

# La convention « soins psychologiques » dans le paysage des soins de santé mentale

État des lieux de l'utilisation des soins de santé mentale remboursés et des besoins rencontrés et non-rencontrés en Belgique

Clara Noirhomme — Service d'études de la MC

Marc Dispas et Pierre Smith — Sciensano, département d'épidémiologie et santé publique

## Résumé

En janvier 2024, une nouvelle convention soins psychologiques sera signée entre l'INAMI et les réseaux de santé mentale en continuité avec le travail entamé en 2019. L'objectif principal de la convention est de rendre les soins psychologiques plus accessibles : tant du point de vue financier que du point de vue de l'organisation des soins. Il est donc l'occasion de faire le point sur les premières années de mise en œuvre et sur la place de cette convention dans le paysage des soins de santé mentale remboursés. Pour ce faire, cette étude dresse tout d'abord un bilan de la situation en matière de santé mentale en Belgique : non seulement en termes de besoins (enquête BELHEALTH de Sciensano), mais également en termes d'offre de soins et de son utilisation (analyse de la MC). Les résultats de l'enquête BELHEALTH, réalisée en février 2023, mettent notamment en avant un haut niveau de besoins psychologiques non rencontrés dans la population belge, principalement chez les personnes en situation de précarité financière, les femmes et les jeunes. La stigmatisation de la santé mentale et les problèmes d'accessibilité financière sont des freins à l'accès aux soins qui restent encore trop courants. L'analyse de la MC, quant à elle, permet d'observer la saturation de l'offre psychiatrique ambulatoire et le fait que les médicaments psychotropes sont très souvent utilisés sans autre forme de suivi.

Sur base de cet état des lieux des besoins et l'offre de soins en santé mentale existante, nous analysons ensuite la portée de la nouvelle convention soins psychologiques et nous dressons quelques hypothèses sur l'évolution de son utilisation. Permet-elle un meilleur accès aux soins psychologiques ? Quels sont ses points forts et quelles sont les perspectives d'amélioration ? Pour répondre à ces questions, cette étude se penche sur la façon dont les soins y sont organisés, sur l'évolution de son offre, de son utilisation, sur le profil de ses utilisateur-rices et les types de prestations réalisées en son sein. On observe ainsi que, bien que la convention soit récente, la proportion de la population qui l'utilise augmente de façon exponentielle. Les personnes dont les conditions de vie sont plus difficiles consultent davantage les psychologues conventionnés, ce qui peut indiquer que la convention améliore effectivement l'accès aux soins psychologiques.

Si la convention doit encore évoluer et se faire connaître pour atteindre tous ses objectifs, nous concluons l'étude en rappelant qu'elle a toute sa place au sein du paysage des soins de santé mentale remboursés en Belgique. La santé mentale de la population continue à être mise à l'épreuve à la suite des multiples crises actuelles. Dans ce contexte, la convention représente un enjeu important de santé publique et il est essentiel d'en encore davantage l'investir et de continuer à la monitorer.

Mots-clés : Soins de santé mentale, besoins rencontrés et besoins non-rencontrés, utilisation des soins psychologiques, convention, remboursement, publics vulnérables, analyse quantitative

# 1. Introduction

## 1.1. L'évolution du paysage des soins de santé mentale en Belgique

Longtemps organisé de façon très hospitalo-centrée, le secteur des soins de santé mentale a connu de nombreuses réformes au cours de ces dernières décennies. Dans les années septante, sont reconnus les services psychiatriques dans les hôpitaux généraux (SPHG) et les Services de Santé Mentale (SSM), qui sont subsidiés et au sein desquels il est possible de consulter des psychologues en fonction des moyens financiers des patient-es. Les années nonante donnent ensuite lieu à la création des Initiatives d'Habitations Protégées (IHP) – qui permettent à des personnes ayant des problèmes de santé mentale de vivre en dehors des hôpitaux psychiatriques – aux maisons de soins psychiatriques (MSP) et aux soins psychiatriques à domicile, ainsi qu'aux « plateformes de concertation en santé mentale » pour la coordination régionale (par province) des différentes structures. Malgré diverses réformes, le caractère résidentiel du système belge de soins de santé mentale est toutefois toujours dominant dans les années 2000. En 2010, une nouvelle phase de la réforme du secteur des soins de santé mentale est lancée, sous forme de projets expérimentaux, qu'on connaît sous le nom de « projets 107 », visant à nouveau à transitionner d'un système hospitalier vers une approche ambulatoire et orientée vers la réintégration des personnes souffrant de maladies psychiques dans la communauté. Au fil des ans, dans le cadre de la réforme 107, des lits en institution psychiatrique ont été « gelés » et les ressources libérées ont été utilisées, entre autres (et principalement), pour des équipes mobiles et l'intensification des soins hospitaliers (Mistiaen, Cornelis, Detollenaere, Devriese, & Ricour, 2019).

Cette « réforme 107 » ne s'avère toutefois pas suffisante, car elle contient majoritairement des initiatives vouées à la prise en charge et à l'accompagnement des personnes présentant des problématiques relativement lourdes (telles que la schizophrénie, les troubles bipolaires et la dépression sévère par exemple). En 2016, une étude est réalisée par le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) sur commande de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) et du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement (SPF Santé Publique) et propose ainsi un **modèle d'organisation et de financement pour un accueil et une prise en charge professionnels des problèmes**

**psychiques courants et modérés** (tels que la dépression légère ou modérée, les troubles de l'anxiété, etc.) dans le système de santé belge. Selon ce rapport, pour ces problèmes qui « constituent la partie immergée de l'iceberg du mal-être de la population, la réponse apportée à l'heure actuelle est loin d'être satisfaisante, avec un secteur totalement illisible aux yeux de ceux qui sont censés y faire appel, des temps d'attente propres à décourager les plus motivés (surtout dans les structures subventionnées existantes), et peu de solutions financièrement accessibles à tous. De fait, une des seules options thérapeutiques facilement accessibles pour les personnes qui souffrent de troubles anxio-dépressifs est celle des médicaments psychotropes (antidépresseurs et tranquillisants). [...] Il est aujourd'hui établi qu'une approche psychothérapeutique est au moins aussi efficace et plus durable que l'approche pharmacologique pour les problèmes de dépression et que c'est la combinaison de ces thérapies qui donne de meilleurs résultats. Mais **en l'absence de remboursement, la psychothérapie n'est pas accessible pour la majorité de la population** » (Kohn, et al., 2016).

Ce rapport dessine ainsi les contours de la « convention soins psychologiques » telle qu'on la connaît aujourd'hui en proposant un modèle à deux niveaux : un premier niveau généraliste (ou de « soins psychologiques de première ligne »), largement accessible, pour accueillir sans restriction les problèmes psychiques courants et modérés, et un second niveau (ou de « soins psychologiques spécialisés »), permettant de délivrer des soins spécialisés à ceux pour qui le premier niveau n'est pas suffisant.

Depuis mars 2019, les consultations de psychologie clinique peuvent ainsi être remboursées par l'assurance obligatoire soins de santé, mais uniquement pour les patient-es âgé-es de 18 à 65 ans qui présentent un problème psychique modérément sévère d'anxiété, de dépression ou de consommation d'alcool pour lequel un nombre limité de séances de psychologie de première ligne peut s'avérer suffisant, avec une limitation à quatre séances (prolongation autorisée) et sur prescription du médecin généraliste ou du psychiatre (Mistiaen, Cornelis, Detollenaere, Devriese, & Ricour, 2019). Dès avril 2020, le remboursement est possible sans limite d'âge. À partir de l'année 2022, la convention reprend la proposition de structuration des soins psychologiques ambulatoires en une première ligne et des soins spécialisés. Le nombre de séances est élargi et les conditions d'accès sont abaissées : plus de prescription nécessaire ni de limitation à des problèmes psychologiques spécifiques.

## 1.2. Les besoins en matière de santé mentale

En Belgique, l'enquête de santé par interview de Sciensano met en avant que les problèmes de santé mentale font partie des maladies les plus fréquentes dans la population générale, et particulièrement les troubles anxieux et dépressifs. En 2018, environ une personne sur dix souffrait d'un trouble anxieux et/ou d'un trouble dépressif (Sciensano, 1997-2018). L'étude nationale belge sur le fardeau des maladies réalisées par Sciensano avait aussi mis en avant qu'en 2019, les troubles de santé mentale étaient la principale cause du fardeau des maladies, plus particulièrement en termes d'années de vie en bonne santé perdues (Sciensano, 2022). De plus, les problèmes de santé mentale ne sont pas équitablement répartis dans la population belge, et certaines personnes sont plus susceptibles d'en souffrir telles que les personnes avec un niveau socio-économiquement défavorisé, témoignant de la persistance d'importantes inégalités sociales de santé. Malheureusement, la pandémie de COVID-19 a exacerbé ces problématiques dans la population générale, et particulièrement dans les groupes vulnérables tels que les jeunes, les femmes, ou les personnes défavorisées. En mars 2022, l'enquête de santé COVID-19 réalisée par Sciensano a évalué qu'environ une personne sur quatre présentait un trouble anxieux et/ou un trouble dépressif dans la population générale (Gisle, et al., 2022).

Aujourd'hui, force est de constater que le paysage des soins de santé mentale en Belgique est davantage organisé sur base de l'offre que sur base des besoins ou de la demande en santé mentale. L'absence de données pour monitorer les besoins en santé mentale des Belges au niveau local est souvent invoquée pour expliquer l'impossibilité de mesurer la performance du système de soins de santé mentale belge (Mistiaen, Cornelis, Detollenaere, Devriese, & Ricour, 2019). Sans prétendre y pallier complètement, la Cohorte Belge Santé et Bien-être (BELHEALTH) actuellement organisée par Sciensano a pour objectif de suivre l'évolution de la santé mentale et du bien-être de la population adulte en Belgique afin d'examiner l'impact à long terme de la pandémie de COVID-19. Un des objectifs de recherche de BELHEALTH, qui sera abordé dans cet article, est d'évaluer les besoins autorapportés de santé mentale des individus, et si ces personnes rapportent avoir eu recours ou non à des soins de santé mentale.

## 1.3. Le recours aux soins de santé mentale

Suite à l'introduction de la nouvelle convention soins psychologiques dans le paysage des soins de santé mentale remboursés en Belgique en 2022, il est l'occasion de faire le point sur l'évolution du recours à l'ensemble des soins de santé mentale remboursés (soins ambulatoires, hospitalisations psychiatriques, médicaments psychotropes, etc.). Pour cela, nous étudierons le niveau de recours, le type de soins utilisés ainsi que les évolutions ces dernières années – en nous basant sur les données d'utilisation de soins des membres de la MC, qui représentent 40% de la population belge et peuvent être extrapolées à l'ensemble de la population.

La majeure partie des personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale présentent des troubles légers à modérés, pour lesquels il n'existait jusqu'à la nouvelle convention que peu d'offre de soins remboursée par l'assurance obligatoire soins de santé. Une réponse à ces problèmes peut être trouvée dans les soins psychologiques de première ligne offerts dans le cadre de la nouvelle convention, de laquelle nous pouvons d'ores et déjà dresser un premier bilan grâce aux données d'utilisation des soins des membres de la MC. Si ces données ne nous permettent pas d'avoir des informations sur les diagnostics des personnes qui accèdent aux soins ou sur l'amélioration de leur état de santé, elles nous permettent toutefois d'analyser l'évolution du recours aux soins psychologiques offerts dans le cadre de la convention et d'observer s'il y a des différences en termes de recours en fonction des publics (sexe, niveau de revenus, âge, région, mais aussi utilisation des soins préalable) ainsi qu'en fonction du type de soins (soins psychologiques de première ligne ou soins psychologiques spécialisés, *outreach* dans le milieu de vie, séances de groupe, etc.).

Ainsi, cette étude a pour objectif, à partir des besoins en santé mentale de la population générale identifiés par Sciensano, d'évaluer le recours aux soins de santé mentale dans leur ensemble, pour ensuite évaluer plus spécifiquement le recours à la nouvelle convention soins psychologiques. À l'aide de la récente étude BELHEALTH de Sciensano, nous commençons tout d'abord par faire le point sur les besoins d'aide psychologique perçus, les besoins non rencontrés et les freins rencontrés pour accéder aux soins (partie 2). L'analyse des données de la MC nous permet ensuite de faire le point sur le paysage de la santé mentale en Belgique et d'évaluer le recours aux différents soins remboursés (partie 3). Nous nous attachons ensuite de façon plus poussée à la nouvelle convention

soins psychologiques et à son évolution (partie 4). Dans le cadre de ce focus sur la convention, nous analysons de près l'évolution de cette offre et du recours aux soins, ainsi que le profil des patient-es qui y ont recours – autant à l'aide des données de l'étude BELHEALTH de Sciensano que des données d'utilisation de la MC – mais également les types de soins utilisés : soins de première ligne ou soins spécialisés, nombre et type de séances. Nous discutons ensuite les résultats en mettant en évidence l'écart entre le besoin de soins, l'offre et son utilisation (partie 5). Enfin, nous formulons une série de recommandations en ce qui concerne l'avenir de la convention (partie 6).

## 2. Besoins d'aide psychologique perçus et besoins non rencontrés

### 2.1. Méthodologie

L'étude BELHEALTH de Sciensano a pour objectif de suivre l'évolution de la santé mentale et du bien-être de la population adulte en Belgique afin d'examiner l'impact à long terme de la pandémie de COVID-19. Dans cette étude, les résultats de l'étude BELHEALTH sont analysés à partir des questions suivantes : 1. Quelle est l'ampleur des besoins d'aide psychologique perçus par les Belges en février 2023 ? 2. Quelle proportion de ces individus déclare avoir eu recours ou non aux soins de santé mentale ? 3. Quel est le profil sociodémographique des personnes qui déclarent avoir consulté un psychologue de première ligne conventionné ?

L'étude BELHEALTH se base sur un questionnaire mené en ligne trois à quatre fois par an. Son échantillon est constitué de 12.391 adultes. Dans le cadre de la présente analyse, nous nous appuyons sur les données collectées en février 2023. La méthodologie détaillée de l'étude BELHEALTH est disponible dans les rapports publiés (Sciensano, 2023).

Les besoins d'aide psychologique perçus<sup>1</sup> ont été mesurés au moyen de la question suivante : « Au cours des 6 derniers mois, soit depuis août 2022, avez-vous ressenti le besoin d'un soutien professionnel en matière de santé mentale ? ». Les participant-es avaient la possibilité de déclarer

par la suite s'ils ou elles ont reçu ou non une aide psychologique, et s'ils ou elles n'en ont pas reçu, d'exposer les motifs (plusieurs réponses possibles). Enfin, la question suivante a été posée aux participant-es afin de savoir s'ils ou elles ont bénéficié d'une consultation avec un psychologue de première ligne conventionné : « Depuis le 1er janvier 2022, la réforme des soins psychologiques est en cours. Depuis lors, les adultes ont droit au remboursement de 8 séances individuelles par an (11 euros/séance) ou de 5 séances collectives par an (2,5 euros/séance) avec un psychologue conventionné de première ligne. Avez-vous profité des séances qui peuvent être remboursées ? ».

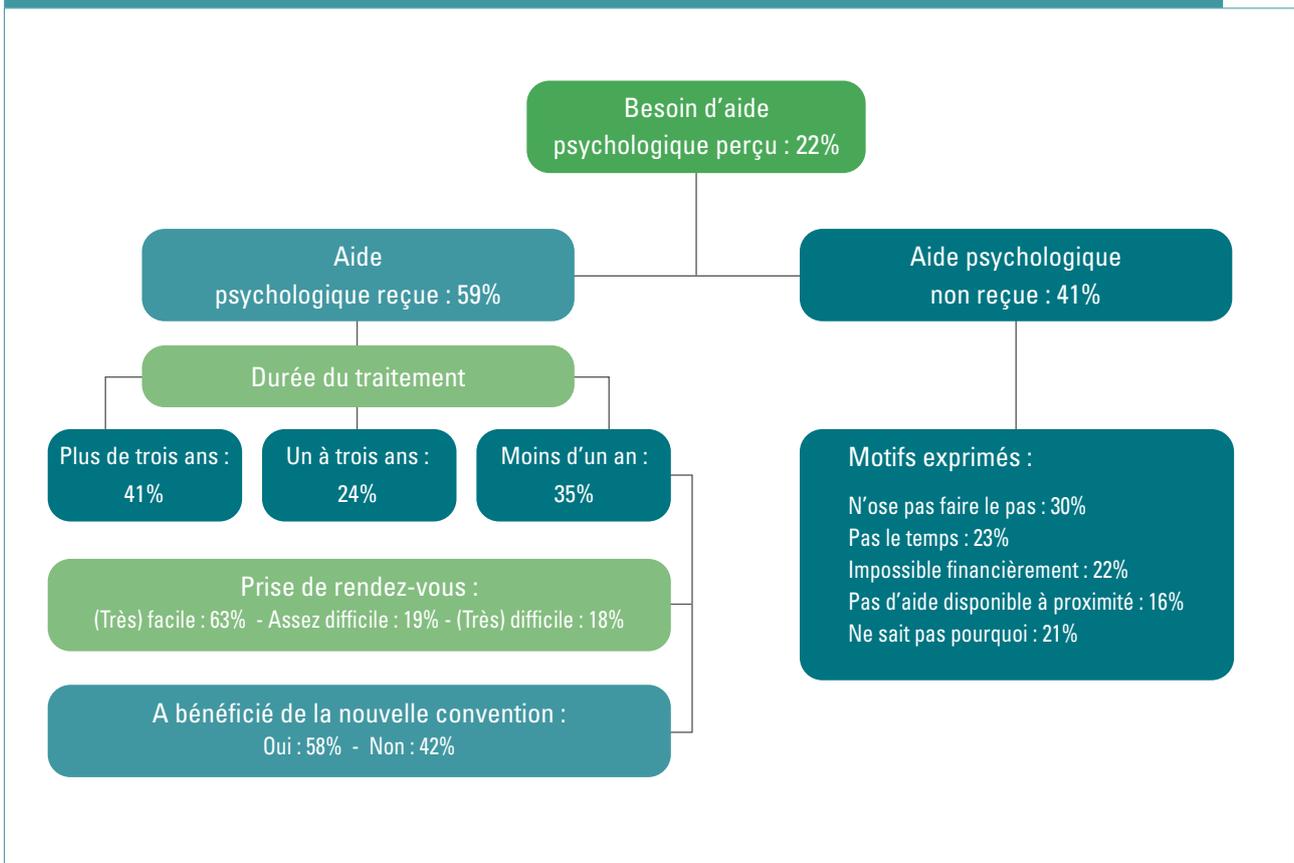
Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel RStudio et SAS. Contrairement aux résultats présentés dans les rapports BELHEALTH publiés sur le site de Sciensano, les résultats présentés dans le présent article n'ont pas été pondérés car certains sous-groupes étaient trop réduits. L'étude BELHEALTH étant basée sur un échantillon de convenance, il est important de préciser que les résultats ne sont pas complètement représentatifs de la population générale. Sur les 12.391 personnes contactées pour participer à l'enquête de février 2023, 8.276 ont répondu à l'ensemble du questionnaire (67%). Au total, 59% des répondant-es sont des femmes, seulement 7% sont âgé-es de 18 à 29 ans (25% de 30 à 54 ans, 34% de 55 à 64 ans et 34% de plus de 65 ans). La majorité des répondant-es vivent en Flandre (63%), suivie par la Wallonie (27%) et par la Région de Bruxelles-Capitale (10%).

