

Le suivi psychologique : accessible en Belgique ?

Analyse de l'utilisation des soins de santé mentale ambulatoires par les membres de la MC

Clara Noirhomme – Service d'études

Remerciements à Jesse Berwouts, Élise Derroite et Svetlana Sholokhova

Résumé

Partant du constat des besoins de soins de santé mentale plus élevés pour certains groupes – les femmes, les personnes actives, pauvres, racisées – cette étude a pour double objectif d'évaluer l'utilisation des soins de santé mentale ambulatoires (consultations chez le psychiatre et le psychologue) et d'identifier les obstacles à l'accès à ces soins. Pour ce faire, plusieurs types de données sont utilisées : celles de l'enquête de santé de Sciensano (2018), de l'enquête de la MC sur la prévalence des problèmes psychologiques et la recherche d'aide (2019), les données d'utilisation des soins des membres de la MC (2021) et les listings de prestataires de l'INAMI et de la commission des psychologues (2022). L'analyse de ces données nous permet d'observer que si ces publics n'utilisent pas les soins dans une mesure proportionnelle à leurs besoins, c'est en raison des freins rencontrés dans les quatre dimensions de l'accessibilité : l'incapacité à identifier ses besoins en santé mentale (sensibilité), la réticence à chercher des services (acceptabilité), l'incapacité à payer les services (accessibilité financière) et l'incapacité à atteindre les services ou les patient·es (disponibilité). Les femmes sont ainsi moins sceptiques que les hommes envers l'aide professionnelle, mais elles sous-rapportent leurs problèmes et mettent en avant des inquiétudes liées au coût des soins et au temps disponible pour en bénéficier. Les personnes ayant des difficultés financières, quant à elles, ont davantage honte d'avoir recours à l'aide professionnelle et sont les plus nombreuses à indiquer qu'elles s'inquiètent des coûts des soins, de façon légitime puisque les soins qui ne sont pas remboursés par l'assurance obligatoire leur restent largement inaccessibles financièrement. Elles utilisent ainsi ces soins psychologiques dans une moindre mesure. En outre, l'offre de prestataires est inégalement distribuée sur le territoire. Tant de difficultés qui débouchent sur des recommandations qui découlent des résultats de notre étude et qui insistent notamment sur l'importance de mesures proportionnées qui permettraient d'atteindre des résultats similaires dans tous les publics.

Mots-clés : Santé mentale, accessibilité des soins de santé, utilisation des soins, sensibilité, acceptabilité, accessibilité financière, disponibilité, facteurs de risque, genre, inégalités sociales

1. Introduction

L'enquête de l'institut belge de santé Sciensano révèle qu'en 2018, 33% des Belges présentent des difficultés psychologiques qui témoignent d'un mal-être, dont les principales difficultés relevées sont de se sentir constamment tendu et stressé (29%), de manquer de sommeil à cause de soucis (23%), ainsi que de se sentir malheureux et déprimé (20%) (Gisle, Drieskens, Demarest, & Van der Heyden, 2020).

De manière globale, la Belgique fait partie des pays où la satisfaction de vie des habitants est élevée : avec un score de 7,4 sur une échelle allant jusqu'à 10, on se situe au-dessus de la moyenne européenne (Gisle, Drieskens, Demarest, & Van der Heyden, 2020). Toutefois, cette moyenne cache également des inégalités. Bien que cette enquête ne nous permette pas d'observer de résultats en fonction de la nationalité, elle présente de fortes disparités entre les femmes et les hommes, les groupes d'âge, selon le niveau de revenu et la région. On y observe une plus faible satisfaction de vie et une plus forte propension aux difficultés psychologiques (témoignant d'un mal être ou d'une pathologie mentale probable) chez les femmes, la population active (24-54 ans), les personnes avec un faible niveau de revenu, les Wallons et les Bruxellois. Le risque de présenter des difficultés psychologiques qui témoignent d'un mal-être est ainsi 1,4 fois plus élevé pour les femmes que les hommes, 1,7 fois plus élevé pour les personnes faisant partie de la catégorie avec les revenus les plus bas par rapport à celle possédant les revenus les plus hauts et 1,3 fois plus élevés pour les Bruxellois que les Flamands. Le risque de présenter des difficultés psychologiques témoignant d'une pathologie mentale probable est quant à lui encore plus marqué pour ces populations avec un risque 1,5 fois plus élevé pour les femmes, 2 fois plus élevé pour les personnes faisant partie de la classe la plus basse de revenus par rapport à la classe la plus haute et 1,4 fois plus élevé pour les Bruxellois et les Wallons, par rapport aux Flamands.

Lorsqu'on croise ces facteurs de risque (le sexe, l'âge et la région), on observe qu'en termes de difficultés psychologiques, la proportion des répondant-es avec des difficultés est encore plus élevée dans certains sous-groupes. Ainsi, 57% des Bruxelloises de 25-34 ans présentent des difficultés qui peuvent être assimilées à un mal-être, pour 39% des hommes de ce même groupe

d'âge. L'écart entre les sexes est encore plus grand en Wallonie où 29% des hommes de cette catégorie d'âge présentent des difficultés qui témoignent d'un mal-être, contre 53% des femmes, soit un écart de 24 points de pourcentage.

La question qui se pose est celle de l'accompagnement offert aux personnes qui éprouvent des difficultés psychologiques et notamment aux groupes qui sont davantage à risque de souffrir de problème de santé mentale, c'est-à-dire les femmes, les personnes pauvres et les personnes racisées (voir également l'article de Sholkhova dans ce même numéro). Ces groupes ont des besoins de santé plus élevés, mais leur accès au suivi psychologique est-il en adéquation avec ces besoins ? Et plus largement, le suivi psychologique est-il accessible en Belgique ?

Pour répondre à ces questions nous avons mené une étude dont l'objectif est double. Le premier objectif est de dresser l'état de lieux de l'utilisation des soins psychologiques et psychiatriques ambulatoires en Belgique. Ce qui nous intéresse ici particulièrement est l'impact des inégalités sociales sur le recours aux soins. Or, afin d'identifier les groupes vulnérables, nous ne voulions pas nous limiter à l'approche économique et financière des inégalités et avons inclus davantage de facteurs de risques de souffrir de problèmes de santé mentale dans l'analyse – notamment le sexe, l'âge, le lieu de résidence et la nationalité. Le deuxième objectif de notre étude consiste à identifier les freins à l'accès à ce type de soins. Il s'agit ici d'évaluer l'accessibilité des soins de santé de manière étendue – et non uniquement l'accessibilité financière de ces derniers – en incluant l'ensemble des dimensions de l'accessibilité qui permettent d'expliquer le non-recours et les besoins non satisfaits.

Nous commençons le présent article par exposer le cadre théorique de cette étude, c'est-à-dire la conceptualisation de l'accessibilité et nous présentons ensuite la méthodologie utilisée. Dans la partie consacrée aux résultats, nous exposons un état des lieux de l'utilisation des soins remboursés en matière de suivi psychologique, afin de voir si les groupes à risque de développer des problèmes psychologiques ont davantage d'accès au suivi psychologique. Ensuite, nous analysons quels sont les freins à l'accès aux soins psychologiques et psychiatriques. Nous terminons notre article avec une série de recommandations qui découlent des résultats de notre étude.

2. Les quatre dimensions de l'accessibilité des soins de santé

Dans notre étude, nous nous appuyons sur la conceptualisation de la notion l'accessibilité des soins de santé réalisée par Cès (Cès, 2021). Cette notion, trop souvent considérée comme acquise, comprend quatre dimensions : **la sensibilité, la disponibilité, l'accessibilité financière et l'acceptabilité**. Ces dimensions se déclinent en fonction de l'offre et de la demande et permettent ainsi de soulever de nombreux problèmes d'accès, du côté de l'offre de soins et du côté des utilisateurs des services de soins de santé.

La première dimension de l'accessibilité que nous aborderons est la **sensibilité**. Elle est considérée comme « la capacité à identifier les besoins objectifs d'un point de vue clinique » (Cès, 2021, p. 8). En matière d'offre de santé mentale, cela renvoie à la responsabilité des prestataires d'identifier les besoins des patient-es, ce qui demande notamment des prestataires de première ligne d'être particulièrement à l'écoute pour permettre une détection précoce des problèmes de santé mentale. Au niveau de la demande, cela correspond à l'identification de ses propres besoins de soins, c'est-à-dire de pouvoir reconnaître la présence d'une grande souffrance psychique nécessitant l'intervention d'un professionnel de santé. Celle-ci est influencée par un ensemble de facteurs comme le réseau social du-de la patient-e qui peut inciter à aller consulter, mais aussi de son niveau socio-économique. Les personnes qui vivent dans la précarité sont confrontées au quotidien à des difficultés à satisfaire leurs besoins essentiels, ce qui détourne leur attention par rapport à leurs problèmes de santé. Dans le domaine psychologique, la sensibilité est toutefois une question complexe puisque le manque de conscience de ses problèmes de santé mentale peut faire partie d'un tableau clinique.

L'acceptabilité, quant à elle, correspond à « la capacité à assurer des prestations de soins qui satisfont au besoin minimum de qualité perçue pour que les personnes acceptent de recourir aux soins de santé » (Cès, 2021, p. 11). Du côté de l'offre, il s'agit donc de garantir la qualité des services, notamment en évitant toute forme de discrimination. Du point de la demande, il est nécessaire que ces services rencontrent des besoins sociaux pour que les patient-es décident de recourir aux soins : respect des normes sociales, de choix organisationnels

et des besoins du-de la patient-e en matière de communication (la relation de confiance est particulièrement importante ici). En matière de santé mentale, la question de l'acceptabilité est liée au risque notamment chez les publics précarisés, de reporter des soins lorsqu'ils craignent d'être jugés négativement par les professionnels de santé (Maes, 2021).

La **disponibilité** porte, d'une part, sur la question quantitative de la régulation de l'offre des prestataires de soins en fonction des besoins de la population et, d'autre part, sur les aspects organisationnels et pratiques de la mise en œuvre des services de santé (la commodité) (Cès, 2021). Au niveau de l'offre de soins de santé mentale, cela signifie que le volume de soins ambulatoires doit être suffisant et matériellement accessible dans des conditions qui correspondent aux besoins de la population, avec une absence de toute forme de discrimination qui empêche ou freine l'accès aux services. De ce point de vue, la disponibilité est notamment influencée la répartition géographique sur le territoire, les heures d'ouverture, la façon dont la prise de rendez-vous est organisée, la façon dont les services communiquent avec les patients, incluant aussi la communication pour faire connaître les services. Au niveau de la demande, il s'agit de la capacité des patient-es à atteindre les services et à se rendre disponible pour s'y rendre, notamment de dégager du temps, mais aussi d'avoir les moyens matériels nécessaires à disposition tels que les moyens de transport. Cette capacité est influencée par différents facteurs, tels que le statut économique, mais aussi les responsabilités familiales et le fait de pouvoir bénéficier du soutien de proches pour se rendre au rendez-vous.

Finalement, « **l'accessibilité financière** correspond au fait que les contributions personnelles soient suffisamment limitées pour ne pas décourager le recours aux soins et que l'utilisation des services de santé n'expose pas les patient-es à des difficultés financières » (Cès, 2021, pp. 9-10). Du côté de l'offre, il est nécessaire que les soins soient suffisamment couverts par l'assurance obligatoire pour que les contributions personnelles n'entachent pas l'accès aux soins. La particularité des soins de santé mentale ambulatoires est qu'ils nécessitent un suivi régulier et parfois à long terme ; l'accumulation des montants à charge du patient peut donc être particulièrement élevée. Du côté de la demande, il s'agit de la capacité à supporter les frais des soins de santé, les coûts de transport et les coûts d'opportunités éventuels liés à la perte de revenu (pour le temps passé aux soins). Le niveau de revenu et la couverture santé

sont donc des facteurs déterminants, mais également le réseau social et familial. C'est la raison pour laquelle les personnes isolées et défavorisées sont plus à risque de difficultés financières pour accéder aux soins de santé, non seulement parce que leur capacité financière est moindre, mais également parce qu'elles bénéficient dans une moindre mesure de la solidarité familiale et de possibilités de soutien financier.

