& SANTÉ, SOCIÉTÉ

Recherches et analyses du Service d'études
de la Mutualité chrétienne

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

40 Femmes et soins de santé en Belgique

64 La croissance continue des dépenses pour les médicaments

Donner à voir

7 - octobre 2023

Donner à voir

Edito

Depuis sa création, tout le monde s'exprime sur la convention des psychologues de première ligne. Les opinions divergent entre ceux qui trouvent que ça ne va pas assez vite, ceux qui déplorent le déploiement territorial, entre les enthousiastes qui se réjouissent de disposer enfin d'une offre en assurance obligatoire pour les soins psychologiques et ceux qui disent qu'on fait trop peu pour les jeunes et les enfants. Dans cette multitude d'opinions, nous avons cherché à savoir ce qui se passait vraiment au sein de cette convention. Dans notre étude *La convention "soins psychologiques" dans le paysage des soins de santé mentale* nous avons observé toutes les prestations enregistrées dans la convention afin de voir si cette dernière répondait à ses objectifs initiaux, de comprendre quelles populations elle touchait ou encore comment l'offre s'était répartie. Nous pensons que c'est seulement à partir de l'objectivité des données d'utilisation qu'une véritable évaluation sera possible. Nous avons également collaboré avec Sciensano afin de comprendre les prévalences des besoins en termes de santé mentale. Nous avons enfin resitué la convention dans le paysage des soins de santé mentale en Belgique et nous avons montré le rôle spécifique qu'elle jouait dans l'accessibilité aux soins de santé mentale.

Dans notre étude, nous montrons tout d'abord qu'une telle convention était absolument nécessaire. Avec plus de 88.400 membres de la MC qui ont pu, enfin, avoir accès à des soins psychologiques remboursés, c'est une énorme avancée en termes de disponibilité d'une offre payable par les patient·es. Nous constatons aussi que le nombre de bénéficiaires de l'intervention majorée (ce statut administratif qui nous permet d'identifier nos membres plus vulnérables) est aussi proportionnellement plus important dans les utilisateurs·trices de la convention. Nous montrons aussi que les femmes y ont plus recours ainsi que les personnes de moins de 25 ans. Ces données permettent de mettre le doigt sur les réelles avancées liées à la convention, mais montrent également les efforts qui restent à faire pour rendre les soins de santé mentale réellement accessibles. La saturation, par exemple, de l'offre psychiatrique pour adulte reporte naturellement les listes d'attente sur cette nouvelle offre de psychologie, malgré le fait que ce n'est pas sa finalité première. Et en miroir, l'utilisation de l'offre psychiatrique ne diminue pas en raison de sa saturation car les patient.es qui attendaient une place intègrent l'offre psychiatrique dès qu'elle est disponible. Nous avons aussi montré que les personnes qui ont bénéficié de la convention ont, pour beaucoup, modifié leur utilisation de soins de santé mentale en réduisant l'utilisation des médicaments. Ces avancées sont importantes et elles vont dans le sens d'une vision large de la santé mentale qui privilégie la prévention et l'accompagnement léger quand la situation des patient·es le permet. Analyser le recours réel à la convention nous a permis de voir les avancées et les défis que ce secteur rencontre et continue de rencontrer.

Lors d'une allocution sur l'invisibilisation des travailleuses du nettoyage, Laurent Vogel, chercheur à l'*European Trade Union Institute* a prononcé cette phrase : « L'ignorance est souvent le résultat d'un construit social. On ne connaît pas ce que l'on ne souhaite pas connaître ». Elle décrit parfaitement la difficulté que nous avons rencon-

trée pour produire notre étude *Femmes et soins de santé en Belgique* qui porte sur les biais de genre en santé. Dans cette dernière, nous avons voulu construire de la connaissance sur les différences spécifiques de performance du système de santé auprès des hommes et des femmes. Dans ce domaine, tout, hélas, reste à construire. Nous avons rapidement été confronté au malaise que suscite la question : accepter que le système produit des inégalités de genre, c'est admettre les biais à l'œuvre dans le savoir qui entoure la santé. En construisant cette ligne de recherche, nous avons vite identifié le caractère polymorphe du problème : de la collecte de données à la participation des femmes à certaines études cliniques en passant par la composition des organes de gestion en santé, la question du genre semble très peu thématisée dans les soins de santé en Belgique. Un tel évitement a des conséquences sur les études qu'il est possible de mener. Il n'est jamais simple de faire la démonstration d'une absence. Dans notre étude, nous analysons d'abord toutes les données genrées dont nous disposons dans les soins de santé, mais notre défi a été d'identifier les données dont nous ne disposons pas (parce que les résultats ne sont pas publiés, parce que la variable n'a pas été intégrée). Cette première analyse nous a permis d'observer de réelles différences de performance entre les hommes et les femmes comme par exemple l'espérance de vie en bonne santé ou la prévalence des maladies chroniques. Si nous avons voulu prendre le prisme de la santé des femmes, très rapidement, la question de l'intersectionnalité s'est également imposée : nous avons notamment identifié que les femmes porteuses de handicaps bénéficiaient de moins de soins préventifs que les femmes sans handicaps. Nous voulons donc poursuivre à étudier les causes réelles des écarts de santé afin de continuer à promouvoir une approche universellement proportionnée des soins de santé.

Enfin, notre étude *La croissance continue des dépenses pour les médicaments* sur les médicaments les plus chers mesure aussi ce qui, autrement, passe inaperçu : le coût cumulé gigantesque des médicaments pour les patient.es qui ne passent pas une nuit à l'hôpital. L'analyse des dépenses brutes pour les médicaments montre qu'elles ne cessent d'augmenter d'année en année. En 2022, on peut estimer à presque trois milliards d'euros la somme des remboursements, pour les spécialités pharmaceutiques, à charge de l'assurance obligatoire pour ces patient·es. Ces dépenses sont concentrées sur un petit nombre de médicaments : dix molécules représentent 43% des dépenses totales en 2022 dont six sont de nouvelles molécules et le recours à des médicaments biosimilaires ne suffit pas pour réduire l'enveloppe de ces dépenses. De tels constats nous poussent à nous interroger sur la charge que représentent ces dépenses dans le budget des soins de santé. Des recherches sur les nouvelles molécules sont sans cesse en développement et leurs résultats peuvent avoir un impact important sur la survie des patients. Néanmoins, il serait utile de s'interroger si la motivation à les rembourser part toujours d'un besoin de santé publique (politique basée sur la demande) ou est simplement la reconnaissance de l'existence de ces molécules sur le marché (politique basée sur l'offre) ? Nous pensons que, dans une politique de soins de santé de plus en plus axée sur des objectifs de soin de santé, le remboursement des spécialités pharmaceutiques devrait constituer d'abord une réponse à un besoin des patient.es et à des objectifs de santé, avant d'être des opportunités de nouveaux marchés.

Élise Derroitte
Directrice Politique et Etudes

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 connaitre 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'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 connait 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 connait 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[1] 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 ? ».

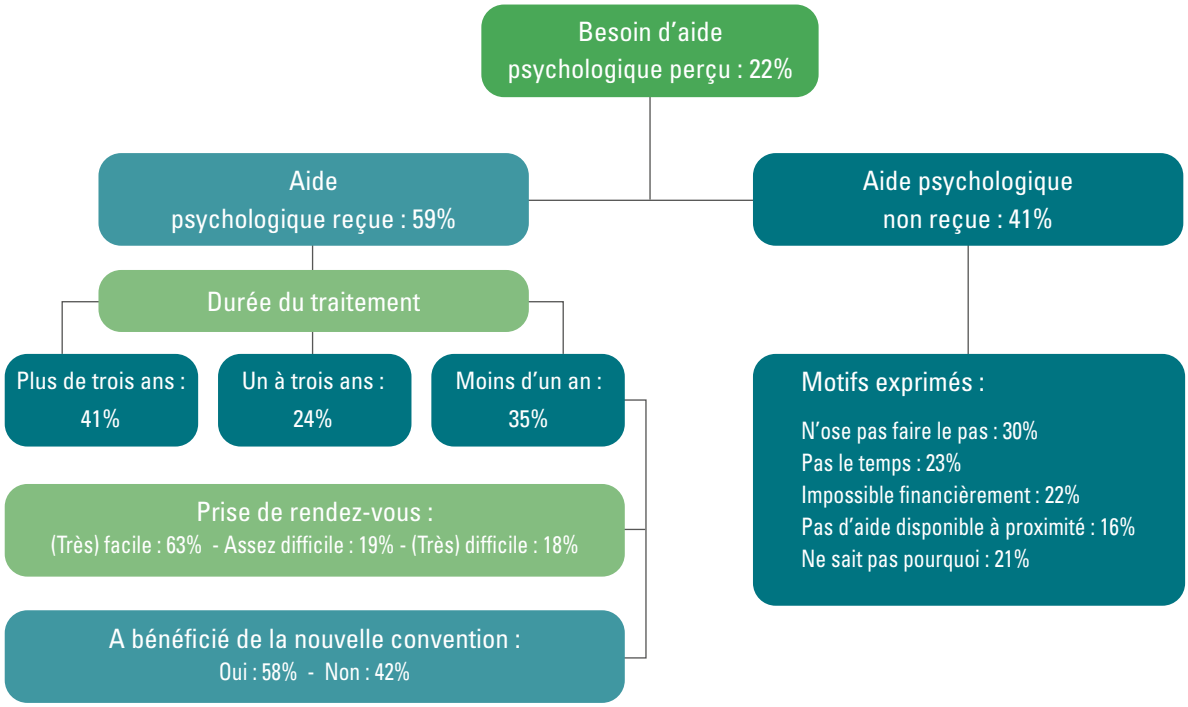
Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel RStudio et SAS. Contrairement aux résultats présentés dans les rapports BELHEALTH publiés sur le site de Sciensano, les résultats présentés dans le présent article n'ont pas été pondérés car certains sous-groupes étaient trop réduits. L'étude 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)



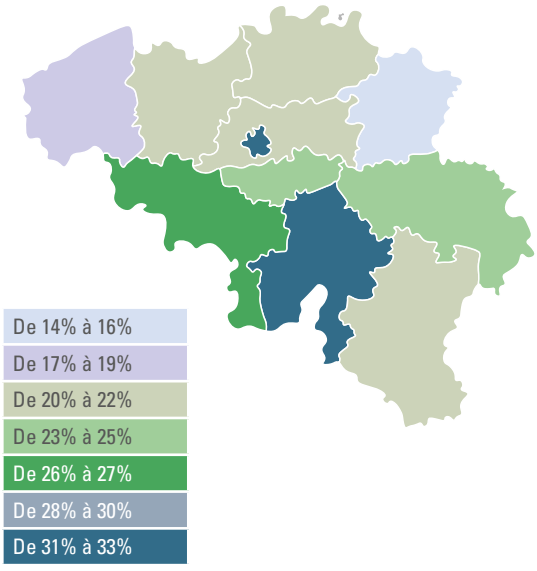
difficulté pour prendre un rendez-vous. Enfin, parmi les personnes qui déclarent avoir besoin d'une aide psychologique mais n'avoir reçu aucune aide, les principaux motifs mentionnés sont de ne pas oser franchir le pas (30%), le manque de temps (23%), et ne pas pouvoir se le permettre financièrement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

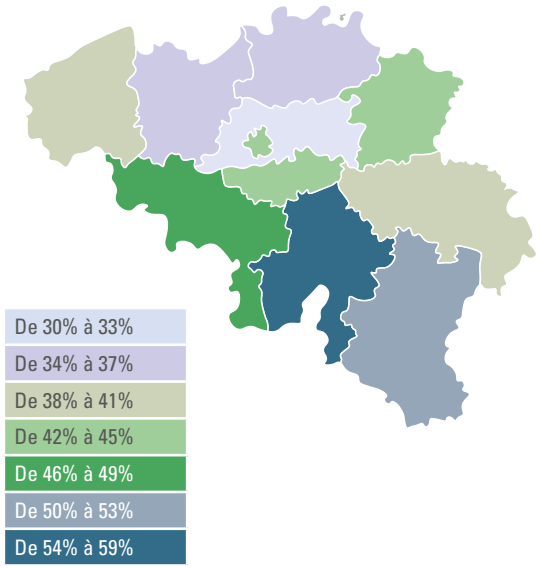
Pour les besoins non-rencontrés, on observe de manière générale des proportions plus élevées dans les provinces de Wallonie que celles de Flandre. En Région Bruxelles-Capitale, bien que les besoins perçus soient élevés, la proportion de besoins non-rencontrés est dans la moyenne. C'est la province de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

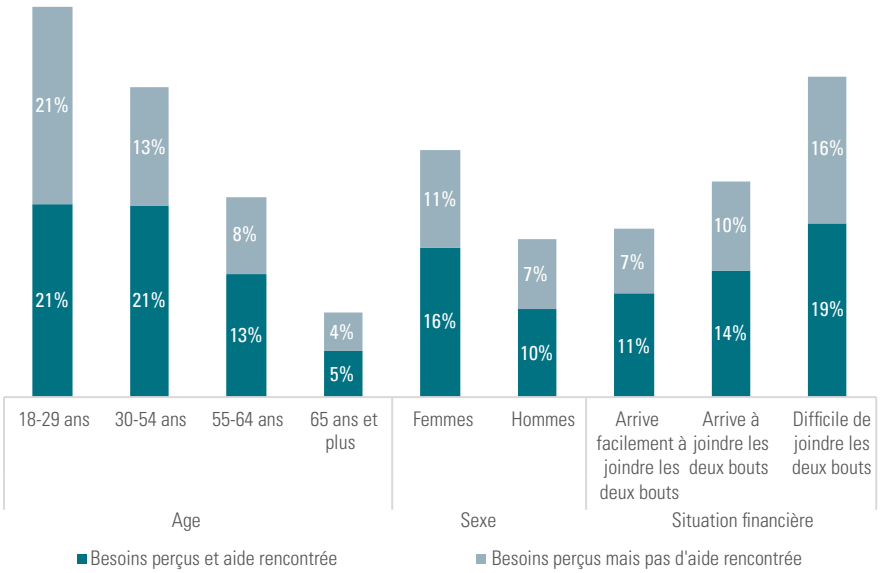
Afin d'analyser s'il existe des groupes qui présentent davantage de besoins en santé mentale, mais également de besoins non rencontrés, la figure 4 présente, en fonction de l'âge, du sexe et de la situation financière, la proportion de répondant·es ayant perçu le besoin d'une aide psychologique (rencontrée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

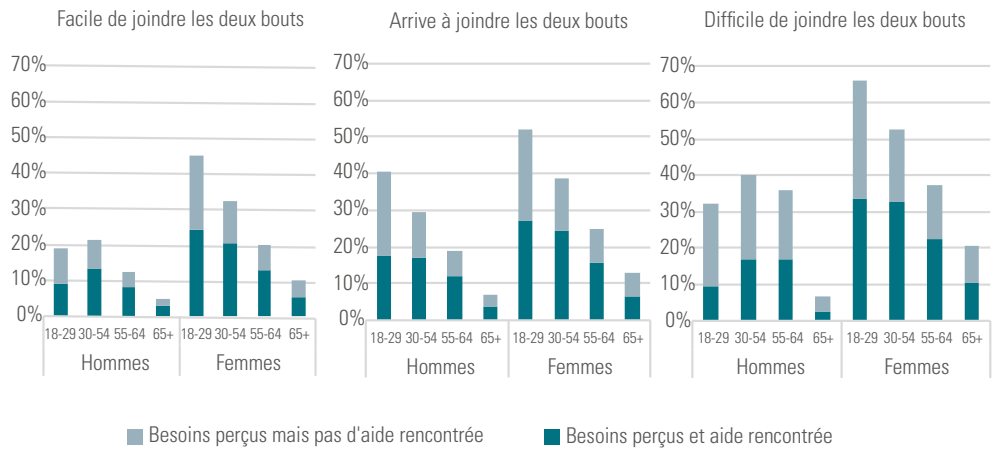
De même, on observe que la proportion de personnes qui n'ont pas reçu de l'aide psychologique diminue systématiquement avec l'amélioration de la situation financière des individus ainsi qu'avec l'augmentation de l'âge. Les groupes particulièrement vulnérables semblent être les femmes, surtout entre 18 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 le 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 financière (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
Tou·tes les répondant·es présentant des besoins non-rencontrés (n = 752)		30%	23%	22%	16%	21%
Âge	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%
Sexe	Femmes	29%	23%	23%	15%	21%
	Hommes	34%	24%	19%	16%	21%
Situation financière	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'antidépressifs par perfusion) ;
- le recours aux médicaments (antidépresseurs ou antipsychotiques) ;
- 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 Revalidation 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[2] 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 appairé 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/terugbetalingen-behandelingen/geestelijke-gezondheid/psychologische-zorg. Pour les mutualités francophones ou germanophones, plus d'informations sur 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 inclues 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 notoire 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'accroit.

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'accroit que le recours s'accroit, 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 remboursé.

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.

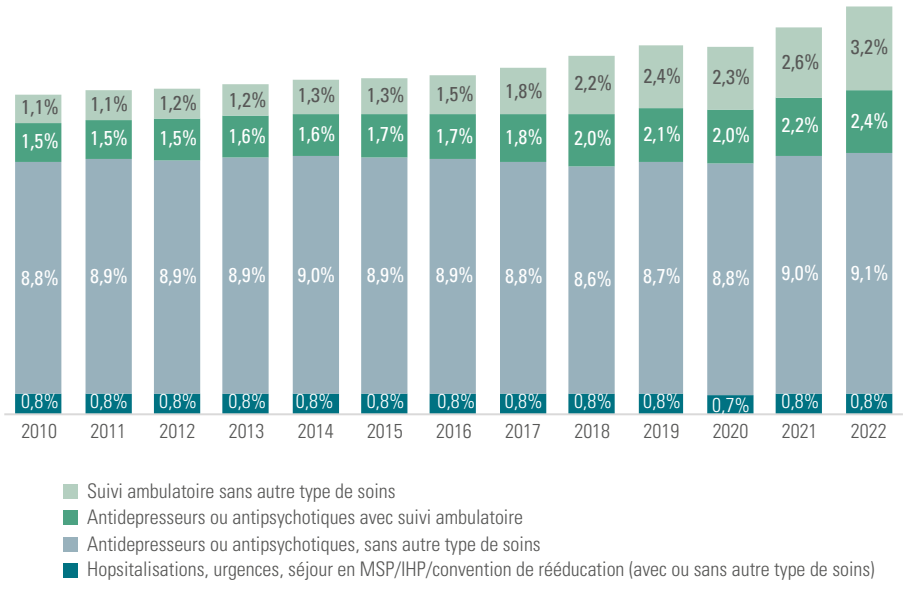
Il convient toutefois de préciser que l'utilisation des soins de santé mentale est très différente en fonction des **groupes d'âge**, du **sexe** et du **statut bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM)**. En effet, on observe que la grande majorité des enfants (moins de 18 ans) ont uniquement recours 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[3]. 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 interpelantes entre le niveau de médication en maison de repos et hors des maisons de repos pour des niveaux de dépendance similaires (Noirhomme & Lambert, 2020).

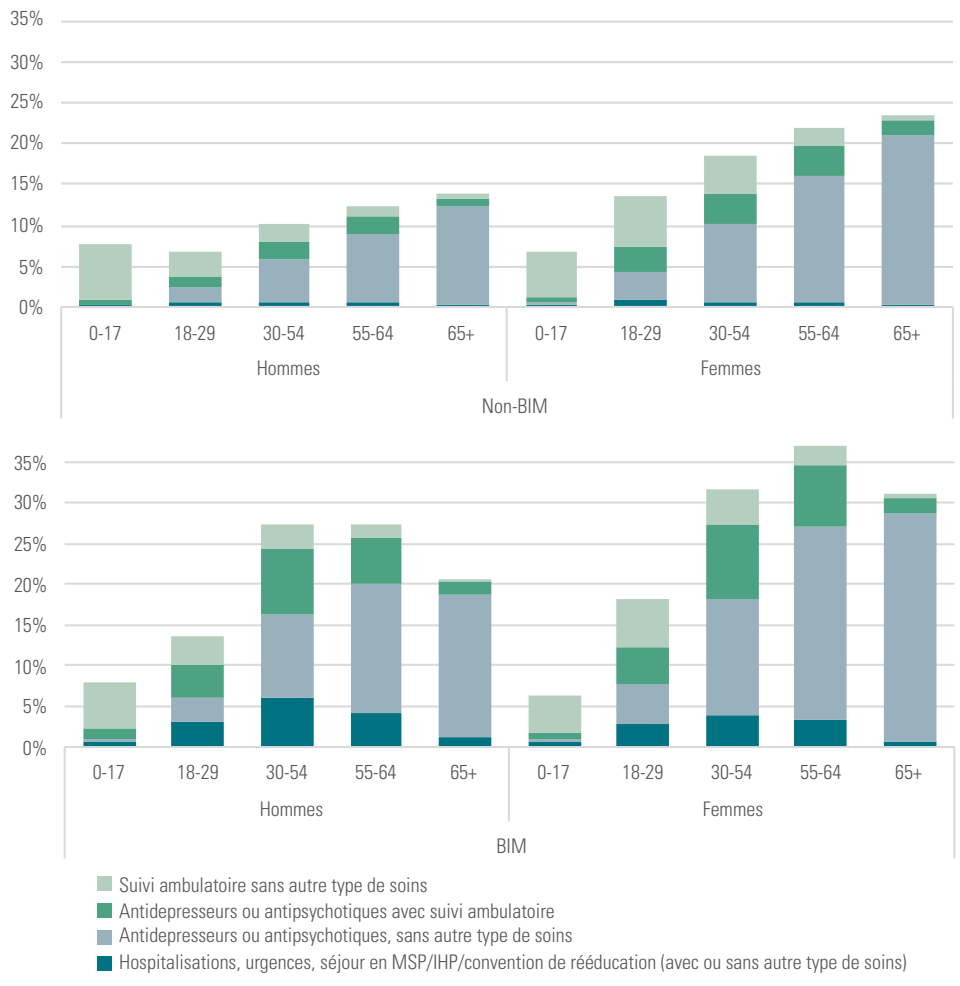
aux soins lourds (hospitalisations, urgences, etc.), dans toutes les catégories d'âge et pour les deux sexes, mais de façon particulièrement marquée chez les hommes de 30 à 54 ans.

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 interpelant 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

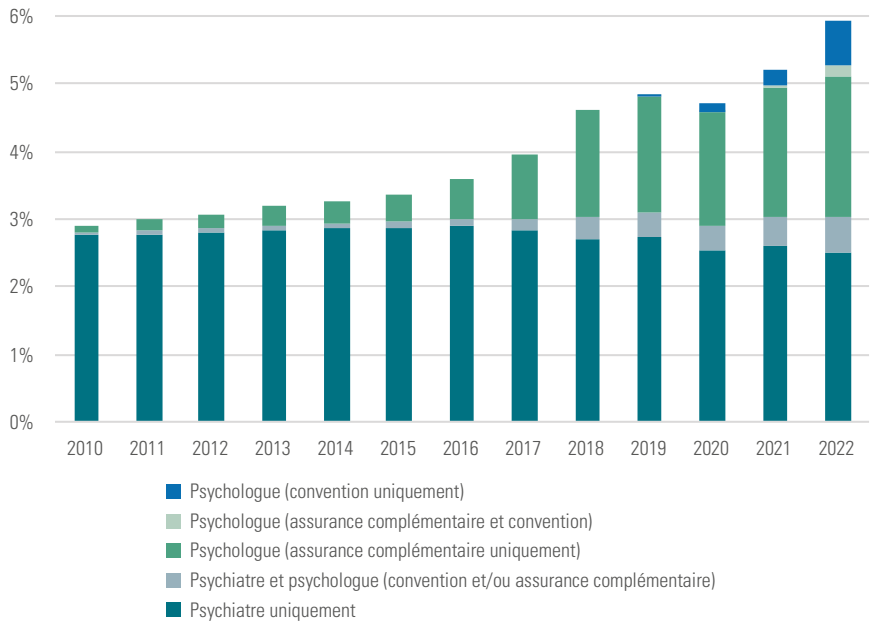
Nous avons jusqu'à présent parlé du « suivi ambulatoire », qui recouvre une série de prestations (et de prestataires) distinctes, et une offre en évolution. Afin de simplifier l'analyse, nous retiendrons par la suite trois types de soins ambulatoires remboursés, qui représentent 93% du volume de prestations de soins de santé mentale ambulatoires[4] : 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[5] en activité est un reflet de l'accessibilité des soins de santé mentale – et plus précisément de la disponibilité[6]. 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).

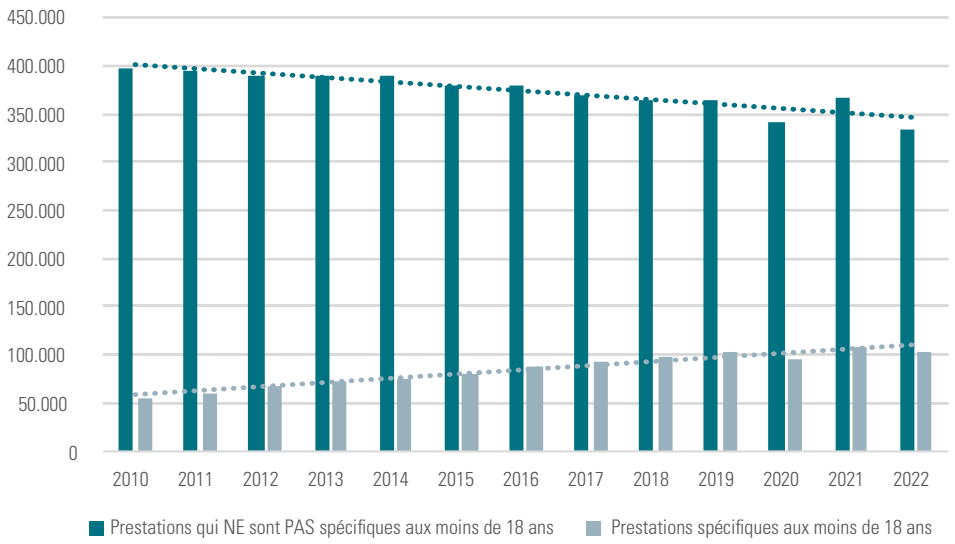
En outre, une récente étude menée dans le cadre des Etats-Généraux des soins de Santé Mentale (*Staten-Generaal van de Geestelijke Gezondheiszorg – SGGG*) sur les listes d'attentes en Flandre dans le secteur de la santé mentale met en avant que les délais d'attente et les gels d'inscriptions sont également 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 pédopsychiatre). 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[7] 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[8]. 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.

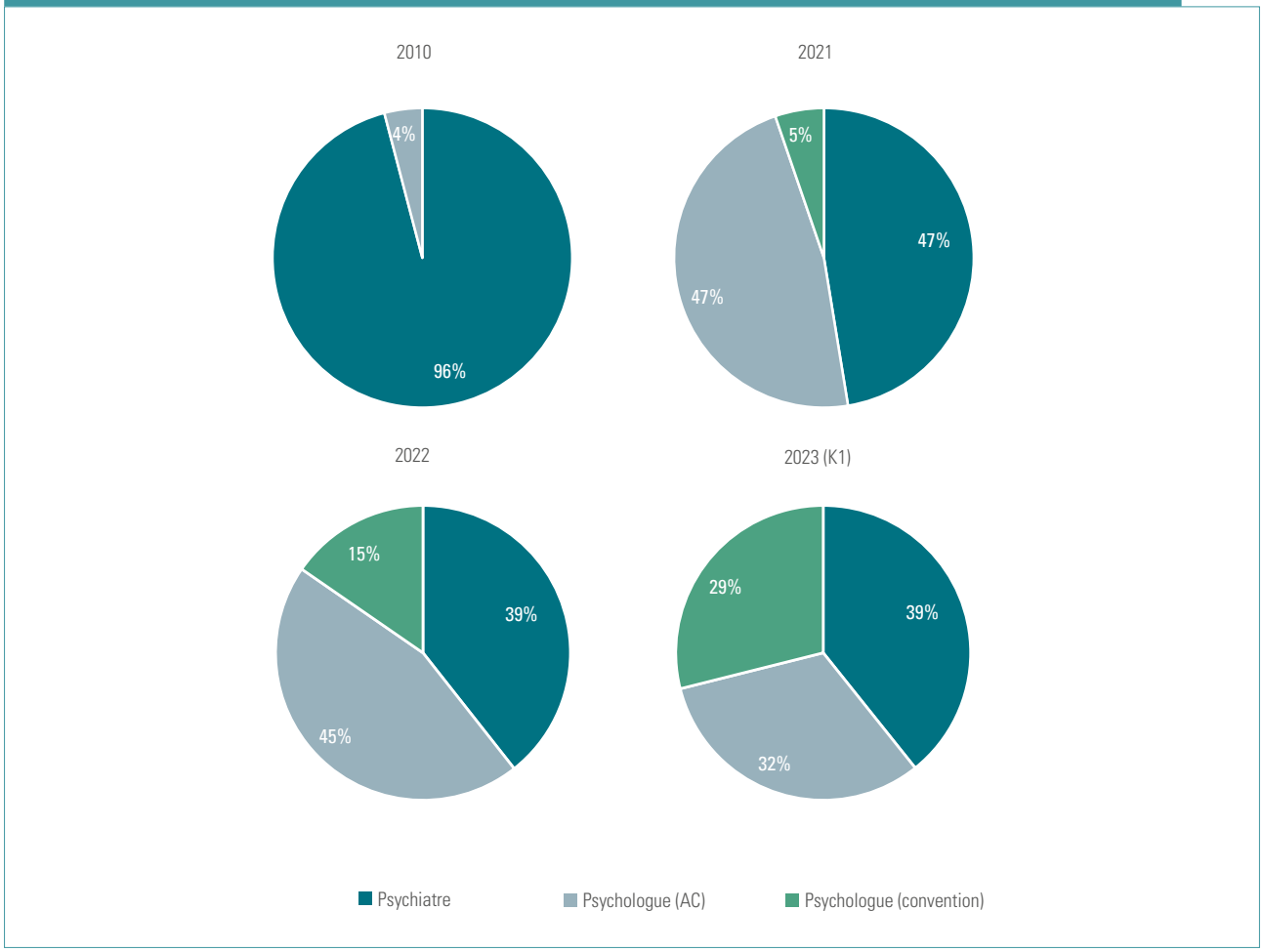
3.3.2. Part de chaque type de soins

En 2010, les soins de santé mentale ambulatoires remboursés étaient presqu'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.