### 2.2. Résultats

La figure 1 présente la répartition des personnes ayant perçu le besoin d'une aide psychologique (1.838 personnes, soit 22% des répondant-es) en deux sous-groupes, le premier ayant déclaré avoir reçu une aide au cours de l'année écoulée (59%) et ceux et celles qui déclarent ne pas en avoir reçu (41%). Les bénéficiaires d'une aide psychologique sont alors répartis en trois groupes selon la durée du traitement qu'ils déclarent avoir reçu. Le recours à la nouvelle convention soins psychologiques a été évalué chez les personnes qui ont reçu une aide psychologique depuis maximum un an (à partir de février 2022), 58% ont déclaré avoir eu recours à un psychologue conventionné. Aussi, parmi les personnes qui ont reçu une aide psychologique depuis maximum un an, 63% déclarent ne pas avoir eu de

1 L'étude BELHEALTH mesure non seulement les besoins perçus, c'est-à-dire autodéclarés, mais mesure également le niveau d'anxiété ou de dépression. Lorsque les répondant-es n'expriment pas le besoin d'aide psychologique, mais présentent de hauts scores sur les échelles d'anxiété ou de dépression, il s'agit de problèmes non perçus, et on parle alors de sous-rapportage des problèmes de santé mentale.

Figure 1 : Besoins rencontrés et non-rencontrés en aide psychologique et utilisation auto-déclarée des soins psychologiques (Source : Enquête BELHEALTH de Sciensano, 2023)



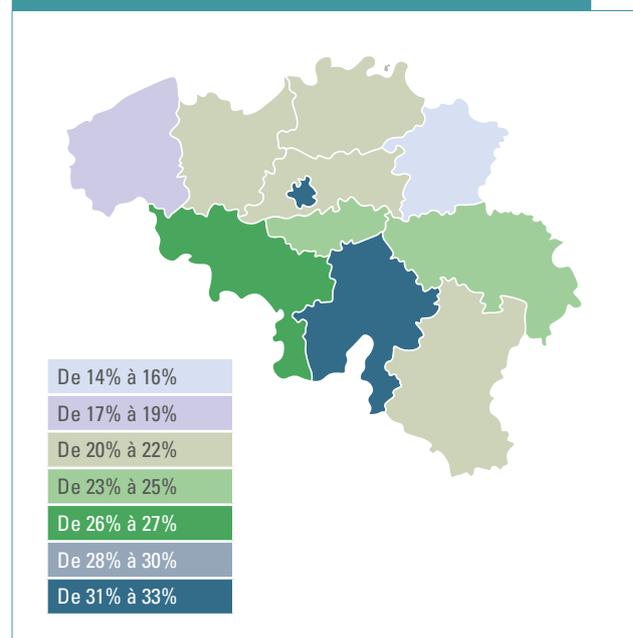
difficulté pour prendre un rendez-vous. Enfin, parmi les personnes qui déclarent avoir besoin d'une aide psychologique mais n'avoir reçu aucune aide, les principaux motifs mentionnés sont de ne pas oser franchir le pas (30%), le manque de temps (23%), et ne pas pouvoir se le permettre financièrement (22%).

### 2.2.1. Différences géographiques

La Région de Bruxelles-Capitale présente la proportion la plus élevée de participant-es percevant un besoin d'aide psychologique. Viennent ensuite par ordre décroissant les provinces de Namur, du Hainaut, de Liège et du Brabant wallon. De manière générale, on observe des proportions plus faibles de besoins en santé mentale perçus dans les provinces de Flandre (voir Figure 2).

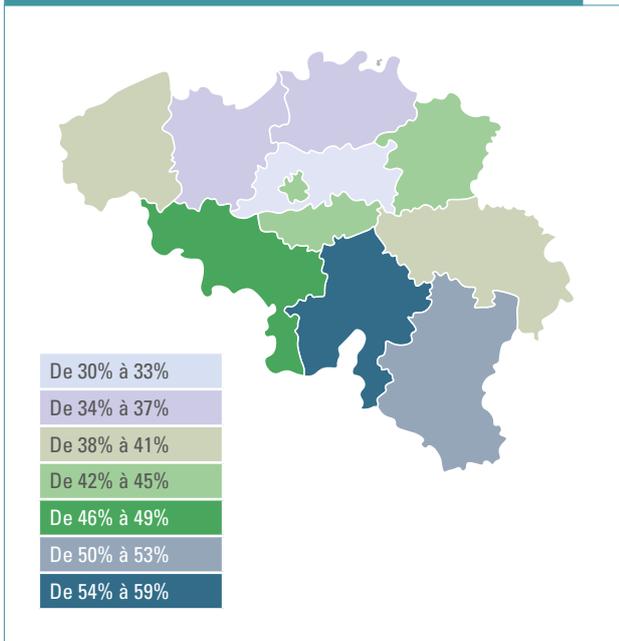
Pour les besoins non-rencontrés, on observe de manière générale des proportions plus élevées dans les provinces de Wallonie que celles de Flandre. En Région Bruxelles-Capitale, bien que les besoins perçus soient élevés, la proportion de besoins non-rencontrés est dans la moyenne. C'est la province de Namur qui présente le taux

Figure 2 : Proportion de répondant-es percevant un besoin d'aide psychologique par province (Source : Enquête BELHEALTH de Sciensano, 2023)



le plus élevé de besoins non-rencontrés, suivie par ordre décroissant par les provinces du Luxembourg, du Hainaut et du Brabant wallon (voir Figure 3).

**Figure 3 : Proportion de répondant-es dont le besoin d'aide n'est pas rencontré parmi les répondant-es percevant un besoin d'aide psychologique, par province (Source : Enquête BELHEALTH de Sciensano, 2023)**



## 2.2.2. Différences en fonction de l'âge, du sexe et de la situation financière

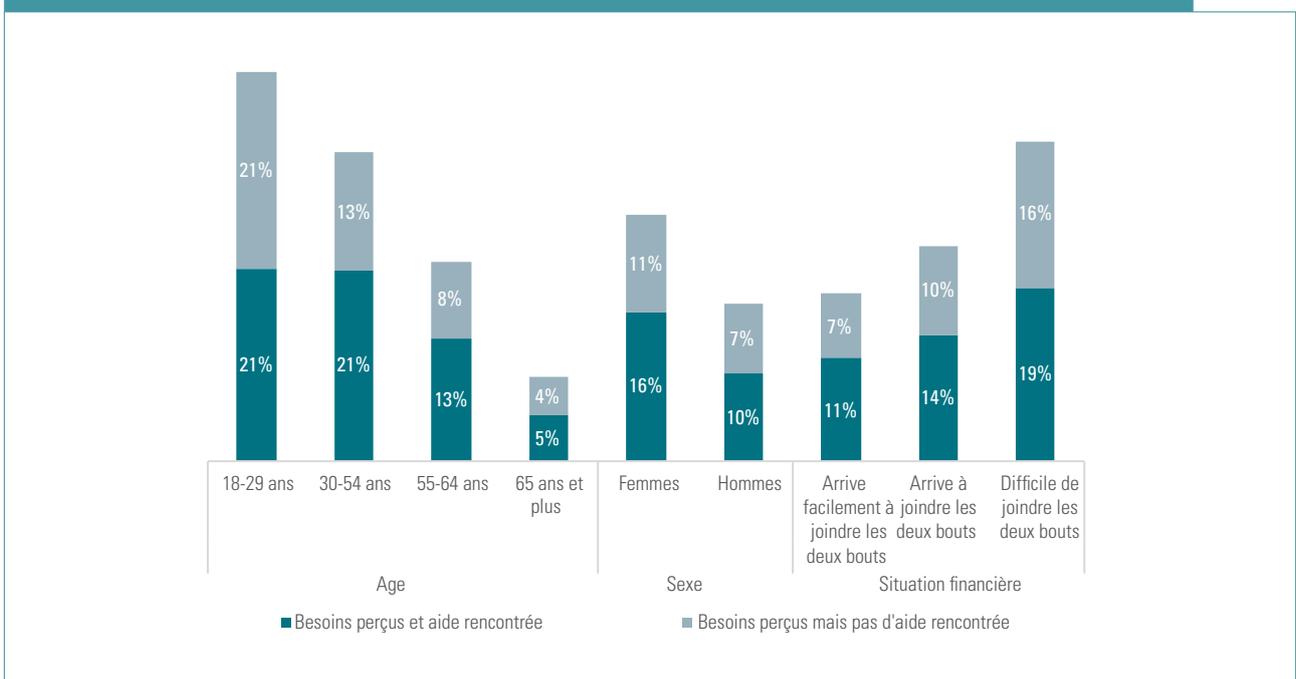
Afin d'analyser s'il existe des groupes qui présentent davantage de besoins en santé mentale, mais également de besoins non rencontrés, la figure 4 présente, en fonction de l'âge, du sexe et de la situation financière, la proportion de répondant-es ayant perçu le besoin d'une aide psychologique (rencontrée et non-rencontrée).

Premièrement, on observe que les besoins perçus en aide psychologique sont plus importants dans certains groupes : chez les jeunes de 18 à 29 ans (42%), chez les femmes (27% vs. 17% chez les hommes), et chez les personnes en situation de difficulté financière (35%).

Ensuite, en termes de besoins non-rencontrés, on observe que chez les jeunes de 18 à 29 ans ayant perçu le besoin d'une aide psychologique, 51% déclarent ne pas avoir reçu d'aide. Cette proportion est aussi élevée chez les personnes âgées de 65 ans et plus (46% d'entre elles), chez les hommes (44% vs. 40% chez les femmes), et chez les personnes en situation de difficulté financière (46%).

Il est toutefois important de considérer que bien que la proportion de besoins non rencontrés soit plus élevée chez les hommes, les femmes restent plus nombreuses à avoir des besoins non rencontrés car elles ont davantage de besoins en santé mentale. En effet, 27% des femmes expriment des

**Figure 4 : Besoins perçus d'aide psychologique (rencontrés et non rencontrés), en fonction de l'âge, du sexe et de la situation financière (Source : Enquête BELHEALTH de Sciensano, 2023)**



besoins, et parmi celles-ci, 40% n'ont pas accès à l'aide, ce qui équivaut à 11% des femmes (voir Figure 4). En revanche, 17% des hommes expriment des besoins, qui ne sont pas rencontrés dans 44% des cas, ce qui signifie que 7% des hommes ont des besoins non-rencontrés. Les deux sous-groupes dans lesquels on observe le plus haut taux de besoins non-rencontrés sont ainsi les jeunes (21% des 18-29 ans ont des besoins non rencontrés) et les personnes rencontrant des difficultés financières (16% d'entre eux).

### Cumul des facteurs de risque

Nous avons vu que les femmes rapportent significativement plus souvent ( $p < 0.0001$ ) un besoin d'aide psychologique, ainsi que les jeunes et les personnes rencontrant des difficultés financières. Il est important de considérer le caractère cumulatif de ces risques : en combinaison, ces facteurs âge, sexe et situation financière renforcent non seulement le risque de souffrir de problèmes de santé mentale, mais aussi les problèmes d'accès aux soins.

Ainsi, on observe que la proportion de répondant-es qui rapportent un besoin d'aide psychologique croît avec la dégradation de la situation financière. Dans le groupe des femmes âgées de 18 à 29 ans, la proportion de besoins ressentis passe de 45% pour celles qui arrivent facilement à joindre les deux bouts, à 52% pour celles qui ont une situation financière moins confortable et à 66% pour celles qui ont le plus de difficultés à joindre les deux bouts (voir Figure 5). **Près de sept femmes sur dix entre 18 et 29 ans en situation de précarité perçoivent donc un besoin d'aide**

**psychologique**, ce qui est donc bien plus que pour l'ensemble des femmes (27%), pour l'ensemble des personnes rencontrant des difficultés financières (35%) ou pour l'ensemble des jeunes (42%) (voir Figure 4).

Le lien entre l'âge des participant-es et leurs besoins perçus est (légèrement) différent selon le sexe. Chez les femmes, on observe dans les différents groupes que les besoins décroissent avec l'augmentation de l'âge. Chez les hommes, les besoins d'aide psychologique perçus sont généralement plus présents dans les groupes d'âge 30-54 ans et 55-64 ans.

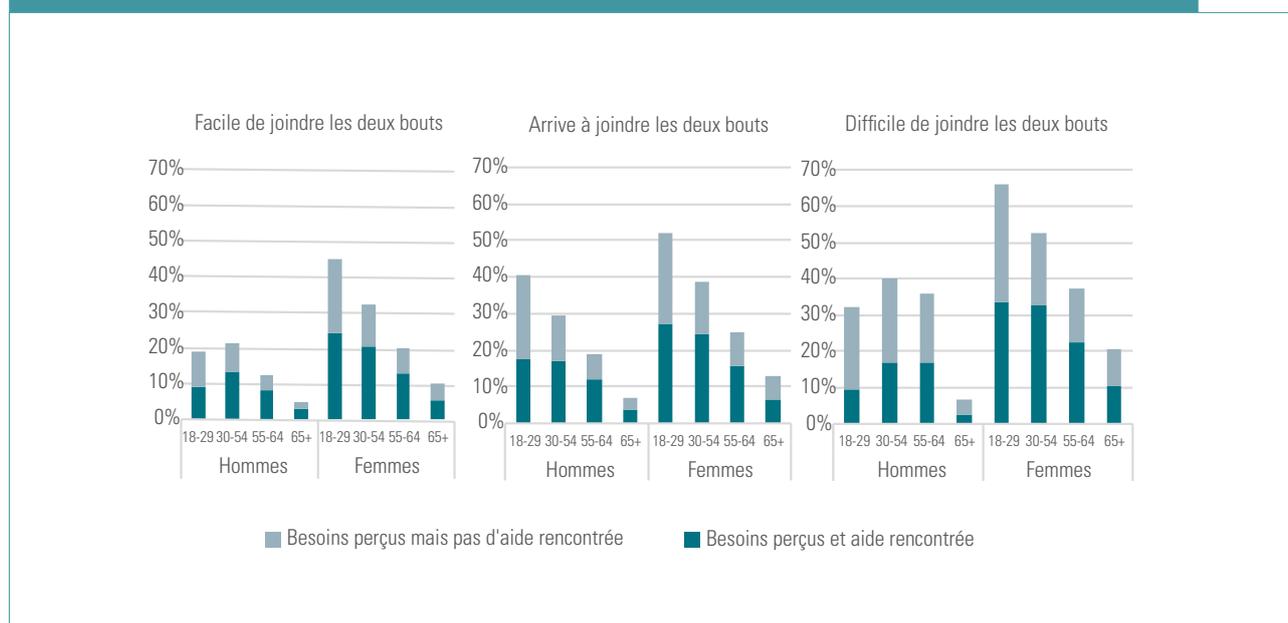
De même, on observe que la proportion de personnes qui n'ont pas reçu de l'aide psychologique diminue systématiquement avec l'amélioration de la situation financière des individus ainsi qu'avec l'augmentation de l'âge. Les groupes particulièrement vulnérables semblent être les femmes, surtout entre 18 et 29 ans mais aussi jusqu'à 54 ans (peu importe leur situation financière) et les hommes entre 18 et 54 ans en situation de difficulté financière.

### Motifs invoqués pour expliquer la non-recours

Le tableau 1 présente les motifs exprimés par les répondant-es pour expliquer les raisons pour lesquelles leurs besoins n'ont pas été rencontrés.

- Le motif le plus souvent exprimé est de « **ne pas oser faire le pas** » (30%). Cette proportion est particulièrement élevée chez les répondant-es les plus jeunes : 53% des personnes âgées de moins de 29 ans mettent en

Figure 5 : Distribution des besoins d'aide psychologique perçus (rencontrés et non-rencontrés) en fonction de la facilité à boucler les fins de mois, par catégorie d'âge et sexe (Source : Enquête BELHEALTH de Sciensano, 2023)



avant ce motif. Les hommes invoquent également cette raison plus souvent que les femmes (34% vs. 29%), ainsi que les personnes ayant une bonne situation financière en comparaison à celles ayant avec une situation financière difficile (35% vs. 24%).

- Le **manque de temps** pour accéder aux soins est invoqué par 23% des répondant-es avec des besoins non-rencontrés. Cette proportion est plus élevée chez les 18-29 ans (31%) et 30-54 ans (32%). Les personnes en situation financière difficile invoquent le moins souvent ce motif (14%).
- La **barrière financière** pour accéder aux soins est exprimée par 22% des répondant-es. Cette proportion est plus élevée chez les 18-29 ans (24%), chez les femmes (23% vs. 19% chez les hommes), et est extrêmement élevée chez les personnes en situation de difficulté fi-

nancière (52% d'entre elles déclarent qu'elles n'ont pas eu recours aux soins parce que cela était impossible financièrement, contre seulement 4% des personnes qui n'ont pas de difficultés financières).

- Le motif de l'**absence d'aide à proximité** (en moyenne 16%) est plus invoqué à mesure que l'âge augmente : si seuls 8% des plus jeunes invoquent ce motif, ce sont les personnes les plus âgées qui éprouvent le plus souvent une carence de soins à proximité (21%). Aucune différence significative n'est observée selon le sexe ou le niveau de revenus.
- Enfin, 21% des répondant-es avec des besoins non-rencontrés ne savent pas pourquoi ils n'ont pas fait appel à une aide en santé mentale. Cette proportion est plus importante chez les plus de 65 ans (34%) et chez les personnes avec une bonne situation financière (25%).

Tableau 1 : Motifs exprimés par les répondant-es pour expliquer le non-recours aux soins en cas de besoins perçus (Source : Enquête BELHEALTH de Sciensano, 2023)

		N'ose pas faire le pas	Pas le temps	Impossible financièrement	Pas d'aide disponible à proximité	Ne sait pas pourquoi
<b>Tou-tes les répondant-es présentant des besoins non-rencontrés (n = 752)</b>		30%	23%	22%	16%	21%
<b>Âge</b>	18-29 ans	53%	31%	24%	8%	17%
	30-54 ans	32%	32%	22%	15%	18%
	55-64 ans	21%	14%	22%	17%	20%
	65 ans +	20%	3%	20%	21%	34%
<b>Sexe</b>	Femmes	29%	23%	23%	15%	21%
	Hommes	34%	24%	19%	16%	21%
<b>Situation financière</b>	Arrive facilement à joindre les deux bouts	35%	25%	4%	15%	25%
	Arrive à joindre les deux bouts	30%	25%	24%	16%	20%
	Difficile de joindre les deux bouts	24%	14%	52%	16%	15%

### 3. Paysage des soins de santé mentale : utilisation des soins

Après avoir fait l'état des lieux des besoins en santé mentale à l'aide de l'enquête de Sciensano, les données de la MC nous permettent, dans cette troisième partie, de dresser un tableau de l'ordre de grandeur de l'utilisation de l'ensemble des soins de santé mentale par les membres de la MC et de l'évolution du recours à ces derniers entre 2010 et 2022.

#### 3.1. Méthodologie

Nous incluons dans notre analyse tous les soins de santé mentale remboursés par l'**assurance obligatoire soins de santé (AO)**. Il s'agit de données collectées en routine par la MC dans le cadre de son rôle de co-gestionnaire de l'AO. Cela comprend plusieurs types de soins :

- les soins résidentiels tels que le fait d'avoir au moins un séjour en initiative d'habitation protégée (IHP) ou en maison de soins psychiatriques (MSP) ;
- les hospitalisations (en hôpital psychiatrique ou en hôpital général, service psychiatrique) ;
- les programmes de rééducation ambulatoires ou résidentiels (spécialisés dans le traitement des patient-es psychotiques, dans la rééducation psychosociale, le travail avec les personnes alcooliques, les usager-es de drogue et les personnes toxicomanes) ;
- les soins urgents (admission aux urgences avec intervention d'un psychiatre ou admission dans le service d'un établissement psychiatrique soit d'urgence, soit pour l'administration d'antidépresseurs par perfusion) ;
- le recours aux médicaments (antidépresseurs ou anti-psychotiques) ;
- les soins que nous considérons comme « ambulatoires », c'est-à-dire qui ne sont pas prestés lors d'une hospitalisation, tels que le suivi par un psychiatre (consultations, séances de psychothérapie ou concertations au sujet du traitement des patient-es) ou par un psychologue conventionné (convention soins psychologiques), mais aussi par une équipe mobile, dans un Centre de Révalidation Ambulatoire (CRA) pour des problématiques qui

relèvent de la santé mentale et dans le cadre des projets de soutien aux personnes âgées ayant des besoins complexes de soins et d'aide.