3. Méthode

Les sources de données suivantes sont utilisées dans cette étude :

1. Les données de l'enquête de santé de Sciensano (2018) qui permettent d'évaluer le recours aux soins en cas de dépression autodéclarée. Pour ce faire, il a été demandé aux répondant-es qui déclarent avoir souffert d'une dépression au cours des 12 derniers mois ce qui a été mis en place pour prendre en charge ce trouble (Gisle, Drieskens, Demarest, & Van der Heyden, 2020).

2. Les données de l'enquête de la MC sur la prévalence des problèmes psychologiques et la recherche d'aide¹ (2019) qui permettent d'analyser premièrement *l'utilisation des soins* psychologiques et deuxièmement, les problèmes d'accès aux soins de santé du point de vue de la *demande*. En effet, dans le cadre de l'enquête, il a été demandé aux répondant-es s'ils ou elles ont/auraient cherché de l'aide professionnelle ainsi que les raisons pour lesquelles ils ou elles n'avaient pas eu/n'auraient pas recours à l'aide professionnelle. Parmi les propositions, on retrouve des facteurs explicatifs qui recouvrent trois des quatre dimensions de l'accessibilité : l'*acceptabilité*, l'*accessibilité financière* et la *disponibilité*.

En termes de *sensibilité*, les données de l'enquête de la MC de 2019 nous permettent d'évaluer si un sous- ou sur-rapportage des problèmes psychologiques a lieu, en comparant les données sur la fréquence des problèmes psychologiques chez les répondant-es (mesurés à l'aide

du questionnaire CES-D 8) aux données sur les problèmes autodéclarés, c'est-à-dire le cas où les répondant-es considèrent eux-mêmes rencontrer des difficultés psychologiques.

Le questionnaire CES-D 8 permet d'estimer l'ampleur des plaintes liées à la dépression dans la semaine précédant l'enquête. Plus précisément, on a demandé combien de fois au cours de la semaine écoulée ils se sont sentis ou se sont comportés d'une certaine manière, allant de « jamais ou presque jamais » (score 0) à « toujours ou presque tout le temps » (score 3). Un score total a ensuite été calculé entre 0 et 24 pour chaque répondant-e : un score plus élevé indique une fréquence et une intensité plus élevées des symptômes dépressifs.

La dépression est considérée comme un phénomène continu, avec des scores plus élevés indiquant une fréquence et une gravité plus élevées des plaintes dépressives, ce pourquoi certains auteurs choisissent de ne pas établir de seuil (Missinne, Vandeviver, Van de Velde, & Bracke, 2014; Van de Velde, Levecque, & Bracke, 2009). Il est toutefois également possible de dichotomiser les scores et d'utiliser des « prévalences ». Briggs et al. proposent ainsi de retenir un seuil de 9, à partir duquel les symptômes dépressifs sont significatifs (Briggs, Carey, O'Halloran, Kenny, & Kennelly, 2018). Nous choisissons ici d'utiliser un seuil de 10 pour ne pas surestimer la probabilité de souffrir d'un problème psychologique, étant donné que notre objectif n'est pas de mesurer la prévalence des dépressions, mais d'observer les catégories de répondant-es dans lesquelles ces manifestations sont les plus courantes.

Afin de tester s'il existe un sous-rapportage systématique/significatif, nous avons utilisé le test de McNemar, qui compare les proportions « incongruentes » : la proportion de personnes ne souffrant pas de problèmes psychologiques selon l'échelle CES-D 8 qui déclarent avoir des problèmes (sur-rapportage) ainsi que la proportion de personnes souffrant de problèmes psychologiques qui déclarent n'avoir aucun problème (sous-rapportage). Les personnes souffrant de problèmes psychologiques qui déclarent en avoir et les personnes qui n'en souffrent

1 Une enquête a été menée par la Mutualité chrétienne en mai 2019 auprès de ses membres sur la façon dont ils réagiraient eux-mêmes à l'égard d'une personne ayant des problèmes psychologiques afin d'évaluer la présence et l'impact de la stigmatisation dans le domaine de santé mentale (Verniest, Luybaert, & Bracke, 2020). L'analyse des résultats portait sur un échantillon de 5.675 répondant-es affiliés à une mutualité MC flamande. L'échantillon a été repondéré pour correspondre à la population de référence selon l'âge, le sexe et qui correspond en matière de revenus à la population flamande. Soulignons donc qu'il est nécessaire de rester prudent sur la généralisation de ces résultats à l'ensemble de la Belgique puisque les caractéristiques des Bruxellois et des Wallons peuvent varier.

pas et qui disent ne pas en avoir ne sont pas prises en compte pour tester le sous-rapportage, car elles rapportent correctement.

3. Les données d'utilisation des soins à disposition de la MC (2021). Il s'agit des données existantes en matière d'utilisation du suivi psychologique : celles des soins de santé mentale ambulatoires prestés au cabinet du psychiatre/psychologue ou au sein de structures collectives, c'est-à-dire hors hospitalisation. En la matière, la Mutualité chrétienne dispose des données de l'assurance obligatoire soins de santé (consultations et séances d'un traitement psychothérapeutique au cabinet du médecin spécialiste en psychiatrie ou en neuropsychiatrie, y compris la possibilité d'effectuer la séance à distance (téléconsultation), et les séances de psychologie dans le cadre du trajet de psychologie de première ligne) et des données relatives aux avantages et services fournis par l'assurance complémentaire (l'avantage psychologie).

4. Les listings de prestataires de l'INAMI et de la commission des psychologues (données 2022). Nous réaliserons une cartographie de l'offre de prestataires proposant un suivi psychologique/psychiatrique ambulatoire sur base de ces listings et les comparerons

à l'utilisation des soins par les membres de la MC de plus de 18 ans en 2021 afin d'analyser la *disponibilité* des soins psychologiques du côté de l'offre de soins de santé².

Pour résumer, dans le cadre du premier objectif de notre étude, nous nous penchons sur l'utilisation des soins mentale en Belgique à l'aide des données de l'enquête de Sciensano 2018, de l'enquête de la MC publiée en 2019 et d'utilisation des soins, données de la MC 2021. En ce qui concerne notre deuxième objectif, nous mesurerons l'accessibilité des soins de santé mentale en Belgique grâce aux données de l'enquête de la MC, les données de l'INAMI et de la commission des psychologues et les données de la MC. Comme on peut le voir sur le Tableau 1 qui synthétise les méthodes utilisées pour mesurer l'accessibilité des soins de santé mentale dans notre étude, les données dont nous disposons pour analyser les problèmes d'accessibilité du point de vue de l'offre de soins sont limitées, notamment, nous ne disposons pas de ressources pour analyser les dimensions de la sensibilité et de l'acceptabilité de l'offre des soins. Ainsi nous ne pouvons pas mesurer comment les professionnel·les de santé identifient les besoins des patient·es, ni ce qui est mis en place pour rendre les soins acceptables pour les patient·es.

Tableau 1 : Méthodes utilisées dans le cadre de l'étude pour mesurer les quatre dimensions de l'accessibilité des soins de santé mentale ambulatoires en Belgique

Dimensions de l'accessibilité	Offre de soins de santé mentale	Demande en soins de santé mentale
Sensibilité	/	Analyse des données de l'enquête réalisée par la MC en 2019 sur la prévalence et la stigmatisation des problèmes psychologiques
Acceptabilité	/	
Accessibilité financière	Analyse du coût à charge du-de la patient·e des soins remboursés par l'assurance obligatoire et l'assurance complémentaire à l'aide des données de facturation de la MC (données 2021)	
Disponibilité	Création de la cartographie qui permet de faire la comparaison entre l'offre de prestataires proposant un suivi psychologique/psychiatrique ambulatoire sur base des listings de prestataires de l'INAMI et de la commission des psychologues (données 2022) et l'utilisation des soins remboursés en 2021 par les membres de la MC de plus de 18 ans	

² Il est toutefois nécessaire de traiter ces données avec une certaine prudence car nous ne disposons que d'une adresse par prestataire, et que le domicile de ce dernier peut différer de son lieu d'exercice.

4. Résultats de l'analyse

4.1. L'utilisation des soins de santé mentale ambulatoires

4.1.1. Le recours à la psychothérapie en cas de dépression

Selon l'enquête de santé de 2018 de Sciensano, 81% des répondant-es qui déclarent avoir souffert d'une

dépression au cours des 12 derniers mois (Gisle, Drieskens, Demarest, & Van der Heyden, 2020) ont consulté un-e professionnel-le de la santé, 67% ont pris des médicaments et seulement 43% ont suivi une psychothérapie (voir Tableau 2). En outre, on observe que les caractéristiques sociodémographiques ont une influence sur ce recours aux soins. Ainsi, les personnes résidant en Région flamande consultent moins facilement un-e professionnel-le de la santé pour un problème dépressif (73% d'entre-elles), que les Bruxellois (81%) et les Wallons (92%). La même tendance est observable au niveau de la prise de médicaments et le suivi d'une psycho-

Tableau 2 : Pourcentage de la population belge déclarant avoir souffert d'une dépression au cours de 12 derniers mois et soins mis en place (Source : Enquête de santé 2018 de Sciensano)

		Pourcentage de la population qui déclare avoir souffert d'une dépression au cours des 12 derniers mois	Parmi les personnes qui déclarent avoir souffert d'une dépression		
			pourcentage à avoir consulté un-e professionnel-le de la santé pour ce trouble	pourcentage à avoir pris des médicaments pour ce trouble	pourcentage à avoir bénéficié d'une psychothérapie pour ce trouble
SEXE	Homme	6%	81%	67%	40%
	Femme	9%	81%	67%	44%
GROUPE D'ÂGE	15 - 24	3%	83%	43%	63%
	25 - 34	7%	79%	56%	57%
	35 - 44	8%	73%	55%	51%
	45 - 54	9%	89%	77%	59%
	55 - 64	9%	85%	75%	34%
	65 - 74	6%	75%	72%	20%
	75 +	9%	77%	74%	11%
NIVEAU DE REVENU	Quintile 1 (niveau de revenu le plus bas)	15%	84%	73%	39%
	Quintile 2	10%	75%	69%	34%
	Quintile 3	7%	78%	65%	45%
	Quintile 4	7%	81%	63%	50%
	Quintile 5 (niveau de revenu le plus haut)	4%	86%	62%	51%
REGION	Région flamande	7%	73%	62%	36%
	Région bruxelloise	8%	81%	67%	46%
	Région wallonne	8%	92%	75%	52%
Ensemble de la population		7%	81%	67%	43%

thérapie : respectivement 62% et 36% en Flandre, 67% et 46% à Bruxelles et 75% et 51% en Wallonie. Parmi les femmes, 44% ont bénéficié d'une psychothérapie, contre 40% des hommes.

Bien que nous n'irons pas plus loin dans les données liées aux médicaments et aux traitements plus lourds telles que les hospitalisations, les données de Sciensa-no montrent que le rapport est directement inverse pour la solution envisagée (médicaments ou thérapie) en fonction de l'âge et du niveau de revenu (voir Tableau 2) :

- **Plus on est jeune et plus les revenus sont élevés, plus la chance de suivre une psychothérapie est grande** : 63% des 15-24 ans qui déclarent avoir souffert d'une dépression dans l'année écoulée ont suivi une psychothérapie, contre 34% des 55-64 ans et seulement 11% des plus de 75 ans. La moitié des personnes faisant partie de la classe de revenus la plus haute et qui estiment avoir souffert une dépression ont consulté, alors que ce n'est le cas que de 39% des personnes qui se trouvent dans la classe de revenus la plus basse. Lorsqu'on croise l'âge et le revenu, ce constat est encore plus flagrant puisque 92% des 15-24 ans de la classe la plus haute qui ont déclaré une dépression ont consulté.
- **Plus on est âgé et plus les revenus sont bas et plus on prend des médicaments** : trois quarts des personnes de plus de 45 ans qui déclarent avoir souffert d'une dépression ont pris des médicaments pour soigner ce trouble, alors que c'est le cas d'environ la moitié les moins de 45 ans. De même, les personnes appartenant à la classe de revenus la plus basse et qui estiment avoir souffert une dépression sont 73% à avoir consommé des médicaments, contre 62% de la classe la plus haute.