7 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.

8 Pour considérer qu'il preste presqu'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'INAMI, 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 connaitre 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 »[10] – 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'usager 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'usager 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 acteur·rices 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.

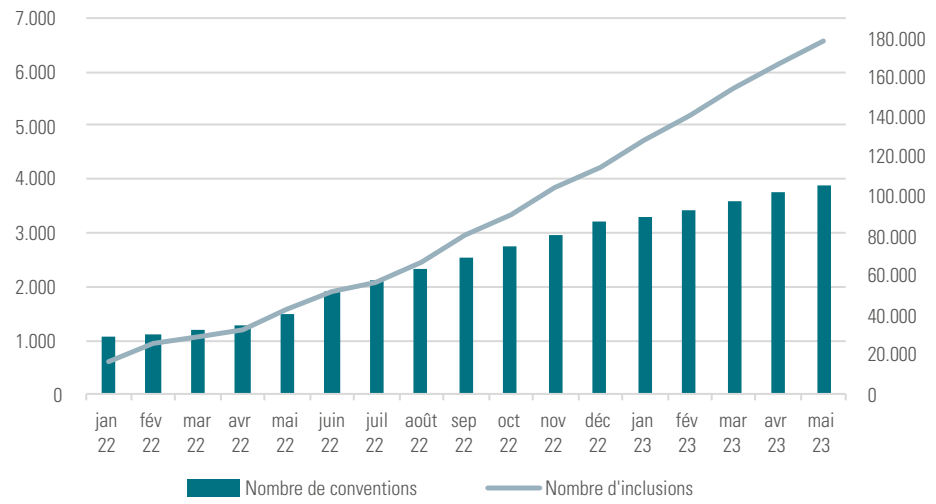
À l'aide de l'enquête BELHEALTH, nous comparerons les patient·es ayant consulté des psychologues non conventionnés à ceux ayant consulté des psychologues conventionnés pour observer la spécificité du public bénéficiant de la convention. Les données de la MC nous permettent également d'aller plus loin 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)

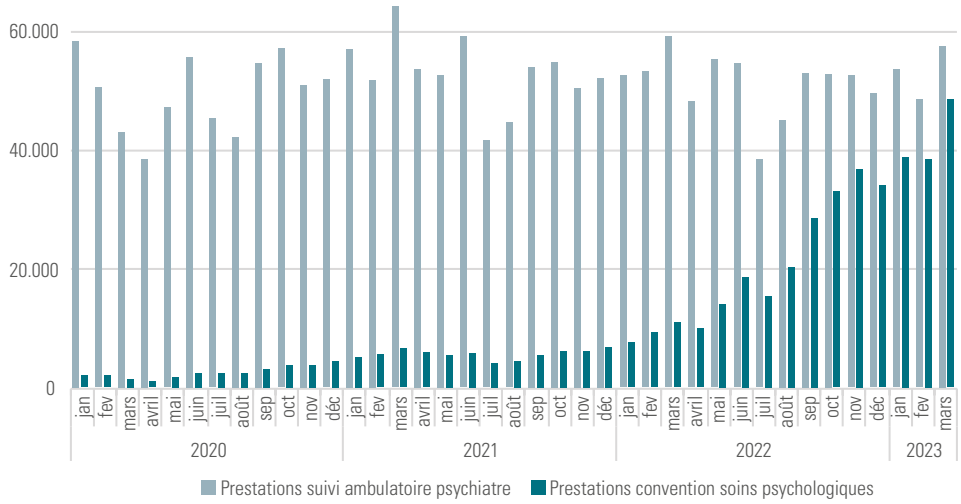


Figure 12). Le volume de prestations prestées en mars 2023 est ainsi six fois supérieur à celui presté en janvier 2022 (on passe de 7.477 à 45.399 prestations). Plus encore, l'évolution du recours aux soins psychologiques augmente jusqu'au point de tendre à rattraper les volumes de consultations prestés 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
Tou·tes les répondant·es		1.838	1.086 (59%)	140 (8%)	142 (8%)
Âge	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%)
Sexe	Femmes	1302	784 (60%)	98 (8%)	108 (8%)
	Hommes	536	302 (56%)	42 (8%)	34 (6%)
Situation financière	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'ensemble 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
Ensemble des membres		1,9%	88.440
Sexe	Femmes	2,5%	57.885
	Hommes	1,4%	30.555
Statut	BIM	2,5%	17.428
	Non-BIM	1,8%	71.012
Région	Flandre	1,9%	64.292
	Wallonie	2,2%	20.669
	Bruxelles	2,1%	3.479
Âge	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.

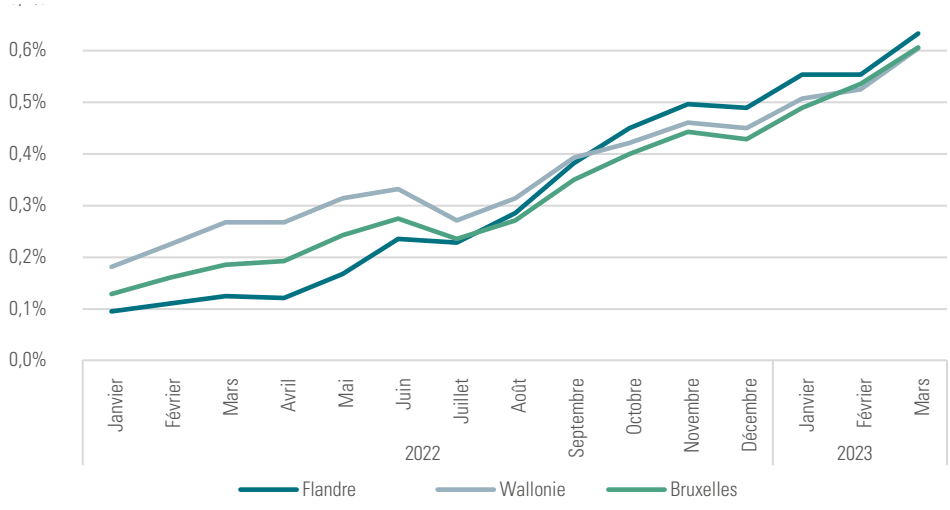
En fonction de la région

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[10]. 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[11] 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 inclu·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)

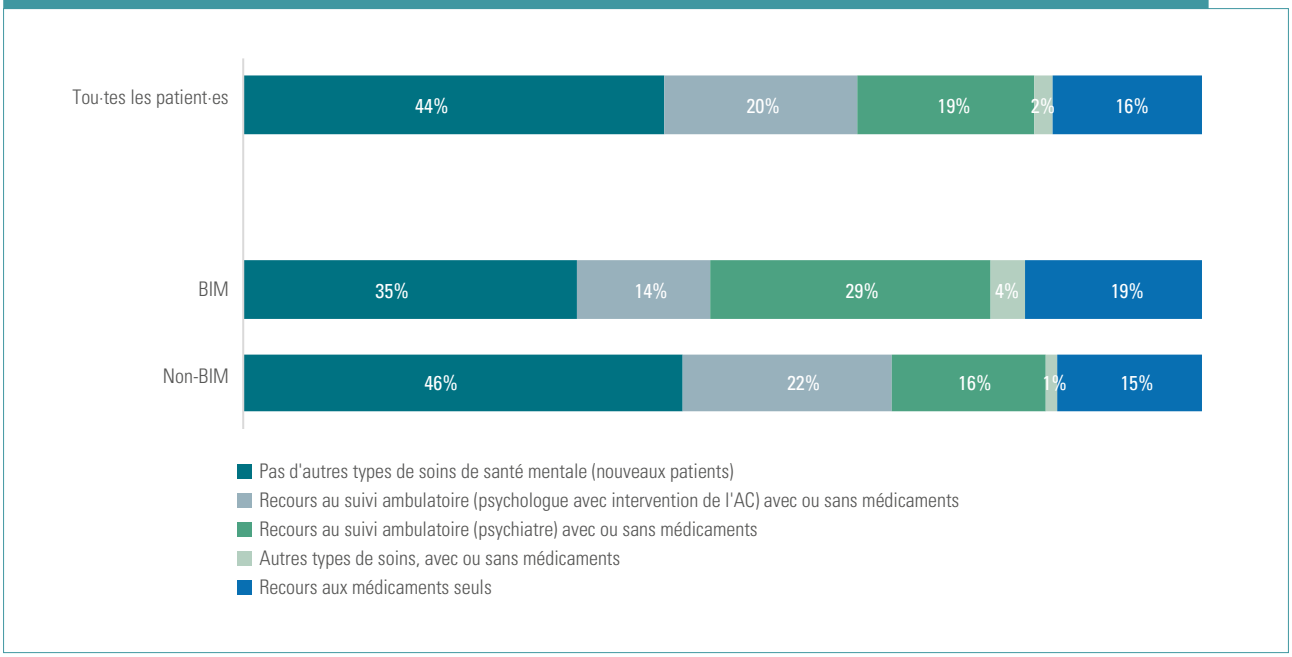
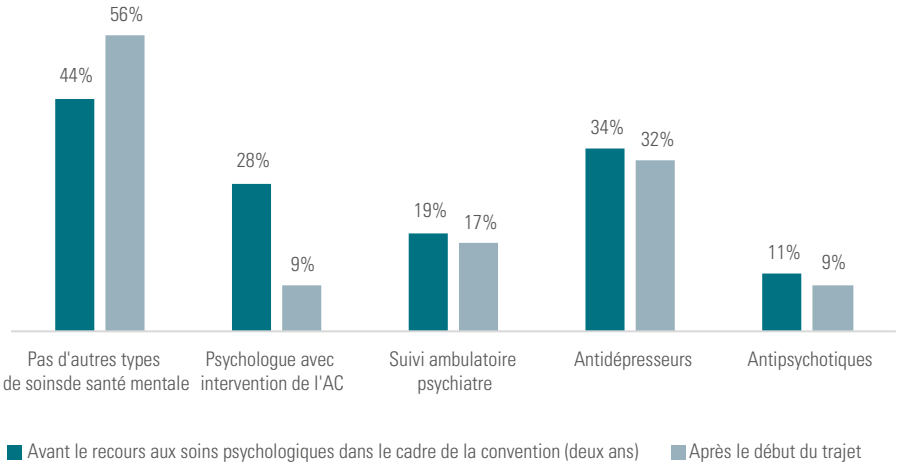


Figure 15 : Comparaison entre le pourcentage des utilisateur·rices de la convention à (ne pas) avoir d'autres types de soins dans les deux années qui précèdent et dans la période qui suit le début du trajet, pour les trajets entamés en 2022 (Source : Données de la MC, juillet 2023)



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.

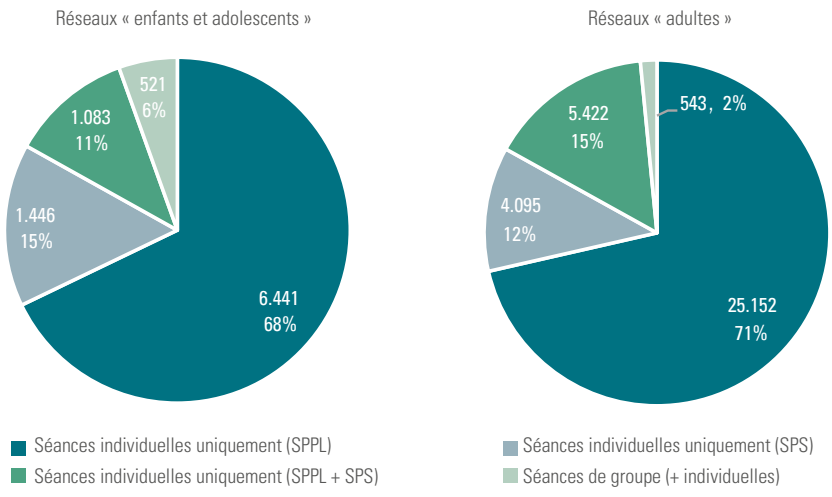
En outre, lorsqu'on suit le trajet des membres de la MC, on observe que 25% de ceux qui avaient recours aux antidépresseurs, 41% de ceux qui se rendaient chez le psychiatre et 41% de ceux qui avaient recours aux antipsychotiques n'ont plus recours à ces soins après avoir commencé leur suivi psychologique 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
Réseaux « enfants et adolescents » (jusque 23 ans inclus)	SPPL	Maximum 10 séances	Maximum 8 séances
	SPS	En moyenne 10 séances (maximum 20)	Maximum 15 séances
Réseaux « adultes » (à partir de 15 ans)	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
N patient·es	14.516	9.133	1.119	4.264	2.954	1.839	302	813
N séances – médiane	7	5	11	13	7	5	11	13
N séances – moyenne	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 1er 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 autorisé – 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)

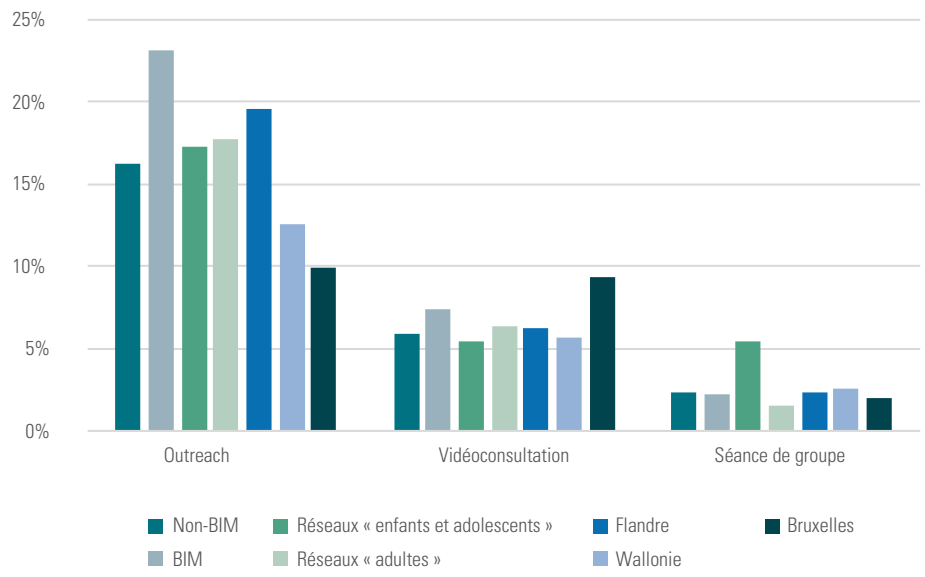
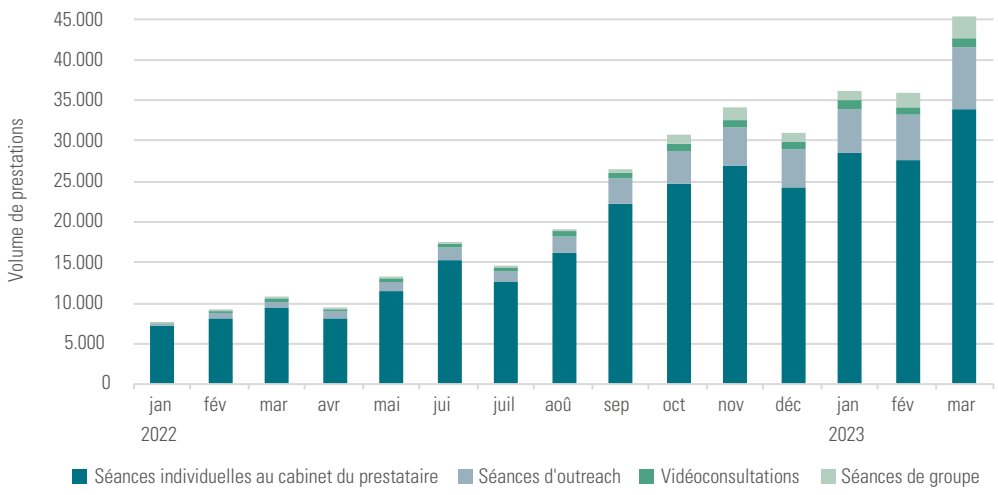


Figure 18 : Evolution du volume de prestations en fonction du type de prestation entre janvier 2022 et mars 2023 (Source : Données de la MC, juillet 2023)



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 connaitre 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 autorisé

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 prester 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 1er 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 débourser 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 couterait 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, couterait 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[12].

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[13]. 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 patient·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'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

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

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

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

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

Sciensano. (2023). *BELHEALTH - Cohorte Belge Santé et Bien-être*. Récupéré sur Sciensano: www.sciensano.be/fr/projets/cohorte-belge-sante-et-bien-etre

Thornicroft, G., & Tansella, M. (2009). *Better Mental Health Care.* Cambridge: Cambridge University Press.

Femmes et soins de santé en Belgique

Quels sont les biais de genre dans les soins de santé et comment y remédier ?

Svetlana Sholokhova — Service d'études

Remerciements chaleureux à Sophie Cès, Élise Derroitte, Clara Noirhomme, Hélène Henry, Hélène Janssens et Hervé Avalosse

Résumé

Pourquoi les femmes vivent-elles plus longtemps que les hommes ? S'agit-il d'un vrai 'avantage' ? Les chiffres de Sciensano ne permettent pas de répondre positivement à cette question. Les femmes vivent leurs années 'supplémentaires' en mauvaise santé. Les raisons ne sont pas uniquement biologiques. À la différence des hommes, les femmes souffrent davantage des maladies non mortelles, mais invalidantes et qui les limitent fortement dans leurs activités quotidiennes. Il y a aussi des maladies spécifiques aux femmes et qui augmentent donc leur risque de vivre en mauvaise santé. Mais les recherches démontrent que les différences de santé qu'on observe au niveau des populations sont exacerbées par des facteurs sociaux et notamment la façon dont le système des soins de santé perçoit et réagit aux besoins des personnes. Depuis de nombreuses années, des chercheurs et des chercheuses soulignent qu'en fonction de leur sexe les personnes sont diagnostiquées, traitées et suivies différemment par les professionnel·les de la santé, les femmes étant souvent désavantagées.

Qu'en est-il de la Belgique ? Est-ce que la prévention, le diagnostic et le traitement offerts par le système des soins de santé belge permettent d'atténuer les différences en santé ou au contraire risque-t-il de les aggraver ? Pour répondre à cette question, nous avons analysé l'accessibilité des soins en Belgique dans ses quatre dimensions : la sensibilité aux problèmes de santé, la disponibilité des soins, leur accessibilité financière et leur acceptabilité, en croisant les différences observées avec les résultats d'autres recherches internationales. Il en ressort que les femmes peuvent rencontrer de nombreuses difficultés pour résoudre leurs problèmes de santé. Quelques exemples tirés des domaines de la prévention (dépistage du cancer de sein), du diagnostic et du traitement (maladies cardiovasculaires) ainsi que de l'organisation des soins (inégalités au sein du corps professionnel de santé) illustrent ces difficultés. Sans prétendre à être exhaustive, cette étude offre pour la première fois une analyse du système des soins de santé belge sous l'angle du genre et propose une série de recommandations à destination des décideurs et décideuses politiques ainsi que des responsables du système de soins afin de réduire les inégalités en santé entre les femmes et les hommes.

Mot-clés : Inégalité en santé, inégalités de genre, accessibilité, femmes

1. Introduction

« Les inégalités en matière de santé sont les différences d'état de santé entre des groupes de personnes qui sont importantes, inutiles, inéquitables, injustes, systématiques et évitables par des moyens raisonnables »[1]. Ces différences peuvent être observées entre des populations, des groupes au sein d'une population, et sous forme de gradient. Elles sont liées aux conditions sociales, économiques et environnementales — les conditions dans lesquelles nous naissons, grandissons, vivons, travaillons et vieillissons. Il serait donc hâtif d'« individualiser » les différences en santé observables au sein de la population, en supposant que ces différences sont dépendantes des personnes (leur hérédité génétique ou leurs seules habitudes par exemple). Les inégalités en santé sont en revanche structurelles précisément parce que les conditions de vie des personnes, et en conséquence la structure sociétale qui les détermine, jouent un rôle central dans la santé des personnes (Derroitte, Cès, & Sholokhova, 2023).

Les inégalités inhérentes à la structure sociétale peuvent être abordées sous l'angle triple de discriminations structurelles. On peut alors identifier des groupes plus à risque d'un point de vue **économique** (personnes appartenant aux classes plus pauvres) qui sont confrontés à de grandes difficultés pour répondre à leurs besoins essentiels, du point de vue des discriminations sur base **d'origine** (personnes racisées) et du point de vue des discriminations **genrées** (personnes discriminées en fonction de leur sexe ou leur sexualité). Dans une étude précédente de la Mutualité chrétienne (MC), il a été démontré que les écarts économiques ont des corrélations fortes avec les écarts de santé. Les personnes résidant dans les quartiers plus riches ont une meilleure santé que les personnes résidant dans les quartiers plus pauvres : les premières vivent plus longtemps, souffrent moins du diabète, des affections cardiovasculaires, des maladies respiratoires (Avalosse, Noirhomme, & Cès, 2022). Dans le présent article, nous nous penchons sur le fait que les personnes n'ont pas les mêmes risques de maladies ni les mêmes chances de se faire soigner en fonction de leur sexe. Nous nous intéressons particulièrement au rôle du système des soins de santé, par lequel on entend à la suite de l'OMS « toutes les organisations, personnes et actions dont l'intention première est de promouvoir, restaurer ou maintenir la santé » (Morgan et al., 2016, notre traduction). Car les difficultés d'accès aux soins risquent d'aggraver les inégalités en santé ou d'engendrer de nouvelles inégalités.

La question qui guide notre recherche est la suivante : est-ce que la pratique médicale de la prévention, du diagnostic et du traitement en Belgique est imprégnée des valeurs et des représentations sur les sexes qui créent des inégalités en santé entre les femmes et les hommes, et quelles sont les perspectives possibles d'amélioration de la situation actuelle ? Cette question implique d'autres questions : est-ce qu'on constate dans le recours au système de soins de santé belge des différences entre les personnes en fonction de leur sexe ? Quelles tendances peut-on dégager et quelles explications pourrions-nous en donner ? Enfin, est-ce que ces tendances exercent une influence sur la santé des personnes ?

Notre étude porte principalement sur les femmes. Or, la question du sexe de la personne étant intimement liée à celle de l'orientation sexuelle ou encore de l'identité, de nombreuses personnes sont également discriminées sur cette base-là. Pour des raisons de manque de disponibilités de données à ce jour, nous sommes obligées de mettre de côté ce sujet, ce qui ne remet aucunement en doute la gravité et l'ampleur des discriminations et des inégalités de santé en question. Nous espérons nous y pencher prochainement.

Il convient également de souligner d'entrée de jeu qu'il serait trompeur de considérer les femmes comme un groupe homogène. Des inégalités existent aussi au sein de ce groupe du point de vue économique, de l'origine, de la sexualité, de l'âge, etc. C'est pourquoi il convient toujours de privilégier une approche intersectionnelle qui analyse les situations de vie dans leur complexité réelle. Alors qu'une analyse descriptive s'arrêtera à constater des inégalités, poser un regard intersectionnel permet davantage d'expliquer les raisons de ces inégalités, en croisant par exemple les différents systèmes de dominations (Young, Mangwi Ayiasi, Shung-King, & Morgan, 2020). Pour répondre à cette exigence, nous explorons la façon dont les différentes inégalités se croisent entre elles — être femme et âgée, être femme et avoir un handicap, être femme et rencontrer des difficultés à joindre les deux bouts — et influencent le recours aux soins de santé.

Enfin, les hommes souffrent aussi des inégalités. Le sexisme se base en effet non seulement sur les représentations de la féminité, mais aussi sur celles liées à la masculinité. On constate en effet une forte corrélation entre les comportements identifiés comme 'typiquement' masculins et certains risques de santé (Courtenay, 2000) : la

1 health-inequalities.eu.

consommation excessive d'alcool, des comportements de conduite dangereux, etc. De même, comme les femmes, les hommes qui ne se conforment pas à la vision normative de la masculinité véhiculée par la société genrée risquent de subir des discriminations (Connell & Messerschmidt, 2005), qui peuvent, à leur tour, nuire à leur santé. Malgré son intérêt, ce thème ne sera pas abordé dans cet article, car il nécessite d'autres réflexions dans un article à part entière.

Dans cet article, nous procédons de la façon suivante. D'abord, nous explorons les inégalités entre les sexes en matière de santé en Belgique (2.1.) Puis, nous posons le cadre théorique de notre analyse en étudiant la façon dont le genre en tant que système social conditionne les différences observées (2.2.). Nous nous arrêtons également sur le rôle de l'accès aux données dans l'analyse des différences en santé et les difficultés qu'on y rencontre (2.3.) Ensuite, nous nous penchons sur le système de soins de santé belge sous l'angle de l'accessibilité en étudiant la façon dont les inégalités de sexe caractérisent différentes dimensions de ce système : la sensibilité aux problèmes de santé (3.1.), la disponibilité pour (se faire) soigner (3.2.), l'accessibilité financière des soins (3.3.), et l'acceptabilité des soins proposés (3.4.). À la suite de l'analyse de nos résultats de recherche (partie 4), nous terminons notre étude avec une série de recommandations à destination des responsables politiques et des personnes engagées dans de différents niveaux du système des soins de santé (partie 5).

2. D'une société genrée à une santé genrée

2.1. Les inégalités de sexe dans la santé

Depuis plusieurs années, on constate qu'en Europe, tout en ayant une **espérance de vie** plus longue que les hommes, les femmes ont un niveau de santé plus bas que ces derniers. Par exemple en Belgique, tandis que l'espérance de vie à la naissance chez les femmes était de 84,0 ans et chez les hommes de 79,2 ans (Sciensano, 2021), après 65 ans les femmes peuvent espérer vivre 57% du restant de leur vie en bonne santé contre 68% pour les hommes[2]. Comme l'explique Sciensano, en Belgique, « les femmes vivent plus longtemps, mais elles vivent seulement un peu plus longtemps sans incapacité, par conséquent elles vivent plus d'années avec des incapacités (en nombre absolu d'années et en % du restant de leur vie) »[3].

Ce fait s'explique par les différences de maladies auxquelles les hommes et les femmes sont confrontés : « les hommes souffrent davantage de maladies chroniques potentiellement mortelles à un âge plus jeune (maladie coronarienne, cancer, maladie cérébro-vasculaire, emphysème pulmonaire, cirrhose du foie, maladie rénale et athérosclérose) », alors que « les femmes sont confrontées à des taux plus élevés de troubles handicapants chroniques (maladies auto-immunes et troubles rhumatologiques), ainsi qu'à des maladies gênantes, mais moins dangereuses pour la vie (anémie, troubles de la thyroïde, troubles de la vésicule biliaire, migraines, arthrite et eczéma) » (Bird & Rieker, 2008, p. 18, notre traduction). À côté des différences de prévalence des maladies entre les hommes et les femmes, il existe des problèmes de santé spécifiquement féminins comme les maladies liées au système reproductif, à la maternité (dépression péri- et postnatale, etc.), aux violences, etc., qui influencent donc spécifiquement la santé des femmes.

Les données de l'enquête de santé de Sciensano le confirment. Il existe des différences importantes et systématiques (depuis 15 ans de rassemblement des données) entre les sexes dans le nombre des personnes qui déclarent avoir **une maladie ou un problème de santé de**

2 « L'espérance de vie à la naissance » est calculée comme le nombre moyen d'années qu'un nouveau-né peut espérer vivre, si les taux de mortalité actuels restent inchangés dans les années à venir, alors que « l'espérance de vie dans un état de (bonne) santé donné », est l'espérance de vie sans incapacité, ou sans maladie chronique, ou en bonne santé ressentie.

3 Pour les détails du calcul et autres données, voir https://www.belgiqueenbonnesante.be.

longue durée : « sur l'ensemble de la période, les femmes souffrent plus que les hommes d'une maladie ou d'un problème de santé de longue durée avec respectivement 29% et 25% en 2022 » ; de même, la proportion des femmes qui déclarent **être limitées dans leurs activités quotidiennes** est plus élevée que celle des hommes, et ce, sur toute la période analysée : « en 2022, 28,3% des femmes étaient concernées contre 22,9% des hommes »[4].

Un autre indicateur qui permet d'apprécier l'écart entre la santé des hommes et des femmes en Belgique est le taux de personnes ne pouvant pas exercer leur travail pour cause de maladie. Selon le calcul du Bureau fédéral du Plan, en 2021, la part des femmes en **incapacité de travail** de longue durée était de 14,7% tandis que celle des hommes était de 8,0%. Cette différence augmente : de 0,8 point de pourcentage en 2005, elle est passée à 6,7 point de pourcentage en 2021 (voir Figure 1).