Nous reprenons également les soins pour lesquels il existe une intervention financière de l'**assurance complémentaire (AC) de la MC** : il s'agit de séances de psychologie<sup>2</sup> qui ne sont pas couvertes par l'assurance obligatoire.

Afin d'améliorer l'accès financier aux soins, l'assurance obligatoire soins de santé (AO) prévoit un dispositif particulier pour les ménages ne disposant que de faibles revenus : c'est le statut de bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM). Grâce à lui, les remboursements de l'AO sont plus élevés, de sorte que les tickets modérateurs à charge des patient-es sont moindres. Dans cette analyse, nous utilisons ce statut pour identifier les groupes davantage vulnérables économiquement.

##### 3.1.1. Limites

En 2022, la Mutualité chrétienne comptait près de 4,6 millions de membres, soit 40% de la population belge. Cette étude se base donc sur un échantillon de très grande taille, mais qui n'est pas apparié en fonction des caractéristiques de la population belge. Il faut donc prendre en compte que la structure de la population membre de la MC est légèrement plus âgée que l'ensemble de la population belge (24% des membres de la MC ont plus de 65 ans, contre 21% de l'ensemble de la population belge) et la proportion de BIM plus faible (15% des membres de la MC sont BIM, alors que 19% de l'ensemble des assurés bénéficient de ce statut en Belgique), notamment parce que la Mutualité chrétienne a une plus grande proportion de membres en Flandre qu'en Wallonie et à Bruxelles, où la proportion de BIM est justement plus élevée : 16% des Flamands sont BIM, contre 21% des Wallons et 32% des Bruxellois (source : Atlas IMA, 2021). Afin de gommer ces différences, nous présentons donc les résultats d'utilisation des soins non pas en volumes ou en proportion au sein du groupe d'utilisateur-rices, mais en pourcentage d'utilisateur-rices au sein des membres de la MC, en fonction de l'âge, du sexe, du statut BIM et de la région, ce qui permet d'extrapoler ces données à l'ensemble de la population belge.

2 Les conditions d'octroi de l'intervention financière diffèrent en fonction de la mutualité chrétienne d'affiliation. Pour les mutualités flamandes, plus d'informations sur [www.cm.be/diensten-en-voordelen/ziekte-en-behandeling/terugbetalen-behandelingen/geestelijke-gezondheid/psychologische-zorg](http://www.cm.be/diensten-en-voordelen/ziekte-en-behandeling/terugbetalen-behandelingen/geestelijke-gezondheid/psychologische-zorg). Pour les mutualités francophones ou germanophones, plus d'informations sur [www.mc.be/mes-avantages/soins-au-quotidien/psy](http://www.mc.be/mes-avantages/soins-au-quotidien/psy).

Les données d'utilisation nous permettent de savoir quel pourcentage de nos membres ont recours à des soins de santé mentale remboursés. La limite de cette approche est la suivante : nous ne possédons pas d'enregistrement des soins de santé mentale non remboursés, comme certains médicaments tels que les benzodiazépines (médicaments anxiolytiques) mais aussi les soins psychologiques prestés par les psychologues dans le cadre privé – hors de la nouvelle convention soins psychologiques – pour lesquels les membres n'ont pas recours à l'intervention de l'AC de la MC (on parle de « *non-take-up* »). Les personnes qui en bénéficient ne sont donc pas incluses dans l'analyse.

En ce qui concerne la délivrance de médicaments, il existe également des limites aux données d'utilisation : elles sont basées sur la délivrance de médicaments psychotropes (facturés par boîte complète dans les pharmacies ou à l'unité dans les maisons de repos) sur base d'une prescription d'un médecin, mais il n'est pas possible de savoir si les médicaments ont effectivement été consommés par les patient-es.

## 3.2. Le recours aux soins de santé mentale

### 3.2.1. Utilisation de l'ensemble des soins

Entre 2010 et 2022, on observe une augmentation du recours aux soins de santé mentale remboursés (AO et AC) : le pourcentage de membres de la MC qui ont recours aux soins de santé mentale passe ainsi de 12% en 2010 à plus de 15% en 2022 (voir Figure 6). Parmi les différents types de soins, on observe que le pourcentage de membres étant hospitalisés, séjournant en MSP/IHP et ayant recours aux soins urgents reste stable. Le pourcentage de membres à avoir recours aux médicaments (antidépresseurs et antipsychotiques) et qui n'ont pas eu au cours de la même année de suivi par un psychologue ou un psychiatre (« sans suivi en ambulatoire »), augmente quant à lui légèrement. L'augmentation la plus notable est en revanche celle du recours aux soins ambulatoires : on passe de 2,6% des membres de la MC à y avoir recours en 2010 (respectivement 1,5% en combinaison avec un recours aux médicaments et 1,1% sans aucun autre type de soins de santé mentale), à 5,6% des membres de la MC en 2022 (respectivement 2,4% et 3,2%). C'est donc principalement en raison de l'augmentation du recours aux soins ambulatoires que le recours aux soins de santé mentale s'accroît.

Cette augmentation est directement liée à l'évolution du remboursement des soins ambulatoires. En effet, les soins

psychologiques (prestés par un psychologue ou orthopédagogue) sont désormais remboursés dans le cadre de l'AO, et ce depuis 2019, dans le cadre de « la convention soins psychologiques ». Dès 2017, pour palier le fait qu'il n'existait alors aucun remboursement des soins psychologiques, la MC a également entrepris d'uniformiser l'avantage psychologie offert par les différentes mutualités chrétiennes du pays et d'investir dans le remboursement des soins psychologiques (les interventions sont désormais harmonisées, aussi bien en Flandre qu'en Wallonie).

Rappelons que les données que nous analysons ici sont des chiffres d'utilisation des soins, qui ne permettent pas de faire l'état des besoins mais sont davantage le miroir de l'offre et de l'évolution du remboursement. L'offre actuellement en place ne permet pas de répondre totalement aux besoins et c'est parce que l'offre de soins ambulatoires remboursés s'accroît que le recours s'accroît, mais dans une mesure qui est encore inférieure aux besoins, comme cela a particulièrement bien été démontré lors de l'analyse des besoins non-rencontrés au point 2.2. de cette étude.

La figure 6 nous montre également quels sont, parmi les soins de santé mentale, les soins utilisés par le plus grand nombre. On observe qu'il s'agit des médicaments (antidépresseurs et antipsychotiques) : en 2022, 12% des membres de la MC y ont recours. Il est particulièrement frappant de remarquer que le recours à ces médicaments se fait le plus souvent (dans 75% des cas) sans aucun autre type de suivi en santé mentale – qu'il s'agisse d'un suivi en ambulatoire ou de tout autre type de soins de santé mentale remboursés.

Arrêtons-nous sur la prise en charge médicamenteuse sans suivi ambulatoire psychologique qui est loin d'être anodine. En effet, dans une étude sur l'efficacité de la psychothérapie dans le traitement de la dépression, seule ou en combinaison avec les antidépresseurs, le KCE révèle que les médicaments antidépresseurs ne devraient de préférence pas être prescrits seuls, étant donné qu'ils sont moins efficaces à long terme que leur combinaison avec une psychothérapie (Karyotaki, et al., 2014). Cette étude précise que face à la dépression, l'option à privilégier est la psychothérapie combinée aux médicaments antidépresseurs, mais que si les patient-es ne souhaitent pas cette approche, c'est la psychothérapie qui doit être proposée en premier choix. Lors de sa rédaction en 2014, les auteurs insistaient également sur le fait qu'en Belgique, les patient-es n'avaient pas une liberté totale face à ce choix puisque si les antidépresseurs sont relativement faciles d'accès et remboursés, les psychothérapies n'étaient

(partiellement) remboursées que lorsqu'elles étaient pratiquées par un psychiatre.

Il convient toutefois de préciser que l'utilisation des soins de santé mentale est très différente en fonction des **groupes d'âge**, du **sexe** et du **statut bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM)**. En effet, on observe que la grande majorité des enfants (moins de 18 ans) ont uniquement recours aux soins de type ambulatoires, c'est-à-dire aux psychothérapies prestées par les psychiatres ou psychologues (voir Figure 7). Au sein de ce groupe d'âge, on note des différences en fonction du sexe – les garçons ont légèrement plus recours aux soins que les filles – et en fonction de la situation économique – les enfants ayant le statut BIM ont davantage recours aux médicaments psychotropes et aux soins lourds (hospitalisations, urgences, etc.).

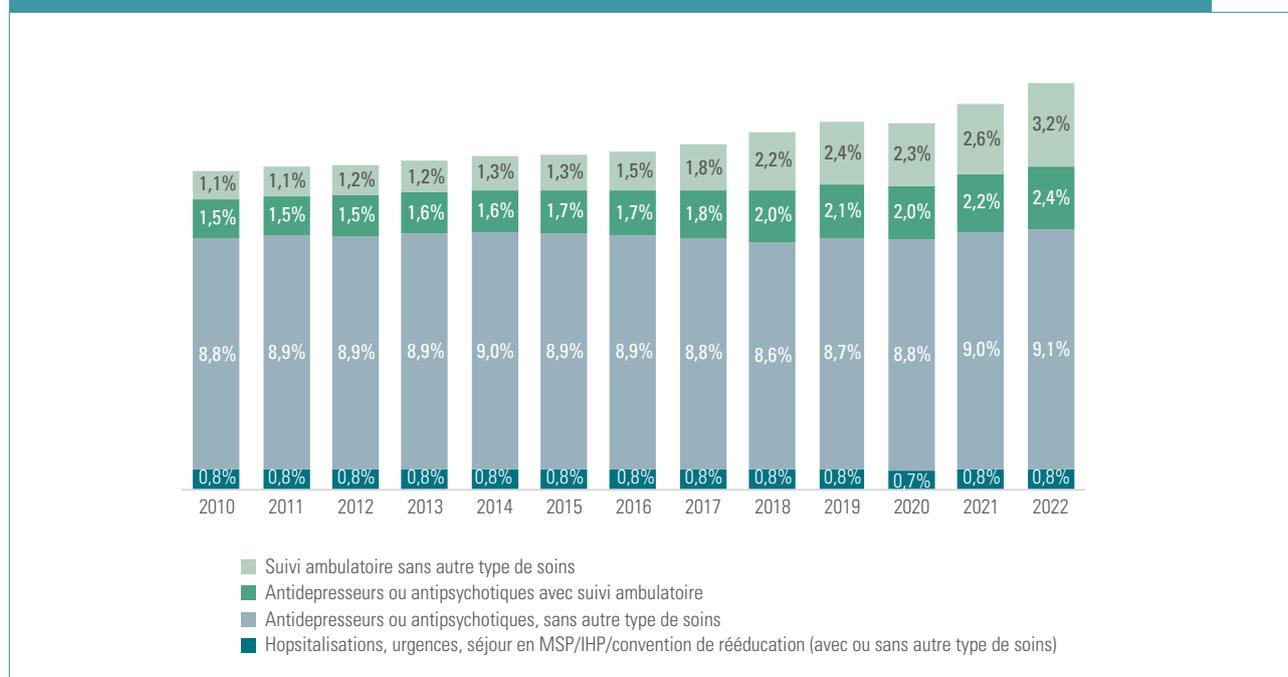
On observe également que le recours à la psychothérapie seule diminue avec l'âge et qu'au contraire, la prescription d'antidépresseurs ou d'antipsychotiques seuls augmente avec l'âge. Ainsi, si c'est dans le groupe des plus de 65 ans que le recours aux soins de santé mentale est le plus fréquent (en 2022, près de 21% des membres de la MC de plus de 65 ans y ont recours), c'est principalement en raison

du haut recours aux antidépresseurs dans ce groupe<sup>3</sup>. Les différences d'utilisation en fonction du sexe et du statut BIM sont également criantes. Tout d'abord, l'usage des antidépresseurs est beaucoup plus courant chez les femmes, et particulièrement lorsque l'âge avance, mais également lorsqu'elles sont BIM. En 2022, plus d'une femme sur quatre de plus de 65 ans ayant de faibles revenus a ainsi recours aux médicaments sans autre forme de suivi en santé mentale (soit 28% d'entre elles, voir Figure 7).

On voit également que le recours aux soins ambulatoires est plus courant chez les femmes, avec un pourcentage important de femmes d'entre 18 et 29 ans à avoir recours aux soins ambulatoires en 2022 (9% chez les non-BIM et 11% chez les BIM, dont 6% sans médicaments et 5% avec médicaments). Dans ce groupe d'âge, on observe aussi que près de deux fois plus de femmes que d'hommes ont recours aux antidépresseurs et/ou aux antipsychotiques.

Le pourcentage d'utilisateurs de soins ambulatoires est également élevé chez les BIM de 30 à 54 ans (autant chez les hommes que chez les femmes) et se fait le plus souvent en combinaison avec une prescription de médicaments. On observe également que les BIM ont davantage recours

Figure 6 : Évolution du pourcentage de membres de la MC bénéficiant d'un remboursement de soins de santé mentale entre 2010 et 2022 (Source : Données de la MC, juillet 2023)



3 Il est toutefois nécessaire de préciser que des études démontrent que les antidépresseurs sont aussi utilisés « off-label » (hors de leurs indications ou pour d'autres indications), particulièrement chez les personnes âgées (Gers, Petrovic, Perkisas, & Vandewoude, 2018). L'utilisation des antidépresseurs et des antipsychotiques a également fait l'objet d'une étude de la MC qui montre des différences interpellantes entre le niveau de médication en maison de repos et hors des maisons de repos pour des niveaux de dépendance similaires (Noirhomme & Lambert, 2020).

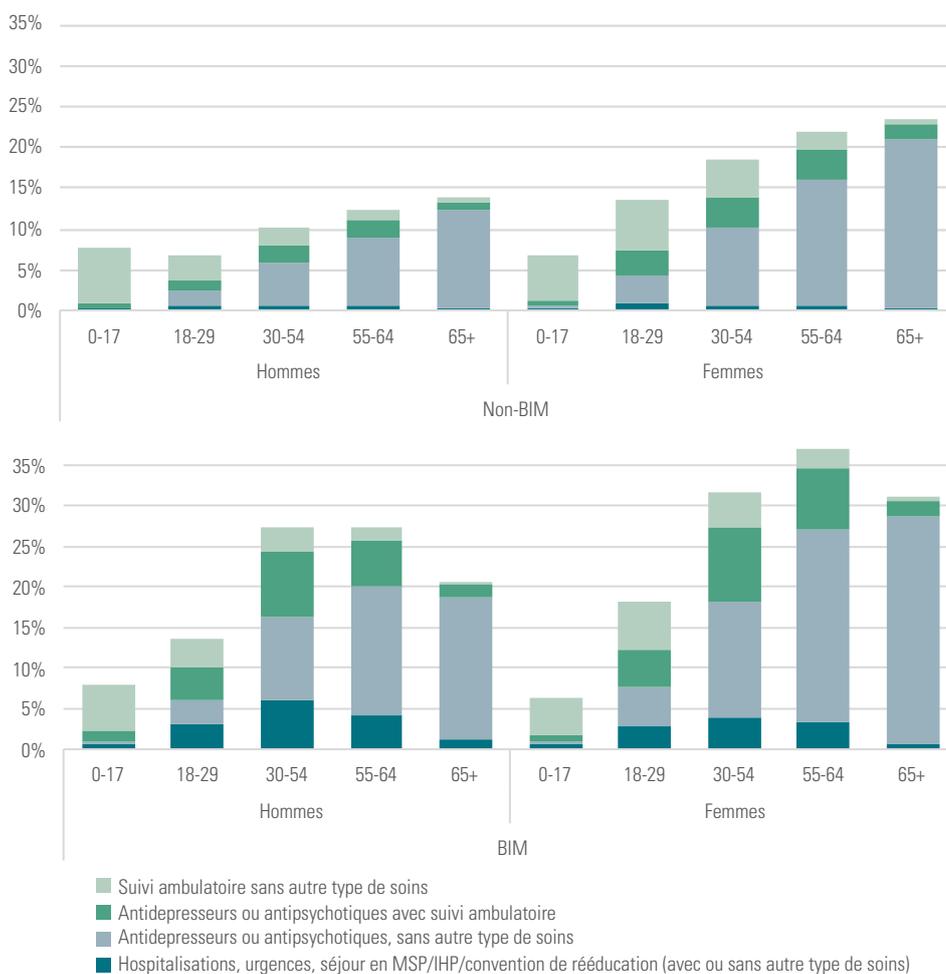
aux soins lourds (hospitalisations, urgences, etc.), dans toutes les catégories d'âge et pour les deux sexes, mais de façon particulièrement marquée chez les hommes de 30 à 54 ans.

Les chiffres d'utilisation de l'ensemble des membres de la MC (voir Figure 6) cachent donc deux réalités qu'il est nécessaire de mettre en avant. Tout d'abord, l'évolution qu'on observe en matière de recours aux soins ambulatoires est plus importante dans les groupes des 0-17 et des 18-29 ans, et principalement chez les femmes : alors qu'en 2010, 13% des utilisateur-rices de soins ambulatoires étaient des femmes de moins de 30 ans – avec ou sans utilisation de médicaments – elles représentent aujourd'hui 21% des utilisateur-rices (2022).

Derrière l'augmentation de l'utilisation des soins de santé mentale ambulatoire dans l'ensemble de la population se cache donc l'augmentation de l'utilisation chez les femmes de moins de 30 ans.

Ensuite, les personnes à qui l'on prescrit des médicaments psychotropes – avec ou sans suivi ambulatoire – sont essentiellement des personnes appartenant au groupe le plus âgé (en 2022, 48% des utilisateur-rices d'antidépresseurs et/ou d'antipsychotiques ont plus de 65 ans) et plus spécifiquement des femmes (33% de l'ensemble des utilisateur-rices sont des femmes de plus de 65 ans). Il est interpellant de constater que pour de nombreux-ses usager-es des soins de santé mentale, les médicaments constituent la seule réponse à leurs besoins en santé. C'est le cas de 87% des personnes ayant plus de 65 ans. Ce chiffre est également haut pour les autres groupes : 68% pour les 55-64 ans, 49% pour des 30-54 ans et 26% des 18-29 ans.

