

Remboursement des soins psychologiques de première ligne : quel modèle pour répondre aux besoins ?

Michel Boutsen, Jean-Marc Laasman et Anne-Françoise Pirson



ETUDE

**Remboursement des soins
psychologiques de première ligne :
quel modèle pour répondre aux
besoins ?**

Direction Études

Table des matières

INTRODUCTION.....	10
PREMIERE PARTIE : ENQUETES ET DONNEES DISPONIBLES EN WALLONIE	13
1. Ampleur des troubles de santé mentale en Wallonie : quelques chiffres clés.....	13
1.1 Le mal-être psychologique, la psychopathologie probable et l'énergie vitale.....	13
1.2 Les troubles anxieux, dépressifs et du sommeil.....	14
1.3 Les troubles alimentaires	15
1.4 Les idées suicidaires et tentatives de suicide.....	16
1.5 La consommation de médicaments psychotropes.....	16
1.6 Les besoins en santé mentale sont en progression	17
2. L'offre du système de soins de santé mentale	18
2.1 Tour d'horizon de l'offre en Wallonie.....	18
2.2 La consultation d'un psychologue et l'accès aux psychologues	19
DEUXIEME PARTIE : ANALYSE DES DONNEES DE L'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE	22
3. Les consultations psychologiques dans le cadre de l'assurance complémentaire	22
3.1 Conditions relatives à l'affilié.....	22
3.2 Conditions relatives aux psychologues	22
3.3 L'intervention	22
4. Données et méthodologie	23
4.1. Données	23
4.2. Méthodologie	23
5. Utilisation de l'avantage lié aux consultations psychologiques et coûts afférents	25
5.1 Volumes et coûts globaux.....	25
5.2 Volumes et coûts moyens par patient	25
5.3 Répartition du nombre de consultations.....	25
5.4 Répartition des usagers et du nombre de consultations en tenant compte du psychologue reconnu	27
5.5 Coût demandé par le psychologue reconnu par Solidaris	28
6. Profil socio-démographique des usagers de l'avantage consultations psychologiques	30
6.1 Surtout des jeunes et des adultes de 30 à 49 ans.....	30
6.2 Plus de femmes.....	31
6.3 Des usagers moins défavorisés sur le plan socio-économique	32
7. Consommation de soins en santé mentale des usagers de l'avantage lié aux consultations psychologiques	35
7.1. Consommation d'antidépresseurs.....	35
7.2 Consultation d'un psychiatre et admission à l'hôpital psychiatrique en parallèle	37

7.3. Les personnes utilisant 8 remboursements présentent-elles un profil de consommation particulier ?	37
8. Lien avec l'incapacité de travail parmi les usagers.....	39
8.1 Deux fois et demi plus de personnes en incapacité de travail	39
8.2 Pour une durée d'incapacité de travail primaire plus longue	42
9. Poids respectifs des différentes variables étudiées	44
10. Limitations des analyses.....	46
11. Conclusions de l'analyse des données AC.....	47
TROISIEME PARTIE : UN MODELE D'ORGANISATION DES SOINS PSYCHOLOGIQUES DE PREMIERE LIGNE	49
12. Organisation des soins psychologiques proposée par le KCE.....	49
13. Focus groupes sur l'organisation des soins psychologiques en Belgique	52
13.1. La prescription par le médecin généraliste ou le psychiatre	52
13.2. Le nombre de séances	53
13.3. L'impact sur les psychotropes	54
13.4. Le groupe-cible	55
13.5. Les freins à l'accessibilité	55
13.6. La mise en réseau via un hôpital 107.....	56
13.7. Des dangers sont identifiés.....	57
13.8. Une nouvelle culture est à développer	58
14. Notre vision de l'organisation future.....	60
14.1. En préambule : une concertation interfédérée	60
14.2. Une accessibilité directe et multimodale	61
14.3. Pour un nombre limité de 8 séances.....	62
14.4. Au sein d'une pratique interdisciplinaire et d'un réseau qui échange	63
14.5. Via un circuit de facturation spécifique et avec une nomenclature	66
14.6. Avec un financement mixte	67
14.7. Quel lien vers les autres intervenants plus spécialisés ?.....	68
14.8. Un phasage nécessaire, une mise en œuvre progressive.....	68
15. Quel est le budget nécessaire ?	69
15.1. Quelques chiffres à notre disposition	69
15.2. Données nécessaires et méthodologie proposée par le kce	69
15.3. L'analyse de Zorgnet-Icuro	70
15.4. Estimations budgétaires liées à notre vision	72
RECOMMANDATIONS	76
BIBLIOGRAPHIE.....	78