Comme on l'observe au Tableau 2, en matière de revenu, plus la prévalence est grande dans une catégorie, plus le recours aux soins psychothérapeutiques est faible. Ainsi, si on observe que davantage de personnes faisant partie des catégories les plus pauvres (quintile 1 et 2) ont déclaré avoir souffert d'une dépression au cours de l'année, elles ont pourtant moins bénéficié d'une psychothérapie. Le recours aux soins est donc inversement proportionnel aux besoins.

4.1.2. Le recours à l'aide professionnelle

Les résultats de l'enquête de la MC sur la prévalence de la souffrance mentale et la recherche d'aide montrent tout d'abord qu'il est plus difficile de chercher de l'aide professionnelle pour les personnes qui souffrent de problèmes psychologiques au moment de l'enquête. L'écrasante majorité des personnes qui n'estiment pas avoir de difficultés psychologiques déclare qu'elle chercherait de l'aide si c'était le cas (92% d'entre elles), alors que ce n'est le cas que de 65% des personnes qui estiment avoir effectivement des problèmes psychologiques au moment de l'enquête (Verniest, Luybaert, & Bracke, 2020).

Lorsqu'on affine ces résultats en fonction des principaux déterminants, on observe ensuite que les femmes ont cherché/cherchent/chercheraient davantage d'aide professionnelle que les hommes (peu importe qu'elles aient souffert de problèmes dans le passé, qu'elles en souffrent actuellement ou qu'elles n'aient jamais eu de problèmes psychologiques). À titre d'exemple, 71% des femmes qui font actuellement l'expérience de problèmes psychologiques et 80% de celles qui en ont eu dans le passé déclarent avoir cherché de l'aide, contre respectivement 59% et 67% des hommes.

Les personnes âgées, en revanche, cherchent moins facilement de l'aide, surtout quand elles font actuellement l'expérience de problèmes psychologiques (seuls 48% des plus de 65 ans déclarant avoir des problèmes psychologiques affirment chercher de l'aide, voir Figure 1).

Les personnes qui éprouvent des difficultés financières, quant à elles, sont davantage enclines à chercher de l'aide (tout autant et même légèrement plus que les personnes plus riches), mais ce uniquement lorsqu'elles ont conscience d'avoir fait ou de faire actuellement l'expérience d'un problème de santé mentale. En revanche, leur acceptabilité est plus basse lorsqu'elles ne disent n'avoir jamais eu de problèmes psychologiques : 82% des

personnes qui déclarent avoir (très) difficile de joindre les deux bouts déclarent ainsi qu'elles chercheraient de l'aide, alors que c'est le cas de 93% des personnes qui déclarent avoir (très) facile de joindre les deux bouts.

L'enquête permet également de voir vers quel type de professionnel les répondant-es se tournent plus facilement lorsqu'ils ou elles recherchent de l'aide. Ainsi, c'est d'abord le généraliste qui est mentionné (71% des répondant-es), ensuite le psychologue/psychothérapeute (53%) et le psychiatre (42%). En fonction de l'occurrence des problèmes psychologiques, on observe une tendance très intéressante : seuls 33% des personnes qui ont fait/ont l'expérience de problèmes se tournent vers un psychologue et 57% d'entre elles

Figure 1 : Pourcentage de répondant-es qui affirment qu'ils ont cherché/chercheraient de l'aide professionnelle pour un problème psychologique, selon le sexe, l'âge et la situation financière (Source : Enquête de la MC, 2019)

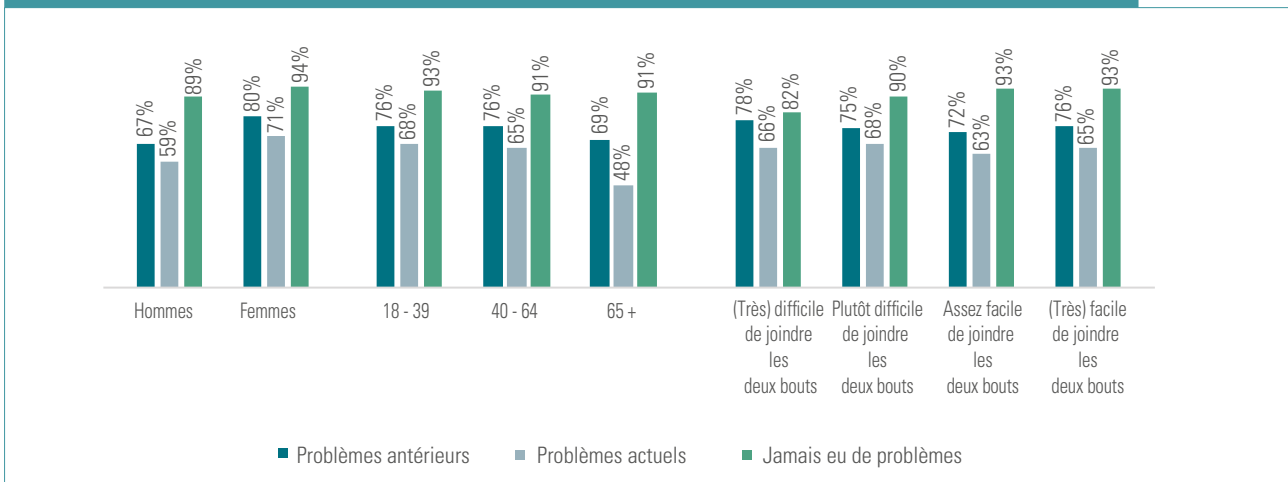
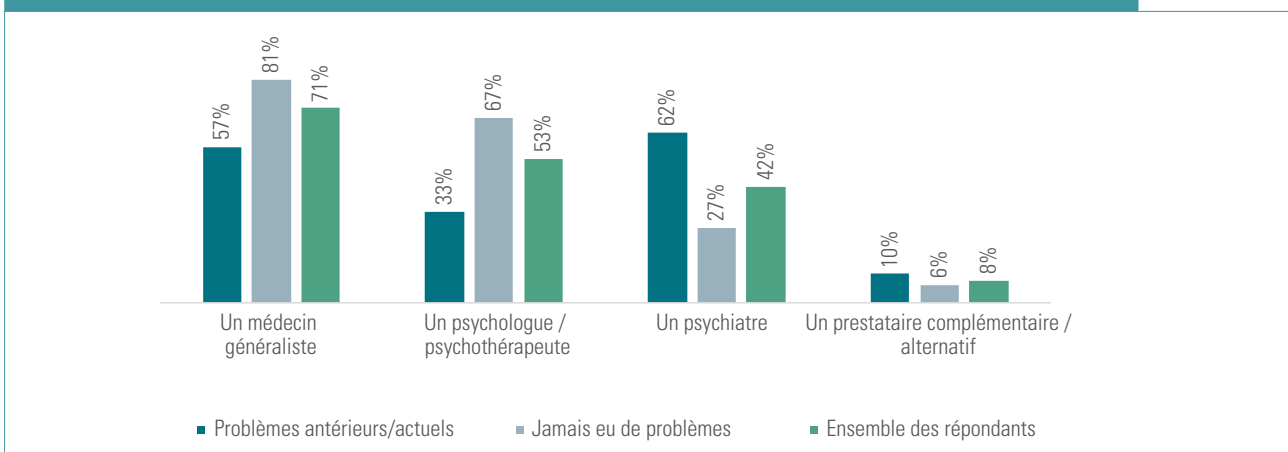


Figure 2 : Pourcentage de répondant-es à mentionner les différents types de professionnel-les lorsqu'ils affirment qu'ils ont cherché/chercheraient de l'aide professionnelle pour un problème psychologique (Source : Enquête de la MC, 2019)



vers leur généraliste, alors qu'elles sont 62% à se tourner vers le psychiatre (voir Figure 2). Inversement, les personnes qui estiment ne pas avoir de problème disent

qu'elles se tourneraient plus facilement vers leur généraliste (81%) et vers un psychologue (67%) que vers un psychiatre (27%).

4.1.3. Les soins remboursés en Belgique et leur utilisation générale

L'évolution du remboursement des soins psychologiques ambulatoires

Historiquement, les seuls soins psychologiques remboursés étaient les **consultations chez le psychiatre** (consultations et traitement psychothérapeutique). Progressivement, mais ce, seulement depuis 2019, les consultations de psychologie clinique entrent également dans le champ de l'assurance obligatoire (Mistiaen, Cornelis, Detollenaere, Devriese, & Ricour, 2019). Une grande partie des soins psychologiques ne sont aujourd'hui toujours pas couverts, bien que remboursés en partie par l'assurance complémentaire de la MC.

À partir de 2019, l'offre de soins psychologiques est progressivement renforcée dans l'ensemble du pays grâce à la réforme « **psychologie de première ligne** ». Dans le cadre de cette réforme, jusqu'à fin 2021, le remboursement des consultations avec des psychologues ou des orthopédagogues est permis sur prescription du médecin généraliste pour des problèmes dépressifs, anxieux, de consommation d'alcool ou de somnifères et de calmants, à raison de huit consultations par an. En 2022, les conditions d'accès changent et il n'est plus nécessaire d'obtenir la prescription des soins par un médecin généraliste ni d'avoir un problème faisant partie de la liste ci-dessus pour obtenir le remboursement. En outre, une nouvelle catégorie de soins est remboursée : les soins psychologiques spécialisés, qui s'adressent aux personnes nécessitant des soins plus spécifiques ou plus intenses en raison de problèmes psychiques plus importants (avec un maximum de 20 séances remboursées par an). L'objectif de cette réforme est de proposer des soins encore mieux adaptés à chaque situation, et de rendre les consultations accessibles tant au niveau des démarches qu'au niveau du prix. La prise en charge des soins psychologiques par l'assurance obligatoire soins de santé est une avancée majeure pour améliorer leur accessibilité financière. Toutefois, il serait nécessaire d'étudier si certains groupes vulnérables rencontrent malgré tout des difficultés d'accès financier avec la tarification en vigueur (les tickets modérateurs sont fixés à 11 euros pour les séances individuelles et 4 euros si le-la patient-e bénéficie de l'intervention majorée, ce qui représente un coût total de 220 ou 80 euros respectivement à charge du patient pour 20 séances).

En dehors des soins remboursés par l'assurance obligatoire soins de santé, la MC rembourse également le suivi psychologique grâce à son assurance complémentaire : il s'agit de l'**avantage psychologie**. Les avantages et services offerts par l'assurance complémentaire, longtemps propres à chaque mutualité régionale, sont aujourd'hui uniformisés pour l'ensemble des mutualités flamandes et des mutualités francophones, avec des orientations différentes prises par les deux régions en la matière³. Alors que les membres de la MC francophones et germanophones peuvent bénéficier d'un remboursement de 15 euros par séance, avec un plafond de 240 euros par an et par personne, les membres néerlandophones, quant à eux, bénéficient d'un remboursement de 50% du montant de la consultation, avec un maximum de 10 euros par séance (pour les membres BIM, les séances sont remboursées à 75% avec un maximum de 15 euros), avec un maximum de 24 séances remboursées par vie.

3 Pour les mutualités néerlandophones, entre 2006 et 2017, l'avantage est exclusivement réservé aux jeunes et limité à 6 séances. C'est en 2018 que cet avantage est étendu aux adultes et en 2020 à 24 séances remboursées. Pour les mutualités francophones et germanophones, c'est à partir de 2017 que l'avantage est uniformisé dans toutes les mutualités à deux types de soins remboursés : les consultations en cabinet privé et les consultations au sein de structures collectives reconnues par la MC.

Selon les données de facturation de la MC, en 2021, 115.566 membres de la MC se sont rendus en consultation chez le (neuro)psychiatre, ce qui représente 3,1% de l'ensemble de nos membres. En moyenne, ces patient-es se sont rendu-es entre 4 et 5 fois chez le (neuro)psychiatre sur l'année. La même année, 13.479 membres ont bénéficié d'une consultation dans le cadre du trajet psychologie de première ligne, soit 0,4% de l'ensemble nos membres (également 4 à 5 consultations en moyenne par patient-e). Finalement, 71.997 membres ont bénéficié d'un remboursement de l'avantage psychologie de l'assurance complémentaire, soit 1,1% de l'ensemble de nos membres (6 consultations en moyenne par utilisateur-riche). Au total en 2021, 185.443 membres ont bénéficié d'un suivi ambulatoire en santé mentale, soit une prévalence de 4,9% d'utilisateur-rices au sein de notre population.