**Figure 7 : Pourcentage de membres de la MC bénéficiant d'un remboursement de soins de santé mentale en 2022 en fonction de l'âge, du sexe et du statut BIM**  
(Source : Données de la MC, juillet 2023)



### 3.2.2. Utilisation des soins ambulatoires

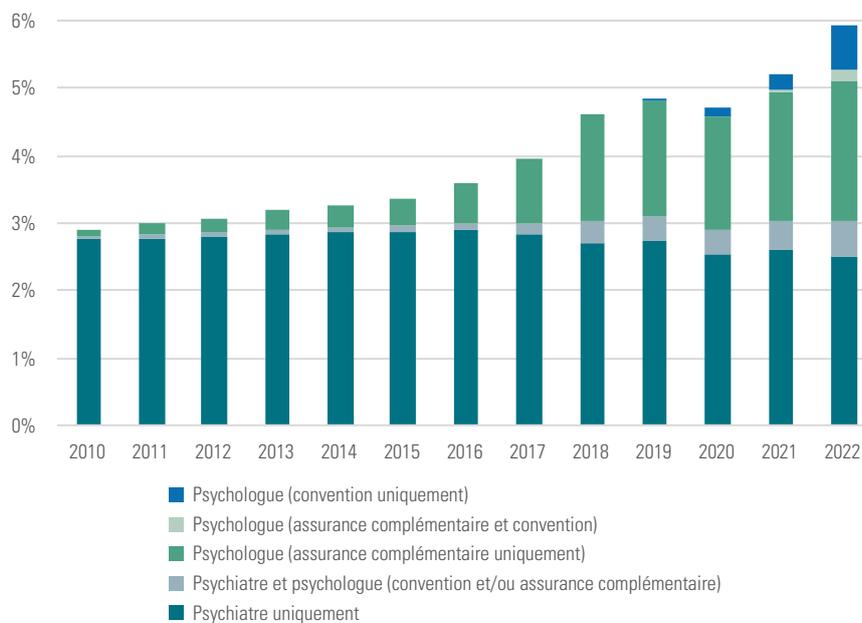
Nous avons jusqu'à présent parlé du « suivi ambulatoire », qui recouvre une série de prestations (et de prestataires) distinctes, et une offre en évolution. Afin de simplifier l'analyse, nous retiendrons par la suite trois types de soins ambulatoires remboursés, qui représentent 93% du volume de prestations de soins de santé mentale ambulatoires<sup>4</sup> : les soins prodigués par le psychiatre (consultations, séances de psychothérapie et autres prestations qui se rapportent au suivi en ambulatoire des patient-es), les soins psychologiques remboursés par l'AC de la MC et les soins psychologiques remboursés par l'AO dans le cadre de la nouvelle convention soins psychologiques.

En regardant l'évolution du recours à ces types de soins (voir Figure 8), on peut faire trois observations principales.

Premièrement, le **recours aux soins du psychiatre n'évolue pas** avec le temps. Si le recours est stable, ce n'est pas en raison de l'absence d'évolution des besoins en santé mentale ou de la demande, mais parce que l'offre des psychiatres est saturée, comme nous le verrons plus en détail au point 3.2.3.

Deuxièmement, progressivement et principalement à partir de 2018, on observe **une évolution dans le recours à l'avantage psychologie de l'AC de la MC**. Ainsi, en 2022, plus de 2,6% des membres de la MC ont recours à cet avantage. Il est ici nécessaire de préciser que cette évolution ne nous permet pas d'évaluer si le recours aux soins psychologiques augmente, puisqu'il est possible d'y avoir recours sans qu'ils soient remboursés par l'assurance complémentaire de la MC, mais bien de mesurer que l'accessibilité financière de ces soins augmente. Sans cet avantage et en l'absence d'un remboursement via l'assurance obligatoire soins de santé, les membres devraient en effet assumer la totalité du coût des soins. Toutefois, le remboursement proposé par la MC reste limité et les coûts à charge des patient-es importants : après remboursement, les patient-es déboursent en moyenne 42,70 euros par consultation au cabinet privé du psychologue et 35,70 euros pour les BIM (Noirhomme, 2022, p. 44). Le recours à cet avantage démontre donc que le besoin existe et qu'il est nécessaire de mettre en place des mécanismes de remboursement structurels, l'assurance complémentaire des mutuelles pouvant être considérée comme une « antichambre » de l'assurance obligatoire, permettant d'assurer une couverture temporaire mais nécessaire de soins

Figure 8 : Evolution du pourcentage de membres de la MC bénéficiant d'un remboursement pour des consultations psychiatriques/psychologiques en ambulatoire entre 2010 et 2022 (Source : Données de la MC, juillet 2023)



4 Les suivis psychologiques effectués par les équipes mobiles, dans le cadre des conventions de revalidation ambulatoire (CRA) et des projets de soutien aux personnes âgées ayant des besoins complexes de soins et d'aide, qui avaient été inclus dans l'analyse globale pour déterminer le pourcentage de membres de la MC bénéficiant de soins de santé mentale et qui peuvent être considérés comme des soins ambulatoires ne sont pas repris ici et constituent les 7% restants.

non pris en compte par l'AO avant leur intégration dans cette dernière. Le système des soins de santé et la couverture de l'AO devraient en effet être basés sur les besoins de la population et non pas sur la disponibilité de l'offre. Plus la mutualisation est grande, et plus ce système sera accessible.

Troisièmement, on observe, avec l'apparition de la nouvelle convention soins psychologiques, **le recours croissant aux soins psychologiques remboursés par l'AO** : si les soins psychologiques de première ligne commencent à être remboursés à partir de 2019 sous certaines conditions, c'est surtout à partir de 2022 qu'on voit un recours notable aux soins psychologiques, remboursés plus largement. En 2022, près de 1% des membres de la MC y ont eu recours et le nombre de patient-es pris-es en charge augmente de façon exponentielle.

### 3.3. L'offre ambulatoire

#### 3.3.1. Disponibilité des prestataires

Le nombre de psychiatres<sup>5</sup> en activité est un reflet de l'accessibilité des soins de santé mentale – et plus précisément de la disponibilité<sup>6</sup>. Or, on observe que ce nombre n'évolue que très peu ces dernières années : on passe de 1.890 psychiatres avec une pratique attestée en 2013 à 2.011 psychiatres en 2021, soit un accroissement annuel moyen de 0,69%, plus faible que celui de l'ensemble des médecins qui est de 1,56% (INAMI, 2021). Cela signifie qu'en Belgique, il y a 0,17 psychiatre par 1.000 habitant-es. Cette densité est stable depuis 2000 et est inférieure à celle de la moyenne européenne (0,19 / 1.000) (Devos, et al., 2019).

Il n'existe pas de données qui permettent d'évaluer la longueur des temps d'attentes pour avoir accès aux soins au niveau national en ce qui concerne les psychiatres. Toutefois, en Flandre, les SSM dépendant des autorités flamandes (Services de Santé Mentale ou Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg) enregistrent les délais d'attente. Il s'agit de services qui travaillent en équipes pluridisciplinaires réunissant psychiatres, psychologues et travailleurs sociaux. Grâce à cet enregistrement, on peut

observer que près de la moitié des patient-es doivent attendre un mois ou plus pour avoir un premier rendez-vous dans un service de santé mentale en ambulatoire (44% en 2017), un pourcentage qui a augmenté avec le temps (30% en 2009) (Devos, et al., 2019).

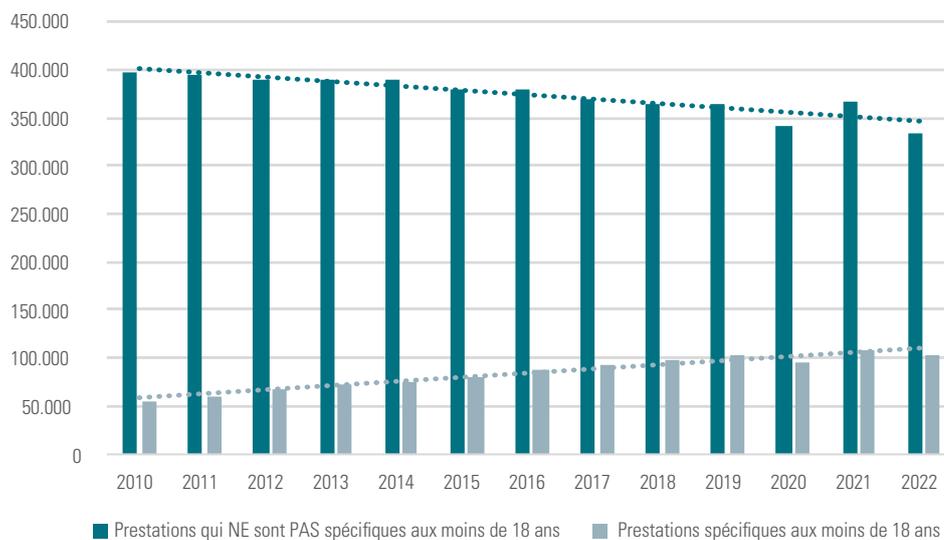
En outre, une récente étude menée dans le cadre des Etats-Généraux des soins de Santé Mentale (*Staten-Generaal van de Geestelijke Gezondheidszorg – SGGG*) sur les listes d'attentes en Flandre dans le secteur de la santé mentale met en avant que les délais d'attente et les gels d'inscriptions sont également courants pour les psychiatres qui exercent dans des cabinets privés. Ainsi, plus de la moitié des psychiatres participant-es (61%) n'acceptent actuellement plus de nouveaux-elles patient-es et pour près de la moitié (43%) le temps d'attente est d'au moins un an et demi. La situation est moins catastrophique pour les autres prestataires et environ la moitié des psychologues (49%), des orthopédagogues (51%) et des psychothérapeutes (58%) peuvent être rencontrés dans un délai d'un mois. Toutefois, le facteur coût joue ici un rôle important : pour de nombreuses personnes, suivre une psychothérapie par un thérapeute privé n'est pas envisageable. En outre, la situation s'avère plus grave pour le groupe cible des enfants et des adolescents, avec une moins grande proportion de prestataires à avoir des temps d'attentes inférieurs à un mois que chez les prestataires qui prodiguent des soins aux adultes (Rens & Van den Broeck, 2021).

Le fait que l'utilisation des soins prodigués par les psychiatres en ambulatoire n'évolue pas n'est donc en rien lié aux besoins en santé mentale – qui augmentent à l'échelle de la population, comme en démontrent les listes d'attentes importantes – mais est bien le simple reflet de la saturation de l'offre en médecins psychiatres. Pour pallier cette saturation, Rens & Van den Broeck concluent notamment à l'importance d'étendre les remboursements de la psychothérapie (Rens & Van den Broeck, 2021). Dès ses prémisses en 2019, la convention soins psychologiques s'inscrit ainsi dans cette volonté de renforcement de l'offre de soins de santé mentale ambulatoire pour prendre en charge les patient-es avec des problèmes de santé mentale légers à modérément graves et permettre aux psychiatres de se focaliser sur les patient-es avec des maladies et des troubles de santé mentale complexes et graves.

5 Par psychiatres, on entend des médecins qui ont fait une spécialisation en psychiatrie ; ils peuvent également avoir une formation complémentaire dans une sous-spécialité de la psychiatrie (par exemple en pédopsychiatrie). Les neuropsychiatres et les neurologues ne sont pas inclus.

6 L'accessibilité des soins de santé se décline en quatre dimensions : la sensibilité, l'acceptabilité, l'accessibilité financière et la disponibilité (Cès, 2021).

**Figure 9 : Evolution de la somme des heures de travail des psychiatres pour les soins psychiatriques ambulatoires spécifiques ou non aux moins de 18 ans, pour les membres de la MC, entre 2010 et 2022 (approximation<sup>7</sup> réalisée à partir des données de la MC, juillet 2023)**



En outre, lorsque l'on s'intéresse de plus près à l'activité des psychiatres à l'aide des données de la MC, on observe qu'il n'y a qu'un tiers des psychiatres qui ne prestent presque exclusivement en ambulatoire<sup>8</sup>. Chez les psychiatres qui prestent beaucoup en ambulatoire (plus de 500 actes en ambulatoire par an pour les membres MC), la majeure partie des prestations facturées concerne tout de même la surveillance des bénéficiaires hospitalisés. Si on extrapole les données de la MC à l'ensemble de la population belge (les membres de la MC représentent 40% de la population), on peut estimer qu'en moyenne, les psychiatres qui prestent beaucoup en ambulatoire prestent six prestations qui concernent le suivi ambulatoire par jour. Or, il s'agit principalement de psychothérapies, qui sont des prestations qui demandent au minimum 45 minutes de disponibilité avec le ou la patient-e. Si on y ajoute le suivi des bénéficiaires hospitalisé-es, il ne reste pas beaucoup de temps sur une journée.

En analysant l'évolution de l'occupation des psychiatres en ambulatoire (consultations, psychothérapies, évaluations, concertations entre professionnels, etc.), nous observons également que de plus en plus de temps est consacré aux traitements psychothérapeutiques des enfants, impliquant

une baisse du volume d'heures total consacré par les psychiatres aux adultes (voir Figure 9). Le manque de temps disponible pour le traitement des adultes est donc une explication supplémentaire à la saturation de l'offre psychiatrique ambulatoire.

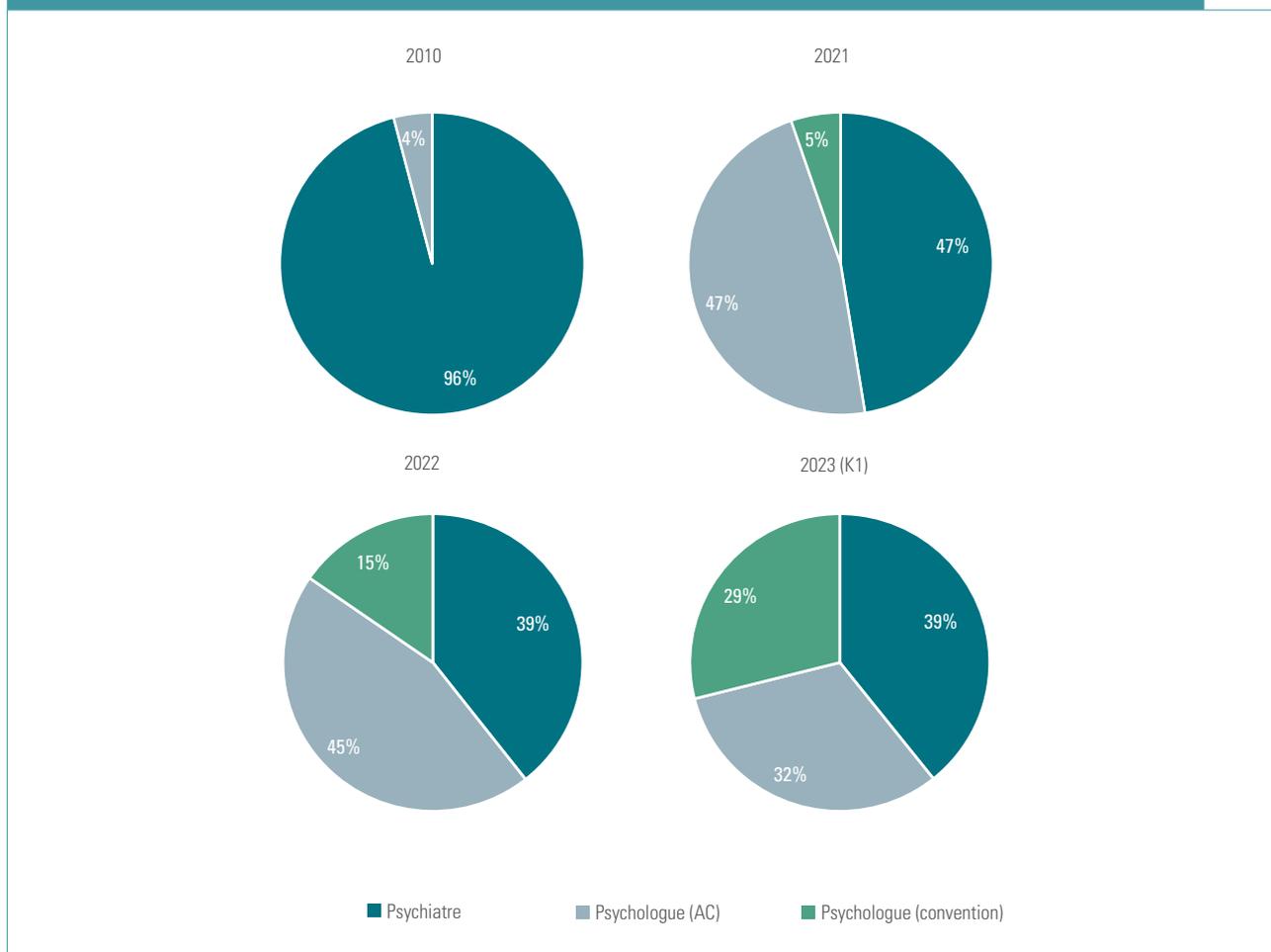
### 3.3.2. Part de chaque type de soins

En 2010, les soins de santé mentale ambulatoires remboursés étaient presque exclusivement des soins dispensés par le psychiatre (voir Figure 10). Au fur et à mesure, les soins dispensés par les psychologues et les orthopédagogues occupent une part de plus en plus grande du paysage de soins ambulatoires remboursés aux membres de la MC, en raison de l'investissement réalisé par la MC en la matière et de la création de la convention soins psychologiques. Ainsi, en 2021, les soins psychologiques remboursés par l'AC aux membres de la MC et les soins ambulatoires prestés par le psychiatre représentent respectivement 47% du volume total des prestations et les prestations prestées dans le cadre de la convention 5%. En 2022, on observe principalement une évolution en ce qui concerne la convention soins psychologiques : les prestations représentent 15% du volume total.

<sup>7</sup> Pour réaliser cette approximation, nous nous basons sur la durée légale des prestations (par exemple, 45 minutes pour une séance de psychothérapie) et nous considérons qu'une consultation classique dure en moyenne 15 minutes.

<sup>8</sup> Pour considérer qu'il preste presque exclusivement en ambulatoire, nous considérons qu'un psychiatre doit réaliser moins de 200 actes en hospitalier et plus de 200 en actes en ambulatoire par an pour les membres de la MC.

Figure 10 : Répartition des prestations remboursées en matière de santé mentale en ambulatoire  
(Source : Données de la MC, juillet 2023)



Il est difficile de faire une projection de l'utilisation de la convention soins psychologiques en 2023 étant donné la croissance exponentielle de l'utilisation en 2022. Cependant on voit déjà qu'au premier trimestre de 2023, les prestations remboursées dans le cadre de la convention représentent 29% des prestations facturées.

## 4. Focus sur la convention soins psychologiques

### 4.1. Fonctionnement de la convention

La nouvelle « convention soins psychologiques » est une convention qui a été proposée en concertation avec l'INA-

MI, le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, et l'ensemble du secteur des soins de santé mentale et approuvée par le Comité de l'assurance de l'INAMI le 26 juillet 2021. Le point de départ était le protocole d'accord du 2 décembre 2020 sur une « approche coordonnée visant à renforcer l'offre de soins psychiques, en particulier pour les groupes cibles vulnérables les plus touchés par la pandémie de COVID-19 » qui a été approuvé par tous les ministres compétents en matière de santé publique (INAMI, 2022). Il s'agit d'une nouvelle étape dans les réformes des soins de santé mentale, à savoir la poursuite du développement de l'offre de soins de santé mentale à proximité du milieu de vie du citoyen et en coopération avec les acteur·rices de la première ligne (INAMI & SPF Santé, 2021). Nous nous arrêtons ci-dessous sur quatre principes de la convention : le *quadruple aim*, la planification territoriale, la distinction entre les soins de première ligne et les soins spécialisés et l'*outreach* et les lieux de rencontre.

#### 4.1.1. Quadruple aim

La convention se base sur le principe du *quadruple aim* : (1) l'expérience des patient-es, soit la meilleure qualité de soins possible pour chaque patient-e, (2) la santé de la population, soit la maximisation de la contribution à la santé de l'ensemble de la population, (3) la réduction des coûts, centré sur la communauté (pas seulement individuels), (4) le bien-être de l'équipe de soins, en prenant compte des conditions de travail des soignant-es/assistant-es.

L'objectif est donc de fournir des soins accessibles, au niveau local et proche du citoyen, qui sont adaptés à la situation personnelle, aux besoins et aux possibilités des patient-es et de leur environnement (soins adaptés), qui font partie de soins primaires plus larges dans le cadre d'un système de soins primaires multidisciplinaires intégrés. L'idée est donc de promouvoir une approche intégrée, globale, locale, accessible et multidisciplinaire pour connaître les ressources disponibles localement dans différents secteurs/domaines, considérer les partenaires à parts égales, améliorer la continuité des soins, favoriser la concertation et la coordination tout en tenant compte des réalités administratives et géographiques des régions et des communautés (INAMI & SPF Santé, 2021).