Table des tableaux

Tableau 1 : Prévalence de la dépression (en %, standardisée pour sexe et âge) au sein de la population belge par niveau d'éducation, 2004-2013.....	15
Tableau 2 : Prévalence de la consommation d'antidépresseurs et de sédatifs parmi la population wallonne, 2008 et 2013.....	17
Tableau 3 : Prévalence des différents indicateurs de santé mentale parmi la population wallonne, 2008-2013.....	17
Tableau 4 : Pourcentage du nombre de consultations psychologiques remboursées en AC..	26
Tableau 5 : Pourcentage du nombre de consultations psychiatriques remboursées en AO ...	26
Tableau 6 : Distribution des moyennes par psychologue du nombre de patients, du nombre de consultations par patient, de la proportion de patients avec 1 et 8 consultations et de la durée de la prise en charge.....	28
Tableau 7 : Consultations dans le quartile supérieur de la distribution des psychologues en fonction du nombre de patients suivis.....	28
Tableau 8 : Consultations dans le décile supérieur de la distribution des psychologues en fonction du nombre de patients suivis.....	28
Tableau 9 : Distribution du coût par consultation.....	29
Tableau 10 : Distribution du coût par psychologue.....	29
Tableau 11 : Répartition des usagers et des non-usagers de l'AC psy par catégorie d'âge ...	30
Tableau 12 : Proportion de femmes en fonction du nombre de consultations psychologiques remboursées en AC.....	31
Tableau 13 : Proportion de femmes et d'hommes en fonction des classes d'âge et du nombre de consultations psychologiques remboursées en AC.....	32
Tableau 14 : Proportion de BIM par classe d'âge parmi les usagers et les-non-usagers de l'AC psy.....	33
Tableau 15 : Proportion de BIM en fonction du nombre de consultations psychologiques remboursées en AC.....	33
Tableau 16 : Proportion de BIM en fonction du nombre de consultations psychiatriques remboursées en AO.....	34
Tableau 17 : Nombre de patients sous antidépresseurs parmi les usagers et non-usagers de l'AC psy.....	35
Tableau 18 : Proportion d'affiliés sous antidépresseurs (AD) avant, pendant et après les consultations psychologiques remboursées en AC.....	36
Tableau 19 : Proportion d'usagers sous antidépresseurs (AD) avant, pendant et après les consultations psychologiques remboursées en AC parmi ceux s'étant vu rembourser 8 consultations.....	38
Tableau 20 : Proportion d'affiliés en incapacité de travail (moins d'un an) par sexe, classe d'âge et usage de l'AC psy.....	39
Tableau 21 : Ratio des affiliés en incapacité de travail (moins d'un an) parmi les usagers AC psy sur les non-usagers AC par sexe et par classe d'âge.....	40

Tableau 22 : Proportion d'affiliés en invalidité par sexe, classe d'âge et utilisation de l'AC psy.....	41
Tableau 23 : Ratio des invalides parmi les usagers AC psy sur les non-usagers AC par sexe et par classe d'âge	41
Tableau 24 : Durée moyenne (jours) des incapacités de travail (moins d'un an) par sexe, classe d'âge et utilisation de l'AC psy	42
Tableau 25 : Durée moyenne (jours) d'invalidité par sexe, classe d'âge et utilisation de l'AC psy.....	43
Tableau 26 : Odds ratios bruts et ajustés pour l'ensemble des variables étudiées	44
Tableau 27 : Prévalence des troubles psychiques utilisée par Zorgnet dans son estimation..	70
Tableau 28 : Répartition en fonction de l'intensité des troubles psychiques utilisée par Zorgnet dans son estimation	71
Tableau 29 : Premier scénario sur la forme de soins en fonction de la lourdeur des besoins.	71
Tableau 30 : Deuxième scénario sur la forme de soins en fonction de la lourdeur des besoins.....	72
Tableau 31 : Estimations budgétaires sur deux fourchettes, relatives à la vision développée au point 14.	75