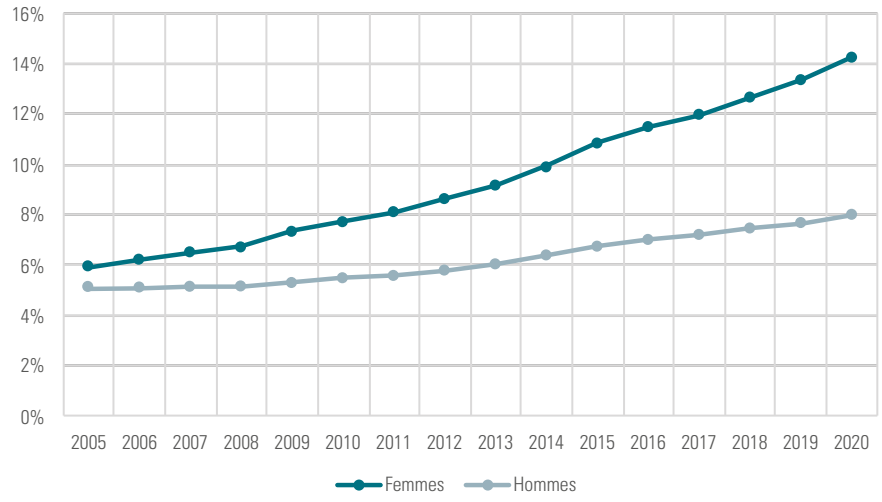
Les données de la MC confirment également la présence des inégalités : les femmes ont plus de risque que les hommes d'avoir une maladie chronique (et donc d'être bénéficiaires du statut d'affection chronique). Ainsi en 2021 parmi les membres de la MC, 15,4% de femmes ont le statut de malade chronique contre 11,3% chez les hommes. Ces différences persistent même après la standardisation pour l'âge, c'est-à-dire en tenant compte du nombre différent d'hommes et de femmes au sein des différents groupes d'âge : 14,6% contre 12%.

Les femmes en Belgique ont donc clairement plus du risque de souffrir des maladies invalidantes, c'est-à-dire des maladies de longue durée ou qui les limitent fortement dans leurs activités quotidiennes jusqu'au point de mettre en péril leur capacité de travailler. Les données de l'incapacité de travail suggèrent également que cette situation tend à s'empirer. La question qui se pose est alors si et dans quelle mesure les soins de santé prennent en compte ces différences, comment l'expliquer, et ce qui pourrait être fait pour réduire l'écart qui se creusent entre les femmes et les hommes.

2.2. Comment expliquer ces différences ?

Il existe des tentatives de donner **des explications biologiques** aux différences de santé entre les sexes. De ce point de vue, les hommes et les femmes seraient prédisposés ou, au contraire, protégés contre certains types de morbidité grâce à des facteurs biologiques. Il est démontré que la longévité des femmes peut être partiellement expliquée par les différences hormonales, les femmes étant plus protégées des maladies cardiovasculaires que les hommes grâce à un niveau plus élevé d'œstrogène. En

Figure 1 : Incapacité de travail de longue durée selon le sexe (pourcentage de l'emploi, chômeur·euses compris) (Source : indicators.be)



4 L'analyse de l'Eurostat reprise de https://indicators.be.

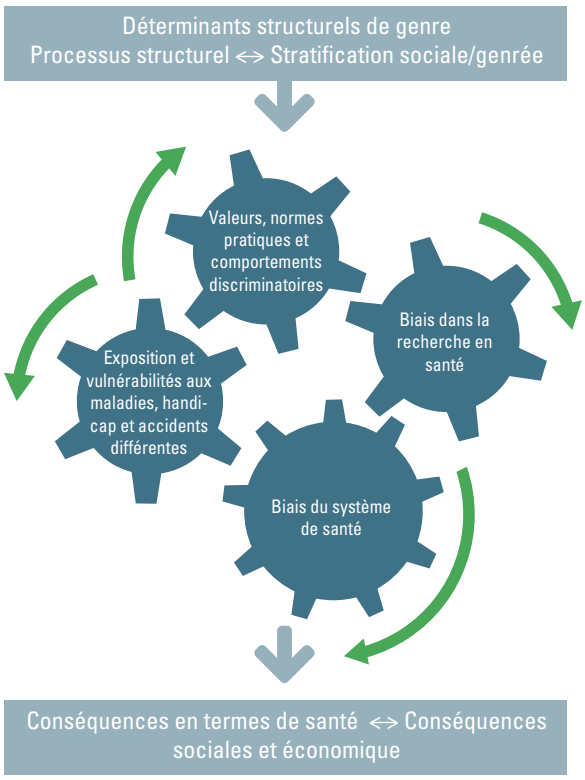
même temps, avec l'âge et le début de la ménopause, le niveau d'œstrogène baisse ce qui expose les femmes à un risque accru d'ostéoporose, responsable de nombreuses fractures de la hanche, des vertèbres ou du poignet, et de maladies cardiovasculaires (Rudic, Poropat, Krstic, Bjelakovic, & Gluud, 2005). La portée explicative des recherches centrées sur les explications biologiques des écarts de santé genrés reste néanmoins limitée et ne permet pas de rendre compte de l'ensemble des différences de santé observables. Par ailleurs, des recherches en épigénétique montrent que les différences physiologiques entre les femmes et les hommes adultes ne sont pas toujours innées ou immuables, mais peuvent être acquises lors du processus de socialisation (Bird & Rieker, 2008).

Les **explications économiques** des différences en matière de santé entre les hommes et les femmes offrent en revanche beaucoup plus d'éclaircissements. Elles mettent en évidence l'impact des différences des conditions de vie entre hommes et femmes et l'influence directe de ces différences sur la santé (Marmot, 2010). Ces explications s'appuient notamment sur le fait que les femmes sont particulièrement touchées par les facteurs économiques défavorables : elles souffrent plus souvent que les hommes de la pauvreté, des discriminations à l'embauche, salariales ou sur leur lieu de travail, etc. (European commission, 2021; European Institut for Gender Equality, 2021). Ces inégalités s'expliquent par le fait que les femmes travaillent plus souvent que les hommes à temps partiel, sont surreprésentées dans les secteurs mal rémunérés, ont moins facilement accès à des postes de direction.

La santé des femmes est également influencée par des facteurs qui ne sont pas d'ordre économique (ou qui en tout cas ne sont pas directement liés à ce dernier). Nous utiliserons le terme de **genre** pour désigner l'ensemble de facteurs sociaux responsables des différences de santé entre les sexes, en entendant par « genre » un système de *bicatégorisation hiérarchisée* entre les sexes (hommes/femmes) et entre les valeurs et représentations qui leur sont associées (masculin/féminin) (Bereni, Chauvin, Jaunait, & Revillard, 2020). **Le genre est donc un rapport social, tandis que le sexe est la position qu'on y occupe et qui est produite par le système social**[5]. Les inégalités de santé entre les sexes s'expliquent aussi par le genre et sont donc un 'problème genré' dans la mesure où en fonction de leur sexe et donc de leur position dans la hiérarchie entre les sexes, les personnes ne sont pas exposées à des (risques de) maladies ni à leur traitement de la même façon.

Le schéma proposé par l'OMS illustre bien la façon dont la structure genrée de la société a un impact sur la santé des personnes (et leur situation socio-économique, les deux étant mutuellement dépendantes) et notamment les facteurs qui déterminent cet impact (voir Figure 2, Sen, Ostlin, & George, 2007, p. 11). Parmi ces facteurs, nous retrouvons les systèmes de santé et la recherche biaisée

Figure 2 : Le rôle du genre en tant que déterminant social de la santé (Source : Sen, Ostlin, & George, 2007)



5 Nous ne retenons donc pas la terminologie qui opposerait le genre au sexe suivant la distinction entre la culture et la nature ou encore la société et la biologie, le genre étant un 'surplus' social par rapport au sexe biologique. Cette définition tend en effet à réduire le sexe à l'état de « nature pure », à la biologie qui serait indépendante de la société. Pourtant cette nature pure est souvent introuvable. Les cas des enfants intersexes, c'est-à-dire des enfants qui naissent sans signes qui pourraient permettre de définir leur sexe en tant que féminin ou masculin, le confirment. Le sexe dans le cas de ces enfants est décidé (et souvent fabriqué chirurgicalement et/ou hormonalement) à la naissance par les parents et le corps médical. Ce qui ressort de ces cas est alors avant tout la nécessité même de choisir un sexe. On voit donc bien que c'est le genre — en tant que système qui repose sur la binarité masculin/féminin — qui précède le sexe même de la personne et non pas l'inverse (comme l'idée du genre en tant que surplus par rapport au sexe biologique le suggèrerait). En outre, la référence à l'idée du sexe biologique ne fait que réifier l'histoire même du sexe. Ce dernier est en effet caractérisé par la pluralité irréductible des critères de sa détermination (l'anatomie, les gonades, les hormones, l'ADN) et le fait que la combinaison de ces critères utilisés pour définir le sexe varie dans l'histoire et selon les sociétés (voir à ce sujet Dorlin, 2008).

en santé. Le système de soins de santé joue donc un rôle dans la reproduction et le renforcement des inégalités de genre et participe ainsi au cercle vicieux des problèmes de santé genrés. En tant qu'un véhicule des représentations et des valeurs liées aux sexes, les soins de santé, d'une part, maintiennent les inégalités entre les hommes et les femmes qui se manifestent dans les inégalités de santé entre les sexes. D'autre part, ils engendrent de nouveaux problèmes et renforcent ainsi les inégalités entre les sexes, notamment par le fait qu'ils ne sont pas accessibles aux hommes et aux femmes de la même manière.

Le genre influence sur la santé des personnes en influençant sur « l'accès aux services de santé et leur utilisation, la conception et l'utilisation des produits médicaux et des technologies, la nature de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé ; le système de financement de la santé, les données collectées et leur gestion, et la manière dont les politiques de santé sont élaborées et mises en œuvre » (Morgan, et al., 2016, p. 2, notre traduction).

2.3. Le problème des données relatives à l'égalité

Quels sont les biais de genre du système des soins de santé belge ? Il convient de souligner qu'il n'existe pas à ce jour d'études scientifiques ni quantitatives, ni qualitatives qui répondent à cette question. Ainsi les *Rapports de la performance du système de santé belge* proposés régulièrement par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) ne posent pas les inégalités de genre comme un des critères d'analyse. Il est vrai que, pour certains indicateurs, on retrouve les données présentées selon les sexes, mais cette présentation n'est pas systématique et ne constitue pas un sujet à part. Les rapports du KCE confirment la tendance générale des analyses des données belges au sein desquelles la question des biais de genre dans les soins de santé fait défaut. Notons toutefois un certain nombre de publications qui ont le mérite de mettre en lumière le problème structurel des inégalités genrées en santé et l'impact du genre sur les soins (Gillard, 2021 ; Colard, 2019).

Pour répondre à la question qui est la nôtre, nous devons nous appuyer ou produire des « **données relatives à l'égalité** (*equality data*) », c'est-à-dire des données qui permettent de décrire et analyser l'état de l'égalité ou de l'inégalité dans la société et notamment en santé (UNIA, 2021). La récolte de ce type de données vise avant tout à éviter, mais par là aussi à mettre en évidence, les biais, et dans notre cas les biais de genre, auxquels nous pouvons être confrontés dans les recherches sur les soins de santé.

La recherche en santé, qui constitue le socle de la médecine basée sur les preuves, mais aussi de la pratique médicale entretient une longue histoire avec les **biais de genre**. On entend par « biais », une erreur conduisant à des résultats ou à des conclusions qui sont systématiquement différentes de la vérité (Porta, 2014). Le caractère systématique du biais est important, il ne s'agit pas simplement d'une erreur aléatoire ou d'un manque de précision. Il s'agit du fait d'ignorer la réalité du genre en tant que déterminant social et donc par là d'occulter le fait que la société est caractérisée par des inégalités de genre.

Les biais de genre peuvent intervenir tout au long du **processus de la recherche en santé**, tant lors de la formulation de la question de recherche que du développement de la méthodologie de travail, lors de la collecte et de l'analyse des données ou encore lors des réflexions d'implémentation des résultats. Au moment de la formulation des hypothèses de recherche, les biais de genre interviennent en supposant que les situations et les risques sanitaires des femmes et des hommes sont similaires, alors qu'ils ne le sont pas ou, au contraire, en supposant des différences là où il y a des similitudes (Ruiz-Cantero, et al., 2007). À l'étape de la collecte des données, on peut constater le manque de données désagrégées par sexe, c'est-à-dire des données qui font une distinction entre les hommes et les femmes, et ce de deux manières.

Premièrement, on peut manquer de ce type de données parce qu'elles n'ont pas été rapportées ou mentionnées lors de la présentation des résultats de recherche ou d'analyse (*reporting bias*). Autrement dit, ces données auraient pu être enregistrées et probablement, ont été enregistrées, mais restent, pour ainsi dire, enterrées, non publiées et non disponibles, or leur influence sur les résultats de recherche reste probable. Deuxièmement, le manque de données désagrégées par sexe peut être dû à la méthodologie de recrutement des participant·es qui peut induire une exclusion ou une sous-représentation d'un des sexes des études. Ainsi une étude publiée en 2022 constate une sous-représentation systématique des femmes dans les essais contrôlés randomisés dans des domaines tels que les maladies cardiovasculaires, les néoplasmes, les maladies du système endocrinien, les maladies des voies respiratoires, les infections bactériennes et fongiques, les maladies virales, les maladies du système digestif et les maladies du système immunitaire (Daitch, Turjeman, Poran, & et al, 2022). Sur les 300 études publiées en 2017

et analysées par Daitch et al., le taux d'inscription médian global des femmes était seulement de 41% et ce taux diminue avec l'âge des participants aux essais. Les femmes de moins de 45 ans constituent 47% des participantes aux études et celles âgées de plus de 63 ans constituaient seulement 33% des participantes. Or la diminution de la participation des femmes avec l'âge est loin d'être anodine étant donné que, comme on vient de voir, les femmes âgées ont plus de problèmes de santé que les hommes âgés.

Comment se justifie la sous-représentation des femmes comme sujets d'étude ? Pour certains chercheur·ses, l'inclusion des femmes est équivalente à la création de nouveaux problèmes, car le corps des femmes serait trop complexe, trop variable, notamment à cause des fluctuations hormonales associées au cycle menstruel. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle les femmes risquent d'être testées dans cadre des études au moment où leur cycle est dans la première phase folliculaire (Bruinvels et al., 2016), c'est-à-dire où elles ressemblent le plus aux hommes, l'idée étant justement de minimiser l'impact éventuel de l'estradiol et de la progestérone sur les résultats de l'étude (Criado Perez, 2020, p. 204). Or, dans la vie réelle les femmes prennent des médicaments et subissent des traitements tout au long de leur cycle menstruel et cela veut dire qu'elles sont exposées à des impacts qui n'ont pas fait l'objet d'investigations.

La sous-représentation ne concerne pourtant pas que les études sur les humains. Une analyse des publications dans la revue *Pain*, une des revues phares dédiées aux questions de la douleur, montre que 79% des études précliniques sur les rongeurs publiées entre 1996 et 2005 n'ont testé que des rats ou des souris mâles. Et cette situation évidemment n'est pas réservée uniquement au sujet de la douleur (Mogil, 2020). Les animaux mâles dominent les animaux femelles comme sujets de recherche préclinique en neurosciences, physiologie, pharmacologie et endocrinologie. Même si des régulations ont été introduites, et notamment en Union européenne, les améliorations se produisent lentement et nous sommes aujourd'hui devant le fait que des décennies d'études de rongeurs essentiellement mâles ont conduit à l'émergence d'une littérature à tendance masculine, dont l'étendue et les détails commencent à peine à émerger.

3. Le genre et la (non)accessibilité des soins de santé

Dans cette étude, nous abordons le thème de l'impact des biais de genre sur la pratique clinique et le fonctionnement du système des soins de santé en général sous l'angle de l'accessibilité des soins de santé, un des éléments centraux du système des soins caractérisés par quatre dimensions : **la capacité d'identification des problèmes de santé (la sensibilité), la possibilité d'atteindre les services (la disponibilité), l'accessibilité financière** et **la qualité des soins (l'acceptabilité)** (Cès, 2021). Dans la perspective de l'économie de santé, chacune de ces dimensions peut être analysée du point de vue de l'offre des soins (l'organisation des services et les conditions de travail des prestataires) et du point de vue de la demande (les conditions de vie des patient·es et les déterminants de leurs problèmes de santé) (voir Tableau 1 dans Cès, 2021, p. 17). Cette lecture multidimensionnelle de l'accessibilité constituera notre cadre théorique et nous aidera à saisir la façon insidieuse dont le genre imprègne les soins de santé.

Dans notre analyse, nous nous appuyons, premièrement, sur la revue de la littérature scientifique internationale portant sur les pays occidentaux. Puisque l'objectif de notre étude est d'analyser le caractère genré du système de santé belge, nous allons nous limiter à sa comparaison avec les systèmes de santé européens et états-uniens, c'est-à-dire les systèmes de santé des pays dont le niveau de richesse est comparable à celui de la Belgique. Deuxièmement, nous travaillons avec des données provenant de nombreuses sources : d'une part, les données disponibles en *open access*, c'est-à-dire librement et dans la plupart des cas via internet, comme des données de Sciensano, du Statbel, du SPF Santé publique ou encore les données de l'enquête EU-SILC, et d'autre part, les données administrative de la consommation des soins collectées en routine par la MC dans le cadre de ses missions de co-gestionnaire de l'assurance obligatoire soins de santé. Tous les calculs pour les membres de la MC (francophones, néerlandophone et germanophones) ont été effectués par les soins du Service d'études de la MC.

3.1. Sensibilité aux problèmes de santé

Des soins de santé accessibles sont premièrement des soins sensibles aux problèmes de santé, c'est-à-dire qui cultivent et réalisent « la capacité à identifier les besoins objectifs d'un point de vue clinique » (Cès, 2021, p. 8).

Ce sont les professionnel·les de santé qui jouent un rôle central dans l'identification des besoins en santé des personnes. Leur responsabilité comprend « non seulement l'étape d'identification du problème ou du risque de santé (par un dépistage précoce par exemple), mais aussi l'accès secondaire aux soins de santé, c'est-à-dire le déclenchement de la prise en charge » (Cès, 2021, p. 9). Les personnes (les éventuel·les futures patient·es) participent également à l'identification de leurs propres besoins. Notons toutefois que la capacité des personnes à pouvoir identifier la nécessité de faire appel aux services de soins de santé dépend largement de facteurs sociaux tels que le réseau social de la personne ou encore des circonstances de vie qui peuvent jouer un rôle de « distraction des personnes par rapport à leur santé » (Idem). Il serait donc réducteur d'envisager ces capacités sous l'angle individuel. Les conditions de vie difficiles (par le fait par exemple des revenus bas, des discriminations subies ou des évènements traumatiques) peuvent amener les personnes à négliger leur santé en reportant des soins ou en n'y faisant pas recours.

En outre, il ne faut pas sous-estimer le fait qu'il existe un véritable décalage entre l'expérience vécue de la personne et le savoir médical. Si dans le premier cas, il s'agit du fait de se sentir bien ou mal, dans le deuxième cas, il s'agit de se prononcer sur l'existence ou l'absence d'une maladie ou un problème de santé. Ce décalage est aussi discursif : le langage médical fait référence aux symptômes, mais ces derniers ne sont pas toujours directement traduisibles dans le langage quotidien que les personnes utilisent pour décrire la façon dont elles se sentent (Sholokhova, 2021, voir Tableau 1). Dans le cas des femmes, ce passage discursif est en outre depuis longtemps compromis par le rapport paternaliste et sexiste de la science en général qui a tendance à niveler le point de vue des femmes et leurs ressentis (Dorlin, 2008). Des études montrent que les plaintes des femmes sont souvent sous-estimées par les professionnel·les à cause des stéréotypes selon lesquels les femmes seraient considérées comme étant fragiles et émotionnelles : les femmes auraient une tendance à se plaindre 'à la moindre douleur' (qui ne serait donc pas une 'vraie' douleur) et à exagérer des situations qui 'en réalité' ne nécessitent pas d'intervention médicale. Cette tendance aurait quant à elle sa source dans la prétendue instabilité psychique typique des femmes et leur tendance à souffrir de troubles psychiques (Hoffmann & Tarzian, 2001). C'est ainsi qu'on voit par exemple que les femmes risquent de se voir refuser des traitements antidouleurs aux profits de traitements psychopharmacologiques (Calderone, 1990).

Nous pouvons alors dégager plusieurs problèmes spécifiques du point de vue de l'offre de soins et de sa sensibilité à la santé des femmes. Soulignons d'abord **le risque accru pour les femmes d'avoir un mauvais diagnostic ou de ne pas avoir de diagnostic du tout alors qu'une maladie est bien présente**. Cela concerne, d'une part, des **problèmes spécifiquement féminins**, notamment liés au système reproductif. On peut penser ici à l'endométriose pour laquelle un retard de diagnostic peut aller de six à douze ans (Matsuzaki, et al., 2006). D'autre part, l'existence de **mauvais diagnostics ou des sous-diagnostics de maladies communes aux femmes et aux hommes** est un fait réel.

En guise d'exemple, on peut prendre les **maladies cardiovasculaires** longtemps considérées comme des maladies plutôt masculines. Les femmes souffrant de cardiopathie ischémique sont souvent sous-diagnostiquées parce que leurs symptômes s'écartent des symptômes masculins pris comme référence. À la différence des hommes, elles souffrent davantage de l'ischémie myocardique chronique sans maladie coronarienne obstructive et présentent, davantage une douleur entre les omoplates au lieu de douleurs thoraciques, de nausées ou de vomissements, et d'essoufflement comme les hommes (Mauvais-Jarvis, et al., 2020). Le sous-diagnostic s'accompagne souvent de **traitements inadéquats** : les études dévoilent une tendance, chez certains professionnel·les de santé, à éviter de faire appel aux traitements invasifs pour des raisons de « sexisme bienveillant », car ces traitements seraient considérés comme très lourds pour les femmes tout en étant en même temps prescrits pour les hommes (Travis, Howerton, & Szymanski, 2012). Des phénomènes de suivis moins rigoureux pour les femmes sont également rapportés : moins de traitements précoces à l'aspirine ou aux bétabloquants ou de reperfusion (Jneid, et al., 2008).

Qu'en est-il de la situation en Belgique ? Penchons-nous sur le cas des maladies cardiovasculaires[6]. Pour l'année 2019, le SPF Santé publique constate la répartition suivante du nombre de séjours hospitaliers relatifs aux maladies cardiovasculaires : 56,8% pour les hommes et 43,2% pour les femmes, avec plus de séjours à visée chirurgicale chez les hommes (SPF Santé publique, 2021). Les procédures percutanées coronariennes sans infarctus aigu du myocarde sont en tête de liste : deux fois moins de femmes ont été hospitalisées en 2019 avec ce diagnostic (voir Figure 3). Pour les procédures percutanées coronariennes avec infarctus aigu du myocarde, le ratio femmes/hommes est encore plus grand : 4/10.

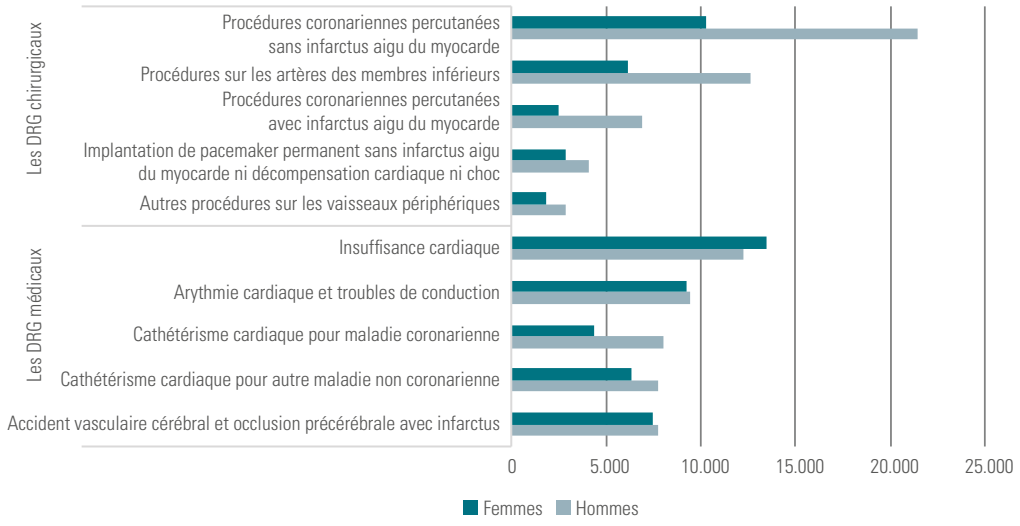
6 Nous remercions professeur Jean-Louis Vanoverschelde de l'UCLouvain d'avoir répondu à nos questions sur le sujet.

On pourrait se demander si ces différences relèvent des prévalences des maladies ou s'il s'agit d'un sous-diagnostic des maladies coronariennes chez les femmes et en conséquence d'une sous-utilisation des interventions percutanées coronariennes. Cette question a d'ailleurs déjà été soulevée par le KCE dans son analyse de la performance du système belge de santé (Devos, et al., 2019, p. 21). En effet, le monitoring des variations des pratiques médicales basées sur l'analyse des données d'utilisation des soins menée par l'INAMI, auquel se réfère le KCE, permet de constater des différences considérables pour les interventions percutanées coronariennes pour l'année 2017. Au cours de l'année 2021, les femmes ont eu trois fois moins de reperfusions myocardiques que les hommes (127,73 contre 445,58 de procédures par 100.000 de personnes, données après la standardisation par âge)[7].

Il est toutefois difficile d'établir, dans la population, la prévalence exacte des maladies coronariennes nécessitant ces types d'interventions (pour qu'ensuite on puisse la comparer au recours effectif à ce type d'actes médicaux). Ceci est difficile vu la possibilité de sous-diagnostics dans les cas des femmes. Nous pouvons toutefois étudier et comparer selon les sexes deux facteurs importants de risques de maladies coronariennes : le taux d'obésité et de fumeur·ses au sein de la population. Selon les données de Sciensano, en 2018, il n'y a pas eu de différence significative dans les taux de personnes en obésité entre les hommes et les femmes[8]. En ce qui concerne la consommation de tabac, par le passé, les hommes étaient plus nombreux à fumer, l'écart diminue toutefois progressivement depuis de nombreuses années. Selon Sciensano, en 2018, le taux de fumeurs quotidiens chez les hommes est 18% et chez les femmes 12%, en même temps « chez les femmes, le pourcentage augmente avec l'âge jusqu'à 64 ans où il atteint près de 17% »[9]. Les écarts pour ces deux indicateurs sont donc plus petits que ceux qu'on observe pour le recours aux soins cardiovasculaires. Cela suggère donc que **les écarts qu'on observe dans le recours aux soins coronariens chez les hommes et les femmes ne reflètent très probablement pas la prévalence réelle des problèmes cardiovasculaires chez ces deux groupes.**

Cette hypothèse se trouve, à notre sens, soutenue par les résultats d'une étude de Gevaert et al. (2014) qui démontre l'existence d'inégalités importantes dans la mortalité hos-

Figure 3 : Nombre d'hospitalisations classiques et de jour en 2019 des cinq groupes de DRG médicaux et chirurgicaux les plus fréquents, selon le type du diagnostic et le sexe (Source : SPF Santé publique)



7 https://www.belgiqueenbonnesante.be/images/INAMI/Rapports/RAPPORT-FR-Reperfusion_myocardique_Ajuste_2021.pdf. Notons que les variations des pratiques médicales selon le sexe concernent également le recours aux pacemakers. En 2021, les hommes ont deux fois plus de chances de se faire prescrire un implant que les femmes (106,18 contre 55,79 par 100.000 de personnes).

8 https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/determinants-de-sante/statut-ponderal#surpoids-et-obesite-chez-les-adultes

9 https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/determinants-de-sante/consommation-de-tabac

pitalière en Belgique entre les hommes et les femmes ayant subi une intervention coronarienne percutanée primaire à la suite d'un infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST (STEMI). Selon les résultats de cette étude, les femmes ont 50% plus de risque que les hommes de décéder même si on prend en compte d'autres facteurs de risques typiques des patient·es STEMI, parmi lesquels on trouve par exemple l'âge (les femmes étant souvent plus âgées que les hommes lors de l'admission) ou les comorbidités (notamment le diabète et l'hypertension). Autrement dit, l'âge et les comorbidités n'expliquent pas entièrement les différences observées en mortalité intramuros entre les hommes et les femmes. En revanche, les chercheur·ses ont confirmé que les femmes se présentent avec des problèmes cardiaques plus avancés et reçoivent le traitement plus lentement que les hommes ce qui crée des temps ischémiques totaux plus longs et expose plus le myocarde au risque de nécrose.

Selon les chercheur·ses, ce retard dans le traitement offert aux femmes peut s'expliquer par « le manque de sensibilisation au niveau des médecins : ces derniers peuvent être induits en erreur par cette présentation atypique et/ou sous-estimer la possibilité d'un syndrome coronarien aigu, en particulier chez les jeunes femmes ; ce qui peut entraîner des retards dans le diagnostic et le traitement, ainsi qu'un traitement sous-optimal » (Gevaert, et al., 2014). Une autre étude, portant sur un échantillon encore plus grand et incluant tous les patient·es en Belgique ayant subi une intervention coronarienne percutanée (non seulement les STEMI patients), montre aussi une différence de mortalité entre les femmes et les hommes (35% en désavantage pour les femmes). Cette étude exclut la possibilité d'expliquer entièrement par les facteurs d'âge ou de comorbidités cette différence et le fait que « les complications, telles que les hémorragies graves, l'insuffisance rénale aiguë ou les accidents vasculaires cérébraux, sont plus fréquentes chez les femmes » (Lempereur, et al., 2014).

3.2. Disponibilité de (se faire) soigner

Pour être accessibles, les soins de santé doivent être également disponibles. D'une part, il s'agit de la disponibilité des services qui doivent être « atteignables à une distance raisonnable, dans un délai raisonnable, avec une plage horaire suffisamment étendue et avec une prise de contact aisée, par l'ensemble de la population, sans discrimination, et dans les conditions adaptées aux besoins des patient·es par exemple en garantissant la communication dans la langue du·de la patient·e ou encore par l'existence d'aménagements pour les personnes à mobilité réduite » (Cès, 2021, p. 9). D'autre part, il faut que les personnes aient la capacité d'atteindre les services : l'accès nécessite tout d'abord que la personne soit «capable de se rendre disponible pour se soigner, c'est-à-dire de pouvoir y consacrer du temps (en incluant le temps de transport, le temps passé en salle d'attente et en rendez-vous) qui doit parfois être pris sur du temps passé à des activités impératives, comme le temps de travail ou le temps de garde des enfants ou encore au soutien d'un proche dépendant, etc. » (Idem). Cette capacité dépend de multiples facteurs : situation familiale, conditions matérielles de vie, état de santé, soutien disponible des proches.