Comme on peut le voir à la Figure 3, l'utilisation de l'avantage psychologie (assurance complémentaire) évolue très fortement entre 2010 et 2021. Ainsi, on passe d'un volume total de 6.749 consultations remboursées en 2010 à 425.054 en 2021, soit près de 63 fois plus de séances remboursées. Étant donné que la part de marché de la MC n'est pas la même dans les grandes régions du pays, il est également nécessaire de mettre ces volumes en perspective du nombre de membres francophones et germanophones (MC) et néerlandophones (CM). Ainsi, en 2021, le pourcentage d'utilisateur-rices atteint 3,8% des membres francophones et germanophones (dont 3,5% qui consultent des psychologues reconnus et 0,3% qui consultent dans le cadre

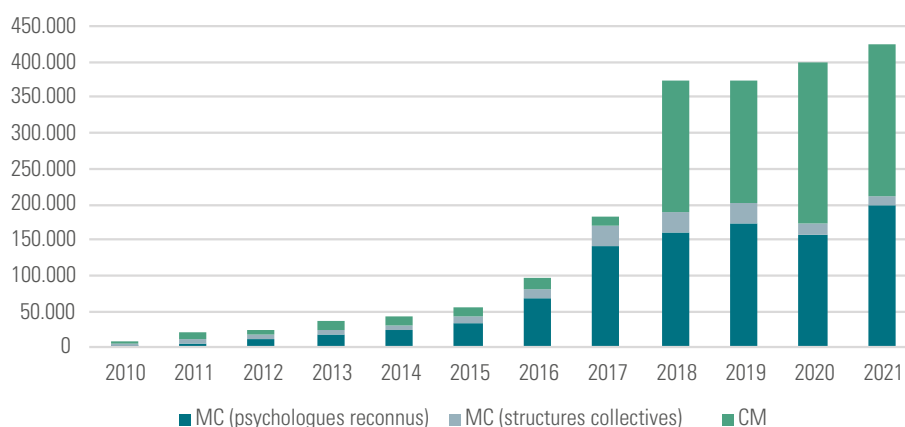
de structures collectives reconnues par la MC) pour 1,3% des membres néerlandophones.

4.1.4. L'utilisation des soins remboursés par type de public

Analysons maintenant plus en détail l'utilisation des soins psychologiques en fonction du statut BIM, du sexe, de l'âge et de la nationalité. En comparant chaque fois les résultats avec le pourcentage de membres de la MC dans ces mêmes catégories (voir Figure 4), nous pouvons d'une part évaluer s'il y a une utilisation adéquate des soins de santé par chaque groupe et d'autre part s'il y a des soins « privilégiés » par certains groupes, c'est-à-dire utilisés plus souvent que les autres.

Nous pouvons observer que, premièrement, lorsque le pourcentage d'utilisateur-rices au sein de la catégorie est inférieur au pourcentage de membres dans cette catégorie, cela signifie qu'il y a sous-représentation de cette catégorie de population parmi les utilisateur-rices et donc une **sous-utilisation des soins psychologiques**. Ainsi, on observe une faible utilisation des soins remboursés par l'assurance complémentaire chez les BIM, chez les hommes, chez les plus de 50 ans et chez tous les membres qui ne sont pas nés avec la nationalité belge. En revanche, on observe une plus forte utilisation des soins dispensés par le psychiatre chez les BIM, les 29-69 ans et les Belges d'origine étrangère. La sous-utilisation de tous les types de soins est particulièrement marquée chez les personnes de nationalité étrangère (hors Union européenne).

Figure 3 : Évolution annuelle du volume de consultations psychologiques remboursées par l'assurance complémentaire de la MC, 2010-2021 (Source : Données de la MC)



Si on observe une certaine sous-utilisation chez les hommes, cela ne veut pas pour autant dire que les femmes surconsument les soins. Nous l'avons vu, selon les données de Sciensano, 21% à 38% des femmes présenteraient des difficultés psychologiques (allant du mal-être à la pathologie mentale probable). Or, si on compare leur utilisation à celle des hommes, 6% des femmes membres de la MC bénéficient d'un suivi psychologique, tous soins confondus, contre 4% des hommes. Ce pourcentage d'utilisation reste très faible alors que jusqu'à 38% d'entre elles pourraient en avoir besoin.

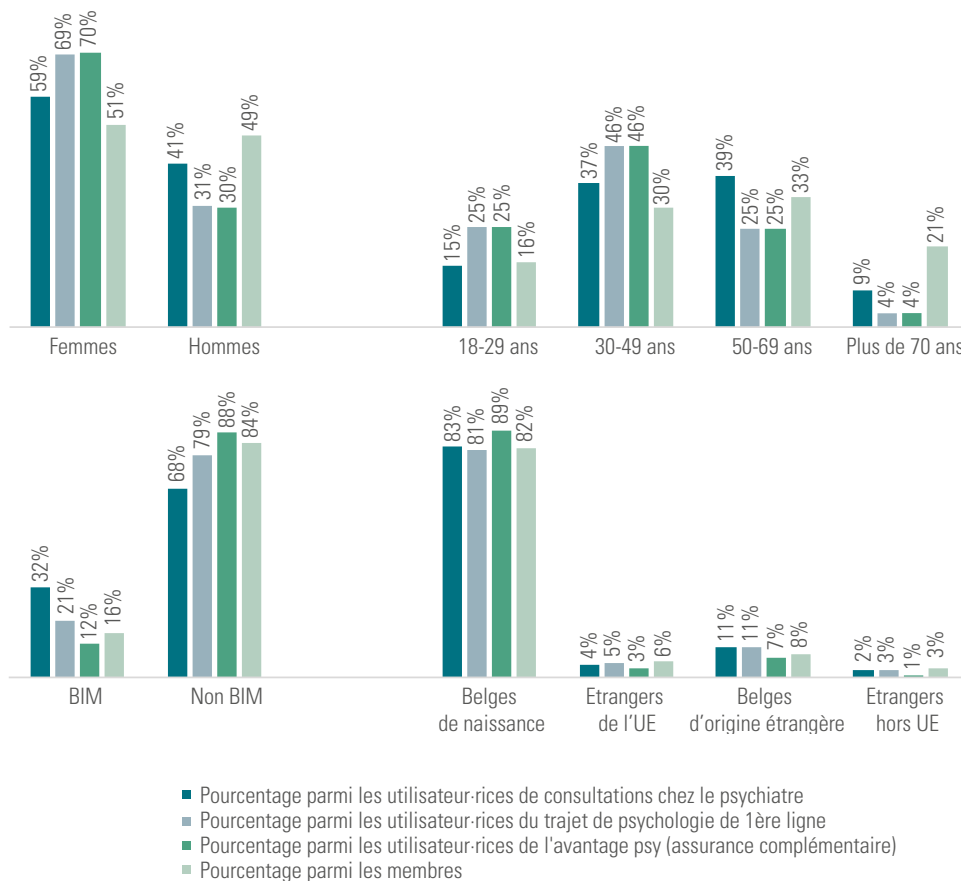
Deuxièmement, la Figure 4 nous permet d'observer, parmi les trois différents types de suivi, celui qui, en proportion, est davantage utilisé par chaque catégorie. Ces différences d'utilisation peuvent être liées à d'autres dimensions de l'accessibilité des soins :

- Ainsi, les femmes ont plus recours au suivi du psychologue qu'à celui du psychiatre (les utilisateur-rices de

l'avantage psychologie sont constitué-es de 70% de femmes pour 59% de femmes parmi les utilisateur-rices des soins chez le psychiatre).

- De la même manière, les bénéficiaires de l'intervention majorée utilisent davantage les soins dispensés par un psychiatre (ils représentent 32% des utilisateur-rices de ces soins alors que leur proportion est de 16% parmi les membres de la MC) ou un psychologue exerçant dans le cadre du trajet de première ligne (21% des utilisateur-rices), que l'avantage psychologie (12% des utilisateur-rices).
- Les personnes qui sont nées belges auront davantage tendance à consulter un psychologue dans le cadre de l'assurance complémentaire (ils représentent 89% des utilisateur-rices de ces soins), alors que les personnes de nationalité étrangère et les Belges d'origine étrangère sont en proportion plus nombreux à utiliser les soins psychologiques de première ligne.

Figure 4 : Pourcentage d'utilisateur-rices parmi les membres de la MC de 18 ans et plus en 2021, en fonction du sexe, du statut BIM, de l'âge et de la nationalité (Source : Données de la MC)



- En matière de catégories d'âge, le suivi du psychiatre est, en proportion, plus utilisé par les plus de 50 ans, alors que les 18-49 ans auront davantage tendance à se tourner vers des psychologues.

Caractère cumulatif des risques

La Figure 5 nous permet de montrer le caractère cumulatif des facteurs de risque. Ainsi, on peut voir que si les soins psychologiques (tous types de soins confondus, tant ceux remboursés par l'assurance obligatoire que complémentaire) sont utilisés par 5% des membres de

la MC, ce pourcentage augmente à 8% des membres de la MC bénéficiaires de l'intervention majorée. Ce pourcentage reste stable en fonction du sexe puisque 8% des femmes BIM bénéficient d'un suivi. Il augmente en revanche à 15% lorsque ces dernières se trouvent dans la tranche d'âge active des 30-49 ans. Parmi ces dernières, 22% de celles qui sont de nationalité belge de naissance bénéficient d'un suivi psychologique. En revanche, seuls 4% des femmes de 30-49 ans, qui ont le statut BIM et sont de nationalité étrangère (hors Union européenne) en bénéficient, contre 12% des femmes

Figure 5 : Pourcentage d'utilisateur-rices d'un suivi psychologique (tous soins confondus) parmi les membres de la MC en 2021 (Source : Données de la MC)



belges d'origine étrangère. La nationalité étrangère est une variable qui influence négativement le recours aux soins psychologiques.

Si les femmes utilisent davantage les soins, ce n'est donc pas le cas lorsqu'elles sont bénéficiaires de l'intervention majorée. En outre, si les membres BIM (des deux sexes) utilisent davantage les soins, ils le font dans une proportion qui ne représente pas leur propension à souffrir de problèmes de santé mentale, particulièrement lorsqu'ils n'ont pas la nationalité belge.

Pour conclure, nous voyons qu'il existe un écart entre l'utilisation des soins de santé mentale en fonction des différents groupes que nous avons identifiés. Or, alors que nous constatons que l'utilisation est moindre pour des groupes qui cumulent des caractéristiques pouvant donner lieu à de la discrimination (nationalité, sexe, âge, situation économique), nous devrions au contraire conclure que la prévalence de leurs problèmes de santé mentale est plus importante spécifiquement en raison de ces caractéristiques. Comment expliquer cet écart ? Quels sont les freins à l'usage adéquat des soins psychologiques et psychiatriques ambulatoires ? Et quels sont les facteurs qui expliquent les différences de cet écart pour les différents groupes (femmes, BIM, personnes étrangères) ? Pour répondre à ces questions nous analyserons l'accessibilité des soins de santé mentale à partir de ces quatre dimensions : sensibilité, acceptabilité, accessibilité financière et disponibilité.