L'approche de santé publique s'attache à l'ensemble de la population et les patient-es sont vu-es dans leur contexte socio-économique. Elle se concentre davantage sur la prévention primaire que sur le traitement (Thornicroft & Tansella, 2009). Sur la base des connaissances scientifiques, de la faisabilité pratique et de la demande de soins du bénéficiaire et de son contexte, l'objectif de la convention est ainsi de s'efforcer à développer des types d'intervention qui ont un effet maximal sur la population tels que les interventions qui ont directement lieu au sein de la communauté, une offre de groupe, avec un focus prioritaire sur les enfants et les adolescents et d'intervention et de détection précoce.

#### 4.1.2. Planification territoriale

L'offre est financée et planifiée de façon territoriale. Ainsi, dans une logique de *population-based management*, le territoire belge est divisé en 32 réseaux – 11 réseaux « enfants et adolescents » et 21 réseaux « adultes/personnes âgées »<sup>9</sup> – et chaque réseau dispose d'un budget maximal déterminé spécifiquement. Le budget est déterminé par le

nombre d'habitant-es, l'âge de l'apparition et la prévalence des problèmes de santé mentale, ainsi que la situation socio-économique (INAMI & SPF Santé, 2021).

Il s'agit d'une nouveauté à l'échelle belge : les soins sont organisés au niveau local, dans les limites d'une enveloppe fermée, au contraire des autres types de soins remboursés. En effet, prenons pour exemple les dentistes : lorsque ces derniers sont diplômés, ils obtiennent leur numéro INAMI et peuvent décider de s'implanter où ils le désirent et de se conventionner ou non (c'est-à-dire d'appliquer les tarifs de la convention du secteur des dentistes avec l'INAMI ou non). S'ils décident de ne pas se conventionner, leurs soins seront tout de même remboursés par l'assurance obligatoire (au tarif couvert par l'AO s'ajouteront toutefois les éventuels suppléments que le prestataire pourra facturer et qui seront à charge du patient). Au contraire, dans la nouvelle convention soins psychologiques, ce sont les réseaux qui conventionnent les prestataires en fonction des besoins locaux.

L'implémentation de la convention se fait donc à un niveau plus local car celle-ci prévoit (article 11) que les réseaux enfants/adolescents et adultes/personnes âgées concluront conjointement une convention au niveau de la province avec les partenariats locaux dans laquelle seront conclus des accords sur la répartition des ressources disponibles sur la base de la stratification des risques de la population afin de parvenir à une répartition équilibrée de la capacité disponible pour les soins psychologiques de première ligne et spécialisés dans la zone d'activité du réseau. Nous pouvons donc nous attendre à ce que chaque réseau mette en place des stratégies différentes d'implémentation de la convention en fonction des spécificités locales, par exemple en matière de besoins en santé mentale et d'offre de soins.

#### 4.1.3. Offre de première ligne et soins spécialisés

La convention a pour but de prendre en charge des personnes avec des problèmes psychiques de légers à modérés via les soins psychologiques de première ligne – qui représenteraient 52% des problèmes de santé mentale chez la population adulte en Belgique – et les problèmes modérés à modérément sévères via la fonction de soins psychologiques spécialisés – qui représenteraient 27% des problèmes de santé mentale. Les 21% restants – les maladies et les troubles de santé mentale complexes et

9 Les cartes des réseaux sont disponibles sur le site de l'INAMI : <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/sante-mentale/Pages/soins-psychologiques-1religne-specialises-rembourses-via-reseaux-sante-mentale.aspx>.

graves, n'ont pas pour objectif d'être couverts par la nouvelle convention mais par les autres fonctions spécialisées de santé mentale (équipes mobiles, soins psychiatriques ambulants, etc.) (INAMI & SPF Santé, 2021).

Dans le cadre de la convention, la première séance individuelle est gratuite et offre la possibilité de clarifier la situation des patient-es. En fonction de l'intensité des soins dont les patient-es ont besoin, ils ou elles peuvent obtenir une intervention dans la fonction des soins psychologiques de première ligne ou être renvoyé-es vers la fonction de soins psychologiques spécialisés ou encore être orienté-es vers une autre forme d'aide et de soins. Les séances peuvent être organisées individuellement ou en groupe.

#### 4.1.4. [Outreach et lieux de rencontre](#)

La convention vise à abaisser autant que possible le seuil d'accès aux soins psychologiques. L'objectif est d'aller à la rencontre de l'utilisateur et de lui proposer des soins qui correspondent à la réalité de son contexte. Le lieu est donc défini de manière très large. Il peut s'agir du cabinet du professionnel ou de services dédiés spécifiquement aux soins en santé mentale (par exemple l'hôpital psychiatrique, le service de santé mentale, etc.). La convention prévoit également la possibilité de faire de l'*outreaching*, c'est à dire, de réaliser des prestations en dehors des lieux préalablement cités et d'aller directement à la rencontre des usagers. L'*outreaching* peut avoir lieu à l'école, au travail, dans les centres de jeunesse, les centres médicaux, etc. mais aussi au domicile de l'utilisateur si la personne est incapable de se déplacer.

Le terme « lieu de rencontre », quant à lui, désigne un lieu réel ou en ligne où les personnes souffrant de problèmes de santé mentale se réunissent dans un but autre que le soutien psychologique, comme pour une aide matérielle ou sociale, des soins généraux ou des activités de loisirs : ces lieux réduisent donc le seuil. Les besoins psychologiques peuvent y être identifiés et les personnes peuvent être orientées vers des soins psychologiques appropriés. C'est également un lieu qui facilite la coopération intersectorielle et multidisciplinaire avec d'autres prestataires et actrices de soins (de première ligne). Ces lieux peuvent être des CPAS, des services de l'enfance et de la famille, des services de protection de la jeunesse, des PMS, des médecins généralistes, des gériatres, des centres de services locaux, etc. (INAMI, 2022).

## 4.2. Méthodologie

Pour analyser la convention soins psychologiques, nous utiliserons plusieurs sources de données. Les données des rapports concernant les réseaux de santé mentale de l'INAMI nous permettront d'analyser l'évolution de l'offre (nombre de prestataires conventionnés) et l'évolution du recours aux soins (nombre de patient-es inclu-es dans la convention, c'est-à-dire qui ont bénéficié de soins, calculés de façon cumulative). L'évolution du recours aux soins sera également analysée à l'aide des données de la MC, qui permettent de détailler le nombre de patient-es qui ont eu recours aux soins et le volume de prestations facturées par les psychologues et les orthopédagogues en fonction du mois et de l'année de prestation, en remontant dans le temps jusqu'à 2020, soit avant la mouture actuelle de la convention.

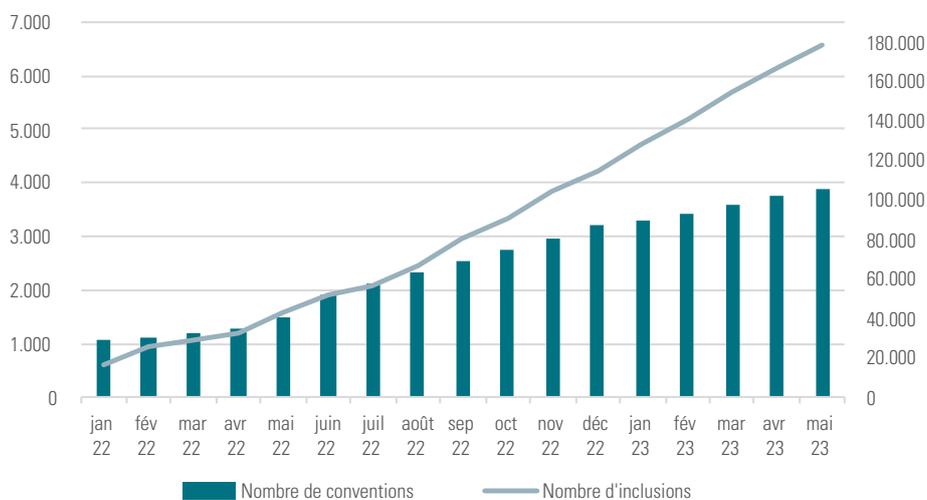
À l'aide de l'enquête BELHEALTH, nous comparerons les patient-es ayant consulté des psychologues non conventionnés à ceux ayant consulté des psychologues conventionnés pour observer la spécificité du public bénéficiant de la convention. Les données de la MC nous permettent également d'aller plus loin dans l'analyse en observant les profils des patient-es qui ont recours à la convention (âge, sexe, statut BIM, région), mais aussi leur utilisation de soins préalable.

Nous analyserons également à l'aide des données de la MC quels types de soins sont davantage utilisés : soins de première ligne ou soins spécialisés, séances individuelles ou de groupe, vidéoconsultations et *outreach*. Nous regarderons aussi quel est le nombre moyen et médian de séances sur une période de 12 mois. Pour évaluer le nombre de séances sur cette période, il est nécessaire de ne retenir que les patient-es qui ont commencé leur suivi il y a plus de 12 mois. Les dernières données disponibles étant celles de juin 2023, on inclut donc uniquement les patient-es qui ont démarré leur suivi entre janvier et juin 2022. Cela concerne 14.516 patient-es dans les réseaux « adultes » et 2.954 patient-es dans les réseaux « enfants et adolescents ».

## 4.3. Évolution de l'offre de première ligne

On observe que le nombre de psychologues et d'orthopédagogues qui participent à la convention soins psychologiques quadruple presque entre janvier 2022 et mai 2023 : on passe de 1.083 prestataires conventionnés à 3.867 (voir Figure 11). Selon les données de l'INAMI, le nombre de patient-es inclu-es dans la convention évolue quant à lui de

**Figure 11 : Evolution du nombre de psychologues/orthopédagogues conventionnés et du nombre de patient-es inclu-es dans le cadre de la convention entre janvier 2022 et mai 2023 (données INAMI, mai 2023)**



façon exponentielle : on passe de 16.316 patient-es inclu-es en janvier 2022 à 178.425 patient-es en mai 2023, soit plus de 10 fois plus.

Les données de la MC permettent également d'observer que davantage de patient-es ont été suivi-es sur les premiers six mois de l'année 2023 par rapport à l'année 2022 complète : parmi les 88.440 patient-es membres de la MC qui ont été suivi-es depuis le début de la mise en place de la convention, 56.565 patient-es ont été suivis entre janvier

et juin 2023, soit déjà davantage que les 44.474 patient-es suivi-es en 2022.

À l'aide des données de la MC, il est aussi possible de regarder la façon dont le volume de prestations augmente. Ce dernier évolue d'abord faiblement jusqu'à décembre 2021. On voit ensuite une augmentation à partir de début 2022 jusqu'au mois d'août et ensuite une intensification à partir de septembre 2022, où on passe la barre des 28.000 prestations facturées pour des membres de la MC (voir

**Figure 12 : Comparaison entre le volume de prestations facturées par mois par les psychologues dans le cadre de la convention et celles facturées par des psychiatres dans le cadre du suivi ambulatoire (Source : Données de la MC, juillet 2023)**

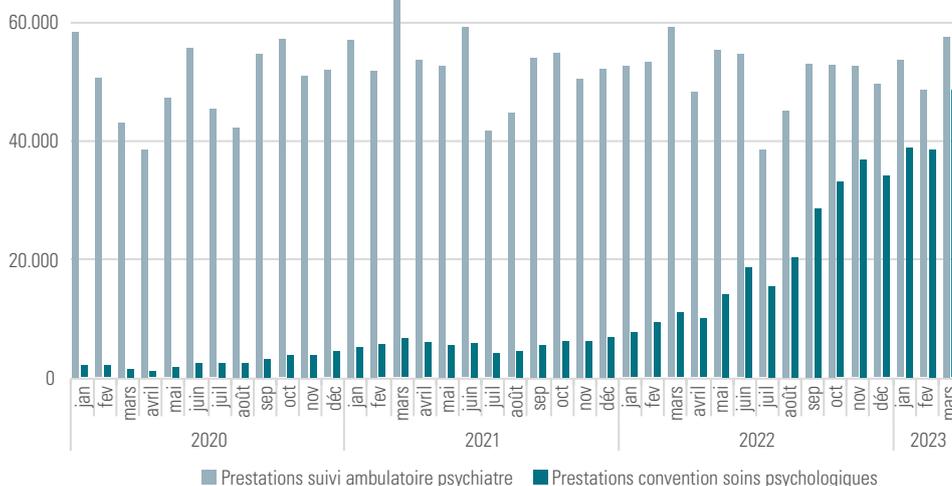


Figure 12). Le volume de prestations prestées en mars 2023 est ainsi six fois supérieur à celui presté en janvier 2022 (on passe de 7.477 à 45.399 prestations). Plus encore, l'évolution du recours aux soins psychologiques augmente jusqu'au point de tendre à rattraper les volumes de consultations prestés par les psychiatres en ambulatoire. En outre, on voit que les prestations de soins psychologiques suivent les fluctuations normales des soins psychiatriques au cours de l'année (davantage de prestations en dehors des périodes de congés scolaires), ce qui explique les différences de volume entre les mois.

## 4.4. Profil des patient-es

### 4.4.1. Profil des patient-es au sein de participant-es à l'étude BELHEALTH

Les données de l'enquête BELHEALTH de Sciensano permettent de voir quelle proportion de répondant-es percevant un besoin d'aide psychologique ont effectivement accédé aux soins (toutes durées et tous prestataires confondus), ainsi que ceux ayant consulté un psychologue non-conventionné sur l'année écoulée, et ceux ayant consulté un **psychologue conventionné** sur l'année écoulée, et ce en fonction de l'âge, du sexe et de la situation financière (voir Tableau 2).

Premièrement, on observe que 59% des personnes ayant un besoin perçu en aide psychologique ont accédé aux soins (toutes durées et tous prestataires confondus). Cette proportion est plus faible chez les 18-29 ans (49%), chez les hommes (56% vs. 60% chez les femmes) et chez les personnes en situation de difficulté financière (54%).

En ce qui concerne le recours aux soins psychologiques, la même proportion de personnes ayant un besoin perçu en aide psychologique ont consulté un psychologue non-conventionné sur l'année écoulée ou un psychologue conventionné, soit 8%. Chez les jeunes, on remarque que la proportion à avoir consulté un psychologue conventionné est légèrement plus élevée que celle qui a consulté un psychologue non-conventionné (8% vs. 6%) ainsi que chez les plus de 65 ans (8% vs. 5%). La proportion d'hommes à avoir consulté un psychologue conventionné est légèrement plus faible (6% vs. 8%). C'est en termes de situation financière qu'on observe la plus grande différence entre les deux groupes : davantage de personnes en situation de difficulté financière ont eu recours aux soins psychologiques dans le cadre de la convention qu'en dehors de celle-ci (8% vs. 3%), ce qui peut indiquer que la nouvelle convention améliore l'accès aux soins psychologiques pour les personnes défavorisées.

**Tableau 2 : Nombre et proportion de répondant-es percevant un besoin d'aide et ayant accédé aux soins (tous prestataires confondus), ayant consulté un psychologue non-conventionné ou un psychologue conventionné sur l'année écoulée, en fonction de l'âge, du sexe et de la situation financière (Source : Enquête BELHEALTH de Sciensano, 2023)**

		Besoin d'aide psychologique perçu	Accès aux soins (tous prestataires et durées confondus)	Recours aux soins psychologiques non-conventionnés depuis moins d'un an	Recours aux soins psychologiques uniquement dans le cadre de la convention
<b>Tou-tes les répondant-es</b>		1.838	1.086 (59%)	140 (8%)	142 (8%)
<b>Âge</b>	18-29 ans	203	100 (49%)	13 (6%)	16 (8%)
	30-54 ans	931	574 (62%)	77 (8%)	73 (8%)
	55-64 ans	421	260 (62%)	36 (9%)	31 (7%)
	65 ans +	283	152 (54%)	14 (5%)	22 (8%)
<b>Sexe</b>	Femmes	1302	784 (60%)	98 (8%)	108 (8%)
	Hommes	536	302 (56%)	42 (8%)	34 (6%)
<b>Situation financière</b>	Arrive facilement à joindre les deux bouts	634	389 (61%)	68 (11%)	47 (7%)
	Arrive à joindre les deux bouts	933	550 (59%)	65 (7%)	74 (8%)
	Difficile de joindre les deux bouts	271	147 (54%)	7 (3%)	21 (8%)

#### 4.4.2. Profil des patient-es au sein des membres de la MC

Depuis le début de sa mise en place en 2019, 88.440 membres de la MC ont eu recours aux soins psychologiques dans le cadre de la nouvelle convention, soit 1,9% de l'ensemble des membres de la MC. Lorsqu'on analyse ces chiffres selon le sexe, l'âge, le droit ou non au statut BIM et la région, on observe de légères différences entre les groupes. Ainsi, c'est dans les groupes pour lesquels nous avons précédemment identifié de plus grands besoins en soins que l'utilisation est la plus élevée : au sein de l'ensemble des membres de la MC, on observe qu'il y a plus d'utilisatrices (2,5%) que d'utilisateurs (1,4%), que davantage de BIM ont recours aux soins (2,5%) et que le groupe d'âge dans lequel la proportion d'utilisateur-rices est la plus grande est celui des 18-29 ans (3,2%, contre 2,7% d'utilisateur-rices chez les 30-54 ans et 2,1% chez les 0-17 ans), voir tableau 3. On voit donc une convergence entre les données d'utilisation de la MC et les résultats de l'enquête BELHEALTH de Sciensano.

##### *En fonction du statut « bénéficiaire de l'intervention majorée »*

L'objectif de la convention est que l'offre de soins psychologiques soit largement accessible, avec une attention particulière pour les groupes cibles vulnérables (INAMI, 2023). Les données de la MC confirment que cet objectif est rempli : 20% des utilisateur-rices de la convention sont BIM, ce qui est une proportion plus grande que dans l'en-

semble de la population MC (15%). Il reste toutefois une marge d'amélioration, étant donné que les freins que ces groupes cibles rencontrent pour atteindre les services sont plus grands dans toutes les dimensions de l'accessibilité (voir Noirhomme, 2022).

À titre de comparaison, en 2022, seuls 12% des membres de la MC à avoir recours à l'avantage psychologie (remboursement par l'assurance complémentaire de la MC des soins psychologiques) sont BIM. Cela peut notamment s'expliquer par le fait que malgré l'intervention de la MC (jusqu'à 15,20 euros en moyenne par séance), la contribution reste très élevée pour les patient-es, avec en moyenne 42,70 euros (patient-es non-BIM) ou 35,70 euros (patient-es BIM) à charge des patient-es pour une séance en 2021 (Noirhomme, 2022). Dans le cadre de la nouvelle convention, les interventions à charge des patient-es sont limitées à 11 euros, avec une majoration à 4 euros pour les patient-es BIM et à 2,50 euros pour les séances de groupe, ce qui améliore nettement l'accessibilité financière des soins psychologiques. Toutefois, on peut se demander si l'accessibilité ne serait pas encore meilleure pour les patient-es BIM s'il n'y avait pas de ticket modérateur ou s'il était davantage abaissé. Selon le rapport du KCE qui balisait le modèle de remboursement des soins psychologiques, « les acteurs de terrain sont unanimement d'accord pour dire que les sommes à payer par les patient-es ne doivent pas être un obstacle à leur prise en charge, mais que par ailleurs, la participation financière est un principe général de toute thérapie, qui contribue à la motivation des

**Tableau 3 : Pourcentage de membres de la MC à avoir eu recours aux soins psychologiques depuis le lancement de la convention, en fonction du sexe, du statut BIM, de la région et de l'âge (Source : Données de la MC, juillet 2023)**

		% de membres de la MC à avoir recours aux soins	Nombre d'utilisateur-rices
<b>Ensemble des membres</b>		1,9%	88.440
<b>Sexe</b>	Femmes	2,5%	57.885
	Hommes	1,4%	30.555
<b>Statut</b>	BIM	2,5%	17.428
	Non-BIM	1,8%	71.012
<b>Région</b>	Flandre	1,9%	64.292
	Wallonie	2,2%	20.669
	Bruxelles	2,1%	3.479
<b>Âge</b>	0-17 ans	2,1%	16.889
	18-29 ans	3,2%	19.597
	30-54 ans	2,7%	38.283
	55-64 ans	1,4%	8.733
	Plus de 65 ans	0,5%	4.938

patients » (Kohn, et al., 2016, p. 33). Le rapport propose toutefois des tickets modérateurs davantage limités que ceux en application aujourd’hui : 6 euros par séance / 1,50 euro pour les BIM pour les soins psychologiques de première ligne et 12 euros par séance / 3 euros pour les BIM pour les soins psychologiques spécialisés (en analogie avec les tarifs appliqués pour les consultations chez les médecins généralistes et les psychiatres).