Table des figures

Figure 1 : Répartition des usagers et des non-usagers de l'AC psy par catégorie d'âge	31
Figure 2 : Proportion d'affiliés en incapacité de travail (moins d'un an) par sexe, classe d'âge et utilisation de l'AC psy	40
Figure 3 : Proportion d'affiliés en invalidité par sexe, classe d'âge et utilisation de l'AC psy ..	41
Figure 4 : Durée moyenne (jours) des incapacités de travail (moins d'un an) par sexe, classe d'âge et utilisation de l'AC psy	42
Figure 5 : Durée moyenne (jours) des invalidités par sexe, classe d'âge et utilisation de l'AC psy.....	43
Figure 6 : Modèle KCE de la prise en charge des problèmes psychiques courants et modérés	50

Remerciements

Nous remercions tout particulièrement pour leurs conseils avisés
Delphine Ancel, Bart Demyttenaere, Valérie Fabri
Yolande Husden, Paul Jamar, Leila Maron, Rik Thys

pour son aide administrative
Christine Deligne

les psychologues, médecins et experts qui ont soit participé aux focus groupes
et tables de discussion, soit transmis leur contribution par écrit
Stéphane Adam, Cécile Artus, Vanessa Baio, Patricia Bertrand
Christiane Bontemps, Brigitte Bureau, Laurent Colmant, Eric Colard
Anne De Gregorio, Mélanie De Schepper, Michel De Volder
Nathalie Debled, Caroline de Laminne de Bex, Nicole Demeter
Dallas Dembiermont, Dorothée Depoortere, Alain Devaux
Pierre Drielsma, Barbara Gensale, Elise Kains
William Pitchot, Marie Laffineur, Valérie Lermينياux
Thierry Lottin, Xavier Malisoux Chantal Maquet, Julie Mardaga
Gwénaëlle Melchior, Thomas Orban, Barbara Pieters, Florence Ringlet
Laurence Robert, Milhan Roex, David Tordeur, Paul Vollemaere
Dorothée Walckiers, Jerry Werenne, Pierre Zaeydyt.

INTRODUCTION

La santé mentale est une composante essentielle de la santé. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Cette définition a pour corollaire que la santé mentale est davantage que l'absence de troubles ou de handicaps mentaux. Le **Plan d'action global pour la santé mentale établi par l'OMS en 2013** met l'accent sur la santé mentale comme un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, faire face au stress normal de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté.

Un citoyen européen sur dix connaît, à un moment donné de sa vie, des problèmes de santé mentale et, dans de nombreux pays européens, la dépression est le problème de santé le plus courant¹. En Belgique, plus de trois personnes sur dix (35%) sont en invalidité suite à des problèmes de santé mentale². La situation en Wallonie n'est pas meilleure : selon la dernière enquête de santé menée par l'Institut de Santé Publique (ISP) en 2013, 35% des wallons âgés éprouvent des difficultés psychologiques et ils sont 20% à connaître un épisode qui laisse suspecter une pathologie mentale³. En outre, **les antidépresseurs sont largement dys-prescrits** en Belgique avec 72 doses quotidiennes pour 1.000 habitants par jour, alors que la moyenne des pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE) est à 58, plaçant ainsi la Belgique en neuvième position parmi les 28 pays de l'OCDE où le plus d'antidépresseurs sont prescrits⁴.

Faut-il rappeler que les raisons d'investir dans la santé mentale font partie des implications et mobilisations d'autres grandes institutions internationales ? Dans le cadre du **Pacte Européen pour la santé mentale établi en 2008**, les Etats membres s'engagent à agir dans les domaines de :

- La prévention de la dépression et du suicide ;
- La santé mentale chez les jeunes et dans le système éducatif ;
- La santé mentale des personnes âgées ;
- La lutte contre la stigmatisation et l'exclusion sociale ;
- La santé mentale sur le lieu de travail.