Tant du point de vue spatial (la disponibilité géographique des lieux, l'accessibilité des services et des trajets pour les rejoindre, par exemple) que temporel (les heures d'ouverture des services et la durée des trajets pour les rejoindre), les femmes ont plus de risques de rencontrer des difficultés d'accès que les hommes. Elles sont aussi plus nombreuses dans la catégorie des personnes à mobilité réduite (PMR[10]) : au-delà d'un handicap physique ou mental, les femmes sont souvent accompagnées par les petits enfants en poussette. En outre, les femmes utilisent plus souvent que les hommes les transports en commun (Sansonetti & Davern, 2021) et dépendent donc de leurs contraintes ainsi que des niveaux d'accessibilité aux PMR.

Les recherches montrent que les femmes qui présentent déjà des problèmes de santé et notamment des maladies et des handicaps avec des limitations physiques rencontrent plus d'obstacles dans l'accès aux soins de santé (Matin, et al., 2021). Cela influence par exemple **l'accès aux soins préventifs tels que les dépistages du cancer de sein ou du cancer du col d'utérus** (Ramjan, Cotton, Algoso, & Peters, 2016).

En Belgique, nous constatons aussi ce manque de disponibilité. Cela ressort de notre analyse du nombre des femmes parmi les membres de la MC âgées de 50 à 69 ans[11] qui ont eu au moins une mammographie diagnostique et/ou un mammotest en 2020 ou 2021. Pour cela nous avons comparé le recours à ce test par les femmes ayant la reconnaissance du handicap qui peut être de nature

10 On entend par « personne à mobilité réduite » toute personne gênée dans ses mouvements en raison de sa taille, de son état, de son âge, de son handicap permanent ou temporaire ainsi qu'en raison des appareils ou instruments auxquels elle doit recourir pour se déplacer. Voir cawab.be

11 Il s'agit du public cible des programmes du dépistage, l'âge de 41 à 49 étant par exemple non recommandé sauf dans des situations médicales spécifiques.

physique ou mentale par la Direction générale Personnes Handicapées du SPF Sécurité Sociale avec le recours par les femmes sans statut de handicap. Tandis que 64% des femmes sans handicap sont couvertes par le programme de dépistage, seulement 43% parmi les femmes présentant un handicap le sont. Les différences sont présentes pour toutes les tranches d'âges (50-54 ans, 55-59 ans, 60-64 ans et 65-69 ans). L'échantillon de la MC étant très large (représentant 40% des personnes ayant l'assurance maladie soins de santé belge), on peut conclure qu'en Belgique **le fait d'avoir un handicap expose systématiquement les femmes au risque de recourir moins souvent au programme de dépistage (6 femmes sur 10, dans le cas de handicap, *ne se font pas* dépister contre 4 femmes sur 10 sans handicap)**.

Selon les chercheur·ses les raisons du manque d'accès au service de prévention (comme celui du dépistage du cancer) par les femmes sont multiples (Ramjan, Cotton, Algoso, & Peters, 2016) : à côté des difficultés financières, mais aussi de l'attitude et de la connaissance des professionnel·les de santé (tendance à moins conseiller les femmes handicapées à faire des tests préventifs que les femmes sans handicap), il y a aussi la non-disponibilité physique des services (possibilité du transport ou du parking adapté, les salles ou l'équipement médical inadéquat pour leurs situations) ou du personnel (non formé à la manutention des personnes handicapées). En Belgique, la possibilité de prendre un transport quand on a un handicap est fort réduite : en 2018, à Bruxelles, 94,4% des lignes de tram et 69,4% des lignes de bus de la STIB n'étaient toujours pas accessibles aux PMR et 77% des stations du métro bruxellois ; en Wallonie c'est le cas pour 81,2% des lignes TEC (Femmes prevoyantes socialistes, 2018) et en Flandre de 90% des arrêts De Lijn[12].

Du point de vue du temps, les femmes disposent de moins de temps que les hommes pour s'occuper de leurs besoins en santé. Elles effectuent très souvent un double travail par rapport aux hommes : en plus de leur emploi, elles s'occupent des tâches ménagères et des tâches de soins (enfants, personnes vieillissantes, etc.). On parle de « double peine » ou « *double shift* » en anglais (Federici, 2012). Il s'agit ici de la répartition inégale des tâches intrafamiliales, les femmes consacrant plus de temps que les hommes aux tâches ménagères, aux autres et ont moins de temps libre (Institut pour l'égalité des femmes et des hommes, 2020). Les attentes de disponibilité temporelle aux autres sont également plus élevées à l'égard des femmes : « si les soi-disant vrais hommes doivent faire preuve de force en cas de maladie, les soi-disant bonnes femmes sont censées s'occuper des membres de leur famille et donner la priorité à leurs besoins au détriment de leur propre santé » (Heise, et al., 2019, p. 2445) (Heise, et al., 2019, p. 2445, notre traduction).

3.3. Accessibilité financière des soins

L'aspect de l'accessibilité le plus souvent cité est sans aucun doute l'aspect financier. L'accessibilité financière correspond aux contributions personnelles des patient·es. En veillant à les limiter, d'une part, on ne décourage pas le recours aux soins en cas de besoin et, d'autre part, on protège du risque d'être exposé à des difficultés financières en cas de recours (Cès, 2021, pp. 9-10).

L'accessibilité des soins dépend donc fortement de la situation financière de la personne : plus ses revenus sont faibles plus elle risque de ne pas recourir aux soins. La façon dont les ressources financières sont partagées au sein de la société et plus spécifiquement au sein de la famille n'est donc pas une variable indépendante du recours aux soins. Or, en Europe occidentale, les femmes ont tendance à être plus pauvres que les hommes (Franklin, Bambra, & Albani, 2021). En Belgique, l'écart salarial annuel entre hommes et femmes dépassait encore les 20% en 2018 (Ghesquière, 2021), de même la pension moyenne des femmes constitue seulement 79% de la pension moyenne des hommes (Institut pour un Développement Durable, 2023). En outre, des inégalités de répartition des ressources intrafamiliales existent. Elles concernent notamment les couples avec une femme en situation de dépendance financière par rapport à son mari, mais aussi les ménages qui doivent arbitrer entre les soins de santé des différents membres de la famille et où la priorité est parfois donnée aux enfants avant les parents.

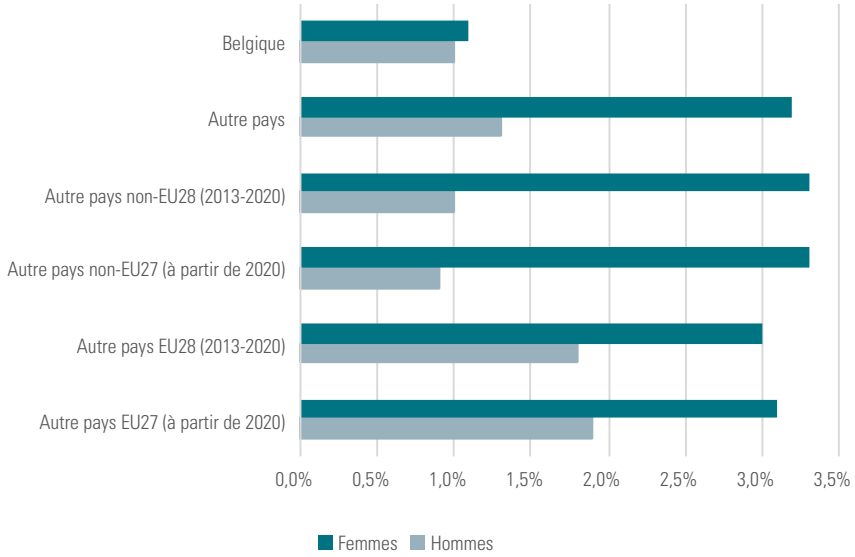
Les données de la MC confirment que les femmes sont plus à risque d'être dans une situation financière difficile : **20,9% des femmes membres de la MC ont le statut BIM contre 17,0% d'hommes (20,5% et 17,2% respectivement après standardisation par âge).** Ces inégalités financières se répercutent sur la santé en provoquant entre autres des situations de report ou de non-recours aux soins de santé.

12 https://www.vlaamsparlement.be/en/parlementair-werk/commissies/commissievergaderingen/1339088/verslag/1341754

Pour évaluer s'il existe des différences entre les hommes et les femmes sur ce plan, penchons-nous sur les données d'Eurostat qui fait un monitoring des statistiques des besoins en soins de santé qui n'ont pas été rencontrés (*unmet health care needs*)[13]. Selon l'enquête EU-SILC, en 2021,1,7% des habitant·es de la Belgique auraient rencontré des difficultés à faire suivre leurs problèmes de santé par un·e médecin pour des raisons financières et/ou de distance et/ou de listes d'attentes. La moyenne européenne est de 1,4% pour les personnes âgées de 16 à 44 ans ; 2,1% pour les 45-64 ans ; et 2,8% pour les personnes de 65 ans ou plus. Le gradient économique est bien présent dans ces données : plus les gens sont pauvres, plus ils rapportent avoir des besoins en soins de santé non satisfaits. En outre, des différences significatives (c'est-à-dire qui persisteraient également si on transposait l'analyse sur l'ensemble de la population de la Belgique) peuvent être notées entre les hommes et les femmes : **les femmes rapportent plus de problèmes médicaux (et de soins dentaires) insatisfaits (en 2021, 1,4% chez les femmes contre 1,0% chez les hommes)**[14]. Nous pouvons aller plus loin et comparer les données selon le sexe et selon le pays de naissance de personnes. Il en ressort clairement que les femmes qui sont nées en dehors de la Belgique éprouvent plus de difficultés que les autres groupes et surtout les hommes (voir Figure 4) ce qui montre l'importance de l'intersectionnalité pour mieux appréhender les inégalités de santé.

L'enquête de santé menée par Sciensano présente également des données sur l'accessibilité financière aux soins de santé. En 2018, il en ressort que « les ménages ayant une femme comme personne de référence sont plus nombreux à indiquer avoir dû reporter des soins de santé pour des raisons financières par rapport aux ménages ayant un homme comme personne de référence (13,4% contre 7,0%). Cette différence est significative après standardisation pour l'âge (de la personne de référence) » (Demarest, Charafeddinne, Berete, & Drieskens, 2020, p. 14). Dans l'ensemble, la

Figure 4 : Pourcentage de personnes rapportant avoir des besoins non satisfaits en matière d'examen médical en Belgique en 2021, selon le pays de naissance et le sexe (Source : EU-SILC)



13 Ce monitoring s'appuie sur deux types de données : d'une part, les données concernant les soins de santé en général et les services spécifiques liés aux soins de santé qui proviennent de l'enquête européenne sur la santé (EHIS), et d'autre part, les données concernant les soins médicaux et dentaires qui proviennent des statistiques de l'UE sur le revenu et les conditions de vie (EU-SILC). Vu les méthodologies différentes de ces deux enquêtes, leurs résultats ne sont pas comparables. L'enquête EHIS comprend des questions individuelles correspondant aux raisons des besoins non satisfaits en matière de soins de santé. L'enquête EU-SILC ne demande que la raison principale des besoins non satisfaits en matière de soins médicaux ou dentaires. Les parts rapportées dans l'EHIS sont calculées par rapport à la population âgée de 15 ans ou plus ayant eu besoin de soins de santé au cours des 12 mois précédant l'enquête. Les parts rapportées dans l'EU-SILC sont calculées par rapport à l'ensemble de la population âgée de 16 ans ou plus (qu'elle ait eu besoin ou non de soins médicaux ou dentaires). Dans l'enquête EHIS, parmi les raisons pour lesquelles les personnes rencontraient des difficultés à satisfaire leurs besoins en soins de santé figurent trois grandes catégories : raisons financières, problèmes de distance et/ou de transport, et listes d'attente. En 2019, un quart de la population européenne âgée rapporte avoir rencontré ces types de difficultés. Pour la Belgique, ce sont les listes d'attente (6,9%) et les transports/distances qui posent le plus problème. Pour plus de détails, voir https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Unmet_health_care_needs_statistics#Unmet_needs_for_health_care

14 La significativité statistique des différences a été confirmée par Cès & Baeten (2020).

part des ménages qui déclare avoir dû reporter des soins de santé pour des raisons financières augmente avec l'âge (de la personne de référence) jusqu'à la tranche d'âge 45-54 ans. Dans cette catégorie, 12,8% des ménages reportent des soins pour 2,8% des ménages de 75 ans et plus. « **La nécessité de reporter des soins de santé pour des raisons financières touche principalement les familles monoparentales, dont 22,6% affirment être dans cette situation.** Ce pourcentage est également assez élevé pour les personnes seules (10,7%) par rapport aux couples (avec ou sans enfants) » (Idem). Soulignons que selon les données **pour l'année 2019 en Fédération Wallonie-Bruxelles par exemple plus de 8 fois sur 10, c'est une femme qui se retrouve à la tête d'une famille monoparentale** (avec 90% des cas pour les âgées de 15 à 29 ans) (Berger, 2019).

3.4. Acceptabilité des soins prodigués

Une dimension souvent sous-estimée de l'accessibilité des soins de santé est celle de l'acceptabilité des soins par laquelle on entend « la capacité à assurer des prestations de soins qui satisfont au besoin minimum de qualité perçue pour que les personnes acceptent de recourir aux soins de santé » (Cès, 2021, p. 11). Il s'agit ici à la fois de la qualité des soins prestés tant du point de vue de la médecine (sécurité et adéquation des soins) que des attentes et choix individuels (soins à la maison, par exemple) et de la qualité interpersonnelle des relations entre les professionnel·les de santé et les patient·es (respect, bonne communication, absence de discriminations, rapport de confiance, etc.). Les soins de santé qui ne sont pas perçus comme acceptables engendrent des risques supplémentaires pour les personnes, notamment le report des soins dans le futur à cause de mauvaise expérience par le passé. L'aspect de l'acceptabilité des soins est intimement lié à l'aspect de la sensibilité dont nous avons parlé plus haut avec la différence que si l'acceptabilité concerne davantage le traitement, la sensibilité se rapporte au diagnostic.

Nous avons vu que des stéréotypes de genre imprègnent la pratique médicale : les professionnel·les de santé posent leurs choix en se basant non seulement sur leurs connaissances médicales, mais aussi sur des idées implicites et non thématisées par les professionnel·les eux·elles-mêmes (Chapman, Kaatz, & Carnes, 2013). Une approche du genre en tant que système social permet de tenir compte de différents facteurs qui influencent la réalité sociale. En particulier, cela permet de voir qu'il n'est pas surprenant que la pratique des professionnel·les de santé soit genrée dans la mesure où la profession médicale elle-même est une profession fortement genrée. En effet, une des sources des inégalités de genre dans les soins de santé se trouve, selon de nombreux chercheur·ses, dans la formation des professionnel·les de santé. À l'heure d'aujourd'hui, dans les programmes des formations, il manque de l'attention à la fois aux différences entre les sexes et aux questions de genre, tout comme aux questions de la pauvreté, de la migration, et des discriminations structurelles de façon générale. Cette attention pourrait aider les professionnel·les de santé à prendre conscience des biais qui informent inévitablement leur pratique clinique (Fitzgerald & Hurst, 2017).

En outre, en amont de la formation des professionnel·les de santé, il est nécessaire de prendre en compte la situation au sein même du corps professionnel. Dans la plupart des pays occidentaux, on constate en effet une inégalité de la représentation entre les hommes et les femmes au sein des professions des soins. Cela concerne premièrement le plan horizontal du système médical, certaines spécialités (comme la chirurgie par exemple) étant occupées majoritairement par les hommes tandis que d'autres par les femmes (pédiatrie, pédopsychiatrie) (Riska, 2010). Ce 'partage' reproduit les stéréotypes concernant les natures féminine (douce, attentive) et masculine (précise, forte, autonome, responsable) en dévalorisant ainsi le travail des femmes par rapport à celui des hommes. Or cela peut influencer l'acceptabilité des soins directement, car cela implique l'impossibilité de choisir un·e professionnel·le du sexe qui nous convient plus, mais aussi de ne pas avoir le même type de traitement. Ainsi une récente étude belge montre que les femmes gynécologues ont, pour le même emploi du temps, moins de consultations que les hommes pour des raisons de temps et d'attention pour chaque patient·e (Delvigne, Becu, van Wiemeersch, Bossens, & Vandromme, 2018).

Deuxièmement, les inégalités se manifestent aussi sur le plan vertical du système des soins, comme plus généralement dans la société. Au plus on monte l'échelle de pouvoir, au moins on trouve de femmes, et à l'inverse, c'est parmi les infirmier·ers et les aides-soignant·es, ou encore les *community health workers* que les femmes constituent la majorité. Or, être en bas de l'échelle de pouvoir ou être engagé dans les spécialités 'moins prestigieuses' correspond non seulement à des revenus et à une sécurité d'emploi moindres, mais également à plus de risque d'abus et de dévalorisation du travail effectué. Ces constats ont des conséquences sur la qualité des soins : « ces problèmes de surcharge de travail et de maltraitance se traduisent par un stress au travail, une insatisfaction professionnelle

et un épuisement professionnel des infirmières, ce qui se traduit par une baisse de la qualité des soins » (Hay, et al., 2019, notre traduction). Or, comme les femmes sont plus nombreuses à souffrir de maladies invalidantes, elles sont alors plus à risque de souffrir de la baisse de la qualité des soins due aux mauvaises conditions de travail des soignantes.

Penchons-nous sur les données concernant la répartition des travailleurs et travailleuses des soins de santé selon le sexe en Belgique. En prenant le système de santé de façon globale, on constate que les femmes constituent la majorité des travailleurs et travailleuses des soins de santé : selon les données de Statbel, **les femmes constituent presque 80% de tous les soignant·es (médecins, infirmier·es, aides-soignant·es confondues)**[15]. Avec 85% et 91% pour les infirmier·es et aides-soignant·es respectivement (voir Tableau 1).

Il faudrait compléter ce tableau par les données sur les positions décisionnelles les plus hautes du système de santé. Dans les instances de décision, les femmes sont très fortement en minorité. Selon nos calculs, au sein du Conseil national de l'Ordre des médecins seulement cinq membres parmi les 38 sont des femmes, soit 13% des membres et suppléant·es confondus[16]. De même, l'Académie royale de médecine de Belgique compte 16 femmes parmi ses 86 membres titulaires, soit à peine 1 membre sur 5[17]. Ou encore, parmi les 159 directeur·rices des hôpitaux belges seulement 33 sont des femmes, soit à peine 21% (Source : données du SPF Santé publique via UNESSA).

Le fait est que le monde médical et notamment ces instances de décision ne sont pas règlementés en matière d'égalité de représentation entre les hommes et les femmes. Dans la sphère politique, par exemple, la loi de 1999 fixe la part des parlementaires de sexe féminin (Chambre des représentants) à un minimum de 25%. L'arrêté royal du 2 juin 2012 fixe un quota de femmes aux deux premiers degrés de l'administration fédérale : au moins un·e haut·e fonctionnaire sur trois doit être une femme. En 2011, des quotas ont été instaurés dans les entreprises belges cotées en bourse. La loi prévoit que le conseil d'administration de ces entreprises doit compter (selon leur taille, entre autres critères) au minimum un tiers et au maximum deux tiers de membres de l'un ou l'autre sexe[18]. Avec l'adoption de la nouvelle directive de la Commission européenne proposée en 2022, ce quota sera élevé pour atteindre 40%[19]. Dans cette perspective, l'absence de réglementation de la répartition hommes, femmes dans la gestion des soins de santé est interpellante au vu de la représentation actuelle non égalitaire.

Les *Statistiques annuelles des professionnels des soins de santé en Belgique* publiées par le SPF Santé publique dénombrent les professionnel·les en droit d'exercer en Belgique[20]. En 2022 la Belgique comptait 583.723 professionnel·les de santé domicilié·es dans le pays (médecins, dentistes, kinésithérapeutes, infirmières, sage-femmes, aides-soignantes, pharmacien·nes, psychologues clinicien·nes, orthopédagogues et paramédicaux) dont 17.914 médecins généralistes, et 31.416 médecins spécialistes agré·es[21]. En termes de répartition par sexe 46% des généralistes sont des femmes. Chez les médecins spécialistes, 45% sont des femmes et 55% sont des hommes. Dans ces

Tableau 1 : Répartition du personnel des soins de santé par sexe en 2020 (Source : Statbel)

Sexe	Total soins de santé	Médecins	Infirmier·es	Aides-soignant·es
Femmes	78,60%	48,35%	85,40%	90,82%
Hommes	21,40%	51,65%	14,60%	9,18%
Total en nombres absolus	*416.038*			

15 https://statbel.fgov.be/fr/themes/datalab/personnel-des-soins-de-sante

16 https://ordomedic.be/fr/conseil-national/composition

17 https://www.armb.be

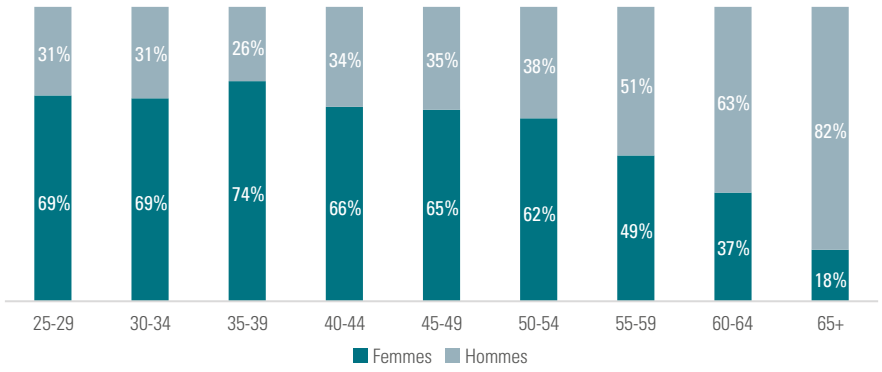
18 https://www.oecd.org/fr/belgique/quotas-egalite-hommes-femmes.htm#:~:text=La%20Belgique%2C%20o%C3%B9%20les%20femmes,(17%2C8%20%25).

19 https://www.europarl.europa.eu/news/fr/press-room/20220603IPR32195/accord-pour-renforcer-l-equilibre-des-genres-dans-les-entreprises

20 Les professionnels en droit d'exercer en Belgique sont les professionnels disposant, au 31 décembre, d'un visa valide, et ce pour les trois dernières années et selon diverses variables. Les différences entre les statistiques annuelles du SPF et les données de Statbel s'expliquent par les différences dans les calculs.

21 https://5199.f2w.fedict.be/fr/documents/hwf-statistiques-annuelles-2022-statistiques-detaillees

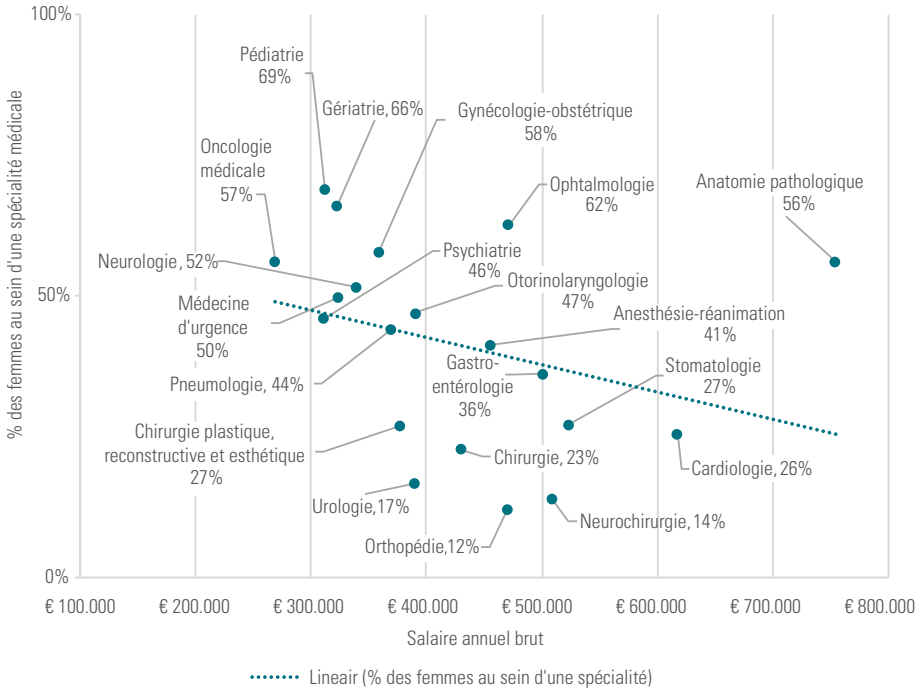
Figure 5 : Médecins généralistes en droit d'exercer en Belgique au 31/12/2022, selon l'âge et le sexe (Source : SPF Santé publique)



deux groupes, la même tendance vers la féminisation de la profession grâce aux jeunes générations s'observe (pour les médecins généralistes voir par exemple Figure 5).

Ces chiffres moyens cachent pourtant des inégalités importantes entre les différentes spécialisations. 65% des praticien·nes en pédiatrie, gériatrie, dermato-vénérologie, psychiatrie infantilo-juvénile sont des femmes. Pour d'autres spécialisations, telles qu'orthopédie, neurochirurgie, chirurgie, neuropsychiatrie, cardiologie, stomatologique, radiodiagnostic, elles sont moins de 35%. Ces données confirment les observations dans d'autres pays dont nous avons parlés plus haut. Cela suggère aussi que les stéréotypes de genre interviennent dans ce 'partage' des compétences entre d'une part des spécialités plus féminines (demandant plus d'interactions et d'investissements émotionnels) et plus masculines (précises, techniques, etc.).

Figure 6 : Pourcentage des femmes par spécialités médicales en fonction du salaire annuel moyen brut 2021 (Source : SPF Santé publique et KCE)



Enfin, pour approfondir le sujet, croiser les données sur la part des femmes par spécialisation médicale avec les données salariales est intéressant pour voir comment les inégalités de genre se croisent et se renforcent par les inégalités économiques. Les données salariales des spécialités médicales étant difficilement disponibles, nous utilisons les chiffres du KCE pour l'année 2010 (Swartenbroekx, Obyn, Guillaume, Lona, & Cleemput, 2012) en les indexant[22]. Une analyse des données montre que **plus le salaire annuel d'une spécialité est élevé, plus il y a de chances que les hommes y soient majoritairement représentés**. À la figure 6, nous pouvons observer cette relation entre les salaires pour certaines spécialités médicales et le pourcentage des femmes par spécialités médicales, en sachant que nous n'y avons pas inclus, afin de ne pas biaiser la présentation graphique, les salaires annuels moyens bruts dépassant 800.000 euros par an comme celui pour la médecine nucléaire — (37% des femmes), le radiodiagnostic — (31% des femmes) ou encore la biologie clinique — (50% des femmes). Il en ressort ainsi les écarts des salaires importants entre les spécialités majoritairement masculines (350.000 – 500.000 euros) et les spécialités majoritairement féminines (200.000 – 250.000 euros).

4. Résumé des résultats

Le point de départ de notre étude est ce constat : il existe en Belgique des inégalités de santé entre les hommes et les femmes. Les femmes ont plus de risque de souffrir de maladies invalidantes, c'est-à-dire de maladies de longue durée ou qui les limitent fortement dans leurs activités quotidiennes jusqu'au point de mettre en péril leur capacité à travailler (Sciensano, 2021). Selon le Bureau fédéral du Plan, en 2021, la part des femmes en incapacité de travail de longue durée était de 14,7% tandis que celle des hommes était de 8% (tous âges confondus). Plus important encore, cette situation a tendance à s'empirer : l'augmentation considérable du nombre de personnes en incapacité de travail observée ces dernières années signale l'aggravation de la santé des femmes, notamment de plus de 50 ans (Institut pour le développement durable, 2022). En sachant que l'accès aux soins de santé, fort dépendant des facteurs sociaux, joue un rôle central dans la réduction des inégalités en santé, nous avons étudié la façon dont le genre — en tant que système de valeurs et de représentations sur les sexes intrinsèque aux rapports de dominations privilégiant les hommes (Bereni, Chauvin, Jaunait, & Revillard, 2020) — imprègne la pratique médicale via les quatre dimensions de l'accessibilité (Cès, 2021). Il en ressort que les femmes peuvent en effet rencontrer de nombreux obstacles en matière d'accessibilité des soins.

Du point de vue de la sensibilité du système des soins aux besoins en santé, les femmes courent un risque accru d'être confrontées à un sous-diagnostic, aussi bien pour des problèmes de santé typiquement féminins (notamment liés au système reproductif, comme l'endométriose (Matsuzaki, et al., 2006)) que pour des problèmes identiques à ceux des hommes. Le cas des maladies cardiovasculaires illustre bien l'androcentrisme de la science médicale où des symptômes féminins différents entrainent des sous-diagnostics (Mauvais-Jarvis, et al., 2020). Cela a pour conséquence également des différences de traitements des maladies cardiovasculaires que peu d'éléments outre des éléments genrés semblent expliquer (Gevaert, et al., 2014 ; Lempereur, et al., 2014). Selon les données de l'INAMI par exemple, en Belgique, au cours de l'année 2021, les femmes ont eu trois fois moins d'interventions percutanées coronariennes que les hommes alors que les risques des maladies cardiovasculaires sont équivalents aujourd'hui pour les hommes et les femmes (voir 2.1.).