En revanche, en ce qui concerne les soins qui sont davantage accessibles financièrement parce qu’ils sont remboursés par l’assurance obligatoire soins de santé, tels que les antidépresseurs et les consultations ou psychothérapies avec un psychiatre, on dénombre une proportion plus grande de BIM (en 2022, 27% des utilisateur-rices d’antidépresseurs et 30% des patient-es qui bénéficient d’un suivi ambulatoire sont BIM). Ce plus grand recours est également lié au moins bon état de santé mentale des publics précaires.

### En fonction de la région

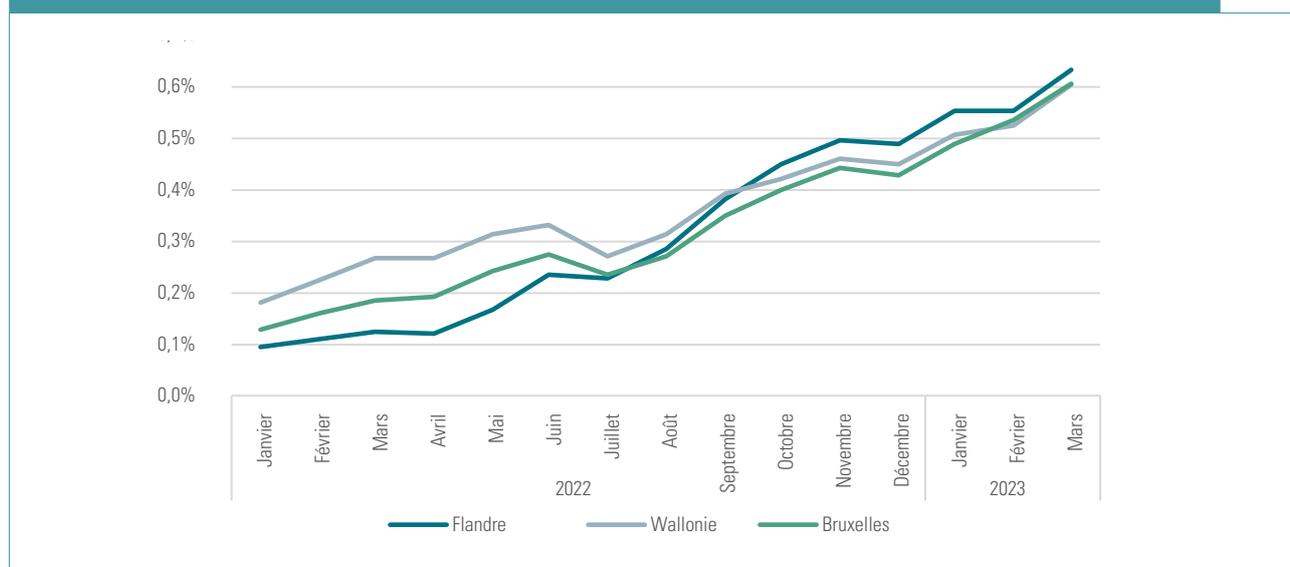
On peut voir que le pourcentage de membres de la MC à bénéficier de soins psychologiques dans le cadre de la nouvelle convention varie très peu en fonction des régions<sup>10</sup>. Ainsi, depuis son lancement, 1,9% des membres

flamands de la MC, 2,1% des membres bruxellois et 2,2% des membres wallons y ont eu recours (voir Tableau 3). Lorsque l’on analyse l’évolution du recours aux soins entre janvier 2022 et février 2023, on observe que le pourcentage de membres de la MC à bénéficier de soins était d’abord plus important en Wallonie et à Bruxelles et que la tendance se renverse ensuite (voir Figure 13). Ces petites différences régionales montrent que l’implémentation est légèrement différente dans les régions, ce qui est parfaitement normal étant donné que chaque réseau a sa propre façon d’implémenter son offre.

### Nouveaux-elles patient-es

Pour en savoir plus sur le profil des patient-es qui ont recours aux soins psychologiques dans le cadre de la nouvelle convention, il est possible de regarder à quels types de soins ces dernier-es avaient recours avant d’entamer leur suivi psychologique. Sur la base des données de la MC, on constate ainsi que 44% des patient-es ayant recours à la convention soins psychologiques n’ont eu aucun autre type de soins en santé mentale<sup>11</sup> durant les deux années qui ont précédé le début de leur trajet dans le cadre de la convention. On peut donc les considérer comme des « nouveaux-elles patient-es », qui n’avaient pas jusque-là accès aux soins psychologiques remboursés (voir Figure 14).

**Figure 13 : Pourcentage de membres de la MC à bénéficier de soins psychologiques dans le cadre de la convention, évolution entre janvier 2022 et février 2023 en fonction des régions (Source : Données de la MC, juillet 2023)**



10 Afin d’évaluer l’évolution de l’utilisation des soins en fonction des régions, il serait trompeur de limiter l’analyse aux volumes de prestations ou au nombre de patient-es inclus-es par région, le nombre d’habitant-es n’étant pas réparti également entre les trois régions. Analyser le pourcentage d’utilisateur-rices parmi les membres de la MC dans chaque région nous permet au contraire une analyse plus juste et fine.

11 Qu’il s’agisse de soins ambulatoires ou de tout autre de type de soins remboursés par l’AO ou par l’AC de la MC, tels que repris dans la méthodologie au point 3.1.

Ce chiffre est plus élevé chez les moins de 18 ans (avec 56% de nouveaux-elles patient-es) et moins élevé chez les BIM (seuls 35% d'entre eux et elles n'ont pas bénéficié de soins de soins de santé mentale dans les deux années qui précèdent, ce qui traduit d'un état de santé mentale dégradé chez les personnes rencontrant des difficultés financières).

Parmi les soins utilisés dans les deux ans qui ont précédé le recours à la convention, viennent d'abord les soins psychologiques avec intervention de l'AC de la MC (20% des patient-es ont uniquement eu recours à ce type de soins), les consultations/psychothérapie prestées par les psychiatres (19% y ont eu recours) et les médicaments psychotropes utilisés sans suivi ambulatoire (16%). Au total, 34% de l'ensemble des patient-es suivi-es dans le cadre de la convention ont eu au moins une prescription d'antidépresseurs dans les deux ans qui ont précédé le début de leur trajet.

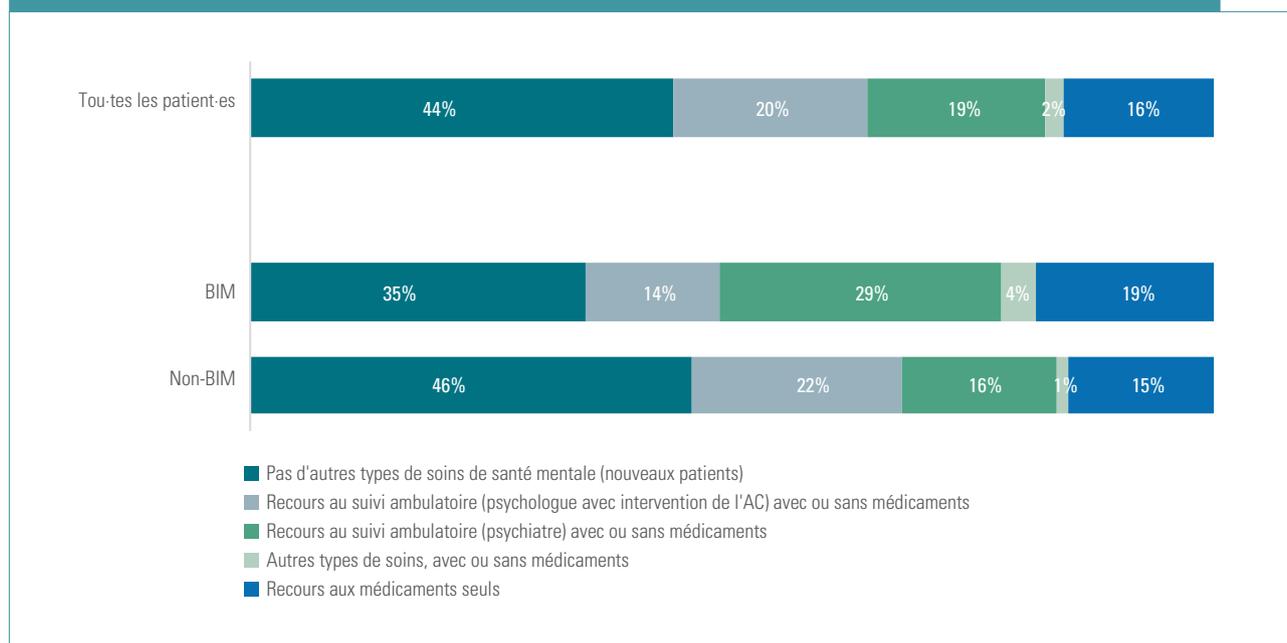
Si les patient-es BIM avaient plus souvent recours aux soins avant d'entamer leur trajet, la figure 14 nous montre qu'ils avaient moins recours aux soins psychologiques et davantage aux soins psychiatriques (29%) et aux médicaments psychotropes seuls (19%).

Nous avons aussi regardé quelle était la proportion de patient-es à avoir également des soins en santé mentale après avoir commencé le suivi psychologique via la

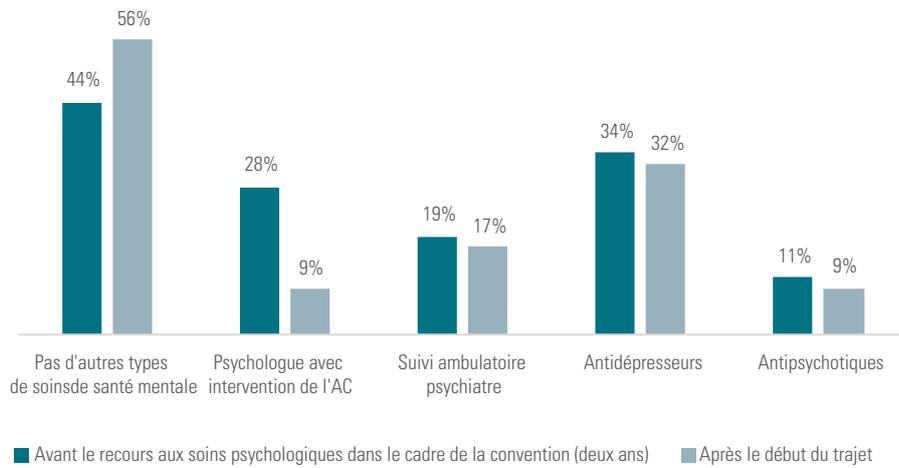
convention. Les données étant très récentes, nous n'avons pas déterminé de période d'exclusion à ce suivi : tou-tes les patient-es qui ont entamé un suivi en 2022 sont repris-es dans l'analyse, et on englobe tous les autres soins en santé mentale auxquels ces dernier-es ont eu recours à partir du premier jour du suivi dans le cadre de la convention jusqu'en juin 2023 (si le trajet dans le cadre de la convention a commencé en décembre 2022, il se peut donc que la période étudiée soit relativement courte).

On observe ainsi qu'une majorité de patient-es (56%) n'ont pas recours à d'autres types de soins de santé mentale après avoir démarré les soins psychologiques dans le cadre de la convention. Parmi les soins qui sont encore utilisés par les patient-es après avoir commencé le trajet de soins psychologiques, les soins les plus utilisés restent les antidépresseurs (32%) et les soins prodigués par le psychiatre en ambulatoire (17%). On observe une relativement grande diminution de l'utilisation de l'avantage psychologie de l'AC de la MC chez les utilisateur-rices de la convention : avant d'avoir recours à la convention, 28% des patient-es avaient recours à cet avantage, et ils et elles ne sont plus que 9% à y avoir recours après avoir entamé le suivi dans le cadre de la convention (voir Figure 15). Cette diminution pourrait s'expliquer par un transfert vers l'offre conventionnée, dans le cadre de laquelle les montants à charge des patient-es sont plus faibles. Il faut toutefois être prudent en ce qui concerne cette analyse car il se pourrait également que les patient-es recommencent

**Figure 14 : Pourcentage des utilisateur-rices de la convention à (ne pas) avoir d'autres types de soins dans les deux années qui précèdent le début de leur trajet de soins psychologiques, pour les trajets entamés en 2022 (Source : Données de la MC, juillet 2023)**



**Figure 15 : Comparaison entre le pourcentage des utilisateur-riche de la convention à (ne pas) avoir d'autres types de soins dans les deux années qui précèdent et dans la période qui suit le début du trajet, pour les trajets entamés en 2022 (Source : Données de la MC, juillet 2023)**



à utiliser l'avantage de l'AC de la MC une fois la limite de séances de la convention atteinte, ce qui mériterait d'être monitoré dans le futur.

En outre, lorsqu'on suit le trajet des membres de la MC, on observe que 25% de ceux qui avaient recours aux antidépresseurs, 41% de ceux qui se rendaient chez le psychiatre et 41% de ceux qui avaient recours aux antipsychotiques n'ont plus recours à ces soins après avoir commencé leur suivi psychologique dans le cadre de la nouvelle convention. L'analyse ne doit toutefois pas être simplifiée et ramenée à une simple causalité et un effet salvateur des soins psychologiques offerts dans le cadre de la convention. Il se peut que l'amélioration de l'état de santé des patient-es

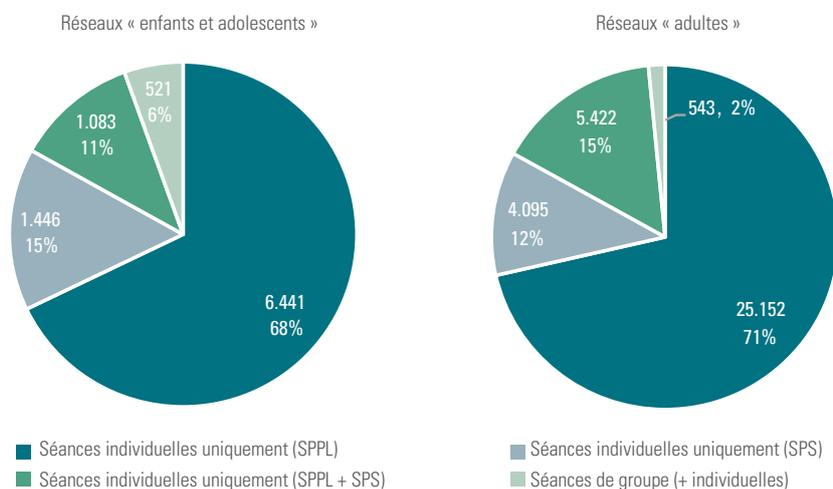
soit également la raison pour laquelle ils peuvent envisager d'avoir recours aux soins psychologiques en lieu de soins plus lourds.

## 4.5. Types de soins et nombres de séances

### 4.5.1. Soins de première ligne versus soins spécialisés

Au total, parmi les membres de la MC qui ont eu recours aux soins psychologiques en 2022 via les réseaux « adultes », 34.669 patient-es ont bénéficié de séances individuelles uniquement, soit d'entre 98% eux-elles (dont 71% de soins psychologiques de première ligne (SPPL), 12% de soins

**Figure 16 : Patient-es ayant recours aux soins psychologiques de première ligne (SPPL) et aux soins psychologiques spécialisés (SPS) en 2022 (Source : Données de la MC, juillet 2023)**



psychologiques spécialisés (SPS) et 14% de séances individuelles dans les deux types de fonctions (SPPL + SPS) et 2% de séances individuelles combinées à des séances de groupe (voir Figure 16).

Dans les réseaux « enfants et adolescents », 9.491 patient-es ont bénéficié de séances individuelles uniquement, soit d'entre 95% eux-elles (dont 69% de SPPL, 16% de SPS et 10% de séances individuelles dans les deux types de fonctions (SPPL + SPS)) et 5% de séances individuelles combinées à des séances de groupe.

En 2022, on a donc une large majorité de patient-es à avoir recours aux soins psychologiques par le biais des séances individuelles, et majoritairement dans la fonction de première ligne. Le fait que l'utilisation des séances de groupe soit encore limitée ne peut pas être analysée sans prendre en compte que la possibilité d'attester ces dernières existe seulement depuis janvier 2022 et qu'il faut du temps aux prestataires pour mettre cette offre en place. Il y a donc lieu de monitorer cette répartition dans le futur.

#### 4.5.2. Nombre de séances

Le nombre maximum de séances autorisé diffère selon que les soins soient prestés dans les réseaux « enfants et adolescents » ou dans les réseaux « adultes », en fonction du type de soins (soins psychologiques de première ligne ou soins psychologiques spécialisés) et en fonction des types de séances (individuelles ou de groupe) (voir Tableau 4).

Les séances de groupe sont cumulables avec les séances individuelles et il est également possible de cumuler des séances dans la fonction de première ligne et dans la fonction spécialisée. Lorsque les quotas sont atteints, il est encore possible pour le prestataire de facturer des séances supplémentaires (enregistrées dans la facturation avec un pseudocode spécifique). Ces maximums sont à calculer sur une période de douze mois à partir de la première prestation.

Lorsqu'on inclut les séances de groupe, les options de remboursement pour calculer le maximum de séances autorisées sont nombreuses. Pour regarder le nombre de séances auquel les patient-es ont eu recours sur une période de douze mois, il est donc plus simple de regarder de plus près les séances individuelles uniquement, qui représentent la majorité des séances prestées. Dans les réseaux « adultes » comme dans les réseaux « enfants et adolescents », la moyenne globale est de huit séances individuelles par patient-e et la médiane est de sept séances individuelles (voir Tableau 5). Cela signifie donc que 50% des patient-es bénéficient de plus de sept séances remboursées sur une période de douze mois.

Lorsqu'on regarde de plus près la distribution du nombre de séances, on peut voir que dans les réseaux adultes, 33% des patient-es ont recours à plus de 8 séances et dans les réseaux enfants et adolescents, 28% des patient-es ont recours à plus de 10 séances, soit le nombre recommandé de séances individuelles dans la fonction de première ligne.