L'**OCDE**⁵ reconnaît que négliger la santé mentale constitue un problème pour les politiques sociales et pour le marché du travail : les troubles de la santé mentale génèrent des coûts importants pour la personne qu'ils affectent, pour l'employeur et pour l'économie toute entière. Faire de la santé mentale une politique prioritaire améliorerait non seulement la vie de la population mais aurait des effets sociaux et économiques bénéfiques.

En Belgique, le **contexte légal** concernant la profession de psychologue a récemment évolué et des étapes importantes ont été franchies (reconnaissance des psychologues et orthopédagogues⁶, pratique de la psychothérapie, mise en place d'un Conseil fédéral des professions des soins de santé mentale), ouvrant la **perspective de pouvoir rembourser les soins psychologiques via l'assurance obligatoire** alors qu'ils restent encore actuellement pris en charge de manière limitée via les assurances complémentaires des mutualités.

¹ Commission européenne (2010).

² http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/statistiques_indemnitees_2012_2013.pdf.

³ Gisle (2014).

⁴ OCDE (2015).

⁵ OCDE (2014).

⁶ Par souci d'alléger la lecture de ce texte, seul le terme de psychologue sera utilisé ci-après. Il faut le comprendre comme psychologue clinicien ou orthopédagogue clinicien au sens de la loi de 2016.

A cet égard, l'accord de majorité du Gouvernement fédéral d'octobre 2014 prévoyait de renforcer la première ligne et d'examiner « un éventuel financement et remboursement des soins de santé mentale, par exemple dans le cadre de certains trajets de soins et circuits de soins ». C'est dans ce cadre que le Conseil des Ministres du 18 mai dernier a approuvé un projet de remboursement du psychologue de première ligne introduit par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Maggie De Block, pour un budget annuel de 22,5 millions d'euros.

Au vu de ces évolutions et des enjeux importants en terme de santé publique, Solidaris s'est penchée sur le secteur afin d'apporter son expertise et contribuer à l'élaboration d'un modèle cohérent de remboursement des soins psychologiques de première ligne par l'assurance maladie, en s'appuyant notamment sur les enseignements tirés des données provenant de l'assurance complémentaire.

Solidaris consacre une étude approfondie à la santé mentale en Wallonie. En effet, les troubles de santé mentale sont plus particulièrement présents en Wallonie. La dernière enquête de santé montre ainsi que la consommation de psychotropes est plus élevée en Région wallonne (19%) qu'à Bruxelles (13%) et en Région flamande (16%)⁷. C'est également en Wallonie que l'on trouve le plus grand nombre de personnes prenant des antidépresseurs (10% contre 7% en Flandre et à Bruxelles). Les tentatives de suicide au cours de la vie y sont souvent rapportées (5,5%, soit un taux proche de celui déclaré à Bruxelles mais sensiblement plus élevé qu'en Région flamande où ce taux vaut 3,4%). Enfin, on retrouve également une forte concentration de personnes avec des difficultés psychologiques (35% contre 40% à Bruxelles et 29% en Flandre).

Les enquêtes de santé menées par l'ISP en 2004, 2008 et 2013, témoignent ainsi de l'évolution de certains indicateurs de santé mentale en Wallonie et de leurs **gradients sociaux** ; la santé mentale, comme les autres composantes de la santé, étant effectivement liée à une série de facteurs sociodémographiques. Plus récemment, l'Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ)⁸, a également regroupé différentes données disponibles à l'échelle de la Région wallonne dans ce domaine.

Dans un premier temps, cette étude a pour objectif de **revenir sur les résultats clés issus des enquêtes et des données disponibles pour dresser un état des lieux de la question en Wallonie.**

Dans un second temps, l'objectif est **d'analyser**, sur base des données de Solidaris, la question du remboursement des consultations psychologiques en première ligne. En effet, depuis 2013, Solidaris propose **un remboursement des consultations psychologiques dans le cadre de son assurance complémentaire**. Nous disposons donc de données concernant cette offre de soins qui reste encore actuellement peu connue et qui n'a encore jamais fait l'objet d'une analyse détaillée. Nous examinons ainsi les données relatives à l'utilisation de cet avantage en 2016 dans nos fédérations wallonnes afin de répondre aux questions suivantes :

- 1) Comment est utilisé l'avantage complémentaire lié au remboursement des consultations psychologiques ? Comment se répartissent les consultations parmi les patients et en tenant compte des différents psychologues reconnus par Solidaris ?
- 2) Quel coût représentent les consultations ? Quels sont les tarifs pratiqués par les psychologues ?
- 3) Quel est le profil des usagers de cet avantage ?
- 4) Existe-t-il un lien avec le fait de consommer des antidépresseurs, d'avoir été hospitalisé dans un service de psychiatrie ou encore le fait d'être en incapacité de travail ?