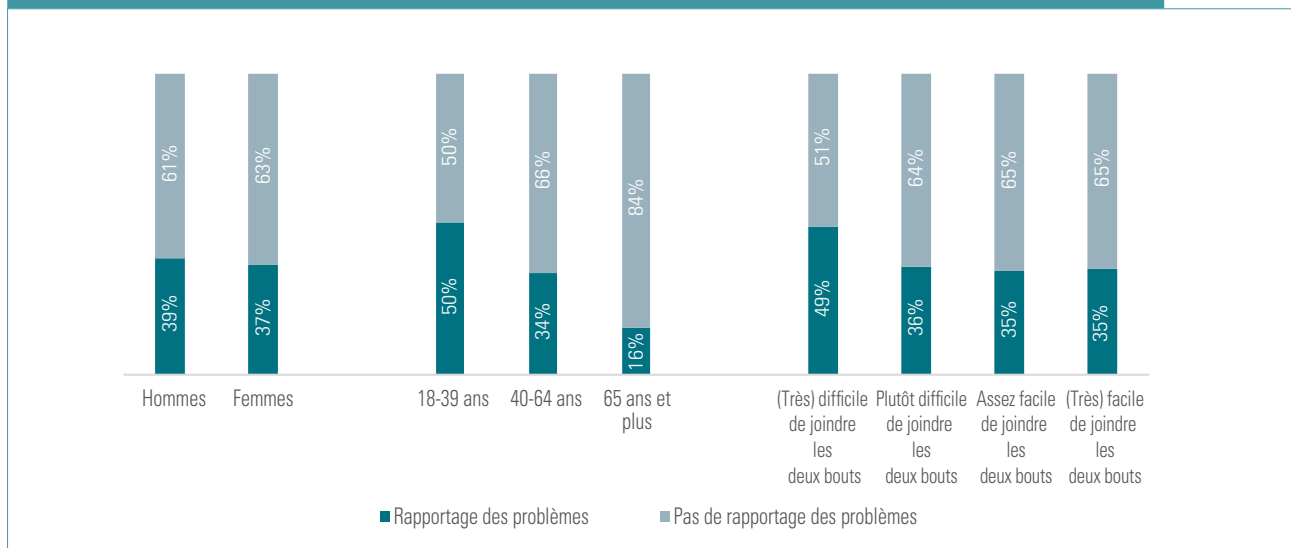
4.2. Les problèmes d'accès aux soins de santé mentale

4.2.1. Incapacité à identifier ses besoins en santé mentale (sensibilité)

Comme l'enquête de santé de Sciensano, l'enquête auprès des membres de la MC démontre que la fréquence des problèmes psychologiques est plus grande chez les femmes, les personnes actives et les personnes en difficulté financière. Mais est-ce que les personnes et notamment ces groupes à risque identifient le fait d'être confronté à un problème psychologique ? Dans tous ces sous-groupes, nous constatons que la proportion de sous-rapportage est systématiquement supérieure à la proportion de sur-rapportage. Le test de McNemar le confirme : la probabilité d'arriver à ce résultat par hasard, s'il y avait à peu près le même nombre de sous-rapportage et de sur-rapportage dans la réalité, est très faible (inférieure à 0,01% soit $p < 0,0001$).

- On observe un sous-rapportage significatif pour les deux sexes et légèrement plus élevé chez les femmes : parmi les femmes qui sont à risque de souffrir d'un problème de santé mentale, 63% n'en ont pas conscience, contre 61% des hommes (voir Figure 6).
- En matière de classes d'âge, lorsqu'ils sont à risque de souffrir de problèmes psychologiques, ce sont les plus jeunes (18-39 ans) qui rapportent plus leurs pro-

Figure 6 : Parmi les répondant-es qui ont des problèmes psychologiques mesurés à l'aide du CES-D 8, pourcentage de répondant-es qui déclarent ou ne déclarent pas avoir de problèmes psychologiques (Source : Enquête de la MC, 2019)



blèmes de santé (50%) alors que les plus de 65 ans sont seulement 16% à le faire.

- Chez les personnes qui déclarent avoir (beaucoup) de difficultés à joindre les deux bouts, la probabilité de souffrir de problèmes psychologiques est très élevée (72% d’entre elles contre 20% des personnes déclarant avoir (très) facile de joindre les deux bouts présentent des problèmes psychologiques selon l’échelle CES-D 8) et pourrait être directement attribuée à leur situation de précarité (qui est notamment source de stress). Il est donc primordial de s’attaquer au problème de la précarité et non uniquement à ses conséquences. Les personnes précarisées sont également les plus nombreuses à déclarer souffrir de problèmes psychologiques (38% d’entre-elles) par rapport aux autres groupes (20% du groupe le plus riche). Le sous-rapportage est toutefois très important dans ce groupe avec 51% des personnes ayant un risque avéré selon l’échelle CES-D 8 qui ne déclarent pourtant pas de problème (voir Figure 5).

L’incapacité à percevoir ses besoins en santé mentale est systématiquement identifiée dans le sous-rapportage des problèmes de santé mentale rapportés par les répondant-es. Les personnes interrogées, même quand elles vivent des épisodes de détresse psychique, ne

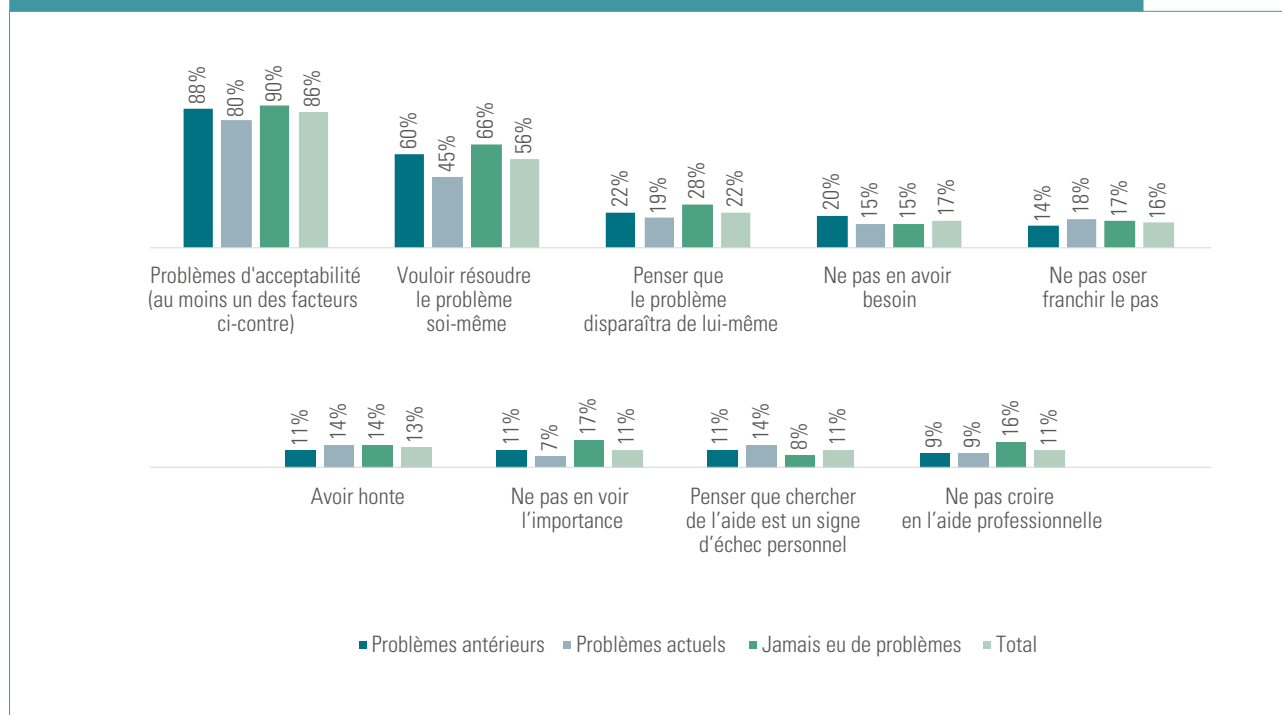
l’identifient pas comme un besoin clinique. Plusieurs variables accentuent cette tendance telles que l’âge des répondant-es, leur situation économique et le sexe.

4.2.2. Réticence à chercher des services (acceptabilité)

En matière d’acceptabilité, il est nécessaire que les services rencontrent un seuil minimum de qualité perçue requis pour que les patient-es acceptent de recourir aux soins de santé services. Parmi les raisons invoquées par les répondant-es à l’enquête MC pour ne pas avoir (eu) recours à l’aide professionnelle, les facteurs suivants se rapportent à l’acceptabilité : le fait de vouloir résoudre le problème soi-même (mentionné par 56% des répondant-es), de penser que le problème disparaîtra de lui-même (22%), le fait de ne pas oser franchir le pas (17%), de ne pas en avoir besoin (17%), d’avoir honte (13%), de penser que chercher de l’aide est un signe d’échec personnel (12%), de ne pas croire en l’aide professionnelle (11%) ou de ne pas en voir l’importance (11%). Dans l’ensemble, 86% des répondant-es qui ont exprimé ne pas chercher d’aide professionnelle mentionnent au moins un des facteurs repris ci-dessus (voir Figure 7).

Les observations en fonction du **sexe** sont les suivantes : les hommes sont plus nombreux à penser que

Figure 7 : Pourcentage de répondant-es de l’enquête MC ayant rencontré des problèmes d’acceptabilité, selon qu’ils déclarent ou non souffrir de problèmes psychologiques (Source : Enquête de la MC, 2019)



leurs problèmes disparaîtront d'eux-mêmes (25% d'entre eux contre 19% des femmes), à ne pas voir l'intérêt de l'aide psychologique, à vouloir régler leurs problèmes par eux-mêmes (58% d'entre eux contre 53% des femmes), à ne pas croire en l'aide psychologique (13% des hommes contre 8% des femmes) et à avoir honte d'y recourir (16% des hommes contre 8% des femmes). Les femmes expriment quant à elles en plus grande proportion qu'elles n'ont pas besoin d'aide professionnelle (19% d'entre elles contre 16% des hommes).

En matière d'âge, plus les répondant-es sont jeunes, plus ils disent avoir du mal à franchir le pas (24% des 18-39 ans contre 7% des plus de 65 ans), avoir honte d'avoir recours à une aide professionnelle (16% des 18-39 ans contre 6% des plus de 65 ans) et penser que le problème est un signe d'échec personnel (15% des 18-39 ans contre 9% des plus de 65 ans). Pour autant, les répondant-es de la catégorie la plus jeune croient davantage en la pertinence de l'aide professionnelle (seuls 6% des 18-39 ans ne croient pas en l'aide professionnelle contre 12% des plus de 65 ans).

En matière de niveau de **revenus**, on observe que les personnes qui n'éprouvent pas de difficultés financières ont davantage tendance à penser que le problème disparaîtra de lui-même (24% d'entre eux contre 10% de la classe la plus pauvre) ou à vouloir les résoudre eux-mêmes (63% contre 49%). Le fait de ne pas avoir besoin d'aide psychologique suit également une tendance intéressante : plus les personnes interrogées déclarent avoir facile à joindre les deux bouts, plus elles sont susceptibles de l'invoquer (25% d'entre elles contre 5% des personnes déclarant avoir (très) difficile de joindre les deux bouts). Étant donné que la prévalence des problèmes psychologiques graves est bien moins importante dans les groupes plus riches que dans les groupes les plus pauvres et que ces problèmes peuvent moins facilement mettre en danger le fonctionnement normal des individus, on peut donc plus facilement considérer le fait de ne pas estimer avoir besoin d'aide comme un seuil « positif ». Le fait de dire qu'on n'a pas de besoin peut également révéler que les personnes n'ont pas de problème et non qu'elles ne sont pas conscientes de leur problème.

On observe également que la honte semble être plus forte parmi le groupe le plus pauvre (17% d'entre eux), et surtout plus faible parmi le groupe le plus riche (8% d'entre eux). Ce dernier point pourrait être lié à une stigmatisation plus faible parmi les classes supérieures, car, par exemple, la plupart des psychologues pour-

raient appartenir également à ce groupe. En revanche, un fossé culturel peut-être ressenti par les personnes vulnérables qui ne pensent pas pouvoir être comprises par des prestataires n'ayant pas les mêmes caractéristiques socio-économiques qu'eux.

En outre, on observe que selon qu'ils déclarent avoir fait ou faire l'expérience de problèmes psychologiques ou non, les obstacles invoqués par les répondant-es diffèrent. Les répondant-es qui expriment n'avoir jamais fait l'expérience de problèmes psychologiques disent ainsi davantage qu'ils ne croient pas en l'aide professionnelle (16% d'entre eux contre 9% des personnes qui en ont fait/font l'expérience, voir Figure 6), qu'ils voudraient résoudre leurs problèmes eux-mêmes (66% d'entre eux contre 45% des personnes qui déclarent avoir (eu) des problèmes) et à penser que leurs problèmes disparaîtront d'eux-mêmes (28% contre 19%) ou à ne pas en voir l'importance (17% contre 7%). En revanche, les personnes qui souffrent actuellement de problèmes ont plus de difficultés à franchir le pas et pensent davantage que chercher de l'aide est un signe d'échec personnel. De manière générale, on remarque que les problèmes d'acceptabilité sont moins courants chez les répondant-es qui font l'expérience de problèmes.