**Tableau 4 : Nombre de séances autorisé par patient-e sur une période de 12 mois dans le cadre de la convention (source : INAMI)**

		Séances individuelles	Séances de groupe
<b>Réseaux « enfants et adolescents » (jusque 23 ans inclus)</b>	SPPL	Maximum 10 séances	Maximum 8 séances
	SPS	En moyenne 10 séances (maximum 20)	Maximum 15 séances
<b>Réseaux « adultes » (à partir de 15 ans)</b>	SPPL	Maximum 8 séances	Maximum 5 séances
	SPS	En moyenne 8 séances (maximum 20)	Maximum 12 séances

**Tableau 5 : Nombre de séances individuelles par patient-e sur une période de douze mois (suivi entamé entre le 1/1/2022 et le 30/06/2022) (Source : Données de la MC, juillet 2023)**

	Réseaux « adultes »				Réseaux « enfants et adolescents »			
	Tous types de soins	SPPL	SPS	SPPL + SPS	Tous types de soins	SPPL	SPS	SPPL + SPS
<b>N patient-es</b>	14.516	9.133	1.119	4.264	2.954	1.839	302	813
<b>N séances – médiane</b>	7	5	11	13	7	5	11	13
<b>N séances – moyenne</b>	8	5	11	13	8	5	11	14

Lorsque les patient-es ont uniquement des soins dans une des deux fonctions, le nombre de séances médian/moyen par an est de 5 séances en première ligne et de 11 séances dans la fonction de soins spécialisés. En outre, parmi les patient-es qui ont entamé un suivi psychologique entre le 1<sup>er</sup> janvier 2022 et le 30 juin 2022, 29% ont eu un trajet avec des soins psychologiques de première ligne combinés à des soins spécialisés (dans les 12 mois qui suivent), c'est-à-dire que pour 29% des patient-es, les soins psychologiques de première ligne – ou le nombre de séances autorisées – ne suffirait pas. Pour ces patient-es, le nombre médian de séances est de 13, ce qui veut dire que pour 50% d'entre eux, plus de 13 séances par an sont nécessaires.

Il est nécessaire d'insister sur le fait qu'analyser le recours aux soins ne nous donne aucune indication sur l'état de santé mentale des patient-es. Regarder le nombre de séances ne suffit donc pas à faire des conclusions en matière d'efficacité du suivi – ce n'est pas parce qu'un suivi s'arrête que le patient va nécessairement mieux.

#### 4.5.3. Type de séances

En 2022, parmi les membres de la MC qui ont recours aux soins psychologiques (convention), 98% ont rencontré le-la psychologue ou l'orthopédagogue lors de séances individuelles au cabinet du-de la prestataire, 18% lors de séances individuelles en *outreaching*, 6% lors de vidéoconsultations et 2% lors de séances de groupe. Il n'existe

pas de différences significatives en fonction de l'âge, du statut BIM, du sexe ou de la région en matière de recours aux séances individuelles. En revanche, on constate que davantage de patient-es BIM accèdent aux soins psychologiques via la porte de l'*outreach*, soit 23% d'entre eux et elles contre 16% des patient-es qui ne bénéficient pas du statut BIM (voir Figure 17). On observe également des différences en fonction de l'âge des patient-es : davantage d'adultes ont recours aux vidéoconsultations, un format qui s'avère être plus difficile à mettre en œuvre avec les enfants (Morissens, Verniest, Noirhomme, & Sholokhova, 2022). En revanche, davantage d'enfants et d'adolescents ont recours aux séances de groupe (5% d'entre eux) que d'adultes (2% d'entre eux). En matière régionale, il existe des différences de mise en œuvre en fonction des régions : davantage d'utilisateur-rices sont approchés par le biais de l'*outreaching* en Flandre et davantage d'utilisateur-rices par le biais des vidéoconsultations à Bruxelles, ce qui démontre que la convention est souple et qu'il est possible de l'adapter aux contextes régionaux.

Comme expliqué précédemment, les nouveaux types de séances, telles que la possibilité de faire de l'*outreaching* et des séances de groupe, sont des possibilités qui existent seulement depuis janvier 2022. Lorsqu'on analyse le volume de prestations total et son évolution depuis la mise en place de la nouvelle convention, on voit ainsi une évolution double : non seulement le volume de prestations total augmente grandement après l'été 2022, mais la pro-

Figure 17 : Pourcentage d'utilisateur-rices à avoir recours à la convention en 2022 en fonction du type de séance (Source : Données de la MC, juillet 2023)

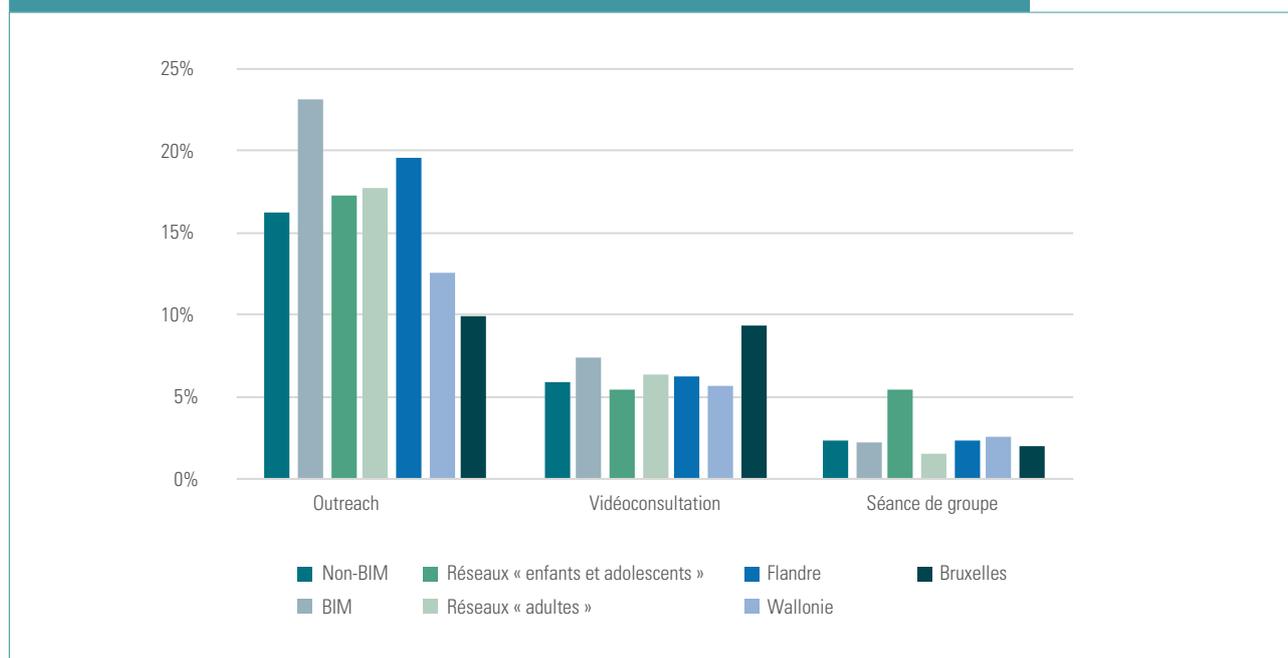


Figure 18 : Evolution du volume de prestations en fonction du type de prestation entre janvier 2022 et mars 2023 (Source : Données de la MC, juillet 2023)



portion des nouveaux types de séances est également de plus en plus grande (voir Figure 18). Ainsi, si les prestations d'*outreaching* ne représentaient que 2% des prestations en janvier 2022, elles représentent 17% des prestations en mars 2023. Les séances de groupes, quant à elles, passent de 0 à 6%.

## 5. Discussion des résultats : écart entre le besoin, l'offre et son utilisation

À l'heure actuelle, on observe une **sous-utilisation des budgets** mis à disposition dans certains réseaux et plus particulièrement dans les réseaux « enfants et adolescents ». Les rapports concernant les réseaux de santé mentale de l'INAMI témoignent toutefois d'une évolution croissante de l'utilisation du budget. Si en décembre 2022, les réseaux avaient dépensé 58% de leur budget de soins mensuel disponible, en mai 2023 l'utilisation est déjà de 74%.

Faire une projection de l'utilisation sur base des besoins en croisant les données de plusieurs sources serait un exercice qui pourrait être fait de façon approfondie et permettrait de lever le doute sur l'utilisation du budget future. En effet, nous savons que **le besoin de soins est supérieur**

**à l'offre** que la convention pourrait assurer une fois pleinement déployée.

En effet, **il existe un haut besoin de soins psychologiques à l'échelle de la population belge**. Selon BELHEALTH, 22% des répondant-es perçoivent un besoin d'aide psychologique. En outre, il est important de préciser que les besoins perçus en aide psychologique sont généralement sous-rapportés dans les enquêtes de santé par questionnaire, comme l'étude BELHEALTH de Sciensano. En effet, certains participant-es peuvent avoir des résultats alarmants sur des échelles de mesure de l'anxiété ou de dépression, mais ne pas exprimer avoir besoin d'aide psychologique. Une analyse de ce sous-rapportage devra faire l'objet d'une publication spécifique de Sciensano, mais il est important de préciser pour cet article que la proportion de besoins ainsi que la proportion de besoins non-rencontrés sont probablement sous-estimées.

**Mais beaucoup de ces besoins en santé mentale restent aujourd'hui non-rencontrés** : 41% des répondant-es ayant un besoin de soins ne parviennent donc pas à accéder aux soins, ce qui signifie que près d'un dixième des participant-es à l'enquête BELHEALTH ont des problèmes de santé mentale qui ne sont pas pris en charge par le système de soins.

Or, parmi les personnes qui ont des problèmes de santé mentale, la majeure partie pourrait trouver une solution dans la convention : les problèmes psychiques de légers à

modérés et les problèmes modérés à modérément sévères représenteraient au total 79% des problèmes de santé mentale et pourraient être pris en charge via les soins psychologiques de première ligne et via les soins psychologiques spécialisés (tous deux organisés dans le cadre de la convention) (INAMI & SPF Santé, 2021). Pour soutenir davantage les personnes qui ont des besoins non rencontrés, il est nécessaire et possible d'agir avec la convention, qui permet de baisser les seuils au niveau financier, mais aussi au niveau de la stigmatisation des soins de santé mentale via les « lieux de rencontre ».

**Pourtant, actuellement, le nombre de personnes qui accèdent aux soins via la convention est encore faible.** À l'heure actuelle (mai 2023), nous avons vu que 178.425 patient-es ont été bénéficié de l'aide d'un psychologue ou d'un orthopédagogue conventionné, ce qui représente 1,5% de la population belge, et correspond à l'utilisation des soins que l'on observe chez les membres de la Mutualité chrétienne (1,9% des membres y ont eu recours en juin 2023). **Mais cette utilisation est exponentielle** : l'évolution du nombre de patient-es suivi-es (dix fois plus d'inclusions à l'heure actuelle que début 2022) et du volume de prestations (quatre fois plus de prestations en février 2023 qu'en février 2022) sont évocatrices. De plus, l'objectif initial de toucher les publics précarisés est rencontré avec davantage d'utilisateurs au sein de la population BIM (selon les données de la MC, 2,5% d'entre eux y ont eu recours, contre 1,8% des membres n'ayant pas ce statut). Il est donc nécessaire de monitorer encore le recours aux soins dans le futur, qui est croissant, et ce dans toutes les régions, avec un plus grand recours chez les publics précarisés.

**Si l'utilisation semble encore être faible, c'est parce qu'il faut laisser le temps à l'offre de se mettre en place.** Non seulement la planification territoriale en fonction des besoins prend du temps, mais il est également nécessaire pour les prestataires de repenser leur pratique (nouvelle offre de soins notamment via l'*outreaching*) et de dégager du temps. En effet, les psychologues qui avaient déjà une patientèle établie doivent se rendre disponibles pour de nouveaux-elles patient-es, puisque la logique de la convention n'est pas de rembourser tous les soins qui étaient effectués par les psychologues du jour au lendemain. Du côté de l'offre, il est également nécessaire que davantage de prestataires se conventionnent. En 2022, 3.867 des 16.525 psychologues étaient inscrits à la Commission des Psychologues (Commission des Psychologues, 2023) étaient conventionnés, soit 23% d'entre eux. Il reste donc encore beaucoup de marge de manœuvre pour inclure davantage de prestataires et donc de patient-es. En outre, la campagne de communication à destination du grand public n'a pas encore été lancée par l'INAMI et les réseaux commencent seulement à informer sur leur offre. Une communication à grande échelle est donc nécessaire pour faire connaître l'offre des patient-es et des prestataires pour que l'utilisation augmente encore davantage.

Tout laisse donc à croire que les budgets seront rapidement utilisés et qu'ils sont plus que nécessaires pour rencontrer les besoins, et même inférieurs à ces derniers, ce qui explique qu'il faut continuer à investir dans la convention et continuer à l'étendre parce que même avec le budget disponible, elle ne pourra, à terme, rencontrer tous les besoins non-rencontrés. Il s'agit donc d'une idée erronée que de croire que parce qu'il y a une sous-utilisation, le besoin est rencontré.

## 6. Recommandations

### 6.1. Clarification de la terminologie « lieux de rencontre » et « outreach »

Il existe encore à l'heure actuelle un flou en ce qui concerne les notions de « lieux de rencontre » et d'*outreach*, qui sont parfois confondues alors qu'il s'agit de principes distincts. Il y a donc lieu d'**établir une distinction claire entre les différents lieux de consultation afin de clarifier la terminologie** pour éviter les différences d'applications entre les réseaux ainsi que les différences d'interprétation.

- **Lieux de rencontre** : L'objectif est de créer une capacité de prise en charge psychologique dans des lieux qui n'en disposent pas à l'heure actuelle, mais où les groupes cibles visés ont naturellement tendance à se trouver. Il peut par exemple s'agir de l'école ou des pratiques groupées de médecins généralistes), mais aussi de CPAS, de services de l'enfance et de la famille, de services de protection de la jeunesse, de PMS, etc.
- **Outreach** : Le psychologue quitte le lieu de consultation pour organiser des séances là où se trouvent les patient-es en raison de problèmes de mobilité, en raison de la nature des troubles (anxiété sociale par exemple) ou pour une population éloignée de l'offre de soins en raison de la méconnaissance, mais aussi de problèmes de précarité (personnes migrantes par exemple).

En termes de facturation, il existe actuellement deux types de pseudocodes pour l'enregistrement des séances individuelles de première ligne :

- celles qui ont lieu au cabinet du prestataire (séances individuelles),
- celles qui ont lieu en *outreach*.

Mais il n'existe pas de prestation spécifique pour les lieux de rencontre. Il conviendrait d'**adapter la nomenclature en créant un pseudocode spécifique pour les lieux de rencontre** pour pouvoir monitorer l'usage de cette possibilité par les prestataires dans les différents réseaux et en faire une distinction claire d'avec l'*outreach*. À l'heure actuelle, étant donné la confusion qui est parfois faite entre ces deux concepts, il est possible que les données concernant l'*outreach* qui ont été présentées dans cette étude reprennent également des situations où les consultations ont lieu dans les lieux de rencontre.

Cette distinction permettrait également de clarifier les discussions liées aux indemnités de déplacement pour les psychologues visant à les encourager dans cette nouvelle pratique. Dans une logique similaire à celle actuellement en place pour les autres prestataires de soins tels que les médecins généralistes, l'indemnité de déplacement (n'impactant pas le ticket modérateur) est justifiée dans le cadre de l'*outreach* puisque le psychologue doit quitter son lieu de consultation.

La MC plaide en faveur d'une bonne combinaison des différents types de lieux de consultation. La fonction de première ligne devrait être organisée aussi près que possible de l'environnement habituel des patient-es notamment afin d'abaisser le seuil d'accès à de nouveaux groupes de personnes (vulnérables) qui n'ont pas encore trouvé le chemin des soins. Toutefois, nous constatons que les groupes vulnérables trouvent également leur chemin vers les cabinets des psychologues et que la proposition de certains réseaux d'organiser les soins de première ligne uniquement dans les lieux de rencontre dissuaderait inutilement les psychologues de se conventionner.

Nous proposons commencer par fixer un objectif d'**organiser 25% de la fonction de première ligne dans les lieux de rencontre**. Cet objectif pourrait ainsi permettre de mesurer leur efficacité et de limiter les discussions au sein des réseaux. La sélection des cabinets et lieux de rencontre, quant à elle, doit faire l'objet d'une discussion au sein des réseaux et doit se fonder sur une analyse des besoins locaux.

### 6.2. Repenser la distinction entre la première ligne et les soins spécialisés et augmenter le nombre de séances autorisées

Actuellement, ce qui distingue les deux fonctions est principalement le nombre de séances autorisées en leur sein et la gravité des problèmes psychiques auxquels les patient-es sont confronté-es : les problèmes psychiques de légers à modérés doivent être pris en charge dans le cadre des soins psychologiques de première ligne et les problèmes modérés à modérément sévères via la fonction de soins psychologiques spécialisés.

Afin de mieux couvrir le but de la **fonction de soins spécialisés**, nous proposons de la **renommer « fonction de traitement psychologique »**. Cela permettrait d'apporter de la clarification entre les deux fonctions et de refaire le lien avec la réforme 107 dans le cadre de laquelle la première

fonction est celle de la prévention, de la promotion des soins en santé mentale, la détection précoce, le dépistage et la pose d'un diagnostic et la deuxième fonction celle du traitement.

Dans la pratique, les psychologues sont toutefois souvent habilités à prêter les deux types de soins et on observe que la durée du traitement dicte parfois davantage le choix de la fonction que la nature des problèmes. Ainsi, parmi les patient-es qui ont entamé un suivi entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 30 juin 2022, 63% ont eu recours aux soins de première ligne uniquement, 8% aux soins spécialisés uniquement et 29% ont eu à la fois des séances de première ligne et des séances de soins spécialisés. Or, ces dernier-es (ayant eu recours aux deux fonctions) sont majoritairement des patient-es qui avaient épuisé leurs séances de première ligne (64% d'entre eux ont eu plus de sept séances de première ligne sur l'année). Il peut s'agir de deux cas de figure :

- Dans le premier cas de figure, les soins spécialisés auraient dû être privilégiés dès le départ en raison de la nature des problèmes, qui nécessitent un traitement adapté (longueur et intensité).
- Dans le deuxième cas de figure, les soins spécialisés ont été utilisés pour compléter le suivi de première ligne, c'est pourquoi nous recommandons d'augmenter le nombre de séances autorisées.

Pour davantage orienter les patient-es vers la bonne fonction, nous proposons d'introduire des séances qui concerneraient le **psychodiagnostic**. Cette possibilité pourrait ainsi permettre une meilleure indication et une utilisation plus efficace de la deuxième fonction de soins. En outre, nous estimons que pour mieux distinguer les deux fonctions, **seule la fonction de première ligne devrait être directement accessible**. Pour la fonction de traitement psychologique, une autorisation devrait être requise au préalable, dont les modalités doivent encore être réfléchies.

### *Nombre de séances*

Nous proposons tout d'abord d'uniformiser le nombre de séances maximales pour les réseaux enfants et adolescents (actuellement limité à dix) et les réseaux adultes (actuellement limité à huit) dans une optique de simplification mais aussi pour faciliter la lisibilité des analyses.

- Pour la **fonction première ligne, nous proposons d'étendre le nombre de séances à un maximum de vingt**.

En effet, nous avons observé que pour au moins un tiers des patient-es, les huit/dix séances de première ligne ne suffisent pas. Cela ne veut pas nécessairement dire qu'ils ont besoin de soins spécialisés, mais pour certains d'entre eux, qu'ils ont besoin que le suivi soit poursuivi sur le moyen terme, c'est pourquoi il est important de laisser la possibilité aux prestataires d'évaluer si leurs patient-es ont besoin de continuer le suivi au-delà des actuelles huit/dix séances.

- Pour la **fonction de traitement psychologique** (proposition de nouvelle appellation à la place de « soins spécialisés »), nous proposons d'étendre le nombre de séances à un **maximum de cinquante** par an et par patient.