Du point de vue de la disponibilité de (se faire) soigner, accéder aux soins de santé apparait d'autant plus difficile pour les femmes étant donné leurs contraintes spatiales et temporelles. Elles sont confrontées à plus de difficultés que les hommes pour trouver le temps de se rendre aux rendez-vous à cause de la charge inégale dans la gestion du ménage et d'aide aux autres membres de la famille (Institut pour l'égalité des femmes et des hommes, 2020), mais aussi de rejoindre les services, car par exemple les transports en commun ne sont pas toujours adaptés aux personnes à mobilité réduite (Femmes prevoyantes socialistes, 2018). Cela peut être observé par exemple dans le cas des femmes avec un handicap qui courent un risque accru du sous-diagnostic du cancer de sein à cause du non-recours au dépistage lié à son tour à la non-disponibilité des services (Ramjan, Cotton, Algoso, & Peters, 2016). Selon les données de la MC pour les années 2020 et 2021, en Belgique 6 femmes sur 10, dans la situation de

22 Notons des limites importantes des données du KCE : le nombre d'hôpitaux participant à l'étude étant bas, les chiffres pourraient sans doute être davantage précis et risquent de ne pas refléter toutes les nuances des spécialités. Toutefois ce sont les seuls chiffres disponibles sur le sujet et qui permettent d'avoir une vision de la situation financière des travailleurs de santé. Par ailleurs, la MC a déjà exprimé son inquiétude quant au manque de la transparence concernant les salaires des médecins et a formulé des recommandations visant à réduire la tension salariale entre eux·elles (MC, 2021).

handicap, n'ont pas participé au programme du dépistage du cancer de sein contre 4 femmes sur 10 sans handicap (voir 2.2.).

Du point de vue de l'accessibilité financière des soins santé, les femmes sont plus à risque de non-recours et reports de soins pour des raisons financières. Leur situation financière reste globalement moins bonne que celle des hommes (écarts salariaux, risques des familles monoparentales, écarts de pension, etc.) (Franklin, Bambra, & Albani, 2021 ; Deschietere, et al., 2020). Selon les données d'Eurostat, en Belgique les femmes rapportent plus de problèmes médicaux et de soins dentaires insatisfaits et parmi elles ce sont les femmes nées en dehors de la Belgique qui ont rapporté le plus de problèmes non traités (voir 2.3.).

Du point de vue de l'acceptabilité des soins prodigués, les femmes courent aussi le risque de recevoir des traitements inadéquats. Cela peut être dû au retard de prise en charge, mais aussi aux stéréotypes qui peuvent modifier l'attitude des professionnel·les de santé envers les femmes (Chapman, Kaatz, & Carnes, 2013). La prégnance des biais genrés s'explique en grande partie par le fait que, dans son ensemble, le système de santé reproduit des inégalités de genre : les postes de direction ne sont pas également repartis parmi les hommes et les femmes, les femmes restant majoritaires dans les spécialités soit dites féminines, soit simplement mal rémunérées (Riska, 2010). En Belgique, un équilibre entre les hommes et les femmes au sein du corps médical (généralistes et spécialistes) s'approche grâce aux jeunes générations majoritairement féminines, néanmoins certaines spécialités, notamment les plus lucratives, restent majoritairement masculines, tout comme les postes de direction d'hôpitaux (voir 2.4.). En outre, dans la mesure où la pratique médicale est fortement influencée par la recherche en santé, la féminisation de la *profession* médicale sans la remise en question de la prétendue 'neutralité' des standards de la *science* médicale n'aboutira pas à la réduction des inégalités.

On constate donc des différences injustifiées dans l'identification et la réponse aux besoins de santé des personnes en fonction de leur sexe en Belgique au niveau de la prévention, du diagnostic, du traitement, de la composition du corps médical, mais aussi plus fondamentalement au sein de la science médicale elle-même. La source du problème est en effet aussi dans la construction même de la connaissance (Holdcroft, 2007) qui néglige l'expérience des femmes tant lors de la formulation des hypothèses (similitudes ou différences supposées et erronées entre les hommes et les femmes), que de l'élaboration de la méthodologie de recherche (où la sous-représentation des femmes demeure un véritable problème (Daitch, Turjeman, Poran, & et al, 2022)). Enfin, les exemples des inégalités dans le recours aux soins en fonction du handicap et du pays de naissance illustrent le fait qu'il serait hâtif de considérer les femmes comme un groupe homogène. L'approche des politiques en santé doit donc être calibrée en tenant compte des situations complexes des personnes (principe de l'intersectionnalité) et des besoins (principe de l'universalisme proportionné[23]).

5. Recommandations

Comment réduire les inégalités de genre dans les soins de santé en Belgique ? Une combinaison d'actions à différents niveaux est nécessaire pour viser ultimement — outre la suppression des discriminations genrées d'opportunités, d'allocations des moyens et d'accès aux services — l'équité dans la distribution du pouvoir, des ressources et de la responsabilité ; en tenant compte des différences dans les besoins entre les personnes, et notamment entre les hommes et les femmes, et du déséquilibre caractéristique de la société d'aujourd'hui (Kuhlmann & Annandale, 2010, p. 21). Nous formulons ici une série de recommandations à partir de nos analyses et d'une revue des recommandations de l'OMS (Organisation mondiale de la santé, 2021), des Nations Unies (United Nations, 2016), de la Commission européenne (European commission, European handbook on equality data, 2016; Franklin, Bambra, & Albani, 2021 ; European Institut for Gender Equality, 2021) et de différents chercheur·ses internationaux (Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, 2020).

23 « Le principe d'universalisme proportionné vise à offrir des interventions universelles, mais avec des modalités ou une intensité qui varient selon les besoins (*« universal solutions with effort proportional to need »* (Marmot, 2010)). En d'autres mots, il postule qu'il faut chercher à obtenir des résultats en santé universels pour l'intégralité de sa population. À partir de cet objectif, il construit une politique rectificative afin de corriger les inégalités de santé observées. Ce principe n'est donc pas à confondre avec des politiques d'actions ciblées. Si dans la pratique, ils peuvent se superposer (c'est-à-dire concerner des groupes similaires) dans la méthode, ils partent d'un postulat opposé : les politiques ciblées partent de groupes cibles alors que l'universalisme proportionné part d'un objectif commun à tous les groupes pour identifier les politiques spécifiques à développer » (Derroitte, 2022, p.2).

5.1. Aux responsables de la recherche scientifique en santé

5.1.1. Éviter les biais de genre dans la recherche en santé

Les biais de genre peuvent affecter les différentes étapes de la recherche tant quantitative que qualitative en santé : la formulation de la question de recherche, la conception de la méthodologie de travail, la récolte des données, leur analyse et leur implémentation. Parmi les différentes façons de biaiser les résultats lors de la collecte des données, on peut citer l'absence ou la non-utilisation des données désagrégées par sexe, l'exclusion d'un des sexes lors des recrutements ou encore le sous-rapportage des données pour un des sexes. Les femmes sont ainsi souvent exclues des études cliniques ou en constituent la minorité notamment à l'âge avancé même si leur santé est tendanciellement pire que celles des hommes âgés.

Néanmoins, l'accès à des données désagrégées par sexe doit encore être suivi par un travail d'analyse des différences observées sous l'angle de genre, c'est-à-dire sous le prisme des relations et les normes de pouvoir entre les hommes et les femmes et leurs conséquences dans les systèmes de santé. Il faut donc encore comprendre dans quelle mesure et pourquoi les différences observées sont injustifiées et injustes et donc évitables. Le manque de données en termes de genre est donc loin d'être anodin, il reflète la façon dont le système de santé maintient le *status quo* et perpétue les inégalités : « ce qui est mesuré reflète ce qui est implicitement valorisé ou perçu comme étant les principales priorités d'un système de santé » (Young, Mangwi Ayiasi, Shung-King, & Morgan, 2020, notre traduction).

Nous recommandons de porter une attention particulière à la constitution des échantillons et des groupes cibles étudiés afin de tenir compte de leur diversité (lors des enquêtes, des analyses statistiques, des études cliniques, etc.) et de questionner les différences entre hommes et femmes observées. Cela inclut d'examiner le genre en relation avec d'autres stratificateurs sociaux, tels que la classe, l'origine, l'éducation, l'ethnicité, l'âge, la situation géographique, les handicaps et la sexualité, idéalement dans une perspective intersectionnelle.

5.1.2. Récolter et analyser les données sur les biais de genre dans les soins de santé

Peu des données désagrégées par sexe sont aujourd'hui disponibles à l'égard de la performance du système des soins de santé, son accessibilité, son efficience et sa qualité. Il existe peu d'analyses qui visent à comprendre « les relations et les normes de pouvoir entre les hommes et les femmes et leurs conséquences dans les systèmes de santé, y compris la nature de la vie des femmes et des hommes, la manière dont leurs besoins et leurs expériences diffèrent au sein du système de santé, les causes et les conséquences de ces différences, et la manière dont les programmes, les services et les politiques peuvent être mieux organisés pour réduire, prendre en compte ou corriger les différences entre les hommes et les femmes » (Morgan, et al., 2016, p. 2, notre traduction). Par ailleurs les discriminations raciales à l'égard des femmes restent un domaine peu étudié en Belgique. Une des raisons est le manque de données, notamment dans le champ de la santé. Ce manque de données a été souligné dans les recommandations à la suite de la recherche menée par UNIA en partenariat avec la Cellule Égalité des chances (SPF Justice) et cofinancée par le programme REC (Rights, Equality and Citizenship) de la Commission européenne (UNIA, 2021).

Nous recommandons à tous les organismes de recherche actifs dans l'évaluation et la préparation des politiques de santé publique (Agence intermutualiste, KCE, Inami, Sciensano) de développer des analyses spécifiques sur le genre.

Il est également nécessaire de faire un monitoring régulier des discriminations de genre en santé et soins de santé en renforçant les plateformes existantes de l'enregistrement des plaintes comme Unia.

Enfin, nous insistons sur l'importance d'améliorer la collecte et l'analyse des données sur les discriminations raciales dans le domaine de la santé.

5.2. Aux différent·es responsables dans le système des soins de santé

5.2.1. Éviter les biais de genre dans la pratique médicale au niveau de la prévention, du diagnostic, du traitement et du suivi

Garantir l'accessibilité des soins de santé signifie garantir ses quatre dimensions : sensibilité à l'état de santé, disponibilité, accessibilité financière et acceptabilité de l'offre de soin. Les personnes doivent être traitées en fonction de leurs besoins en santé, qui sont médicaux, mais aussi sociaux. Afin d'éviter que la vision genrée des sexes influence la pratique clinique, il est nécessaire de veiller au renforcement de la « **sensibilité au genre dans les soins**

de santé » (*gender sensitivity in healthcare*), c'est-à-dire la capacité à discerner la façon dont les soins de santé peuvent reproduire les rapports de pouvoir inhérents au genre (Celik, Lagro-Janssen, Widdershoven, & Abmad, 2011). Il faut également incorporer les données en lien avec la question de genre dans la médecine fondée sur les données probantes (*evidence based medicine*) (Holdcroft, 2007). Cette sensibilisation doit combiner les approches *top down* organisationnelles qui régulent la pratique clinique, et *bottom up* individuelles qui s'appuient sur l'expérience des patient·es et la réalité de terrain des soignant·es.

Nous recommandons ainsi d'introduire et/ou adapter des protocoles médicaux afin de prendre en compte des différences de sexe et réduire les inégalités de genre.

La méthode de l'universalisme proportionné doit être appliquée dans les programmes de prévention afin de moduler ces derniers en fonction des besoins, des conditions de vie et de l'hétérogénéité des publics visés.

En outre, il est nécessaire de continuer à rendre les soins centrés sur les objectifs de vie de la personne et pour cela de garantir l'implication des patient·es dans le processus médical et rendre le système plus centré sur les patient·es.

5.2.2. Rendre obligatoire la parité hommes-femmes dans les lieux de gestion et de coordination des soins de santé

Malgré la féminisation de la profession médicale grâce aux jeunes générations, certaines spécialités restent majoritairement masculines. Il s'agit tendanciellement des spécialités les plus lucratives. En outre, les femmes restent minoritaires dans les lieux de décision comme les postes de directions des hôpitaux. Cependant les femmes sont majoritaires au sein du corps des infirmier·es et des aides-soignant·es.

Nous recommandons d'introduire des quotas hommes-femmes dans les postes de direction du système des soins de santé, allant des comités nationaux de santé jusqu'aux directions des hôpitaux.

Il est également nécessaire de tenir compte des inégalités de genre et des inégalités économiques au sein des professions médicales lors de la prise des décisions budgétaires.

Sans rendre certaines dépenses budgétaires davantage transparentes, notamment en rendant publiques les informations sur les salaires des soignant·es, il est impossible de faire une analyse exacte de la situation du corps professionnel des soins de santé.

5.3. Aux responsables des formations en santé

5.3.1. Améliorer la formation des professionnel·les de santé aux questions de genre

Afin d'éviter la reproduction des stéréotypes de genre dans la pratique médicale, il est nécessaire de sensibiliser et former les personnels soignants à prendre en compte les interactions entre sexe et genre dans les pathologies, mais aussi dans la relation clinique.

Nous recommandons de revoir la formation initiale des étudiant·es en médecine pour introduire la thématique des biais de genre.

De même, il est nécessaire d'organiser une formation continue de tous les professionnel·les de santé.

Enfin, nous suggérons d'organiser des programmes de formation en Genre et Santé pour les étudiant·es et professionnel·les dans les domaines de la recherche clinique et biomédicale. De même il est nécessaire de veiller à l'égalité entre les sexes au sein des équipes, dans le portage des appels à projets et dans les comités de sélection des projets et d'attribution des financements.

Bibliographie

Avalosse, H., Noirhomme, C., & Cès, S. (2022). Inégaux face à la santé. *Santé & Société, 4*, 6-31.

Bereni, L., Chauvin, S., Jaunait, A., & Revillard, A. (2020). *Introduction aux études sur le genre.* Bruxelles : De Boeck.

Berger, A. (2019). *Famille monoparentale : attention pauvreté.* Réseau Financité.

Bird, C., & Rieker, P. (2008). *Gender and Health: The Effects of Constrained Choices and Social Policies.* New York: Cambridge University Press.

Bruinvels, G., Burden, R.J., McGregor, A.J., Ackerman, K.E., Dooley, M., Richards, T., Pedlar, C. (2016). Sport, exercise and the menstrual cycle: where is the research? *British Journal of Sports Medicine, 51,* 487-488.

Calderone, K. (1990). The influence of gender on the frequency of pain and sedative medication administered to postoperative patients. *Sex Roles, 23*, 713-725.

Celik, H., Lagro-Janssen, T., Widdershoven, G., & Abmad, T. (2011). Bringing gender sensitivity into healthcare practice: A systematic review. *Patient Education and Counseling, 84*, 143-149.

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

Cès, S., & Baeten, R. (2020). *Inequalities in access to healthcare in Belgium.* Brussels : European Social Observatory.

Chapman, E. N., Kaatz, A., & Carnes, M. (2013). Physicians and implicit bias: how doctors may unwittingly perpetuate health care disparities. *Journal of general internal medicine, 28*(11), 1504–1510.

Colard, F. (2019). *Femmes et maladies cardio-vasculaires : Quand une approche non genrée de la santé fait des ravages.* Bruxelles : Femmes Prévoyantes Socialistes.

Connell, R., & Messerschmidt, J. (2005). Hegemonic Masculinity: Rethinking the Concept. *Gender & Society, 19*, 829-859.

Courtenay, W. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social science & medicine, 50*(10), 1385–1401.

Criado Perez, C. (2020). *Invisible Women: Exposing data bias in a world designed for men.* New York: Abrams Press.

Daitch, V., Turjeman, A., Poran, I., & et al. (2022). Underrepresentation of women in randomized controlled trials: a systematic review and meta-analysis. *Trials, 23*, 1038.

Delvigne, A., Becu, L., van Wiemeersch, J., Bossens, M., & Vandromme, J. (2018). More women gynecologists in Belgium: assessment of changes in the workforce—a survey. *Archives of Gynecology and Obstetrics, 298*, 1139-1148.

Demarest, S., Charafeddinne, R., Berete, F., & Drieskens, S. (2020). *Enquête de santé 2018 : Accessiblité financière aux soins de santé. Numéro de rapport : D/2020/14.440/23.* Bruxelles : Sciensano.

Derroitte, E. (2022). Inégaux face à la santé. *Santé & Société, 4,* 2-6.

Derroitte, E., Cès, S., Sholokhova, S. (2023). *Les inégalités de santé, un problème structurel. Policy brief pour le projet Inclusion Egalité Solidarité (INES).* Bruxelles.

Deschietere, G., Luts, A., Schuller, W., Heymans, J.-P., Germeau, N., Cool, G., . . . Nizet, L. (2020). Ce que la pandémie fait à la psychiatrie : sommes-nous entrés dans une psychiatrie de guerre ? *Louvain Médical, 139*(5-6), 344-348.

Devos, C., Cordon, A., Lefèvre, M., Obyn, C., Renard, F., Bouckaert, N.,. . . Meeus, P. (2019). *Performance of the Belgian health system – report 2019. KCE Reports 313. D/2019/10.273/34.* Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).

Dorlin, E. (2008). *Sexe, genre et sexualité : Introduction à la théorie féministe.* Paris : Presses Universitaires de France.

European commission. (2016). *European handbook on equality data.*

European commission. (2021). *2021 report on gender equality in the EU.* Luxembourg : Publications Office of the European Union.

European Institut for Gender Equality. (2021). *Gender Equality Index 2021: Health.* Luxembourg : Publications Office of the European Union.

Federici, S. (2012). *Revolution at Point Zero: Housework, Reproduction, and Feminist Struggle.* Oakland : PM Press.

Femmes prevoyantes socialistes. (2018). *Femmes et transports en commun : des parcours des combattantes ?*

Fitzgerald, C., & Hurst, S. (2017). Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC Medical Ethics, 18.*

Franklin, P., Bambra, C., & Albani, V. (2021). *Gender equality and health in the EU.* Brussels: European Commission.

Gevaert, S., De Bacquer, D., Evrard, P., Convens, C., Dubois, P., Boland, J., . . . Claeys, M. (2014). Gender, TIMI risk score and in-hospital mortality in STEMI patients undergoing primary PCI: results from the Belgian STEMI registry. *Eurointervention, 9*, 1095-1101.

Gillard, P. (2021). Adopter une approche de genre en santé. *Santé conjuguée, 95*, 10-12.

Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes de la République Française (2020). *Prendre en compte le sexe et le genre pour mieux soigner : un enjeu de santé publique.*

Hay, K., McDougal, L., Percival, V., Henry, S., Klugman, J., Wurie, H., . . . Kharel, C. (2019). Disrupting gender norms in health systems: making the case for change. *Lancet, 393*(10190), 2535–2549.

Heise, L., Greene, M., Opper, N., Stavropoulou, M., Harper, C., Nascimento, M., & Zewdie, D. (2019). Gender inequality and restrictive gender norms: framing the challenges to health. *Lancet*, 2440-2454.

Hoffmann, D., & Tarzian, A. (2001). The Girl Who Cried Pain: A Bias Against Women in the Treatment of Pain. *Journal of Law, Medicine and Ethics, 29*, 13-27.

Holdcroft, A. (2007). Gender bias in research: how does it affect evidence based medicine. *Journal of Royal Society of Medicine, 100*.

INAMI. (2022). *Variations de pratiques médicales. Reperfusion myocardique (Ajusté). Analyse de la répartition et de l'évolution de la pratique médicale en volumes et en dépenses par assuré en Belgique.* Récupéré sur https://www.belgiqueenbonnesante.be/images/INAMI/Rapports/RAPPORT-FR-Reperfusion_myocardique_Ajuste_2021.pdf

Institut pour le développement durable. (2022). La proportion de salarié.e.s du secteur privé en incapacité primaire ou en invalidité. *Brève de l'IDD, 60*.

Institut pour le développement durable. (2023). Les penstionnés de 2021: à quel âge ont-ils pris leur pension et quels sont leurs revenus? *Note de l'IDD*.

Institut pour l'égalité des femmes et des hommes. (2020). *Femmes et hommes en Belgique. 3ième édition.* Bruxelles.

Jneid, H., Fonarow, G. C., Cannon, C. P., Hernandez, A. F., Palacios, I. F., Maree, A. O., . . . Committee, &. G. (2008). Sex Differences in Medical Care and Early Death After Acute Myocardial Infarction. *Circulation, 118*(25), 2803-2810.

Kuhlmann, E., & Annandale, E. (2010). Bringing Gender to the Heart of Health Policy, Practice and Research. Dans E. Kuhlmann, & E. Annandale, *The Palgrave Handbook of Gender and Healthcare* (pp. 1-18). New York: Palgrave Macmillan.

Lempereur, M., Magne, J., Cornelis, K., Hanet, C., Taeymans, Y., Vrolix, M., & Legrand, V. (2014). Impact of gender difference in hospital outcomes following percutaneous coronary intervention. Results of the Belgian Working Group on Interventional Cardiology (BWGIC) registry. *Eurointervention, 10*.

Marmot, M. (2010). *The Health Gap: The Challenge of an Unequal World.* London : Bloomsbury.

Matin, B. K., Williamson, H. J., Karyani, A. K., Rezaei, S., Soofi, M., & Soltani, S. (2021). Barriers in access to healthcare for women with disabilities: a systematic review in qualitative studies. *BMC women's health, 21*(1), 44.

Matsuzaki, S., Canis, M., Pouly, J. L., Rabischong, B., Botchorishvili, R., & Mage, G. (2006). Relationship between delay of surgical diagnosis and severity of disease in patients with symptomatic deep infiltrating endometriosis. *Fertility and sterility, 86*(5), 1314-1317.

Mauvais-Jarvis, F., Merz, N., Brinton, R., Carrero, J.-J., DeMeo, D., De Vries, G.,. . . Suzuki, A. (2020). Sex and gender: modifiers of health, disease, and medicine. *Lancet, 396*, 565-582.

MC. (2021). *Rémunération raisonnable et responsable des médecins dans le secteur des soins de santé : Proposition de réflexion éthique.* Bruxelles

Mogil, J. S. (2020). Qualitative sex differences in pain processing: emerging evidence of a biased literature. *Nature reviews. Neuroscience, 21*(7), 353–365.

Morgan, R., George, A., Ssali, S., Hawkins, K., Molyneux, S., & Theobald, S. (2016). How to do (or not to do)... gender analysis in health systems research. *Health Policy and Planning*, 1-10.

Organisation mondiale de la santé. (2021). *Integrating gender data in health information systems: challenges, opportunities and good practices.* Copnehagen: WHO Regional Office for Europe.

Porta, M. (Éd.). (2014). *A Dictionary of Epidemiology. 6th Edition.* Oxford : Oxford University Press.

Ramjan, L., Cotton, A., Algoso, M., & Peters, K. (2016). Barriers to breast and cervical cancer screening for women with physical disability: A review. *Women & Health, 56*(2), 141-156.

Riska, E. (2010). Women in the Medical Profession: International Trends. Dans E. Kuhlmann, & E. Annandale (Éds.), *The Palgrave Handbook of Gender and Healthcare* (pp. 423-438). New York: Palgrave Macmillan.

Rudic, J., Poropat, G., Krstic, M., Bjelakovic, G., & Gluud, C. (2005). Hormone replacement for osteoporosis in women with primary biliary cirrhosis. *The Cochrane Library, 2*.

Ruiz-Cantero, M. T., Vives-Cases, C., Artazcoz, L., Delgado, A., García Calvente, M. M., Miqueo, C., . . . Valls, C. (2007). A framework to analyse gender bias in epidemiological research. *Journal of epidemiology and community health, 61*(Suppl 2), ii46–ii53.

Sansonetti, S., & Davern, E. (2021). *Women and transport.* European Union.

Sciensano. (2021). *Analyse de la surmortalité en 2021.* Récupéré sur https://www.sciensano.be/fr/coin-presse/analyse-de-la-surmortalite-en-2021

Sen, G., George, A., & Östlin, P. (2002). Engendering Health Equity: A Review of Research and Policy. Dans G. Sen, A. George, P. Östlin, & (ed), *Engendering International Health. The Challenge of Equity* (pp. 1-34). London : MIT Press.

Sen, G., Ostlin, P., & George, A. (2007). *Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it.* WHO.

Sholokhova, S. (2021). Prévention et promotion de la santé en Belgique. *MC-Informations, 283*, 42-57.

SPF Santé publique. (2021). *Prévalence des maladies cardio-vasculaires. RHM 2019.* Récupéré sur https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/22112021_voorkomen_van_ziektebeelden_fr.pdf

Swartenbroekx, N., Obyn, C., Guillaume, P., Lona, M., & Cleemput, I. (2012). *Manuel pour une tarification des interventions hospitalières basée sur les coûts.* Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).

Travis, C., Howerton, D., & Szymanski, D. (2012). Risk, Uncertainty, and Gender Stereotypes in Healthcare Decisions. *Women & Therapy, 35*, 207-220.

UNIA. (2021). *Rapport Final : Improving Equality Data Collection in Belgium.* Bruxelles.

United Nations. (2016). *Integrating a Gender Perspective into Statistics.*

Young, R., Mangwi Ayiasi, R., Shung-King, M., & Morgan, R. (2020). Health systems of oppressions: applying intersectionality in health systems to expose hidden inequities. *Health Policy and Planning, 35*(9), 1-3.

La croissance continue des dépenses pour les médicaments

Évolution des dépenses des spécialités remboursables délivrées par les pharmacies hospitalières aux patients non hospitalisés

Rose-Marie Ntahonganyira — Service d'études
Caroline Lebbe — Département Politique AO Fédérale

Résumé

L'analyse des dépenses brutes de l'INAMI pour les médicaments produits par des firmes pharmaceutiques (les spécialités pharmaceutiques) montre qu'elles ne cessent d'augmenter d'année en année. Sur la période 2020-2021, elles ont augmenté de 7% (INAMI, 2022).

Comme les années précédentes, cette hausse concerne principalement les médicaments délivrés par les pharmacies hospitalières aux patient·es ambulatoires à l'hôpital, donc les personnes qui ne passent pas de nuit à l'hôpital. En 2022, on peut estimer à 2.991 millions d'euros la somme des remboursements à charge de l'assurance obligatoire soins de santé pour le traitement médicamenteux des patient·es ambulatoires à l'hôpital (extrapolation sur base des chiffres de la Mutualité chrétienne).

Le but du présent article est de fournir une analyse approfondie des dépenses de ce secteur de soins. Cette étude est menée à l'aide des données de facturation de la Mutualité chrétienne. Elle montre que la moitié de ces dépenses a été consacrée aux médicaments de la classe des antitumoraux (L01), appelés aussi médicaments anticancéreux. En 2022, 88% des membres de la MC ayant bénéficié d'au moins un remboursement d'un médicament de cette classe en ambulatoire à l'hôpital ont 51 ans et plus.

Une autre constatation est que les dépenses sont concentrées sur un petit nombre de médicaments. Les dix molécules avec les dépenses les plus élevées représentent 43% des dépenses totales en 2022. Il est à noter que six de ces dix molécules sont nouvelles. La plus récente, le *tafamidis,* la nouvelle molécule pour traiter l'amyloïdose a coûté 86 millions d'euros à l'assurance obligatoire soins de santé.

La part de marché des biosimilaires, même si elle est encore faible en Belgique par rapport aux autres pays européens, est en progression en 2022. Ce qui a induit une réduction de coûts pour certaines molécules biologiques ayant des biosimilaires comme l'*infliximab,* le *trastuzumab*, le *rituximab*, etc. D'ailleurs, la part des dépenses en médicaments biologiques est passée de 55% en 2020 à 51% en 2022.

Néanmoins cette réduction des coûts liée à la progression de la prescription des biosimilaires ne compense pas l'augmentation des dépenses à charge de l'assurance obligatoire soins de santé à la suite de l'introduction récente de nouvelles molécules plus chères dans le remboursement, comme *tafamidis*, *ivacaftor*, *émicizumab*, *acalabrutinib*, etc.

Mots-clés : Médicaments, nouveaux médicaments, délivrance en ambulatoire à l'hôpital, médicaments antitumoraux, médicaments biologiques, génériques, biosimilaires, étude quantitative

1. Introduction

Ces dernières années, selon le rapport *MORSE* (*Monitoring of Reimbursement Significant Expenses*), les dépenses globales **brutes** à charge de l'assurance obligatoire soins de santé (AO) pour les spécialités pharmaceutiques remboursables continuent à augmenter (INAMI, 2022). Ce rapport parle de 'dépenses brutes' car elles n'incluent pas des recettes dans le cadre de conventions « article 111 et suivants » (voir encadré). En 2021, ces dépenses globales ont enregistré une augmentation de 7%, soit une augmentation de 400 millions d'euros, par rapport à 2020.

Rappelons que les dépenses totales pour les spécialités pharmaceutiques sont divisées en deux secteurs : les dépenses pour les spécialités délivrées par les pharmacies (officines) publiques, et les dépenses pour les spécialités délivrées par les pharmacies hospitalières. Au sein de ce dernier secteur, on distingue deux catégories de dépenses : les dépenses pour les médicaments délivrés aux patient·es en ambulatoire, qui reçoivent un traitement à l'hôpital mais qui n'y passent pas de nuit, et les dépenses pour les médicaments délivrés aux patient·es hospitalisé·es, c'est-à-dire les personnes qui passent au moins une nuit à l'hôpital.

Depuis 2020, l'augmentation de dépenses globales est liée à la fois à la hausse des dépenses du secteur des officines publiques (4,3% de croissance en 2021) et à la hausse des dépenses du secteur des pharmacies hospitalières (9,5% de croissance en 2021). Notons que, jusqu'en 2019, l'évolution des dépenses des officines publiques était stable et ne contribuait pas d'une manière visible à la tendance haussière observée des dépenses à charge de l'AO pour les spécialités pharmaceutiques.

Selon le même rapport *MORSE*, la part des dépenses brutes pour les spécialités pharmaceutiques dans les hôpitaux a dépassé la barre de 50% des dépenses totales pour les deux secteurs depuis 2020. Elle est de 52% en 2021, soit 3,1 milliards d'euros, contre 2,8 milliards d'euros dans le secteur des officines publiques.