4.2.3. Incapacité à payer les services (accessibilité financière)

Parmi les facteurs explicatifs du non-recours à l'aide professionnelle listés dans l'enquête de la MC, on retrouve le fait de s'inquiéter des coûts des soins (invoqué par 28% des répondant-es). C'est en la matière que les différences entre les groupes de répondant-es sont les plus fortes. Certains groupes sont ainsi plus nombreux à s'en soucier, dont les femmes (33% d'entre-elles contre 24% des hommes), les jeunes (34% des 18-39 ans contre 18% des plus de 65 ans) et les personnes qui éprouvent des difficultés financières.

Il va sans dire que la barrière financière est beaucoup plus forte pour les personnes qui ont le plus de mal à joindre les deux bouts. La proportion des répondant-es qui font partie du groupe le plus pauvre ((très) difficile de joindre les deux bouts) qui indique qu'elle s'inquiète des coûts de l'aide professionnelle est presque deux fois plus élevée (59%) que la proportion dans le groupe qui a plutôt difficile à joindre les deux bouts (33%). Pour les personnes qui ont (très) facile à joindre les deux bouts, l'obstacle est bien moindre puisque seulement

11% d'entre elles s'inquiètent des coûts de l'aide professionnelle. Cette inquiétude financière est également bien plus forte pour les personnes qui font l'expérience de problèmes psychologiques au moment de l'enquête (44% d'entre eux mentionnent cette difficulté, contre 15% des personnes qui disent n'avoir jamais eu de problèmes psychologiques).

Le coût moyen des soins

Nous l'avons vu, les soins remboursés par l'assurance obligatoire sont davantage utilisés par les publics plus pauvres (bénéficiaires de l'intervention majorée) et par les membres n'étant pas nés avec la nationalité belge par rapport aux soins remboursés par l'assurance complémentaire, qui le sont dans une moindre mesure. Mais qu'en est-il du coût réel à charge des patient-es en matière de soins psychologiques ?

L'honoraire et le ticket modérateur du **psychiatre** dépendent du type de prestation. Pour une consultation simple, l'honoraire est de 52,34 euros ou de 47,51 euros, en fonction du fait que le psychiatre soit accrédité ou non. Le ticket modérateur des patient-es est quant à lui le même : de 7 ou 12 euros, en fonction que le ou la patient-e ait été renvoyé par son médecin généraliste et de 1 ou 3 euros pour les patient-es BIM. Pour un suivi thé-

rapeutique, l'honoraire varie entre 83 euros (psychiatre accrédité) et 77,95 euros (psychiatre non accrédité), et le ticket modérateur est de 19,48 euros et de 7,79 euros pour les patient-es BIM. En 2021, l'honoraire moyen des psychiatres est ainsi de 70,40 euros (hors supplément) et le coût moyen à charge des membres de la MC varie entre 4 euros (BIM) et 14,70 euros (non BIM) pour les consultations classiques et 7,20 euros (BIM) et 19,40 euros (non BIM) pour les séances de psychothérapie (voir Tableau 3).

En examinant de plus près les coûts à charge du patient, on observe que le ticket modérateur moyen pour les bénéficiaires de l'intervention majorée est de 2,70 euros pour une consultation (voir Tableau 3). Cela signifie donc que peu de patient-es bénéficient de la réduction du ticket modérateur à 1 euro dans le cas où ils-elles bénéficieraient d'un renvoi de leur médecin généraliste. En outre, le supplément à charge des patient-es BIM est de 1,30 euro en moyenne par séance.

Le fait de devoir avancer les frais de santé remboursés influence également l'accès aux soins de santé. Le tiers payant facilite donc l'accessibilité financière car les patient-es pourraient ne pas être dans la capacité de déboursier la totalité de l'honoraire. Or, les psychiatres

Tableau 3 : Montants moyens remboursés et à charge des membres de la MC de 18 ans et plus par prestation en 2021, en fonction du statut BIM (Source : Données de la MC, 2021)

		Membre BIM				Membre non BIM			
		Ticket modérateur, en euros	Supplément, en euros	Montant à charge du-de la patient-e, en euros	Montant remboursé, en euros	Supplément, en euros	Supplément, en euros	Montant à charge du-de la patient-e, en euros	Montant remboursé, en euros
Psychiatre	Consultation	2,7	1,3	4,0	47,2	11,5	3,2	14,7	37,9
	Psychothérapie	5,9	1,3	7,2	71,8	16,1	3,3	19,4	60,9
Psychologie 1 ^{ère} ligne		2,8	/	2,8	45,0	7,4	/	7,4	37,9
Assurance complémentaire	Structures collectives			4,2	10,5			8,7	12,4
	Psychologue			35,7	15,2			42,7	13,3

peuvent décider de l'appliquer, mais n'ont pas l'obligation de le faire.

On constate qu'en 2021, l'honoraire moyen perçu par le psychologue est plus important lorsqu'il exerce en dehors du cadre de la réforme de **psychologie de première ligne** (45,70 euros pour les prestations de première ligne contre 54,30 euros pour les séances remboursées dans le cadre de l'assurance complémentaire). Entre 2019 et 2021, l'honoraire réglementaire des séances de première ligne est en effet de 60 euros pour une première séance de 60 minutes et de 45 euros pour les séances suivantes de 45 minutes. Pourtant, les démarches administratives pour les psychologues sont plus importantes, notamment parce que ces soins fonctionnent sur base du régime du tiers payant et qu'ils doivent ensuite demander le remboursement de l'assurance soins de santé. En 2022, les règles de remboursement de ces soins sont donc adaptées notamment afin d'inciter davantage de psychologues à se conventionner et l'honoraire est augmenté à 61,28 euros et à 77,10 euros pour les séances supplémentaires et le suivi spécialisé. Lors d'une séance, le-la patient-e ne paye que le ticket modérateur. Pour les membres MC, le coût à charge moyen par séance en 2021 est de 2,80 euros pour les BIM et de 7,40 euros pour les non-BIM (voir Tableau 3).

L'honoraire du **psychologue remboursé par l'assurance complémentaire**, n'est quant à lui, pas régulé, c'est pourquoi on observe que le montant à charge des patient-es est bien plus élevé pour ces soins. Les patient-es BIM déboursent ainsi en moyenne 50,90 euros pour une séance chez le psychologue, dont 15,20 euros leur seront ensuite remboursés (ce qui constitue une somme finale de 35,70 euros à charge du patient).

Lorsqu'on analyse les données de facturation pour les membres francophones et germanophones, on voit que les soins dispensés dans des structures collectives sont proportionnellement plus utilisés par les membres qui bénéficient de l'intervention majorée (statut BIM). En effet, en 2021, 32% des utilisateur-rices de soins psychologiques en structures collectives sont BIM, alors que seuls 14% des membres qui bénéficient d'un remboursement au sein d'un cabinet privé ont également

ce statut. Le montant à charge du-de la patient-e dans les structures collectives (4,20 euros en moyenne par consultation pour les BIM et 8,70 euros pour les non BIM) y est beaucoup moins élevé que chez les psychologues qui exercent en cabinet privé (30,70 euros en moyenne par consultation pour les BIM et 37,70 euros pour les non BIM). En effet, ces structures collectives, de type planning familial et service de santé mentale (SSM), ont pour objectif de permettre une plus grande accessibilité des soins aux publics défavorisés et pratiquent ainsi des tarifs préférentiels. En SSM, une consultation coûte maximum 11,71 euros, mais le coût de la prestation ne doit jamais faire obstacle à la consultation et le tarif peut être adapté (allant jusqu'à la gratuité) selon les situations et à certaines conditions⁴.

Les coûts moyens des consultations psychologiques et psychiatriques à charge des patient-es varient fortement en fonction du type de prestataire, de la structure dans le cadre de laquelle le soin est offert, du type d'acte presté (psychologie de première ligne, ou non) et du statut socioéconomique de la personne. Néanmoins, dès qu'on sort des prestations remboursées dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé, ces coûts ont tendance à peser sur les patient-es indépendamment de leur statut. Ils sont par ailleurs particulièrement élevés (allant jusque plus de cinq fois de plus que le coût moyen en assurance obligatoire) dès qu'ils ne sont plus pris en charge par l'assurance obligatoire. Ce fait est particulièrement interpellant au vu du type des soins concerné : le suivi psychothérapeutique est par nature récurrent et peut s'étaler sur une longue période.

4.2.4. Incapacité à atteindre les services ou les patient-es (disponibilité)

Dans l'enquête de la MC, on retrouve également plusieurs facteurs explicatifs du non-recours à l'aide professionnelle qui peuvent être associés à la **non-disponibilité des soins en matière de demande**. En d'autres termes, il s'agit des situations où les patient-es n'ont pas la capacité d'atteindre les services et d'être disponibles pour s'y rendre : le fait de ne pas être familier avec l'aide professionnelle⁵ (invoqué par 18% des répondant-es), de ne pas savoir à qui s'adresser et où

4 Plus d'informations sur les tarifs en Wallonie sur covid.aviq.be/fr/trouver-du-soutien/services-de-sante-mentale et en Flandre sur www.centrageestelijkegezondheidszorg.be/kostprijs.

5 On entend par la familiarité ce qui est connu et donc rassurant. Il est en effet important que les gens connaissent l'offre de soins en santé mentale (pas seulement ce qui existe, mais aussi comment les soins fonctionnent) pour être rassurés et pouvoir faire le pas pour rechercher de l'aide.

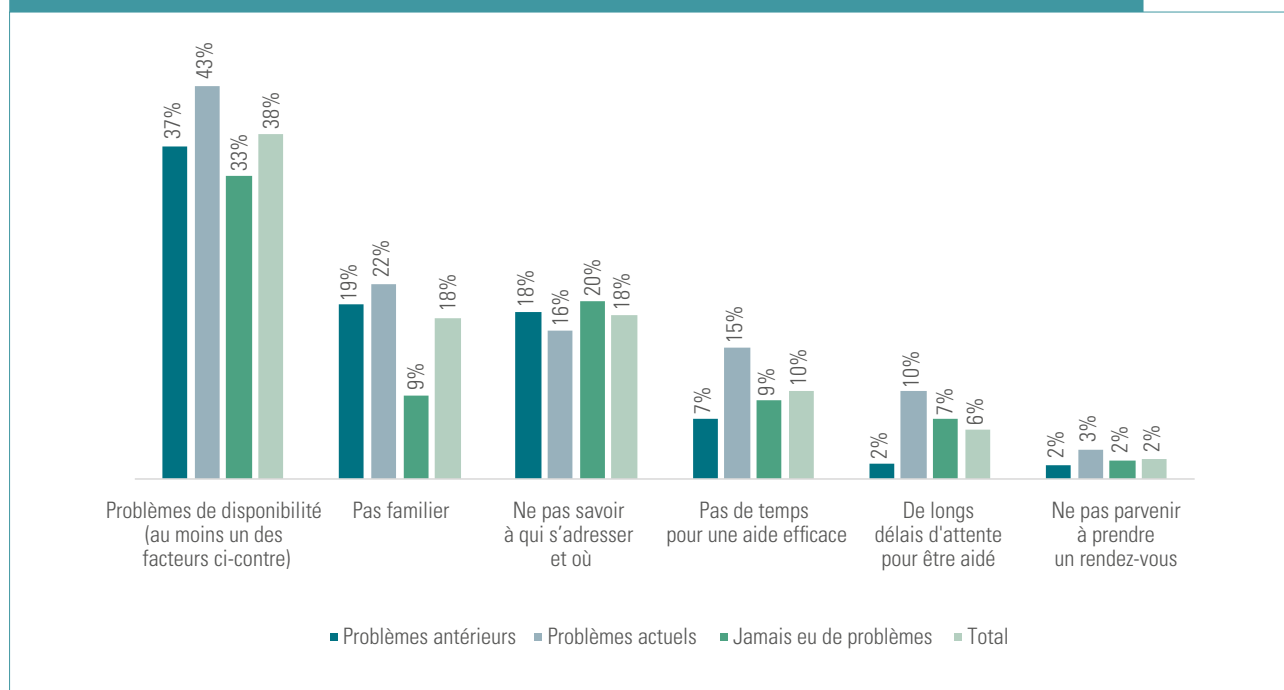
(18%), de ne pas avoir de temps pour une aide efficace (déplacements et temps de la consultation) (10%), de longs délais d'attente pour être aidé (6%) ou ne pas parvenir à prendre un rendez-vous (2%). Au total, 38% des répondant-es ont indiqué au moins un de ces facteurs pour expliquer leur non-recours à l'aide professionnelle (voir Figure 8).

