prescripteur-riche et le recours

aux soins (voir Tableau 5). Ces résultats détaillés constituent la base des visualisations des figures 4 à 8 et soutiennent l'interprétation des effets d'interaction dans la section des résultats.

**Tableau 4 : Odds ratio (OR) issus de l'analyse de régression logistique avec termes d'interaction entre le-la prescripteur-riche et le recours aux soins, 2013-2023 (N = 701.409 ; Source : MC)**

	<b>Modèle 5 OR (95% BI)</b>	<b>Modèle 6 OR (95% BI)</b>	<b>Modèle 7 OR (95% BI)</b>
<b>Prescripteur-riche (référence = médecin généraliste)</b>			
Spécialiste	1,05 (1,03-1,08)	0,69 (0,68-0,70)	0,54 (0,53-0,55)
<b>Contacts avec médecin généraliste (référence = aucun ou minimal)</b>			
Faible	1,29 (1,27-1,31)	-	-
Moyen	1,53 (1,50-1,55)	-	-
Élevé	1,81 (1,78-1,84)	-	-
<b>Contact avec psychiatre (référence = non)</b>	-	2,93 (2,83-3,03)	-
<b>Psychothérapie chez un-e psychiatre (référence = non)</b>	-	-	3,11 (3,03-3,19)
<b>Prescripteur-riche × contact avec médecin généraliste</b>			
Spécialiste × faible	0,80 (0,77-0,83)	-	-
Spécialiste × moyen	0,67 (0,65-0,70)	-	-
Spécialiste × élevé	0,54 (0,52-0,56)	-	-
<b>Prescripteur-riche × contact avec psychiatre</b>			
Spécialiste × oui	-	0,86 (0,82-0,90)	-
<b>Prescripteur-riche × psychothérapie chez un-e psychiatre</b>			
Spécialiste × oui	-	-	1,22 (1,18-1,27)

*Modèle 5 : interaction prescripteur-riche × contacts avec médecin généraliste ; Modèle 6 : interaction prescripteur-riche × contact avec psychiatre ; Modèle 7 : interaction prescripteur-riche × psychothérapie chez un-e psychiatre. Tous les effets d'interaction sont significatifs à  $p < 0,01$ . Les résultats sont visualisés dans les figures 4 et 5.*

**Tableau 5 : Odds ratio (OR) issus de l'analyse de régression logistique avec termes d'interaction entre le statut BIM, le-la prescripteur-riche et le recours aux soins, 2013-2023 (N = 701.409 ; Source : MC)**

	<b>Modèle 8 OR (95% BI)</b>	<b>Modèle 9 OR (95% BI)</b>	<b>Modèle 10 OR (95% BI)</b>	<b>Modèle 11 OR (95% BI)</b>
<b>Statut BIM (référence = non)</b>	1,08 (1,06-1,10)	1,17 (1,14-1,20)	1,01 (1,00-1,02)	1,02 (1,01-1,04)
<b>Prescripteur-riche (référence = médecin généraliste)</b>				
Spécialiste	0,80 (0,76-0,82)	0,81 (0,80-0,83)	0,68 (0,67-0,69)	0,56 (0,55-0,57)
<b>Contacts médecin généraliste (référence = aucun ou minimal)</b>				
Faible	-	1,23 (1,21-1,25)	-	-
Moyen	-	1,43 (1,40-1,45)	-	-
Élevé	-	1,68 (1,65-1,71)	-	-
<b>Contact psychiatre (référence = non)</b>	-	-	2,78 (2,71-2,85)	-
<b>Psychothérapie chez un-e psychiatre (référence = non)</b>	-	-	-	3,53 (3,46-3,60)
<b>Statut BIM × prescripteur-riche</b>				
Oui × spécialiste	0,79 (0,76-0,81)	-	-	-
<b>Statut BIM × contacts médecin généraliste</b>				
Oui × faible	-	0,87 (0,83-0,90)	-	-
Oui × moyen	-	0,81 (0,78-0,84)	-	-
Oui × élevé	-	0,76 (0,73-0,79)	-	-
<b>Statut BIM × contact avec psychiatre</b>				
Oui × oui	-	-	0,88 (0,84-0,93)	-
<b>Statut BIM × psychothérapie chez un-e psychiatre</b>				
Oui × oui	-	-	-	0,85 (0,81-0,89)

Modèle 8 : interaction statut BIM × prescripteur-riche ; Modèle 9 : interaction statut BIM × contacts avec médecin généraliste ; Modèle 10 : interaction statut BIM × contact avec psychiatre ; Modèle 11 : interaction statut BIM × psychothérapie chez un-e psychiatre. Tous les effets d'interaction sont significatifs à  $p < 0,01$ . Les résultats sont visualisés dans les figures 6, 7 et 8.