Qu'est-ce qu'un accord « article 111 et suivants » de l'arrêté royal du 1 février 2018, parfois aussi appelé contrats « article 81 » ?

Pour certains médicaments, il existe une incertitude quant au rapport entre le coût du médicament et sa valeur ajoutée offerte aux patient·*es*. Dans ce cas, en principe, un remboursement par l'AO est prématuré. Afin de permettre aux patient·s d'accéder à ces médicaments et de recueillir parallèlement davantage de données sur la valeur de ces médicaments, la réglementation prévoit la possibilité d'un remboursement temporaire, via un accord entre l'entreprise et le·*la* ministre compétent·e. Cet accord indique les incertitudes qui doivent être clarifiées pendant la période de l'accord et prévoit un mécanisme confidentiel de compensation budgétaire. Par compensation budgétaire il faut entendre des restitutions faites par les firmes pharmaceutiques à l'INAMI. Ces ristournes sont tenues secrètes. Cette possibilité existe depuis 2010, mais le règlement a été modifié à plusieurs reprises au fil des années.

Actuellement, l'entreprise pharmaceutique peut demander au ministre d'engager une procédure d'accord 1) si la Commission de remboursement des médicaments (CRM) ne parvient pas à un avis définitif sur le remboursement à la majorité des deux tiers (art. 111), 2) sur avis de la CRM (art. 112) ou encore 3) dans certains cas après un avis négatif de la CRM (art. 113). Le·*la* ministre peut répondre ou non à la demande de l'entreprise.

Parfois, le terme « accords article 81 » est également utilisé, car avant l'entrée en vigueur de l'actuel arrêté royal du 1er février 2018, la procédure des accords était décrite à l'article 81 et suivants l'arrêté royal du 11 décembre 2021.

En analysant la répartition des dépenses à charge de l'AO dans le secteur des hôpitaux en deux catégories (dépenses pour les délivrances aux patient·es ambulatoires et celles pour les délivrances aux patient·es hospitalisé·es) on peut constater qu'en réalité, ce sont les dépenses de la première catégorie qui influencent fortement cette augmentation (voir Figure 1). En 2021, les dépenses pour les délivrances aux patient·es ambulatoires représentent 86,7% de dépenses **brutes** à charge de l'AO consacrées aux spécialités pharmaceutiques en milieu hospitalier et affichent un taux de croissance annuel de 9,5% sur la période 2020-2021 (INAMI, 2022).

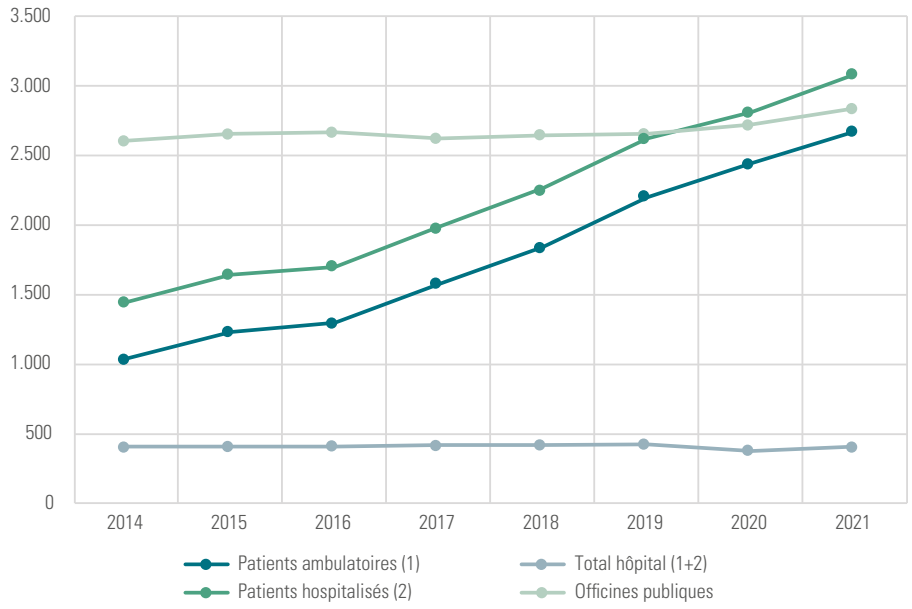
Cette croissance augmente d'année en année et devient très élevée sur une longue période. Ainsi sur la période 2014-2021, les dépenses à charge de l'AO pour les patient·es ambulatoires sont passées de 1.039 millions à 2.671 millions d'euros soit une croissance de 157% contre 1,2% pour les médicaments destinés aux patient·es hospitalisés (406 millions en 2014 à 411 millions en 2021).

Notre analyse des données de facturation de la Mutualité chrétienne (MC) sur la période 2010-2019 avait fait le même constat sur le secteur des médicaments délivrés aux patient·es ambulatoires à l'hôpital (Lebbe & Ntahonganyira, 2021). Cette étude avait pour objet d'identifier les (classes de) médicaments qui sont à la base de cette forte augmentation des dépenses à charge de l'AO. Elle arrivait à la conclusion que ce sont surtout les coûts des médicaments antitumoraux qui étaient à la base de cette hausse significative des dépenses à charge de l'AO.

Dans la présente étude, nous nous intéressons à ce même secteur des spécialités pharmaceutiques délivrées en ambulatoire à l'hôpital et nous tâcherons de trouver des réponses aux questions suivantes :

- Est-ce que les dépenses à charge de l'AO continuent à augmenter en 2022 ?
- Si oui, est-ce que les médicaments qui sont à la base de l'augmentation des dépenses à charge de l'AO en 2022 sont les mêmes que ceux qui étaient à la base de l'augmentation constatée en 2019 ? Si non, est-ce que d'autres éléments pourraient expliquer cette augmentation des dépenses à charge de l'AO entre 2019 et 2022 ?
- Qu'en est-il de la part des médicaments génériques et des médicaments biosimilaires dans le budget de l'AO ?

Figure 1 : Évolution des dépenses brutes à charge de l'AO pour les médicaments remboursés de 2014-2021, en millions d'euros (Source : INAMI, 2022)



2. Méthode

Pour réaliser cette étude, nous nous sommes basés sur les données de facturation des membres de la MC pour les spécialités pharmaceutiques remboursées et délivrées entre 2010 et 2022 par les pharmacies hospitalières aux patients traités en **ambulatoire** à l'hôpital (c'est-à-dire sans nuitée facturée). Parmi ces spécialités, nous avons exclu les analgésiques pour lesquels les patient·es chroniques peuvent recevoir une intervention de l'AO, les traitements pour l'infertilité, les dispositifs (par exemple, *duodopal*, *septopal*, etc.) et les contraceptifs. De ce fait les résultats en chiffres absolus ne sont pas comparables aux autres données des années 2010 à 2019 des études précédentes, notamment dans notre dernière étude (Lebbe & Ntahonganyira, 2021).

Nous n'avons pris en considération que les médicaments pour lesquels au moins un remboursement de 0,01 euro a été effectué par patient·e, par délivrance et par code CNK (le numéro du code national) du médicament. Compte tenu du retard au niveau de la facturation dans les hôpitaux, les données 2022 ne sont complètes qu'à peu près à 95%.

Les membres de la MC représentent à ce jour environ 40% de la population belge. Cependant la répartition démographique des membres de la MC n'est pas identique à 100% à celle de la population belge. C'est pour cette raison qu'une extrapolation de nos chiffres à la population belge pourrait varier légèrement par rapport à la réalité et constitue donc une estimation.

Les dépenses considérées sont les dépenses **brutes** car cette analyse ne tient pas compte des restitutions faites par les firmes pharmaceutiques à l'INAMI dans le cadre des contrats selon l'article 111 et suivants de l'AR du 1 février 2018 (voir encadré). Vu la confidentialité et la complexité du système, les chiffres sur ces restitutions ne sont pas disponibles pour les chercheur·ses et le grand public. Une démarche législative a déjà été initiée pour tenter d'adapter ce système, mais elle n'a pas encore abouti à la transparence souhaitée vis-à-vis des chercheur·ses indépendant·es et du grand public (Neyt, et al., 2021). L'opacité des coûts liés à cette confidentialité rend difficile l'évaluation de la politique des médicaments en matière des dépenses publiques.

Cet article n'abordera pas en détail le volet des médicaments remboursés temporairement par accord confidentiel (les médicaments sous contrat). Les médicaments qui sont actuellement sous contrat sont colorés en bleu dans le texte.

3. Résultats

Nos résultats sont présentés en cinq parties. Tout d'abord, nous commençons par les chiffres globaux sur l'évolution des dépenses brutes à charge de l'AO pour les médicaments produits par les firmes pharmaceutiques et délivrés en ambulatoire à l'hôpital. Puis nous analysons les dix groupes thérapeutiques ayant les dépenses à charge de l'AO les plus élevées en 2022. Nous continuons avec les dix molécules ayant les dépenses à charge de l'AO les plus élevées (les molécules les plus chères à l'assurance obligatoire), ensuite nous poursuivons avec les dix molécules les plus chères par patient·e. Enfin, nous terminons par l'analyse de la part des médicaments génériques et des biosimilaires dans le secteur hospitalier en ambulatoire.

3.1. L'évolution des dépenses globales à charge de l'AO

Sur la période 2010-2022, les dépenses **brutes** à charge de l'AO pour les membres de la MC, pour les spécialités pharmaceutiques analysées, sont passées de 369,9 à 1.335,5 millions d'euros soit une augmentation de 266% alors que le nombre de patient·es traité·es (utilisateur·rices) pendant la même période n'a augmenté que de 33% (voir Tableau 1). La part personnelle du patient, elle, a augmenté de 40%. Nous constatons néanmoins que c'est le même taux de croissance qui avait été observé sur la période 2010-2019 dans une étude précédente (Lebbe & Ntahonganyira, 2021). La masse totale de ces parts personnelles représentait 2,2% du coût total en 2010, et elle est de 0,9% en 2022.

Si nous tenons compte uniquement de la période 2019-2022, nous constatons que le taux de croissance des dépenses brutes à charge de l'AO a augmenté d'environ 39% et que le taux de croissance de la part personnelle (tickets modérateurs et suppléments) a diminué de 0,8%. Cette diminution s'explique par le fait qu'une grande partie des nouveaux médicaments (coûteux) faisant partie de notre

Tableau 1 : Évolution des dépenses brutes à charge de l'AO pour des pécialités pharmaceutiques en ambulatoire à l'hôpital (Source : Données de la MC)

Année	Nombre d'utilisa-teurs·rices uniques	Dépenses brutes à charge de l'AO, en euros	Montant à charge du patient (tickets modérateurs + suppléments), en euros	Croissances des dépenses brutes à charge de l'AO par an	Dépenses moyennes an-nuelles brutes à charge de l'AO par patient·e, en euros
2010	827.831	369.869.471	8.282.304		447
2011	862.844	393.198.341	8.655.803	6,3%	456
2012	889.319	414.150.275	9.169.487	5,3%	466
2013	911.256	434.008.570	9.301.601	4,8%	476
2014	943.201	463.099.062	9.536.362	6,7%	491
2015	964.668	545.718.549	9.924.107	17,8%	566
2016	986.831	573.913.156	10.347.054	5,2%	582
2017	994.868	701.279.348	10.744.184	22,2%	705
2018	1.017.020	831.065.486	11.162.188	18,5%	817
2019	1.051.748	977.926.394	11.715.414	17,7%	930
2020	935.150	1.087.478.078	10.966.348	11,2%	1.163
2021	1.056.102	1.210.260.931	11.795.474	11,3%	1.146
2022	1.105.002	1.355.488.605	11.624.816	12,0%	1.227
Croissance (%) 2010-2022	33,48%	266,48%	40,36%		
Croissance (%) 2019-2022	5,06%	38,61%	-0,77%		

étude sont des médicaments remboursés en catégorie A[1], donc des médicaments qui sont couverts à 100% par l'AO (INAMI, 2021). En effet, l'analyse de dépenses à charge de l'AO par catégorie de remboursement montre que la part des dépenses pour les médicaments remboursés en catégorie A en 2022 est de 84%, contre 77% en 2019. En termes de taux d'évolution, ces dépenses ont augmenté de 51% sur la période 2019-2022.

Il faut noter que toutes les spécialités pharmaceutiques récemment remboursées ne sont pas toutes couvertes à 100% par l'AO. Quand une quote-part personnelle (ticket modérateur) est demandée, elle est plafonnée c'est-à-dire qu'elle est limitée à un montant maximum (INAMI, 2018). Ce plafond est souvent atteint dans le cas de délivrance de nouveaux médicaments. Cela met, également, un frein sur l'augmentation de la part personnelle des patient·es.

Nous constatons également qu'en 2020, le nombre de patient·es a diminué de 11% par rapport à 2019 (soit une diminution de 116.598 personnes). Néanmoins cette diminution ne se reflète pas dans les dépenses qui ont augmenté de 11%. En 2019 et en 2021, nous avons presque le même nombre de patient·es mais les dépenses ont augmenté de 24% (soit 232 millions d'euros de différence).

Cette augmentation des dépenses pourrait s'expliquer en partie, d'une part, par l'arrivée sur le marché des nouveaux médicaments chers comme le *tafamidis* pour traiter l'amyloïdose à transthyrétine avec cardiomyopathie (c'est-à-dire, une anomalie des protéines dans le corps), l'*ivacaftor* pour le traitement de la mucoviscidose, l'*emicizumab* pour le traitement de 1ère intention chez les patient·es atteints d'hémophilie A congénitale sévère ; d'autre part, par l'augmentation du nombre d'utilisateurs·rices de certains traitements contre le cancer (le *pembrolizumab*, par exemple) ou le traitement des maladies de la rétine liées principalement à l'âge (*aflibercept*). La diminution des patient·es en 2020 se justifie par l'impact de la pandémie de COVID-19.

L'âge de la population est un autre élément qui pourrait être à la base de l'augmentation des dépenses dans le secteur analysé. En 2022, la proportion de patient·es de plus de 50 ans (environ 43% des membres de la MC) représente

1 Le taux de remboursement des médicaments varie selon leur utilité. Catégorie A : spécialités d'importance vitale. Par exemple, les médicaments destinés au traitement du diabète ou du cancer. Pour cette catégorie, le remboursement est à 100%, de sorte qu'il n'y a pas de ticket modérateur à charge du patient.

61% des membres de la MC ayant bénéficié d'au moins un remboursement d'un médicament délivré par la pharmacie hospitalière aux patient·es ambulatoires et environ 81,5% des dépenses à charge de l'AO (voir Figure 2).

L'analyse du coût moyen annuel à charge de l'AO par patient·e et par catégorie d'âge montre que les traitements pour les personnes de 51 ans et plus sont les plus coûteux par individu (plus de 1.500 euros par patient·e en 2022) par rapport aux autres catégories d'âge.

Si nous nous penchons sur l'évolution de ce coût moyen annuel moyen à charge de l'AO par patient·e et par catégorie âge, nous constatons que c'est à partir de 2015 que l'augmentation de ce coût concerne avant tout les patient·es de plus de 50 ans (voir Figure 3). Le coût moyen annuel par patient·e de 51 ans et plus est passé de 587 euros en 2010 à 1.627 euros en 2022. L'augmentation est même plus prononcée pour les 66 ans et plus. Cela trouve sa justification dans le fait que les molécules les plus chères à charge de l'AO, comme le *pembrolizumab*, le *tafamidis*, le *daratumumab*, l'*aflebercept*, sont beaucoup plus pres-

Figure 2 : Proportion des dépenses à charge de l'AO et du nombre d'utilisateur·rices par catégorie âge en 2010, 2019 et 2022 (Source : Données de la MC)

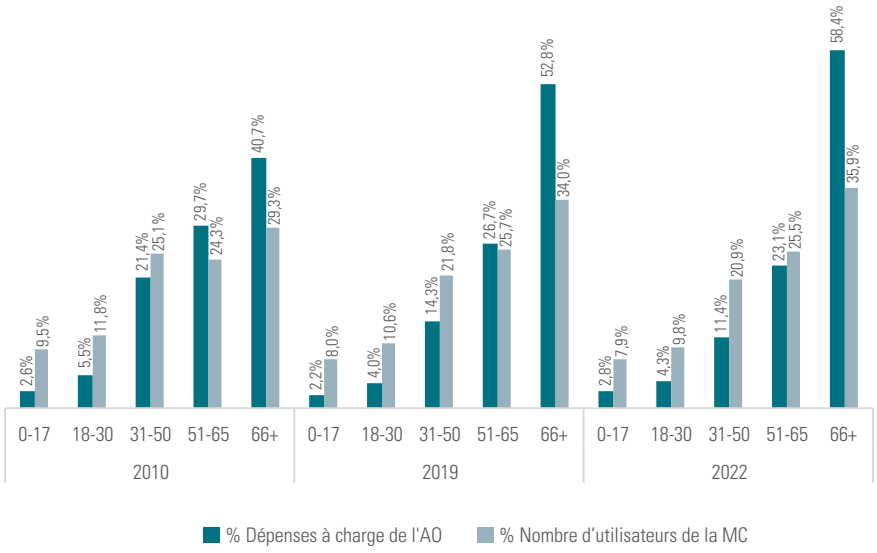
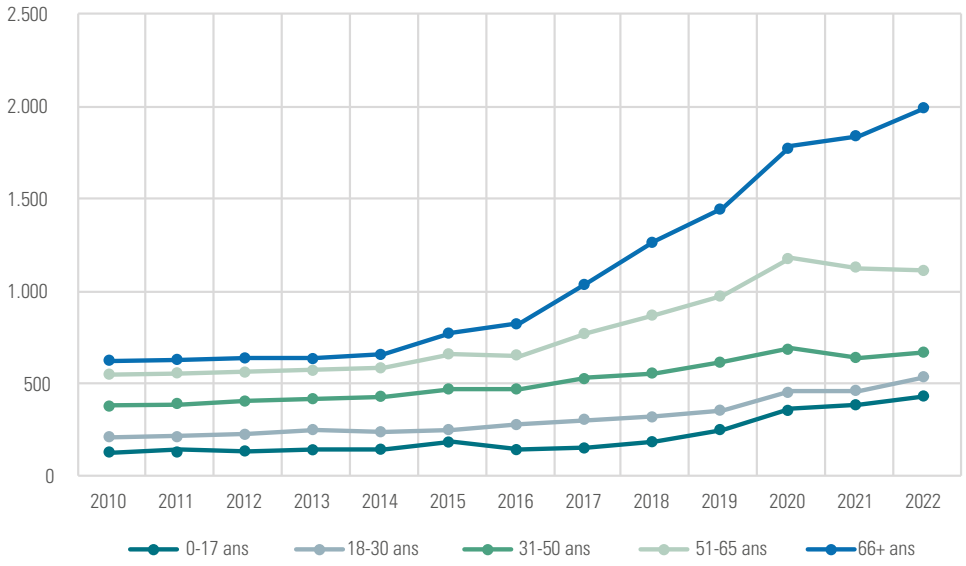


Figure 3 : Évolution des coûts moyens à charge de l'AO par patient·e de 2010 à 2022 par groupe d'âge (Source : Données de la MC)



crites aux personnes de 66 ans et plus et que le nombre de ces utilisateurs·rices augmente considérablement chaque année (voir point 3.3).

Si nous analysons l'évolution du nombre de patient·es par tranche d'âge, nous constatons que l'augmentation du nombre de patient·es est particulièrement forte dans les tranches d'âge 51 ans et plus : sur la période 2010-2022, nous observons une croissance de 64% pour la classe d'âge 66 ans et plus et de 40% pour les 51-65 ans alors qu'elle varie entre 10% (18-30 ans) et 12% (00-17 ans) pour les autres classes. Sur la période 2019-2022, le nombre de patient·es de 66 ans et plus a fait un bond conséquent vers l'avant, nous avons environ 40.050 patient·es de plus par rapport à 2019 soit une croissance de 11% malgré la période COVID-19. Elle est de 4% pour les 51-65 ans, et entre 3% (00-17 ans) et -3% (18-30 ans) pour le reste.

L'augmentation du nombre de patient·es et ces coûts très élevés observés pour les personnes âgées pourraient s'expliquer par la présence des maladies graves et souvent chroniques dont l'incidence augmente avec l'âge. En effet, quand on commence à prendre de l'âge, le risque est grand de cumuler des maladies comme le cancer, des maladies cardiovasculaires, le diabète, l'arthrose, des maladies de la rétine, etc., des maladies exigeant des traitements plus coûteux et à prendre sur le long terme (RTBF, 2022).

3.2. L'évolution des dépenses à charge de l'AO par classe thérapeutique

La classification ATC au deuxième niveau (ATC2[2]) permet de distinguer différents groupes de médicaments selon leurs propriétés thérapeutiques.

Les résultats de notre analyse par classe thérapeutique montrent que les 10 premiers groupes thérapeutiques ayant les dépenses à charge de l'AO les plus élevées représentent 90,6% des dépenses totales à charge de l'AO de tous les groupes analysés soit 1.227,6 millions d'euros en 2022 (voir Tableau 2). Par rapport au top 10 des groupes thérapeutiques en 2019 (Lebbe & Ntahonganyira, 2021),

Tableau 2 : Le top 10 des groupes thérapeutiques (niveau ATC2) selon les dépenses à charge de l'AO en 2022 (Source : Données de la MC)

Groupe thérapeutique	% des dépenses brutes totales à charge de l'AO	Nombre d'utilisateurs·rices	Dépenses à charge de l'OA, en euros	Montant à charge du patient, en euros	% des dépenses totales du top 10 groupes thérapeutiques
Agents antinéoplastiques (L01)	50,3%	34.952	681.846.996	102.825	55,5%
Immunosuppresseurs (L04)	12,4%	12.045	167.665.333	1.631.327	13,7%
Autres médicaments du système nerveux central (N07)	6,6%	1.224	89.469.435	22.184	7,3%
Thérapie endocrinienne (L02)	5,2%	4.607	70.221.932	1.212	5,7%
Préparations ophtalmiques (S01)	3,9%	71.958	52.395.522	1.067.342	4,3%
Autres préparations pour le système respiratoire (R07)	3,6%	420	48.601.410	0	4,0%
Sérums et immunoglobulines (J06)	3,4%	6.032	46.127.403	30.072	3,8%
Tractus gastro-intestinal et métabolisme : autres préparations (A16)	2,0%	145	26.923.971	255	2,2%
Anti-anémiques (B03)	1,8%	24.163	24.134.642	581.396	2,0%
Antihémorragiques (B02)	1,5%	16.191	20.232.425	24.665	1,6%
Total	**90,6%**		**1.227.619.069**		**100,0%**

2 La classification ATC s'articule autour de 14 groupes principaux selon l'organe sur lequel le médicament agit principalement et selon les propriétés thérapeutiques et chimiques du médicament. Chaque groupe comporte à son tour 5 niveaux hiérarchisés : le premier niveau (ATC1) c'est le groupe lui-même ; au deuxième niveau (ATC2), nous avons le groupe thérapeutique principal ; au troisième niveau (ATC3), nous avons la classe pharmacologique ; au quatrième niveau (ATC4), nous avons la classe chimique ; au cinquième niveau (ATC5), nous avons le principe actif ou substance active (la molécule).

trois nouveaux groupes thérapeutiques entrent dans le top 10 : les médicaments du système nerveux central (N07), les « autres préparations pour le système respiratoire » (R07) et les antihémorragiques (B02). Les 3 classes qui étaient dans le top10 en 2019 et qui ne sont plus dans le top10 en 2022 sont : les **antiviraux à usage systémique** (J05), les **immunostimulants** (L03) et les médicaments du **système musculaire et squelettique, autres préparations** (M09).

3.2.1. Les poids lourds : les antitumoraux et les immunosuppresseurs

Dans le top 10 des groupes thérapeutiques selon les dépenses à charge de l'AO les plus élevées, deux groupes thérapeutiques sortent toujours du lot, les antitumoraux appelés aussi « agents antinéoplastiques » (L01) (681,8 millions d'euros) et les immunosuppresseurs (L04) (167,6 millions d'euros). Ensemble, ces deux classes de médicaments représentent environ 62,4% (849,5 millions d'euros) des dépenses à charge de l'AO pour les patients de la MC traités en ambulatoire à l'hôpital.

En 2022, la moitié des dépenses à charge de l'AO (50,3%) a été consacrée aux médicaments utilisés en oncologie, **les** médicaments **antitumoraux (L01)**. En 2010, leur part relative n'était que de 35%. En ce qui concerne le nombre de patient·es, il est passé de 24.442 en 2010 à 34.952 en 2022 soit une augmentation de 71% sur treize ans. Parmi ces utilisateur·rices d'antitumoraux, en 2022, 88% ont 51 ans et plus, et leurs prescriptions représentent 92% des dépenses à charge de l'AO. En 2010, leur part (84%) était proportionnelle à la part de leurs dépenses à charge de l'AO (84%). Cette différence entre 2010 et 2022 s'explique par les coûts des nouvelles molécules récemment remboursées et qui sont très chères. Par exemple, le *pembrolizumab*, commercialisé sous le nom de Keytruda® et remboursé depuis 2016, a coûté à lui seul 154 millions d'euros à charge de l'assurance obligatoire en 2022.

Parmi les médicaments antitumoraux (L01), cinq principales molécules pèsent lourd dans les dépenses à charge de l'AO afférentes à cette classe en 2022. Il s'agit du *pembrolizumab* (23%), du *daratumumab* (10%), du *nivolumab* (7%), *de* l'*ibrutinib* (6%) et du *palbociclib (5%).* Le *nivolumab* et le *pembrolizumab* sont des médicaments appartenant à ce qu'on appelle l'immunothérapie et sont utilisés pour le traitement des différents types de cancers. Le *palbociclib* est utilisé pour le traitement de certains types de cancer du sein, le *daratumumab* pour le traitement du myélome multiple (une forme de cancer de la moelle osseuse) et l'*ibrutinib* pour certains cancers du sang. Ces molécules sont remboursées en Belgique depuis très peu : *ibrutinib* (en 2015), *pembrolizumab* (en 2016), *nivolumab* (en 2016), *palbociclib* (en 2017) et *daratumumab* (en 2017).

Étant donné que ces médicaments antitumoraux sont utilisés dans le traitement des cancers et que le risque des cancers augmente avec l'âge, ceci explique en grande partie l'augmentation des coûts à charge de l'AO pour les personnes âgées de plus de 50 ans, depuis 2015, que nous avons observée ci-dessus (voir Figure 3). Par exemple, 93% des dépenses à charge de l'AO pour le *pembrolizumab* ont été consacrées au traitement des personnes de plus de 50 ans.

Les immunosuppresseurs (L04) occupent la deuxième place selon le niveau des dépenses à charge de l'AO avec 12,4% de dépenses en 2022. Les immunosuppresseurs (L04) sont des médicaments utilisés pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde, du psoriasis, de la colite ulcéreuse, de la maladie de Crohn, mais également pour le traitement de maladies hématologiques. Les dépenses à charge de l'AO pour ce groupe sont passées de 62,4 millions à 167,6 millions d'euros (+169%) sur la période 2010-2022. Sur la même période, le nombre de patients traités a plus que triplé (de 4.614 en 2010 à 12.045 en 2022 (+161%)).

Dans cette classe, le *lénalidomide* (23%), l'infliximab (15%), le *vedolizumab* (14%) et l'*ocrelizumab* (10%) sont les molécules pour lesquelles les dépenses étaient les plus élevées en 2022. Parmi ces quatre molécules, le *vedolizumab et l'ocrelizumab* ont été plus récemment inclus dans le remboursement (respectivement 2015 et 2019). Depuis 2022, des génériques qui sont moins chers, sont disponibles pour le *lénalidomide* sur le marché belge. Le poids des immunosuppresseurs dans les dépenses totales est alors passé de 16% en 2019, à 12% en 2022.

3.2.2. Autres classes de médicaments dans le top 10 des classes thérapeutiques

En 2022, la troisième place parmi les classes thérapeuthiques les plus chères pour l'AO est occupée pour la première fois par le groupe d'**autres médicaments du système nerveux central (ATC N07)** (voir Figure 4) qui regroupe les médicaments utilisés pour un groupe large de maladies du système nerveux comme le vertige, des troubles d'addiction, l'amyloïdose, etc. Les dépenses pour cette classe des médicaments sont passées de 0,2 million d'euros en 2010 à 89,5 millions d'euros en 2022. Cette forte augmentation est liée au remboursement d'une nouvelle molécule en 2021, le *tafamidis* (86,4 millions d'euros en 2022 pour 705

patients), utilisée pour traiter l'amyloïdose à transthyrétine avec cardiomyopathie, une maladie potentiellement fatale.

Les médicaments de **thérapie endocrinienne (L02)** constituent un autre poste de dépenses qui continue d'augmenter. Dans cette classe on trouve, par exemple, les médicaments pour les maladies de croissance, les médicaments pour certains types de cancer, etc. En 2022, ces médicaments représentaient 70,2 millions d'euros de dépenses et 4.607 membres de la MC se sont vus administrer au moins une fois un médicament remboursé de ce groupe. L'augmentation de dépenses à charge de l'AO dans cette classe repose principalement sur les coûts de trois molécules : *enzalutamide* (35%), *apalutamide* (29%) et *abiratérone* (32%). Ces trois molécules sont des médicaments indiqués pour le cancer de la prostate et deux d'entre elles sont remboursées sous contrat entre le·la ministre et les entreprises concernées (voir encadré). L'*apalutamide* est remboursé depuis 2021.

En cinquième place, nous avons la classe de **médicaments ophtalmiques (S01)**. Ces médicaments sont utilisés pour le traitement de la dégénérescence maculaire, une affection oculaire qui entraine une perte progressive de la vision. Les résultats de notre analyse montrent que les dépenses à charge de l'AO de cette classe ont plus que quadruplé sur treize ans, passant de 12 millions en 2010 à 52,3 millions d'euros en 2022. En revanche, le nombre de patients traités n'a augmenté que de 51% au cours de cette même période de treize ans.