Enfin, **pour les séances de groupe, nous proposons de ne plus avoir de restrictions en ce qui concerne le nombre de séances par patient-e, mais en revanche que celles-ci soient validées par le réseau avant d'être organisées**. Cela permettrait également d'assurer que les thématiques visées soient en accord avec les objectifs de la convention tels que toucher davantage les groupes cibles vulnérables.

Plutôt que de fixer des quotas individuels, il semble davantage judicieux d'observer les tendances et de fixer des moyennes au niveau populationnel. En termes d'utilisation des séances, on observe actuellement que la moyenne est de cinq séances pour les patient-es qui ont uniquement eu recours aux soins de première ligne et de huit séances indépendamment de la fonction (voir Tableau 5). L'utilisation moyenne des séances par patient-e ne devrait pas exploser si on permet aux patient-es qui en ont besoin de bénéficier de davantage de séances en première ligne car ces derniers pouvaient déjà y avoir accès via les soins spécialisés. Cela apporterait toutefois une simplification non négligeable pour tou-tes les acteur-rices et pour les patient-es.

## **6.3. Ticket modérateur**

Actuellement, les montants des tickets modérateurs sont de 11 euros par séance (et de 4 euros pour les BIM) et de 2,50 euros pour les séances de groupe. Toutefois, peu justifie qu'il s'agisse de montants qui permettent l'accessibilité. Pour une personne avec de faibles revenus, 4 euros peuvent tout de même représenter une certaine somme. Pour une personne qui ne bénéficie pas du statut BIM mais qui a de faibles revenus, il peut également être difficile de déboursier 11 euros par séance (si le ou la patient-e a besoin de 20 séances, cela représente tout de même une somme totale de 220 euros à sa charge).

Pour rappel, 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). Or, un récent rapport de l'OMS met en évidence qu'une famille belge sur vingt est confrontée à des frais de santé si élevés par rapport à ses revenus qu'elle a du mal à se procurer les produits de première nécessité tels que le loyer, la nourriture et le chauffage (Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2023).

Afin de rendre les soins davantage accessibles financièrement, nous suggérons donc de **supprimer le ticket modérateur pour les enfants et les adolescents**. Pour chiffrer cette mesure, nous avons réalisé une extrapolation sur base de l'utilisation des séances individuelles par les membres de la MC au mois de mai 2023 (mois au cours duquel la consommation des soins n'est ni basse ni haute par rapport aux fluctuations que l'on observe au cours de l'année, notamment en raison des périodes de congés scolaires). A l'échelle de la Belgique, supprimer les tickets modérateurs pour les enfants et les adolescents coûterait ainsi 2,9 millions d'euros par an (voir Tableau 6).

Nous suggérons également, **pour les réseaux adultes, d'abaisser les tickets modérateurs** afin qu'ils correspondent aux montants recommandés dans le rapport du KCE proposant un modèle d'organisation et de financement des soins psychologiques (Kohn, et al., 2016), c'est-à-dire 6 euros par séance et 1,50 euro pour les BIM, en

analogie avec les tarifs appliqués pour les consultations chez les médecins généralistes (montants inchangés en 2023). Pour ce qui est des soins prestés dans le cadre de la fonction de traitement (nouvelle appellation suggérée des soins spécialisés), nous considérons que le ticket modérateur ne doit pas être plus élevé que pour les soins psychologiques de première ligne. En effet, le-la patient-e ne doit pas être pénalisé-e car il ou elle nécessite un traitement plus poussé en raison de la gravité de ses problèmes de santé mentale. En revanche, il convient que la distinction entre les deux fonctions soit plus claire et l'accès à la fonction de traitement conditionné comme expliqué au point précédent. Il ne devrait pas revenir aux patient-es d'assumer la responsabilité du choix du type de suivi, avec le risque de choisir de ne pas y recourir en raison de ses ressources financières.

Abaisser les tickets modérateurs de la sorte dans les réseaux adultes, toutes autres choses restant égales, coûterait ainsi 3,3 millions d'euros. Le coût total de ces deux mesures est donc évalué à 6,2 millions d'euros, ce qui représente seulement 3,8% du budget total de la convention pour l'année 2023<sup>12</sup>.

#### 6.4. Evaluation et monitoring de la réforme

Comme le démontre cette étude, il est nécessaire de **continuer à enregistrer les données au niveau individuel** pour les monitorer, même en ce qui concerne les séances

**Tableau 6 : Proposition d'adaptation des tickets modérateurs des séances individuelles et calcul du coût de la mesure (extrapolation sur base des données de la MC, 2022-2023)**

Réseaux	Statut	Tickets modérateurs en vigueur pour une séance individuelle	Nouveaux tickets modérateurs proposés par la MC	Coût annuel de la mesure toutes autres choses restant égales (extrapolation sur base de l'utilisation des membres de la MC en mai 2023)
Adultes	BIM	4 euros	1,5 euro	400.650 euros
	Non-BIM	11 euros	6 euros	2.953.050 euros
Enfants et adolescent-es	BIM	4 euros	0 euro	186.240 euros
	Non-BIM	11 euros	0 euro	2.701.710 euros

Coût total	6.241.650 euros
Budget total de la convention pour 2023	165.000.000 euros
% du budget utilisé pour financer cette mesure	3,8%

12 Il est également possible de faire une extrapolation sur base de l'utilisation des soins au cours de l'année écoulée (du 1er juillet 2022 au 30 juin 2023), qui se chiffre à 5,6 millions d'euros. Etant donné que la tendance est à l'augmentation du recours, il pourrait s'agir d'une sous-estimation. Nous avons donc privilégié l'extrapolation sur base du mois de mai 2023. Si le recours venait à augmenter encore davantage, il faudrait toutefois le prendre en compte dans la budgétisation de la mesure.

de groupes. Des simplifications en termes d'enregistrement sont proposées mais elles semblent dangereuses en termes de monitoring futur de ces séances, non seulement pour mesurer leur accessibilité et les profils des personnes qui y ont accès, mais aussi leur efficacité, par exemple via l'utilisation de soins futur des patient-es y ayant eu recours.

Afin de mesurer l'efficacité de la convention, il est nécessaire d'**analyser l'état de santé à partir de l'utilisation des soins et d'indicateurs qui ne sont pas uniquement limités à l'absentéisme**. L'objectif des soins psychologiques est d'améliorer l'état de santé mentale et de permettre aux patient-es de se sentir à nouveau bien et de pouvoir avoir une meilleure qualité de vie et pas simplement de retourner sur le marché du travail. Il est également possible, en dehors du monitoring de l'état de santé des patient-es, de travailler à l'évaluation d'indicateurs mesurables, tels que le temps d'attente, la satisfaction des patient-es, le niveau de formation/compétence des psychologues participant-es.

Enfin, s'il a été décidé que la facturation des soins dans le cadre de la convention aurait lieu via l'ASBL IM, il est essentiel d'**associer les organismes assureurs** au processus en raison de leur expertise en termes de contrôle du respect de la nomenclature ainsi qu'en termes d'intégration des données des membres dans les autres flux de remboursement (tickets modérateurs comptabilisés dans le maximum à facturer, etc.).

## 7. Conclusion

Les résultats de l'enquête BELHEALTH de Sciensano réalisée en février 2023 ont mis en avant qu'une proportion importante de la population (9%) rapporte avoir des besoins d'aide psychologique non-rencontrés. Les principaux motifs exprimés par les répondant-es sont liés au tabou/stigmatisation de la santé mentale – surtout chez les 18-29 ans qui sont la moitié à dire qu'ils n'osent pas franchir le pas – ce qui montre que les perceptions sociales de l'aide à la santé mentale devraient encore être changées pour améliorer leur accessibilité. Des problèmes d'accessibilité financière sont également rapportés, particulièrement chez les personnes ayant des difficultés à joindre les deux bouts (la moitié le mentionnent). Les proportions de besoins d'aide psychologique ainsi que de besoins non-rencontrés varient au niveau territorial, ce qui démontre l'importance

d'une approche au niveau local dans l'organisation des soins de santé mentale communautaires, comme c'est le cas dans le cadre de la nouvelle convention soins psychologiques. En matière de besoins d'aide psychologique, l'étude de Sciensano montre que les personnes les plus vulnérables sont de manière générale les personnes en situation financière précarisée, les femmes (pour toutes les tranches d'âge et particulièrement dans la tranche d'âge 18-29 ans), et les hommes dans la tranche d'âge 30-54 ans et 55-64 ans. En matière de besoins non-rencontrés (besoins ressentis mais pas d'aide rencontrée), les groupes vulnérables sont les personnes en situation financière précarisée et les jeunes, peu importe le sexe.

L'analyse des données de la MC montre que jusqu'à l'apparition de la nouvelle convention soins psychologiques, les soins remboursés étaient principalement des soins destinés aux situations de problèmes aigus de santé mentale, et que l'offre ambulatoire était jusqu'aujourd'hui limitée et saturée : de longs délais existent chez les psychiatres et dans les services de santé mentale (SSM). Les soins les plus utilisés sont les médicaments (antidépresseurs et antipsychotiques), très souvent sans recours à la psychothérapie, surtout par les femmes ayant de plus faibles revenus. De la même façon, nous avons pu observer que les personnes ayant de faibles revenus (BIM) ont plus souvent recours aux soins dispensés par le psychiatre, qui étaient jusqu'à l'arrivée de la convention les soins les plus accessibles financièrement.

À la vue de la proportion importante de besoins de santé mentale non-rencontrés, de la saturation de l'offre ambulatoire actuelle et de la barrière financière rapportée par les participant-es de l'étude de Sciensano, la nouvelle convention soins psychologiques semble d'autant plus pertinente et un enjeu important de santé publique. Les premiers résultats de Sciensano semblent indiquer que les utilisateurs de la nouvelle convention sont des personnes socio-économiquement plus défavorisées que les personnes qui consultent des psychologues non-conventionnés, ce qui peut indiquer que la convention améliore l'accès aux soins psychologiques pour ce groupe. Cela est corroboré par les résultats de l'analyse des données de la MC : au sein des utilisateur·rices membres de la MC, 20% sont BIM (alors qu'en comparaison les BIM ne représentent que 12% des utilisateur·rices des soins psychologiques remboursés par l'assurance complémentaire de la MC et 15% des membres de la MC dans son ensemble). On observe également davantage de recours chez les femmes et les jeunes, qui sont des publics qui ont été identifiés comme ayant de plus grands besoins de soins.

Pour améliorer encore davantage l'accessibilité de financière de cette convention, il y a lieu de questionner l'existence d'un ticket modérateur pour l'ensemble des publics et les montants fixés. C'est pourquoi nous recommandons sa suppression dans les réseaux « enfants et adolescents » et son abaissement à 6 euros (et 1,50 euro pour les BIM) dans les réseaux « adultes ».

En outre, les données de la MC démontrent que bien qu'il existe des différences d'implémentation – liées au fait que la convention est souple est qu'il est possible de l'adapter aux contextes régionaux – le recours ne varie pas en fonction des régions : le pourcentage d'utilisateurs est aussi haut en Wallonie qu'à Bruxelles et en Flandre. En ce qui concerne la proportion de « nouveaux patients », on constate que 44% des patient-es n'avaient jusqu'alors pas accès aux soins remboursés<sup>13</sup>. On observe également que le nombre de patient-es qui continuent à avoir un autre type de soins de santé mentale après avoir débuté le suivi dans le cadre de la convention diminue, mais il est encore trop tôt pour en tirer des conclusions. C'est une chose qui pourra être faite par la suite, notamment pour monitorer si la convention permet un transfert des soins ambulatoires du psychiatre actuellement saturés vers les soins psychologiques de première ligne et spécialisés.

En la matière, la MC recommande de continuer à enregistrer les données au niveau individuel pour avoir la possibilité de continuer à mesurer l'accessibilité des soins et les profils des personnes qui y ont accès, mais aussi leur efficacité. Il est essentiel d'analyser l'état de santé à partir de l'utilisation des soins et d'indicateurs qui ne sont pas uniquement limités à l'absentéisme pour mesurer l'amélioration de l'état de santé mentale et de qualité de vie.

En ce qui concerne le nombre moyen de séances, on observe que près d'un tiers des patient-es ont recours à la fois aux soins dans la fonction de première ligne et dans la fonction de soins spécialisés. Dans certaines situations, c'est le cas parce que le nombre de séances de première ligne autorisé n'est pas suffisant pour assurer le suivi des patients, c'est pourquoi la MC recommande d'augmenter le nombre de séances autorisées à vingt séances de première ligne sur l'année. Dans d'autres situations, les pa-

tient-es n'ont pas directement été orientés vers la bonne fonction, c'est pourquoi nous recommandons l'introduction de séances de psychodiagnostic pour permettre une meilleure indication et une utilisation plus efficace de la deuxième fonction de soins.

Finalement, l'analyse des données démontre que les nouvelles possibilités offertes dans le cadre de la convention (*outreach*, offre de groupe, lieux de rencontre, etc.) sont de plus en plus utilisées avec le temps, mais il existe encore des confusions entre ces possibilités, c'est pourquoi il est essentiel de mieux les enregistrer pour les monitorer. Davantage de patient-es avec de faibles revenus ont par ailleurs accès aux soins par la porte de l'*outreach*, ce qui démontre l'intérêt d'investir cette possibilité de rendre les soins mobiles, ainsi que les « lieux de rencontre » qui permettent de baisser les seuils pour l'accès aux soins.

Bien que cette convention soit récente, la **proportion de la population qui l'utilise augmente de façon exponentielle**. Ainsi, depuis le lancement de cette nouvelle offre de soins, près de 180.000 patient-es ont été inclu-es, dont 88.440 patient-es membres de la MC, ce qui correspond à la part de marché de la MC en Belgique et représente 1,9% de la population MC. Au fur et à mesure, on observe également que les volumes de prestations rattrapent ceux prestés par les psychiatres en ambulatoire.

Pour toutes les raisons évoquées dans notre étude et plus particulièrement en raison du haut niveau de besoins déclarés et non rencontrés, du fait que l'offre dans le cadre de la nouvelle convention nécessite du temps pour se mettre en place et qu'elle ne soit pas encore bien connue du public et des professionnels de la santé, nous estimons donc que la sous-utilisation budgétaire qui est observée est temporaire. La convention a toute sa place et est nécessaire au sein du paysage des soins de santé mentale remboursés en Belgique et il est essentiel d'en encore davantage l'investir et de continuer à la monitorer. Si elle ne peut à elle seule couvrir tous les besoins en matière de santé mentale – les psychologues de première ligne n'adressent pas les mêmes problèmes que les psychiatres – nous sommes convaincus qu'il s'agit d'une première étape pour répondre aux besoins en santé mentale légers à modérés dans la population.

13 Ce chiffre correspond par ailleurs aux résultats de l'étude EPCAP (Evaluation of Primary Care Psychology in Belgium), dont les résultats sont basés sur une enquête menée sur un échantillon de 2.750 patient-es. La statistique de la MC est quant à elle basée sur l'utilisation de soins de tous les membres de la MC ayant débuté un trajet dans le cadre de la convention en 2022 (et étant membres de la MC les années qui précèdent), soit un échantillon de 35.737 personnes.

## Bibliographie

- Bouckaert, N., Maertens de Noordhout, C., & Van de Voorde, C. (2023). *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Belgium*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Cès, S. (2021). L'accès aux soins de santé, définition et enjeux. *MC-Informations*, 286, 4-22.
- Commission des Psychologues. (2023). *Rapport annuel 2022*. Récupéré sur [compsy.be/assets/images/uploads/Compsy\\_RapportAnnuel\\_FR.pdf](https://compsy.be/assets/images/uploads/Compsy_RapportAnnuel_FR.pdf)
- Devos, C., Cordon, A., Lefèvre, M., Obyn, C., Renard, F., Bouckaert, N., . . . Meeus, P. (2019). *Performance du système de santé belge - Rapport 2019*. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).
- Gers, L., Petrovic, M., Perkisas, S., & Vandewoude, M. (2018, Aug). Antidepressant use in older inpatients: current situation and application of the revised STOPP criteria. *Therapeutic Advances in Drug Safety*, 9(8), 373-384.
- Gisle, L., Berete, F., Braekman, E., Bruggeman, H., Charafeddine, R., Demarest, S., . . . Smith, P. (2022). *Dixième enquête de santé COVID-19 : résultats préliminaires*. Bruxelles: Sciensano.
- INAMI. (2021). *Statistiques INAMI sur Nombre de dispensateurs de soins individuels, Tableau 3 - Nombre de praticiens de soins avec une pratique attestée par profession et par spécialité - Évolution 2012-2021*. Récupéré sur INAMI: [https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/statistique\\_2021\\_ss\\_proff\\_tableau3.pdf](https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/statistique_2021_ss_proff_tableau3.pdf)
- INAMI. (2022, mai 11). *Questions fréquentes - Nouveau modèle pour les soins psychologiques de première ligne*. Récupéré sur INAMI: [https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/psy\\_reseaux\\_faq\\_professional.pdf](https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/psy_reseaux_faq_professional.pdf)
- INAMI. (2023). *Convention entre le Comité de l'assurance soins de santé de l'INAMI et le réseau de santé mentale concernant le financement des fonctions psychologiques dans la première ligne par le biais de réseaux et de partenariats locaux multidisciplinaires. Version coordonnée avec le 4ème avenant en vigueur au 1/1/2023*.
- INAMI, & SPF Santé. (2021, août 24). *Réformes dans les SSM vers une coopération locale multidisciplinaire - Séance d'information Coordinateurs de réseau*. Récupéré sur INAMI: <https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/psy-reseaux-seance-information.pdf>
- Karyotaki, E., Smit, Y., Cuijpers, P., Debauche, M., De Keyser, T., Habraken, H., . . . Holdt Henningsen, K. (2014). *Dépression majeure (de l'adulte) : efficacité à long terme de la psychothérapie, seule ou en combinaison avec des antidépresseurs*. *Good Clinical Practice (GCP)*. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).
- Kohn, L., Obyn, C., Adriaenssens, J., Christiaens, W., Van Cauter, X., & Eyssen, M. (2016). *Modèle d'organisation et de financement des soins psychologiques*. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).
- 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 (KCE).
- Morissens, A., Verniest, R., Noirhomme, C., & Sholokhova, S. (2022). L'impact de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale des enfants et des adolescent-es en Belgique. *Santé & Société*, 3, 52-75.
- Noirhomme, C. (2022). Le suivi psychologique : Accessible en Belgique ? Analyse de l'utilisation des soins de santé mentale ambulatoires par les membres de la MC. *Santé & Société*, 3, 28-51.
- Noirhomme, C., & Lambert, L. (2020). La consommation d'antidépresseurs et d'antipsychotiques en maison de repos reste importante. *MC-Informations*, 280, 44-51.
- Rens, E., & Van den Broeck, K. (2021). *Wachten op psychische hulp: wachttijden in Vlaamse privé-praktijken, Werkgroep wachttijden Staten-Generaal ggz*. Universiteit Antwerpen.
- Sciensano. (1997-2018). *Health Interview Survey*. Brussels. Récupéré sur [www.sciensano.be/en/projects/health-interview-survey](http://www.sciensano.be/en/projects/health-interview-survey)
- Sciensano. (2022, Oct 21). *Fardeau de la maladie: Années de vie en bonne santé perdues*. Bruxelles: Health Status Report. Récupéré sur [www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/fardeau-de-la-maladie/annees-de-vie-en-bonne-sante-perdues](http://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/fardeau-de-la-maladie/annees-de-vie-en-bonne-sante-perdues)
- Sciensano. (2023). *BELHEALTH - Cohorte Belge Santé et Bien-être*. Récupéré sur Sciensano: [www.sciensano.be/fr/projets/cohorte-belge-sante-et-bien-etre](http://www.sciensano.be/fr/projets/cohorte-belge-sante-et-bien-etre)
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2009). *Better Mental Health Care*. Cambridge: Cambridge University Press.