- Lorsqu'on analyse ces résultats pour les principaux groupes, on observe que parmi les répondant-es, les femmes sont plus nombreuses à indiquer des difficultés en matière de disponibilité (40% d'entre elles contre 37% des hommes), particulièrement parce qu'elles ne parviennent pas à prendre de rendez-vous (4% d'entre elles contre 1% des hommes).
- En comparant l'âge de ceux qui ont indiqué et ceux qui n'ont pas indiqué certains obstacles, nous constatons que les participant-es plus jeunes déclarent plus fréquemment des difficultés pratiques, particulièrement en matière de temps disponible (15% de la tranche 18-39 ans invoque cette difficulté, alors que ce n'est le cas de 4% des plus de 65 ans).

- Les résultats pour l'obstacle de la prise de rendez-vous sont analogues à la problématique du temps disponible : le groupe qui a le plus de difficultés financières est le plus défavorisé (15% des répondant-es invoquent un manque de temps et 5% ne pas parvenir à prendre rendez-vous). La proportion à invoquer un problème de temps disponible est également relativement élevée parmi le groupe qui a le plus de facilité à joindre les deux bouts (14% d'entre eux), majoritairement des familles dont tous les membres travaillent à temps plein.

En outre, on observe que selon qu'ils déclarent avoir fait ou faire l'expérience de problèmes psychologiques ou non, les obstacles invoqués par les répondant-es diffèrent. Le plus gros frein pour les personnes qui disent faire actuellement l'expérience de problèmes psychologiques est ainsi qu'ils ne sont « pas familiers » avec l'aide professionnelle, c'est-à-dire qu'ils ne connaissent pas suffisamment l'offre de soins en santé mentale (voir Figure 8). En comparaison avec les personnes qui déclarent de n'avoir jamais eu de problèmes, ils sont également bien plus nombreux à faire l'expérience de longs délais d'attente ou à n'avoir pas suffisamment de temps à consacrer à l'aide.

Figure 8 : Pourcentage de répondant-es de l'enquête MC ayant rencontré des problèmes de disponibilité, selon qu'ils déclarent ou non souffrir de problèmes psychologiques (Source : Enquête de la MC, 2019)



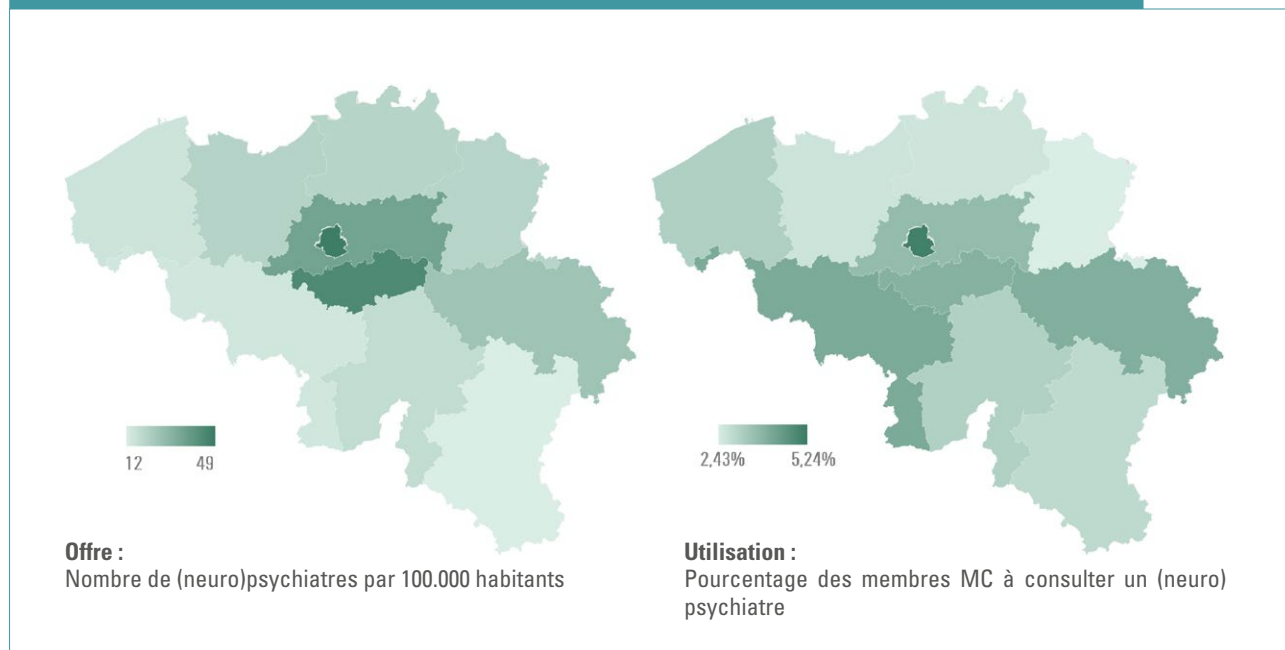
Pour mesurer la **disponibilité des soins de santé mentale du côté de l'offre**, il nous est possible d'observer si l'offre semble suffisante et accessible territorialement en cartographiant la répartition des prestataires sur le territoire, mais également en examinant l'utilisation des soins prodigués par ces derniers.

Parmi les prestataires qui reçoivent des patient-es en consultation pour un suivi psychothérapeutique, on retrouve des médecins spécialistes : les neuropsychiatres, les pédopsychiatres et psychiatres (y compris ceux qui sont en formation), les orthopédagogues et les psychologues cliniciens habilités à prester des séances de psychologie de première ligne ainsi que les psychothérapeutes reconnus par l'assurance complémentaire⁶. Pour l'ensemble du territoire belge, on comptabilise un total de 2.854 (neuro/pédo)psychiatres, de 1.423 psychologues/orthopédagogues cliniciens conventionnés dans le cadre du trajet de psychologie de première ligne et de 10.222 prestataires inscrits à la commission des psychologues. La répartition de ces prestataires sur le territoire belge n'est toutefois pas homogène en fonction de la population. Ainsi, on observe une beaucoup plus grande

concentration de (neuro/pédo)psychiatres à Bruxelles que dans les autres provinces du pays avec 49 (neuro) psychiatres pour 100.000 habitants (voir Figure 9). Dans le Brabant wallon et la province du Luxembourg, on en dénombre 44 et 12 pour 100.000 habitants respectivement. Il est toutefois nécessaire de traiter ces données avec une certaine prudence car nous ne disposons que d'une adresse par prestataire, et que le domicile de ce dernier peut différer de son lieu d'exercice. Il se peut donc que les prestataires résident dans le Brabant wallon et exercent dans une autre province du pays.

Les psychologues reconnus par la Commission des psychologues sont également inégalement répartis en fonction de la population : jusqu'à 212 psychologues pour 100.000 habitants dans le Brabant Wallon contre 59 dans les provinces de Limbourg et en Flandre-Occidentale. Les psychologues/orthopédagogues cliniciens conventionnés dans le cadre du trajet de psychologie de première ligne, quant à eux, sont bien moins nombreux avec un maxima de 28 prestataires pour 100.000 habitants dans le Brabant wallon et un minima de 11 à Anvers et dans le Hainaut (voir Figure 10).

Figure 9 : Le nombre de (neuro)psychiatres par 100.000 habitants et le pourcentage des membres de la MC qui utilisent leurs services par province (sources : Données de l'INAMI, 2022 et Données de la MC, 2021)



6 Cela signifie que le prestataire doit être inscrit à la Commission des psychologues et/ou être détenteur d'un visa et/ou d'un agrément délivré par le SPF Santé publique (pour tous les membres de la MC) et/ou exercer au sein d'une structure collective reconnue par la MC (pour les membres francophones et germanophones uniquement).

Tout d'abord, on observe donc que les prestataires qui prodiguent des soins remboursés dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé, c'est-à-dire les (neuro)psychiatres et les psychologues de 1^{ère} ligne, sont bien moins nombreux que les psychologues qui exercent généralement dans le cadre de pratiques privées et dont les soins sont parfois couverts par l'assurance complémentaire. Ensuite, on voit qu'à besoins égaux, l'offre n'est pas également répartie et donc disponible territorialement. Or, les besoins ne sont pas lissés et diffèrent en fonction des caractéristiques de la population locale. Le risque encouru de souffrir de problèmes psychologiques en raison de la pauvreté est par exemple très différent en fonction des provinces, avec un risque bien plus élevé à Bruxelles où le revenu moyen est bien plus bas (source : revenus 2019, données StatBel 2021) et la proportion de bénéficiaires de l'intervention majorée atteint 32%, ainsi que dans le Hainaut et à Liège où elle est de 24%, en comparaison aux Brabants flamand et wallon où elle n'avoisine que les 11% (source : Atlas IMA données 2018).

Consultations chez le psychiatre

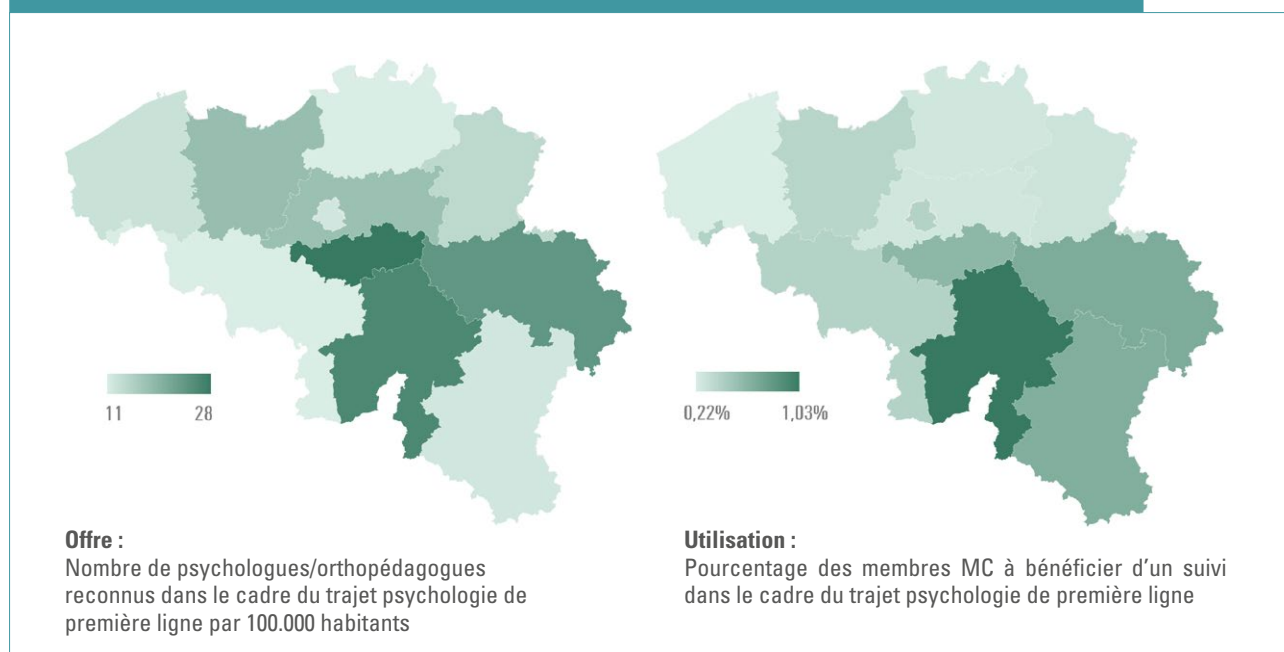
Le nombre de (neuro)psychiatres varie considérablement selon les provinces. On voit une grande utilisation des soins ambulatoires dispensés par les (neuro)psy-

chiatres à Bruxelles et dans les provinces des Brabants flamand et wallon, où l'offre est plus étendue avec respectivement 49, 44 et 36 prestataires pour 100.000 habitants contre 25 en moyenne au niveau national (voir Figure 9). On observe également une utilisation plus importante dans les provinces du Hainaut et de Liège, alors que le nombre de (neuro)psychiatres est relativement bas dans le Hainaut (15 prestataires pour 100.000 habitants) et moyen à Liège (26 prestataires pour 100.000 habitants). Cette consommation plus importante pourrait donc témoigner des besoins plus importants de la population de ces provinces, qui s'avèrent être les deux provinces de Belgique où le revenu moyen est le plus bas (source : revenus 2019, données StatBel 2021).