En 2022, 99% des 52,3 millions d'euros de dépenses pour cette classe thérapeutique ne concernent que deux molécules : le *ranibizumab (30%)* (remboursé depuis 2007) et l'*aflibercept (69%)* (remboursé depuis 2013) qui sont des inhibiteurs du facteur de croissance endothélial vasculaire (*Vascular endothelial growth factor, VEGF*) (CBIP). En 2022, au total 71.958 membres de la MC ont utilisé au moins une fois un médicament de cette classe.

Quand nous analysons la courbe d'évolution de cette classe, nous avons l'impression que depuis 2019, les dépenses à charge de l'AO ont tendance à se stabiliser. En réalité, le nombre d'utilisateur·rices du *ranibizumab* a diminué de 17% et les dépenses de 45% entre 2019 et 2022 ; et le nombre de patient·es et les dépenses d'*aflibercept* ont augmenté respectivement de 52% et de 58% (voir Figure 5).

La diminution pour le *ranibizumab* s'explique par le fait que *Lucentis*® (le nom commercial de *ranibizumab*) qui était sous contrat confidentiel depuis 2014, en 2021, n'a pas reçu la prolongation du contrat confidentiel. En conséquence

Figure 4 : Évolution des autres classes du top 10 des groupes thérapeutiques selon les dépenses à charge de l'AO en 2022 (Source : Données de la MC)

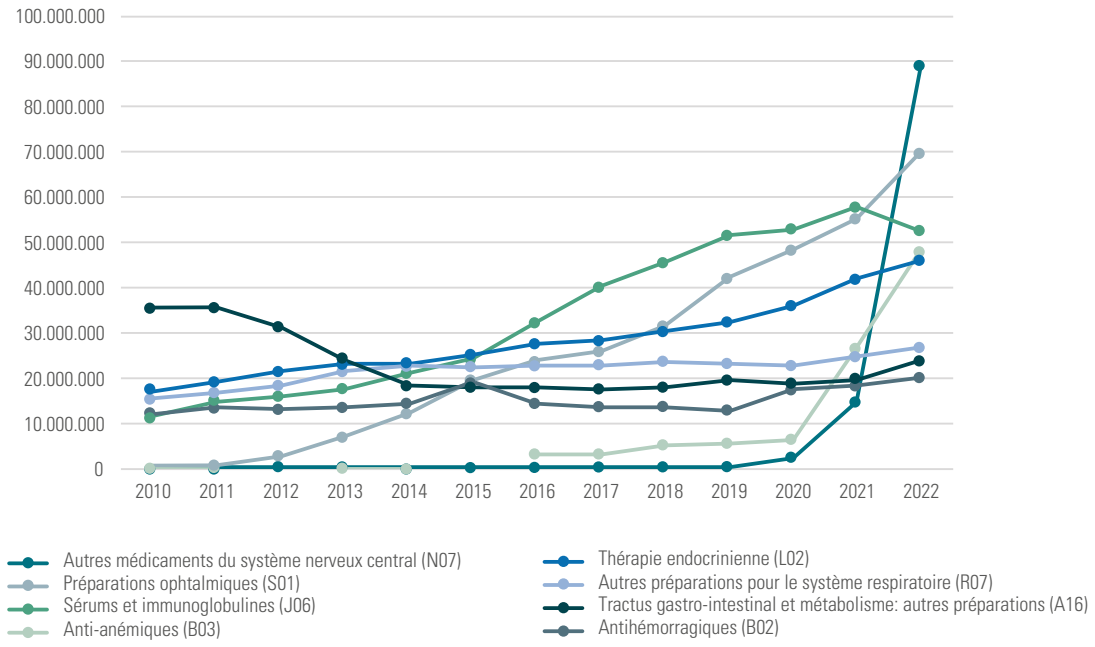
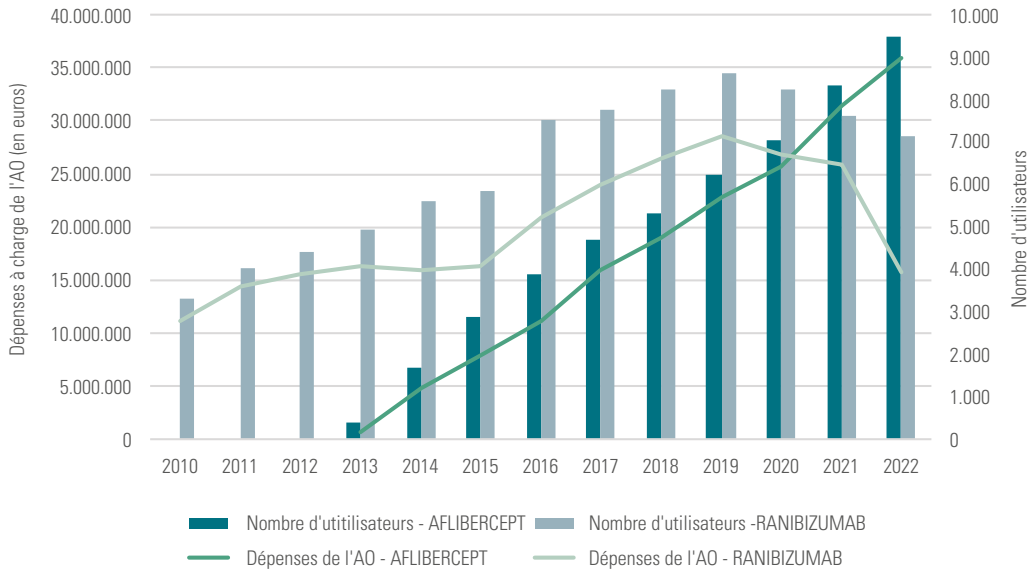


Figure 5 : L'évolution du nombre d'utilisateur·rices et des dépenses à charge de l'AO pour ranibizumab et aflibercept de 2010 à 2022 (Source : Données de la MC)



son prix a diminué. Le marketing de la firme s'est alors focalisé sur son nouveau médicament le *brolucizumab* qui est aussi un inhibiteur de VEGF tout comme le *ranibizumab* et l'*aflibercept*. Quant à la diminution d'utilisateur·rices de Lucentis®, elle serait liée au fait que les médecins se seraient tournés vers la prescription d'*aflibercept* commercialisé sous le nom d'Eylea®et qui est encore sous contrat. Le *brolucizumab* est sur le marché européen depuis janvier 2021 mais il n'est pas encore remboursé en Belgique.

Les dépenses relatives aux **sérums et immunoglobulines (J06)** sont également en hausse, passant de 17 millions d'euros en 2010 à 46 millions d'euros en 2022. Ces médicaments sont spéciaux. Il s'agit de concentrés d'anticorps extraits du plasma sanguin provenant de dons de sang et utilisés pour traiter des affections souvent rares et parfois très graves. Leur production dépend de et est limitée par ce qui peut être collecté auprès des donneurs. L'utilisation croissante de ces médicaments entraine leur pénurie sur le marché et cette pénurie entraîne à son tour une augmentation des prix.

Une forte augmentation des dépenses (de 3,07 millions d'euros pour 15 utilisateur·rices en 2016 à 48,6 millions en 2022) a pu être constatée également pour le groupe **'Autres produits pour le système respiratoire' (R07)** notamment à la suite de l'arrivée en 2016, 2021 et 2022 de nouveaux médicaments pour le traitement de la mucoviscidose (48,6 millions soit quasi l'intégralité des dépenses totales de cette classe) : *ivacaftor* (39%) et les produits combinés en bithérapie *ivacaftor/tezacaftor* (38%), *ivacaftor/lumacaftor* (13%) ou trithérapie, *ivacaftor/tezcaftor/elexacaftor* (9%). Il s'agit de médicaments coûteux dont le coût à charge de l'AO annuel moyen est compris entre 13.000 euros et 177.000 euros par patient·e. En 2022, 420 membres de la MC ont bénéficié d'au moins un remboursement d'un médicament de cette classe.

En dixième position, nous avons la classe **des antihémorragiques (B02),** nouvelle venue dans le top 10 des groupes thérapeutiques avec les dépenses les plus élevées. Les dépenses de cette classe sont passées de 12,9 millions d'euros en 2019 à 20,2 millions d'euros en 2022 soit une augmentation de 57%. Cette hausse de dépenses pour cette classe se justifie par l'arrivée de deux nouveaux médicaments (*émicuzumab*, 42% et *avatrombopag*, 2%), remboursés récemment, qui représentent 44% des dépenses de cette classe. *Emicuzumab* (8 millions d'euros en 2022) est remboursé depuis 2020 et *avatrombopag* (0.356 millions d'euros) depuis 2021. L'*émicizumab* est un anticorps monoclonal humanisé utilisé pour compenser le déficit en facteur VIII de l'hémophilie A. Il mime l'activité du facteur VIII (CBIP). Le facteur VIII est une protéine nécessaire à la coagulation normale du sang.

Pour résumer, *depuis 2020, plus de la moitié des dépenses* à charge de l'*AO est consacrée aux médicaments antitumoraux (L01*). Les dépenses pour ces médicaments aug-

mentent d'année en année (une croissance de 427% sur 13 ans). Cette hausse annuelle serait liée à plusieurs facteurs, entre autres :

- aux nouveaux médicaments qui sont souvent introduits sur le marché avec des coûts élevés et sont remboursés par le biais d'un contrat confidentiel entre le·la ministre et l'entreprise pharmaceutique (voir encadré) ;

- à l'élargissement des indications des médicaments : parfois, les indications approuvées des médicaments (antitumoraux) sont élargies au fur et à mesure pour inclure de nouveaux types de maladie ou de cancers ou des stades de la maladie précédemment non couverts. C'est le cas par exemple de Keytruda® qui a d'abord été remboursé pour le traitement du mélanome. Depuis, différentes indications se sont ajoutées, notamment le traitement du cancer du sein, du cancer du col de l'utérus, du cancer de la vessie, du cancer de l'œsophage, etc. Cela augmente l'utilisation de ces médicaments et, par conséquent, les dépenses associées.

Notons également l'arrivée sur le marché de nouvelles molécules très chères (*tafamidis, ivacaftor, émicizumab*) qui ont été admises au remboursement récemment et qui ont propulsé les classes thérapeutiques auxquelles elles appartiennent dans le top 10 des groupes thérapeutiques dont les dépenses à charge de l'AO sont les plus élevées.

3.3. Top 10 des substances actives les plus couteuses pour l'AO

Dans le but d'identifier les molécules qui sont à la base de l'augmentation des dépenses à charge de l'AO, nous analysons les dépenses au niveau de la classe ATC5, autrement dit au niveau du principe actif ou association des principes actifs (molécule). Nous constatons que, en 2022, 43% des dépenses brutes pour les spécialités pharmaceutiques délivrées en ambulatoire à l'hôpital (soit 576,4 millions d'euros sur un total de 1.355,4 millions d'euros) ont été consacrées à dix médicaments (voir Figure 6).

Figure 6 : Le top 10 des molécules ayant les dépenses à charge de l'AO les plus élevées en 2022 (Source : Données de la MC)

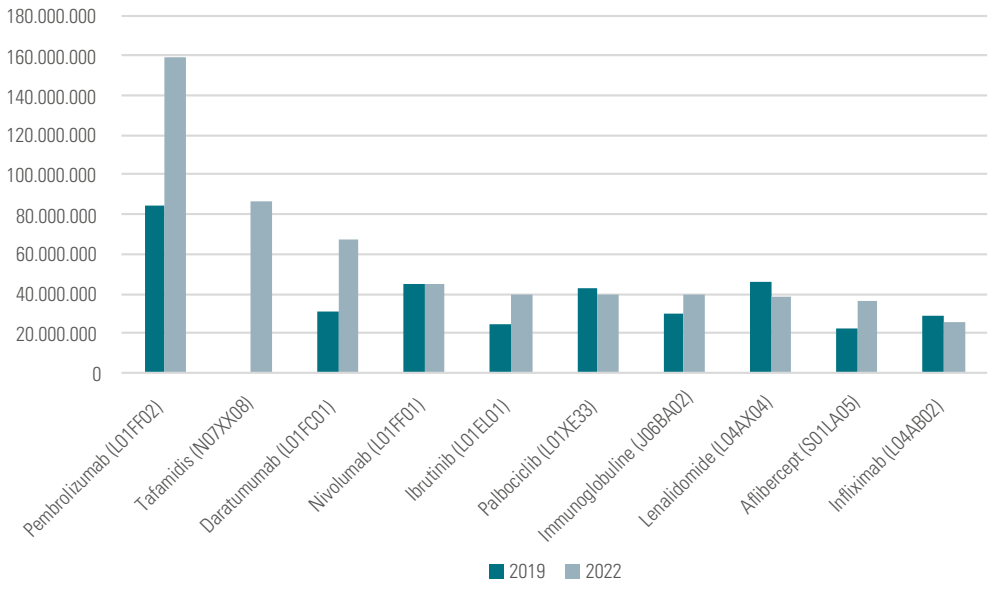
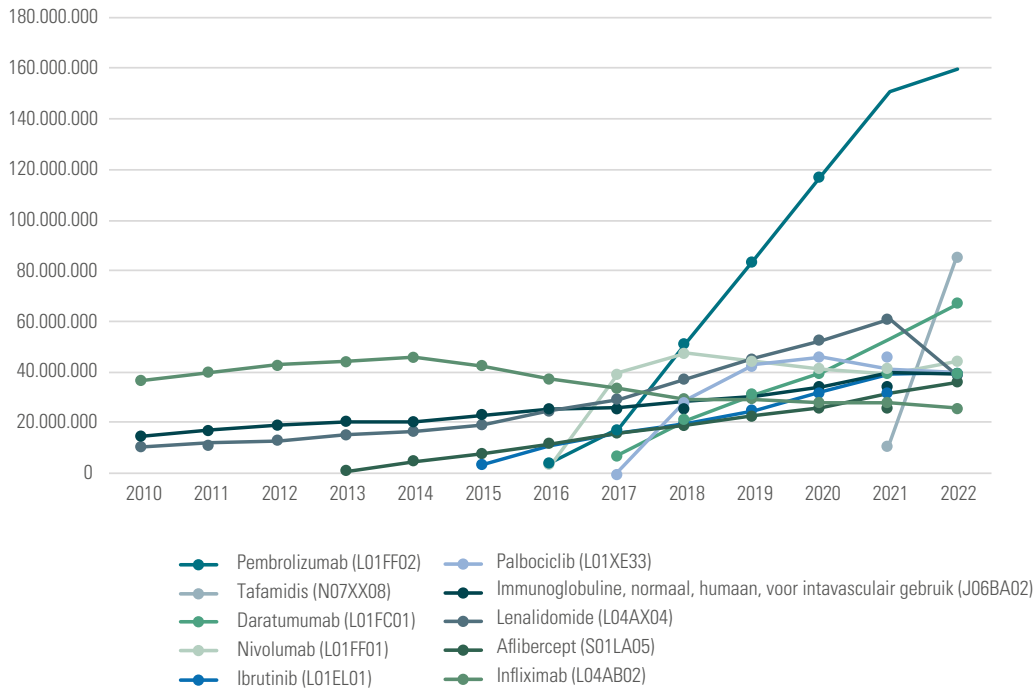


Figure 7 : Évolution des dépenses à charge de l'AO du top 10 des molécules sur la période 2010-2022 (Source : Données de la MC)



Comme nous pouvons le constater aux figures 6 et 7, cinq molécules de ce top 10 appartiennent à la classe des antitumoraux (L01) : *pembrolizumab*, *nivolumab*, *palbociclib*, *daratumumab* et *ibrutinib*. Les dépenses pour ces cinq molécules représentent ensemble 350 millions d'euros soit 61% des dépenses pour le top 10 et soit 51% des dépenses pour tous les médicaments antitumoraux (L01) dans le secteur analysé (681,8 millions d'euros).

Les dépenses pour le *lénalidomide* et l'*infliximab* ne représentent plus que 39% (64,5 millions d'euros) des dépenses de la classe des immunosuppresseurs (L04) (167,6 millions d'euros). Leur part dans les dépenses des immunosuppresseurs était de 44% en 2019. Cette diminution s'explique par l'arrivée des génériques (*lénalidomide*) ou l'utilisation des biosimilaires (*infliximab*) qui ont entraîné une réduction des coûts pour ces molécules (voir point 3.5).

Notons l'arrivée d'un nouveau médicament, le *tafamidis*, dans le top 10 des dépenses de l'AO les plus élevées. Ce médicament est remboursé seulement à partir de 2021. Il appartient à la classe des médicaments du système nerveux central (N07). Les dépenses à charge de l'AO (86,4 millions d'euros) pour cette molécule représentent 96,6% des dépenses à charge de l'AO de la classe N07.

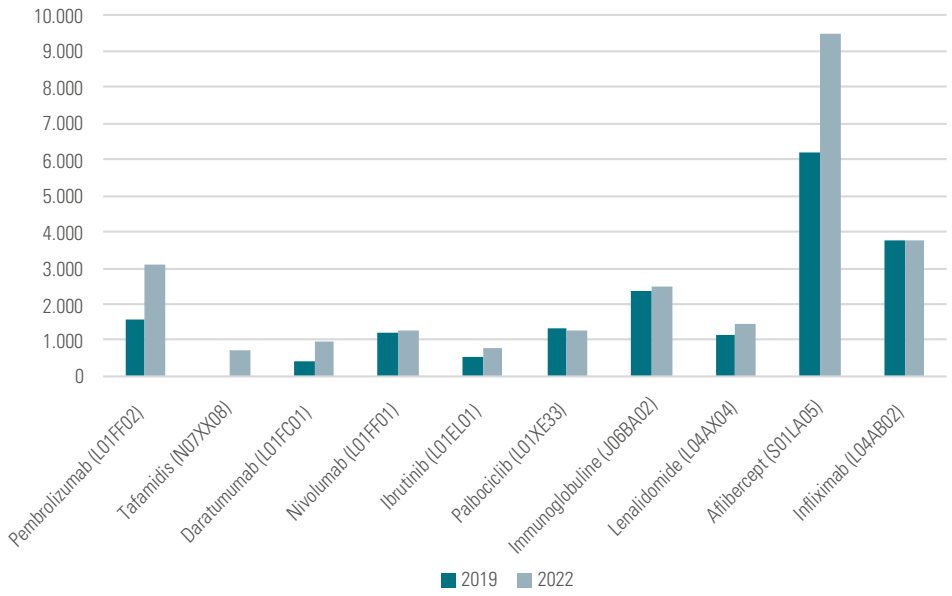
Enfin, en 2022, 35,9 millions d'euros ont été consacrés à la molécule *aflibercept*. Cela représente 68,5% des dépenses dans la classe des médicaments ophtalmiques (S01) (52,3 millions d'euros).

Pour la plupart de ces médicaments du top 10, aucune part personnelle (ticket modérateur) ne peut être facturée aux patient·es, sauf pour *infliximab* et *aflibercept*. Pour ces deux médicaments, les membres de la MC ont payé environ 1,7 millions d'euros de leur poche.

En 2022, le nombre de patients traités par au moins une de ces dix molécules a légèrement augmenté par rapport à 2019 (voir Figure 8). Au total, 24.161 membres de la MC ont été traités avec au moins un médicament de ces dix molécules les plus chères pour l'AO en 2022 contre 17.865 en 2019, soit une augmentation de 14%.

En 2022, le coût annuel moyen à charge de l'AO par patient·e pour les molécules de ce top 10 varie entre environ 122.600 euros (pour le *tafamidis*) et 3.700 euros (pour *aflibercept*). Pour la plupart de ces molécules, ce coût moyen annuel par patient·e est en augmentation. Sur la période 2019-2022, le coût moyen annuel des trois molécules *ibritinib* (L01EL01), *immunoglobuline* (J06BA02), *aflibercept* (S01LA05) a augmenté respectivement de 11%, 24% et 4%.

Figure 8 : Nombre de patients traités par au moins une des molécules du top 10 selon les dépenses à charge de l'AO en 2022 (Source : Données de la MC)



Nous voudrions souligner aussi qu'en 2022, huit de ces dix médicaments sont remboursés temporairement par le biais d'un contrat conclu entre le·la ministre et la firme pharmaceutique. Cela veut dire que, en 2022, les dépenses liées à ces molécules ne correspondent pas au coût réel pour l'AO parce qu'une partie des dépenses est restituée en fonction de la disposition de l'accord confidentiel. Six de ces huit médicaments ont été inclus dans l'AO seulement récemment, depuis 2015 (voir Figure 7). Il s'agit de : *ibrutinib, nivolumab, pembrolizumab, palbociclib, daratumumab et tafamidis*.

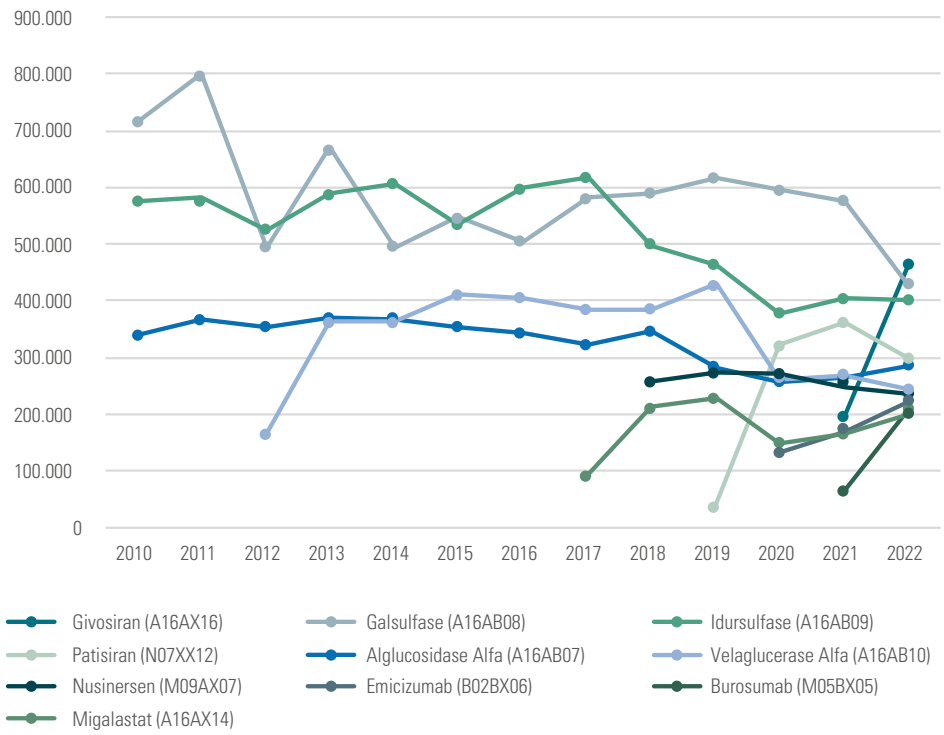
3.4. Top 10 des substances actives avec le coût moyen par patient·e le plus élevé

Nous venons d'examiner les dix médicaments (molécules) (niveau ATC5) qui ont les dépenses brutes les plus élevées pour l'AO et qui ont une influence sur l'augmentation des dépenses à charge de l'AO d'une manière globale. Néanmoins, le coût moyen annuel par patient·e de ces médicaments n'est pas nécessairement le plus élevé (entre 3.700 et 122.600 euros par patient·e en 2022). Or, si nous classons les médicaments en fonction du coût annuel moyen par patient·e, nous arrivons à un top 10 très différent (voir Figure 9). En effet, aucun des médicaments les plus coûteux par patient·e et par an ne figure dans le top 10 des médicaments aux dépenses les plus élevées pour l'AO. Il s'agit ici de molécules très couteuses qui ne sont utilisées que par un groupe de patient·es très limité : au total, 169 membres de la MC en 2022, avec un coût moyen par patient·e et par an se situant entre 200.000 et 463.000 euros. Ici nous parlons du coût du traitement par an et non pas du coût du traitement complet par patient·e. En 2022, les dépenses pour ces dix médicaments les plus chers par patient·e représentent 3% des dépenses totales pour le secteur en ambulatoire à l'hôpital. Ils représentaient 5% en 2019.

Par rapport au top10 de 2019, quatre nouvelles molécules entrent dans ce top 10 des médicaments les plus chers par patient·e. Il s'agit de *givosiran, patisiran, emicizumab* et *burosumab*, quatre nouvelles molécules récemment remboursées par l'AO (entre 2019 et 2021).

Neuf de ces dix molécules sont des médicaments utilisés dans le traitement de certaines maladies métaboliques congénitales et maladies rares, et la 10ème molécule, l'*emicuzumab*, est un médicament indiqué pour prévenir ou réduire les saignements chez les patient·es atteints d'hémophilie A (un trouble hémorragique héréditaire dû à l'absence de facteur VIII, une protéine nécessaire pour la coagulation normale du sang) (CBIP).

Figure 9 : Évolution des dépenses à charge de l'AO pour le top 10 des molécules selon le coût moyen par patient, entre 2010 et 2022 (Source : Données de la MC)



Pour aucun de ces médicaments, une part personnelle n'est mise à charge du patient. Ce sont tous des médicaments orphelins (voir l'encadré) destinés au traitement de maladies rares à l'exception de *emicuzumab et burosumab*. Cinq molécules de ce top 10 (*givosiran, nusinersen, patisiran, burosumab, emicuzumab*) sont remboursées temporairement via un contrat entre le ministre et la firme pharmaceutique. Contrairement au top 10 selon les dépenses les plus élevées à charge de l'AO, l'évolution des dépenses brutes à charge de l'AO de ces molécules est plus stable sur la période analysée, à l'exception des nouvelles molécules : *givosiran, emicizumab* et *burosumab*. Ces trois molécules ne sont remboursées que depuis peu et le marché doit encore se stabiliser (voir Figure 9).

Médicaments orphelins et Collège de médecins pour un médicament orphelin

Les médicaments orphelins sont des médicaments utilisés pour le traitement de maladies rares et reconnues comme telles par l'Agence européenne des médicaments (EMA). Une maladie rare est une affection qui met la vie en danger et/ou qui est grave et chronique et qui ne touche pas plus de 5 personnes sur 10.000. Compte tenu du prix élevé des médicaments orphelins, d'une part, et du fait que l'évidence thérapeutique est souvent limitée d'autre part, le remboursement de ces médicaments par la solidarité des Belges dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé est souvent soumis à des conditions strictes et à l'approbation du médecin-conseil de la mutuelle. Ces conditions sont principalement déterminées sur la base de données issues d'essais cliniques. Parce que ces médicaments concernent généralement des maladies peu connues, il a été créé, pour certaines spécialités, des Collèges de médecins pour les médicaments orphelins, composés d'expert·*es* qui doivent aider le médecin-conseil à décider si la personne remplit ou non les conditions prédéfinies pour être remboursé. Tous les médicaments orphelins pour lesquels il existe un Collège de médecins ne peuvent être délivrés que par un pharmacien hospitalier.

3.5. Médicaments génériques et biosimilaires

Un médicament générique est équivalent à un médicament « classique » original dit de référence appelé aussi médicament chimique. Il a la même composition qualitative et quantitative en principe(s) actif(s) et la même forme pharmaceutique (comprimé, gélules, etc.) que son médicament chimique de référence néanmoins la composition des excipients peut être différente (AFMPS, 2020). Un médicament chimique est composé des substances actives (molécules) d'origine chimique produites à partir d'une synthèse chimique.

Un médicament biosimilaire est un médicament biologique dont il a été prouvé qu'il est cliniquement équivalent à un médicament biologique de référence c'est-à-dire un médicament composé d'une substance active produite à partir d'une source d'origine biologique (des organismes vivants, tels que des cellules ou des tissus vivants, etc.) (AFMPS, 2023). Les médicaments biologiques ont généralement une structure plus complexe que les molécules de synthèse chimique et de ce fait la structure du principe actif peut présenter une certaine variabilité (CBIP). Donc, un médicament biosimilaire présente une forte similarité, dans tous ses principaux aspects, avec un médicament biologique déjà approuvé mais les deux médicaments ne sont pas identiques (Agence européenne des médicaments, 2019). D'où l'utilisation du terme 'biosimilaire'.

Les médicaments biologiques sont souvent utilisés pour traiter certaines maladies graves et chroniques comme le diabète, les cancers et les maladies auto-immunes (AFMPS; INAMI, 2018). Par conséquent les dépenses pour ces maladies ont augmenté ces dernières années à la suite de la venue sur le marché de ces médicaments biologiques qui sont très chers.

Lorsque de nouveaux médicaments arrivent sur le marché, ils sont protégés par des brevets et des règles d'exclusivité. Suite à ces brevets et règles d'exclusivité, les médicaments ont un monopole sur le marché et sont donc protégés de la concurrence pendant un certain nombre d'années (généralement plus de dix ans). Ce monopole prend fin lorsque des médicaments concurrents aux médicaments originaux peuvent entrer sur le marché. En Belgique, l'arrivée sur le marché de médicaments génériques (pour les médicaments chimiques) ou biosimilaires (pour les médicaments biologiques) entraîne une baisse du prix du médicament original et donc une diminution du coût des molécules concernées (Van haecht, Lebbe, & Ntahonganyira, 2021). En outre, une règle de facturation spécifique a été imposée aux hôpitaux, grâce à laquelle le coût répercuté sur l'AO est encore moindre (voir l'encadré).

Prenons l'exemple du *lénalidomide* (un médicament chimique), le nombre de patients traités à l'aide de ce médicament n'a cessé d'augmenter depuis 2010. Il est passé de 336 en 2010 à 1.460 en 2022 suite à des extensions d'indication successives pour cette molécule. L'évolution du coût moyen annuel à charge de l'AO par patient·e a suivi la même tendance jusqu'en 2021. Sur la période 2010-2021, il est passé de 31.000 à 44.280 euros (voir Figure 10). En 2022, la tendance s'inverse, ce coût moyen annuel tombe à 26.580 euros. En 2022, les génériques du *lénalidomide* sont arrivés sur le marché belge, et cela a eu comme conséquence, la diminution des coûts de cette molécule. Ainsi ses dépenses sont passées de 60,9 millions d'euros en 2021 à 38,8 millions d'euros en 2022, alors que plus de patient·es sont traités.

Règle de facturation à l'hôpital pour les génériques, les biosimilaires et leur spécialité de référence originale

Une règle de facturation spécifique pour les médicaments a été introduite pour les hôpitaux. Depuis le 1er juillet 2013, les hôpitaux sont soumis à la législation sur les marchés publics. Si plusieurs concurrents (un médicament original et les biosimilaires ou génériques équivalents) sont disponibles sur le marché, les hôpitaux peuvent jouer la carte de la concurrence et, dans la plupart des cas, utiliseront le médicament le moins cher à l'achat. En d'autres termes, le prix d'achat de l'hôpital peut être plus bas que le prix officiel qui peut être facturé. Pour ramener au profit de la collectivité une partie de ces remises négociées, les hôpitaux sont obligés depuis 2017 de facturer les médicaments et leurs génériques/biosimilaires à 90% (depuis le 1/4/2019 à 85%) du prix facial ou de la base de remboursement de l'AO.

Il en est de même pour l'anticorps *infliximab* (médicament biologique). Si nous analysons l'évolution des dépenses pour l'*infliximab* sur les treize dernières années, nous pouvons voir que de 2010 à 2015, l'augmentation des dépenses pour ce médicament était constante (voir Figure 11). Or, depuis 2015, année durant laquelle au moins un biosimilaire de l'*infliximab* est arrivé sur le marché belge, les dépenses pour l'*infliximab* (42,3 millions d'euros en 2015) ont commencé à diminuer pour atteindre 25,7 millions en 2022, alors que le nombre de patients a augmenté de 6,5% sur la période 2015-2022. Le coût moyen annuel par patient a diminué de la moitié, il est passé de 11.900 à 6.800 euros sur la même période.

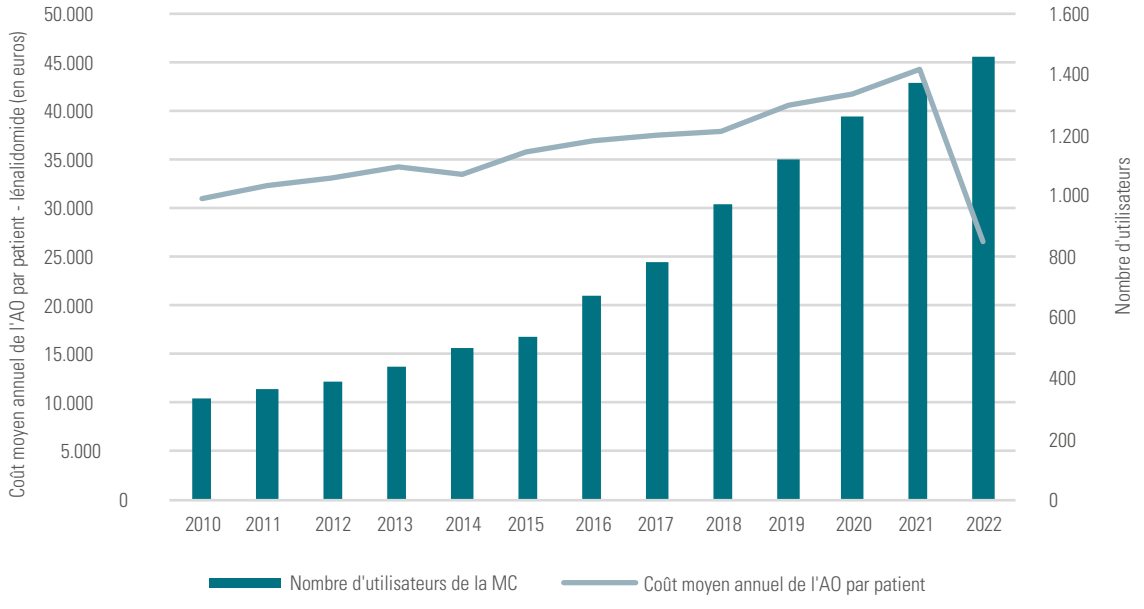
La diminution des coûts observés pour ces deux médicaments s'explique donc par le fait que le monopole des fabricants initiaux est expiré, que les concurrents ont été autorisés à produire des médicaments équivalents (les biosimilaires) ou des copies (génériques) et que la venue sur le marché belge de ces concurrents induit légalement une baisse des coûts pour ces molécules.

Pour maîtriser les dépenses à charge de l'AO et libérer du budget pour de nouveaux médicaments, nous constatons qu'il est donc important que les génériques et biosimilaires arrivent sur le marché belge. Si l'usage d'une telle molécule est nécessaire, il est important que ces génériques et biosimilaires soient prescrits en premier choix et que le public soit conscientisé sur leur aspect thérapeutique et les économies financières qu'ils peuvent engendrer.

Afin d'évaluer l'évolution de l'usage effectif des médicaments génériques et biosimilaires en Belgique, nous avons analysé la part de marché qui leur est réservé depuis 2015. Au cours de cette analyse, les dépenses totales brutes à charge de l'AO pour les spécialités pharmaceutiques délivrées par les pharmacies hospitalières aux patient·es ambulatoires ont été divisées en dépenses pour les médicaments chimiques (49% en 2022) et en dépenses pour les médicaments biologiques (51% en 2022). Pour chaque segment, la part des médicaments génériques ou biosimilaires a ensuite été calculée.

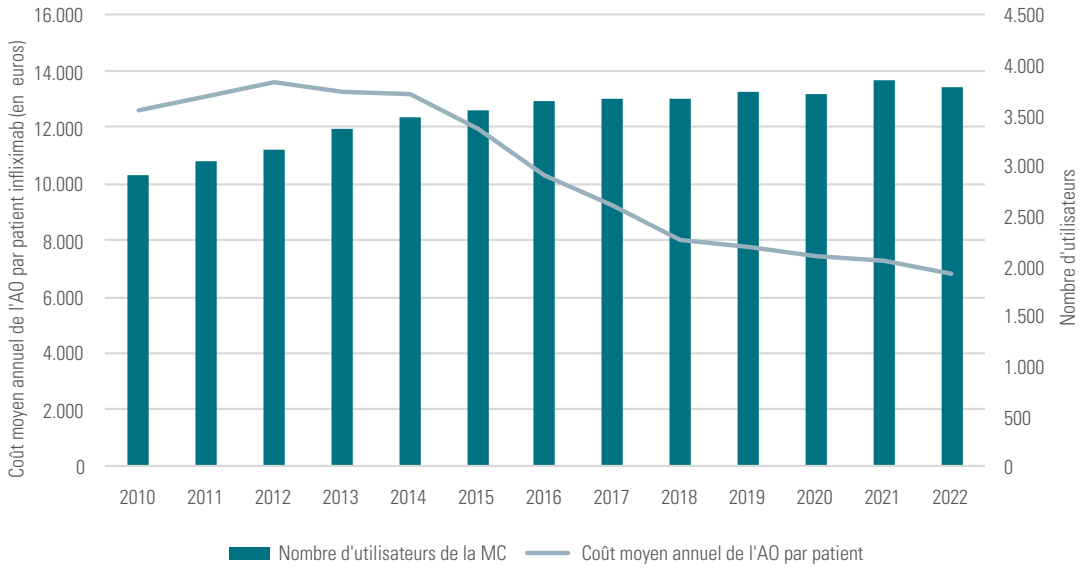
En ce qui concerne les médicaments chimiques délivrés par les pharmacies hospitalières aux patient·es ambulatoires, la part en volume des génériques (exprimée en DDD[3]) a bien augmenté passant de 16% en 2019 à 21% en 2022 (voir Figure 12), mais elle reste nettement plus faible

Figure 10 : Évolution du nombre d'utilisateur·rices et du coût moyen annuel à charge de l'AO par utilisateur·rice de lénalidomide (L04AX04) de 2010 à 2022 (Source : Données de la MC)



3 La DDD (*Defined Daily Dose* ou « dose moyenne journalière » en français) est une estimation de la quantité de principe actif que reçoit un adulte d'un poids corporel d'environ 70 kg par jour (comme dose d'entretien en cas de traitement chronique) lorsque le médicament est prescrit pour son indication principale.

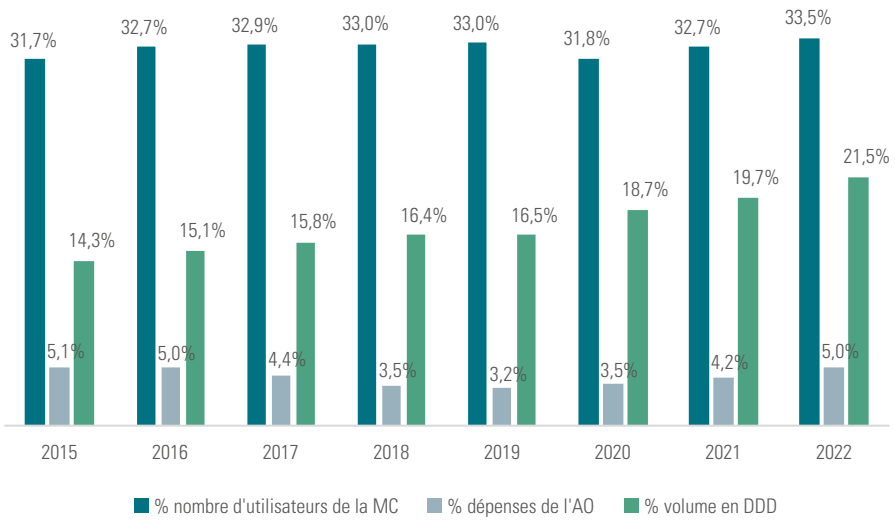
Figure 11 : Évolution du nombre d'utilisateur·rices et du coût moyen annuel à charge de l'AO par utilisateur·rice de *l'infliximab* de 2010 à 2022 (Source : Données de la MC)



que dans le secteur des médicaments délivrés en pharmacies publiques (44% en 2019). Cela s'explique en partie par le fait que dans le secteur sur lequel porte cette étude, l'utilisation de nouveaux médicaments (et donc encore brevetés) est plus importante. De nombreux nouveaux médicaments très coûteux sont délivrés exclusivement dans les pharmacies hospitalières. Néanmoins, il y a probablement encore de la place pour une croissance de l'utilisation des génériques. Une attention particulière devrait également être portée à la disponibilité des génériques de ces molécules coûteuses délivrées exclusivement à l'hôpital.

La part en volume (DDD) des biosimilaires dans le segment biologique du secteur a fortement augmenté. Elle était de 9% en 2019 contre 16% en 2022. Elle est plus élevée que dans le secteur des pharmacies publiques (0,7% en 2019),

Figure 12 : La part des génériques au sein des médicaments chimiques dans le traitement ambulatoire à l'hôpital par année, 2015-2022 (Source: Données de la MC)



c'est une belle avancée mais le chemin est encore long (voir Figure 13).

Parmi les molécules responsables de l'augmentation de la proportion des biosimilaires en volume (estimé en DDD), délivrés aux patient·es ambulatoires à l'hôpital, notons les molécules comme *pegfilgrastim, bevacizumab* et *etanercept* dont les biosimilaires sont arrivés sur le marché depuis 2019. A ces nouveaux biosimilaires s'ajoute l'augmentation en volume de la prescription des biosimilaires existant notamment pour les molécules *infliximab, filgrastim, epoetine, rituximab* et *trastuzumab* (voir Tableau 3).

La venue de ces biosimilaires a induit une réduction conséquente des coûts des dépenses à charge de l'AO des molécules concernées. Sur la période 2015 à 2022, le coût moyen annuel à charge de l'AO par DDD des molécules comme *etanercept, rituximab, adalimumab, pegfilgrastim, albumine, bevacizumab et trastuzumab*, a diminué de plus de la moitié ; entre 20% (*enoxaparine*) et 45% (*infliximab*) pour les autres molécules (voir Tableau 4).

Soulignons en passant que la plupart des molécules pour lesquelles des biosimilaires sont disponibles ne sont utilisées qu'à l'hôpital et sont délivrées par les pharmacien·nes hospitaliers. Notre étude montre que les mesures prises par le gouvernement afin de promouvoir l'utilisation des biosimilaires et en particulier dans les hôpitaux

Figure 13 : La part des biosimilaires au sein des médicaments biologiques dans le traitement ambulatoire à l'hôpital par année, 2016-2022

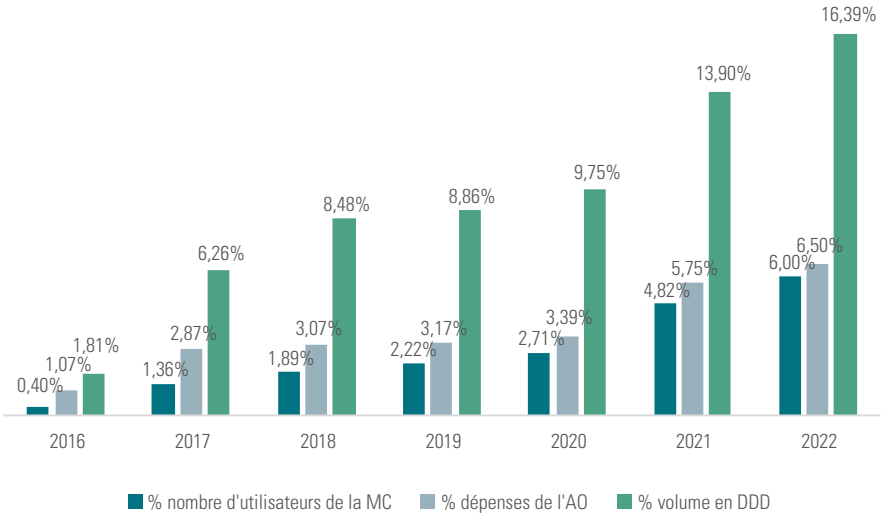


Tableau 3 : Proportion en volume (estimé en DDD) des médicaments biosimilaires au sein des médicaments biologiques par année, 2015-2022

Molécules	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Adalimumab (L04AB04)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	78,5%	86,5%	74,0%	86,3%
Bevacizumab (L01FG01)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,4%	87,0%	99,9%
Epoetine (B03XA01)	0,0%	1,3%	4,6%	5,1%	4,7%	7,7%	14,9%	19,9%
Etanercept (L04AB01)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	87,3%	99,0%	100,0%
Filgrastim (G-CSF) (L03AA02)	1,7%	4,6%	35,5%	62,3%	62,7%	69,6%	75,6%	84,1%
Infliximab (L04AB02)	0,6%	8,5%	31,1%	45,3%	51,0%	56,3%	70,5%	91,3%
Insuline glargine (A10AE04)	0,0%	0,0%	1,5%	0,1%	0,7%	1,0%	1,4%	1,5%
Pegfilgrastim (L03AA13)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,1%	23,2%	38,9%
Rituximab (L01FA01)	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	3,5%	9,3%	26,1%	29,3%
Trastuzumab (L01FD01)	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	3,0%	6,2%	16,2%	17,8%

Tableau 4 : Le coût moyen annuel par DDD de quelques molécules biologiques ayant des biosimilaires, par année, 2015-2022, en euros

Molécules	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution 2015-2022
Etanercept (L04AB01)	37	31	28	23	19	16	14	14	-63%
Rituximab (L01FA01)	203	203	158	100	87	84	79	80	-61%
Adalimumab (L04AB04)	36	36	36	36	17	17	15	15	-60%
Pegfilgrastim (L03AA13)	59	59	59	41	38	27	25	25	-58%
Albumine (B05AA01)	130	113	112	82	57	54	56	55	-58%
Bevacizumab (L01FG01)	79	79	79	79	79	77	36	35	-56%
Trastuzumab (L01FD01)	505	495	474	442	305	263	233	230	-54%
Infliximab (L04AB02)	18	15	14	11	11	10	10	10	-45%
Insuline glargine (A10AE04)	1,5	1,4	1,2	1,2	1,1	1,1	1,0	1,0	-37%
Somatropine (H01AC01)	17	17	15	12	13	12	11	11	-35%
Filgrastim (G-CSF) (L03AA02)	64	64	56	54	50	47	44	43	-32%
Epoetine (B03XA01)	6	6	6	6	5	5	5	5	-24%
Enoxaparine (B01AB05)	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,1	1,0	-20%

[exemples : la campagne de sensibilisation menée par l'INAMI et l'AFMPS (AFMPS; INAMI, 2018), la convention pour relancer les médicaments biosimilaires en Belgique et le monitoring régulier de la prescription de médicaments biosimilaires dans le cadre de cette convention (INAMI, 2018), les quotas de prescription, les incitants financiers en 2019 (Li, 2019), etc.] sont en train de porter leurs fruits. Certes, il y a encore du chemin à faire.

Au cours des années à venir, plusieurs médicaments coûteux verront leur brevet expirer. Il est donc important d'anticiper ce phénomène et de continuer à sensibiliser les parties prenantes et les prestataires de soins de santé concernés afin qu'ils·elles prescrivent davantage les médicaments les plus efficients. Les biosimilaires et génériques ont leur place ici. Si ces médicaments (biosimilaires et génériques) sont prescrits suffisamment en Belgique, cela entraînera une diminution du coût des molécules concernées et une création d'une marge budgétaire nécessaire pour d'éventuels nouveaux médicaments intéressants.

4. Conclusion

Les dépenses brutes de l'assurance obligatoire soins de santé (AO) pour les spécialités pharmaceutiques ont fortement augmenté depuis 2010. Cette augmentation concerne particulièrement les médicaments délivrés par les pharmacien·nes hospitalier·es aux patient·es ambulatoires suivi·es par les médecins del'hôpital. L'analyse des données de facturation des membres de la MC montre que les dépenses à charge de l'AO dans ce secteur ont augmenté de 227% entre 2010 et 2022. Malgré la période pandémique de COVID-19, ces dépenses ont augmenté d'environ 39% sur la période 2019-2022.

Parmi les médicaments à l'origine de cette augmentation importante, citons principalement les agents antitumoraux (L01), utilisés pour bloquer la prolifération des cellules cancéreuses et pour détruire le cancer, qui ont connu une croissance fortement accélérée depuis 2015. Ils sont suivis par les immunosuppresseurs (L04), médicaments indiqués dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde, du psoriasis, de la colite ulcéreuse, de la maladie de Crohn, de maladies hématologiques, etc.

En outre, on observe la même tendance au niveau de la courbe de l'évolution des dépenses à charge de l'AO en fonction de la catégorie d'âge des personnes à qui les médicaments sont prescrits et ayant plus de 50 ans. Ce n'est

pas inattendu, étant donné que les médicaments antitumoraux sont utilisés dans le traitement des cancers et que le risque de cancer augmente avec l'âge.

Notre analyse montre aussi que ce ne sont pas les médicaments les plus chers en termes de coût moyen annuel par patient·e (entre 200.000 et 463.000 euros en 2022) qui sont la cause de cette croissance importante des dépenses de l'AO. En 2022, les dépenses pour les dix médicaments les plus chers par patient·e ne représentent que 3% des dépenses brutes totales pour le secteur des médicaments délivrés par les pharmacien·nes hospitalier·es aux patient·es ambulatoires à l'hôpital (contre 5% en 2019). En effet, ce sont des médicaments utilisés par un très petit groupe de patient·es, plus précisément des patient·es souffrant de maladies très rares. C'est pourquoi ils pèsent moins lourd dans le budget.

En revanche, les dix médicaments responsables des plus fortes dépenses annuelles sont des médicaments chers (jusqu'à 112.000 euros par patient·e et par an) utilisés par un nombre important de patient·es, notamment dans le cas de traitements de certaines formes de cancer et de l'amyloïdose. Et le nombre de patient·es ayant bénéficié d'un remboursement d'au moins un de ces dix médicaments augmente chaque année. Il est passé de 4.835 membres de la MC en 2010 à 24.161 en 2022, soit une augmentation de 400%.

Selon la Fondation contre le cancer, les cancers ont presque toujours une origine multifactorielle. Certains facteurs de risque de cancer comme le vieillissement, la division cellulaire et l'hérédité sont inévitables. Par contre d'autres facteurs comme notre mode de vie (consommation accrue d'alcool, du tabac, la sédentarité, la prise d'œstrogènes, le surpoids, etc.) et des facteurs environnementaux (expositions aux ultraviolets, aux substances cancérigènes, aux émissions du gaz radon, etc.) pouvant influencer le risque de développer un cancer, pourraient être évités. Par exemple, la sédentarité peut augmenter le risque de cancer de l'utérus, du sein et du cancer colorectal. Le tabac serait responsable de 30% des décès par cancer (Fondation contre le Cancer, 2023). Rien n'empêchera notre corps de vieillir mais un mode de vie sain pourrait nous offrir des chances de vivre en bonne santé. D'où l'urgente nécessité d'investir suffisamment dans la prévention pour réduire le risque de cancer et sur le long terme, l'AO pourrait dégager un budget pour traiter d'autres maladies liées à des facteurs non évitables.

Il est important de souligner que si les dépenses de l'assurance obligatoire soins de santé ont augmenté de manière significative sur une période de 13 ans (+227%), cela a eu moins d'impact direct sur le·la patient·e grâce au fait qu'une grande partie des médicaments (coûteux, 84% des dépenses à charge de l'AO en 2022) faisant partie de notre étude, est couverte à 100% par l'AO. Là où une contribution du patient est demandée, elle est plafonnée. On remarque d'ailleurs que sur la période 2019-2022, la part personnelle a même diminué de 8% alors que les dépenses brutes de l'AO ont augmenté de 39%. Il est fondamental que la société mette tout en œuvre pour continuer à faire perdurer ce système de protection du patient grâce à la couverture de l'AO.

Enfin, un autre point d'attention est l'usage des médicaments génériques et biosimilaires. Dans le secteur des spécialités pharmaceutiques délivrées par les pharmacien·nes hospitalier·es aux patient·es ambulatoires à l'hôpital, en 2022, un peu plus de la moitié (51%) du budget a été consacré aux produits biologiques et 49% aux médicaments chimiques. Nous constatons que l'utilisation des génériques et des biosimilaires dans le secteur a légèrement augmenté. De ce fait, le coût moyen annuel par patient·e de certaines molécules a été réduit de moitié. Néanmoins la part des génériques reste faible par rapport au secteur des pharmacies publiques. Cela s'explique en partie par le fait qu'à l'heure actuelle, de nombreux nouveaux médicaments encore sous brevet ne peuvent être fournis que par le·la pharmacien·ne de l'hôpital, par exemple : les nouveaux médicaments pour traiter l'hépatite C, les nouveaux médicaments pour traiter la mucoviscidose, des médicaments orphelins (environ 30% de dépenses en 2022 contre 16% en 2010). En 2022, pour les médicaments chimiques délivrés à l'hôpital pour des patient·es ambulatoires, les génériques représentent 21% du volume en DDD (dose moyenne journalière) et 5% des dépenses à charge de l'AO. Pour les médicaments biologiques délivrés à l'hôpital pour des patient·es ambulatoires, les biosimilaires représentent 16% du volume en DDD et 6% des dépenses à charge de l'AO. Il est primordial de continuer à soutenir les politiques visant à promouvoir les médicaments génériques et biosimilaires car leur prescription soutenue permet à l'AO de dégager des moyens nécessaires pour traiter plus de patient·es et aussi d'investir dans les médicaments innovants.

Bibliographie

AFMPS. *Qu'est-ce qu'un médicament «générique» ?* Récupéré sur afmps.be, dernière mise à jour 16/12/2020.

AFMPS. *Médicaments biologiques et biosimilaires*. Récupéré sur afmps.be, dernière mise à jour le 01/06/2023.

AFMPS; INAMI. (2018, 12 11). *Communiqué de presse*. Récupéré sur afmps.be.

Agence européenne des médicaments. (2019). *Les médicaments biosimilaires dans l'UE. Guide d'information destiné aux professionnels de la santé.* Amsterdam. Récupéré sur ema.europa.eu.

CBIP. *Répertoire commenté des médicaments - Médicaments divers*. Récupéré sur cbip.be le 11/07/2023.

Fondation contre le Cancer. (2023). *Risques démontrés*. Récupéré sur cancer.be: https://www.cancer.be/risques-d-montr-s

INAMI. *Convention pour relancer les médicaments biosimilaires en Belgique*. Récupéré sur inami.fgov.be, dernière mise à jour 20/12/2018.

INAMI. *Montants maximum à payer par le patient pour une spécialité pharmaceutique*. Récupéré sur inami.fgov.be, dernière mise à jour 19/12/2018.

INAMI. *Liste des spécialités pharmaceutiques remboursables : les catégories de remboursement*. Récupéré sur inami.fgov.be le 07/11/2023.

INAMI. (2022). *Monitoring Of Reimbursement Significant Expenses - Rapport MORSE données 2021.* Bruxelles : INAMI.

Lebbe, C., & Ntahonganyira, R.-M. (2021). L'évolution des dépenses relatives aux médicaments remboursables délivrés dans les pharmacies hospitalières aux patients ambulatoires. *MC-Informations, 285*, 4-20.

Li, V. (2019, 05 01). Biosimilaires: «un plan d'action global est urgent» (Pieter Boudrez). Récupéré sur lespecialiste.be.

Neyt, M., Devos, C., Thiry, N., Silversmit, G., De Gendt, C., Van Damme, N., . . . Verleye, L. (2021). *Les médicaments innovants contre le cancer ont-ils toujours une réelle valeur ajoutée ? KCE Reports 343.* Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).

RTBF. (2022, 03 21). Surmédication : les personnes âgées prennent en moyenne 7 médicaments par jour. Récupéré sur rtbf.be.

Van haecht, K., Lebbe, C., & Ntahonganyira, R.-M. (2021). Analyse de l'utilisation des médicaments biosimilaires chez les membres de la MC en 2019. *MC-Informations*, *283*, 58-69.

WHOCC. *International language for drug utilization research*. Récupéré sur whocc.no.

Santé & Société est la revue trimestrielle de l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes. Elle présente les résultats des principales études de la MC et des informations contextuelles relatives aux systèmes régionaux et fédéraux de protection sociale, aux autres branches de la sécurité sociale et à la politique de santé et de bien-être.

Bien évidemment, le fichier d'adresses est utilisé exclusivement dans le cadre de la diffusion des productions du service d'études et la gestion de la revue. Ce fichier n'est accessible qu'aux collaborateurs et aux fournisseurs de l'ANMC impliqués dans la gestion de la revue. Il est par ailleurs stocké dans un espace informatique sécurisé.

Dans le cadre du règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez toujours demander à consulter gratuitement vos données à caractère personnel et, le cas échéant, demander la correction de toutes les données à caractère personnel incorrectes et/ou incomplètes vous concernant. Dans ce cadre, vous pouvez également demander que vos données à caractère personnel ne soient temporairement pas traitées (sauf dans plusieurs cas définis par la loi) jusqu'à ce que leur exactitude ait été contrôlée.

Vous pouvez également demander à recevoir une copie de vos données à caractère personnel et/ou qu'elle soit transmise à un autre établissement ou personnel de votre choix dans un format permettant de transférer facilement ces données à caractère personnel.

Vos données à caractère personnel ne seront pas conservées plus longtemps que nécessaire aux fins énoncées dans le présent document. Si vous estimez que la Mutualité chrétienne ne peut plus traiter vos données à caractère personnel dans le cadre de la revue *Santé & Société*, vous pouvez alors également demander, dans certains cas déterminés, que vos données à caractère personnel soient définitivement supprimées. En lieu et place de la suppression, vous pouvez demander que vos données soient conservées, mais qu'elles ne soient plus traitées (sauf dans certains cas prescrits par la loi).

Si vous deviez estimer que la Mutualité chrétienne ne traite pas légitimement et légalement vos données à caractère personnel, vous pouvez introduire une plainte auprès de l'Autorité de Protection des Données (données de contact disponibles à l'adresse : www.autoriteprotectiondonnees.be). Dans une telle situation, nous recommandons toutefois de contacter d'abord notre délégué à la protection des données. Les éventuels problèmes ou incompréhensions seront souvent facilement résolus.

Si vous vous êtes abonné à la revue *Santé & Société*, mais que vous changez d'opinion par la suite, vous pourrez toujours révoquer votre accord. Le retrait du consentement ne compromet pas la licéité du traitement fondé sur le consentement effectué avant ce retrait.

Aux fins de l'exercice des droits susmentionnés, si vous ne souhaitez plus recevoir *Santé & Société*, vous pouvez nous le faire savoir par écrit à

Alliance nationale des Mutualités chrétiennes – Service d'études

Mieke Hofman
Chaussée de Haecht 579
1031 Schaerbeek

Ou encore par mail à SanteEtSociete@mc.be.

Si vous souhaitez des informations plus générales sur le traitement des données personnelles par la MC, vous pouvez consulter notre politique de confidentialité générale sur notre site web : www.mc.be/disclaimer/politique-confidentialite-mc

Sommaire

Édito : Donner à voir 02

Étude : La convention « soins psychologiques » dans le paysage des soins de santé mentale 04

Étude : Femmes et soins de santé en Belgique 40

Étude : La croissance continue des dépenses pour les médicaments 64

Colophon

Éditeur responsable	Luc Van Gorp, chaussée de Haecht 579, PB 40, 1031 Bruxelles
Rédactrice en chef	Élise Derroitte
Rédaction finale	Svetlana Sholokhova, Rebekka Verniest
Comité de rédaction	Hervé Avalosse, Élise Derroitte, Juliette Lenders, Ann Morissens, Clara Noirhomme, Svetlana Sholokhova, Rebekka Verniest
Lay-out	Gevaert Graphics
Impression	Albe De Coker
Adresse de retour	MC-CM Service d'études, Mieke Hofman, chaussée de Haecht 579, PB 40, 1031 Bruxelles

Copyright — Les études de Santé & Société sont publiées sous Licence Creative Commons "by/nc/nd"

ISSN 2796-1877