Trajet psychologie de première ligne

Étant donné que les soins psychologiques qui s'inscrivent dans le cadre du « trajet psychologique de première ligne » sont des soins nouvellement remboursés, il est normal que le nombre de prestataires conventionnés ainsi que l'utilisation des soins soient encore faibles. En effet, lorsque des réformes sont mises en œuvre, cela demande du temps pour que l'offre soit connue du grand public et que l'offre s'adapte à l'accroissement de la demande rendue solvable. Toutefois, il nous semble particulièrement important d'en faire

Figure 10 : Le nombre de psychologues et d'orthopédagogues reconnus dans le cadre du trajet de psychologie de première ligne par 100.000 habitants et le pourcentage des membres de la MC qui utilisent leurs services par province (Source : Données de l'INAMI, 2022 et Données de la MC, 2021)



un premier état des lieux, afin de pouvoir notamment ré-évaluer l'utilisation et le volume de l'offre dans le futur. Si l'utilisation ne nous permet pas de faire d'hypothèses concernant les besoins, la Figure 10 semble suggérer que l'utilisation dépend de l'offre de prestataires. Ainsi, c'est dans la province de Namur que l'utilisation est la plus élevée (1,03% d'utilisateur-rices parmi les membres de la MC) où l'offre est également élevée, à l'échelle de la distribution sur le territoire (26 prestataires par 100.000 habitants). Au contraire, à Anvers, où l'offre est très faible (11 prestataires par 100.000 habitants), la consommation l'est aussi (seulement 0,27% d'utilisateur-rices parmi les membres de la MC). Il serait utile d'investiguer les délais d'attente et l'intensité de l'activité des professionnel-les pour mieux comprendre le lien entre l'utilisation et la densité des professionnel-les par province.

En outre, lorsque nous avons analysé l'utilisation des soins, nous avons vu que le suivi du psychiatre est davantage utilisé par les personnes plus âgées, alors que les jeunes auront davantage tendance à se tourner vers des psychologues. Cela est partiellement lié à la disponibilité de l'offre : le remboursement pour les jeunes fait l'objet de mesures spécifiques en matière d'assurance complémentaire et de psychologie de première ligne.

Nous constatons que les soins sont inégalement répartis en fonction de la population. L'offre en assurance obligatoire est généralement restreinte avec près de quatre fois moins de psychiatres que de psychologues, et parmi ces derniers, seul un sur dix qui est conventionné dans le cadre du trajet psychologie de première ligne. Par ailleurs, en ce qui concerne l'incapacité à atteindre l'offre, beaucoup de facteurs se situent en dehors du système de soins (notamment le temps disponible pour faire un suivi, mais aussi l'inconnaissance de l'offre).

5. Conclusion et recommandations

L'enquête de Sciensano de 2018 permet de confirmer des constats quant aux besoins de soins : les femmes, les personnes actives et les personnes pauvres ont plus fréquemment des problèmes de santé mentale (qu'il s'agisse de détresse psychique ou de pathologies de santé mentale). Ces constats, déjà identifiés dans la littérature (voir l'article de Sholokhova dans ce même numéro) sont également confirmés par l'enquête de la MC

de 2019. Nous l'avons vu, ces groupes à risque de souffrir de problèmes psychologiques utilisent davantage les soins de santé mentale ambulatoires, pourtant, ils ne le font pas dans une mesure qui reflète leur potentiel besoin par rapport aux autres groupes de la population et cela parce qu'ils rencontrent des difficultés qui leur sont propres dans les quatre dimensions de l'accessibilité.

Pour les femmes, les discriminations dont elles sont victimes peuvent sans doute apporter un éclairage particulier par rapport aux difficultés auxquelles elles sont confrontées. Les multiples responsabilités qu'elles doivent assumer pèsent parfois lourdement sur leur quotidien représentant une charge mentale non négligeable. Pourtant, lorsqu'il est identifié que les femmes sont à risque de souffrir de problèmes psychologiques, elles sont en proportion moins nombreuses que les hommes à identifier et à rapporter leurs problèmes. Lorsqu'elles le font, elles sont toutefois plus enclines que les hommes à suivre une psychothérapie ou à envisager une aide professionnelle. Lorsqu'elles n'envisagent pas cette aide, c'est toutefois pour des raisons différentes des hommes : les freins pratiques (principalement financiers, mais aussi pour parvenir à prendre un rendez-vous) sont en effet mis davantage en avant par les femmes, au contraire des hommes qui ont plus tendance à se montrer sceptiques envers l'utilité d'une telle aide.

Le facteur qui a le plus d'influence sur le risque de souffrir d'un problème de santé mentale est sans aucun doute la pauvreté. Or, nous l'avons vu, dans le cas d'une dépression, les personnes qui ont des difficultés financières ont davantage recours aux médicaments et dans une moindre mesure au suivi psychothérapeutique. En outre, lorsque ces personnes n'ont pas de problème de santé mentale, elles envisagent moins d'avoir recours à une aide professionnelle. En termes d'identification des problèmes, on observe un haut taux de sous-rapportage dans ce groupe. En termes d'acceptabilité des soins, bien que par rapport aux groupes plus aisés, elles ne semblent pas penser que leurs problèmes vont se résoudre d'eux-mêmes et sont conscientes de leur besoin, elles ont davantage de honte de demander de l'aide. En proportion, les bénéficiaires de l'intervention majorée utilisent plus le suivi dispensé par le psychiatre que les autres types de soins. Il semblerait que cette utilisation soit guidée par leur accessibilité financière, mais elle pourrait également l'être par la gravité de leurs problèmes. Sans surprise, les principaux freins à

l'accès aux soins de ce groupe sont liés à l'aspect financier : bien que les contributions personnelles pour avoir accès aux soins psychologiques soient réduites pour ce groupe, elles n'en restent pas moins élevées, particulièrement en ce qui concerne les psychologues qui exercent dans le cadre privé. Les soins remboursés par l'assurance complémentaire sont ainsi plus de cinq fois plus chers que les soins remboursés par l'assurance obligatoire et restent largement inaccessibles financièrement. En termes de disponibilité de l'offre de soins, on observe que ce n'est pas dans les zones les plus pauvres (et où l'utilisation est proportionnellement plus haute) que les prestataires sont les plus nombreux. Il y aurait donc lieu d'investiguer les délais d'attente et l'intensité de l'activité des professionnel·les pour mieux comprendre le lien entre l'utilisation et la densité des professionnel·les par province.

Il est également important de considérer le caractère cumulatif de ces risques : en combinaison, ces facteurs renforcent non seulement le risque de souffrir de problèmes de santé mentale, mais aussi les problèmes d'accès. Ainsi, nous avons pu observer que les femmes, lorsqu'elles sont bénéficiaires de l'intervention majorée et qu'elles sont étrangères (hors Union européenne), ont largement moins recours aux soins que les femmes belges (d'origine étrangère ou non). Bien qu'il ne soit pas possible de mesurer son impact dans toutes les dimensions en raison de l'absence de données en la matière (notamment dans l'enquête de santé de Sciensano de 2018, mais aussi dans l'enquête de la MC de 2019), la nationalité apparaît comme un facteur influençant l'accès. Or, une série d'hypothèses peuvent être posées concernant l'acceptabilité des soins psychologiques pour les personnes d'origine étrangère – qui pourrait être moindre en raison de la distance culturelle, de la compréhension du·de la patient·e, de l'éducation et des problèmes rencontrés qui pourraient ne pas être compris par les professionnel·les – mais aussi concernant les difficultés financières qui peuvent être encore plus importantes dans cette population et également en matière de disponibilité – notamment le fait de ne pas pouvoir trouver un prestataire qui maîtrise la langue maternelle du·de la patient·e. Il est donc nécessaire d'avoir une attention poussée sur la question dans nos études futures.

Nous faisons l'hypothèse que si les besoins de soins des personnes vulnérables sont plus importants, leur utilisation de soins devrait l'être tout autant. Or, nous le voyons, les facteurs de risque (sexe, pauvreté, nationa-

lité), sont autant de causes de freins à l'accès aux soins psychologiques. Il est donc primordial d'envisager des mesures proportionnées pour le faciliter et de mettre en place une politique intégrée pour avoir des résultats similaires dans tous les publics. Ces freins cumulatifs rendent certains groupes extrêmement vulnérables et l'offre en place ne suffit pas à atteindre ces groupes défavorisés, pour lesquels les problèmes de santé mentale peuvent dégrader tous les autres aspects de la vie. Cette étude a tenté de montrer qu'il est possible de produire de la connaissance sur le domaine de la santé mentale, en ce compris sur les grandes inégalités de santé qui touchent ce secteur, à condition qu'une volonté politique veuille s'y attaquer.

En matière de sensibilité, nous disposons actuellement de données sur la demande via les études de santé, mais nous ne connaissons rien sur la manière dont les médecins et les autres prestataires de santé identifient les besoins. Il est donc nécessaire de développer des outils de monitoring pour les personnes qui démarrent un suivi et d'augmenter la proportion de tickets modérateurs réduits en formant les médecins à la redirection vers les psychiatres ainsi que vers les psychologues de première ligne.

En ce qui concerne l'acceptabilité des soins de santé mentale pour les patient·es, il est nécessaire d'étudier davantage les groupes qui n'atteignent pas les mêmes résultats en termes de gain en santé (universalisme proportionné) et de réduire la stigmatisation des soins psychologiques et psychiatriques qui reste importante.

L'offre de soins doit également être rendue davantage disponible pour les patient·es, via une meilleure répartition géographique des prestataires, pour veiller à ce que les soins soient atteignables pour tous, à une distance raisonnable et indépendamment du moyen de transport disponible pour s'y rendre.

Enfin, l'accessibilité financière des soins psychologiques doit être renforcée en abaissant le coût à charge des patient·es. La réforme de psychologie de première ligne est une belle avancée en la matière, il est donc nécessaire de travailler à augmenter cette offre et de l'évaluer. Nous l'avons vu, les soins remboursés par l'assurance complémentaire sont largement utilisés par les membres de la MC. Il existe bel et bien un besoin en la matière, mais le remboursement de ces soins pourrait être revu pour qu'ils soient accessibles à tous, indépendamment des moyens financiers.

Bibliographie

Briggs, R., Carey, D., O'Halloran, A., Kenny, R., & Kennelly, S. (2018). Validation of the 8-item Centre for Epidemiological Studies Depression Scale in a cohort of community-dwelling older people: data from The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). *European Geriatric Medicine, 9*, 121-126.

Cès, S. (2021). L'accès aux soins de santé, définition et enjeux. *MC-Informations, 286*, 4-22.

Gisle, L., Drieskens, S., Demarest, S., & Van der Heyden, J. (2020). *Santé mentale. Enquête de santé 2018*. Bruxelles: Sciensano.

Maes, R. (2021). La spirale de la désaffiliation. *La Revue nouvelle, 6*, 2-5.

Missinne, S., Vandeviver, C., Van de Velde, S., & Bracke, P. (2014). Measurement equivalence of the CES-D 8 depression-scale among the ageing population in eleven European countries. *Social Science Research, 46*, 38-47.

Mistiaen, P., Cornelis, J., Detollenaere, J., Devriese, S., & Ricour, C. (2019). *Organisation des soins de santé mentale pour les adultes en Belgique*. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.

Van de Velde, S., Levecque, K., & Bracke, P. (2009). Measurement equivalence of the CES-D 8 in the general population in Belgium: a gender perspective. *Archives of Public Health, 67*(1), 15-29.

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.