Par ailleurs, nous l'avons vu, notre Ministre de la santé, Maggie De Block, annonce organiser à partir du 4^{ème} trimestre 2018 le remboursement de consultations psychologiques pour des troubles

⁷ Gisle, *Ibidem*.

⁸ Billet et al. (2016).

psychiques légers et modérés chez les adultes de 18 à 64 ans, dans le cadre de l'assurance obligatoire. Il s'agit d'une première avancée positive et que l'on ne peut que saluer. Elle soulève cependant de nombreuses questions.

Dans un **troisième temps**, Solidaris a approfondi l'analyse en organisant des focus-groupes avec les prestataires les plus impliqués dans la prise en charge de la santé mentale en première ligne à savoir les psychologues et les médecins généralistes. Il s'agissait avant tout de **creuser, via ces focus-groupes, certains aspects de l'opérationnalisation et du remboursement des consultations psychologiques**. Les focus groupes ont été suivis d'une table ronde commune entre les psychologues et les médecins généralistes et enfin d'une table de discussion avec des experts de la santé mentale. Cette publication s'attachera à relayer la parole de ces acteurs de terrain.

En toile de fond de nos réflexions se trouve l'étude du KCE qui dès 2016⁹ avançait une série de propositions concernant l'organisation et le financement des soins psychologiques en Belgique.

Comment organiser au mieux un accès aux soins psychologiques de première ligne en Belgique ? C'est la question à laquelle la troisième partie de ce texte tente dès lors de répondre. Sur base des différents éléments précédents (l'analyse de notre AC, le travail du KCE, ...), mais surtout sur base des différentes rencontres, qui ont nourri notre réflexion, nous développons une vision globale d'un modèle d'organisation à mettre en place pour le financement de la prise en charge des soins psychologiques de première ligne dans notre pays. Une dernière partie s'attache à estimer le coût d'un tel modèle de prise en charge.

⁹ Kohen (2016).

PREMIERE PARTIE : ENQUETES ET DONNEES DISPONIBLES EN WALLONIE

1. AMPLEUR DES TROUBLES DE SANTE MENTALE EN WALLONIE : QUELQUES CHIFFRES CLES

Dans ce premier chapitre, nous présentons quelques indicateurs éclairant l'état de santé mentale des Wallons et de l'offre de soins, suite entre autres à la publication de 2016 de l'AVIQ¹⁰. Nous nous référons également aux trois dernières enquêtes de santé disponibles, menées en 2013, 2008 et 2004 par l'Institut de Santé Publique. De plus, nous revenons sur les enseignements majeurs issus du travail de l'Institut Solidaris dans le cadre de sa première enquête « Thermomètre » consacrée au moral des Belges¹¹ pour laquelle 1.000 Belges mais aussi 130 professionnels du secteur (80 médecins généralistes et 60 psychologues) ont été interrogés en 2012. Enfin, nous nous référons à l'étude Solidaris consacrée aux tentatives de suicide réalisée en 2015¹².

1.1 Le mal-être psychologique, la psychopathologie probable et l'énergie vitale

L'**indicateur de mal-être psychologique**, dans l'enquête de santé de 2013, mesure la proportion des 15 ans et plus qui déclarent avoir eu au cours du mois écoulé au moins 2 symptômes parmi 12 items¹³ comme l'incapacité à faire face à ses problèmes, avoir perdu confiance en soi, s'être senti malheureux ou avoir eu l'impression d'être inutile, etc. Un mal-être psychologique ne requiert pas forcément une prise en charge professionnelle.

L'**indicateur de psychopathologie probable** est rencontré si la personne déclare au moins 4 symptômes parmi les 12 items précités.

Il ressort qu'une personne sur trois (35% de la population wallonne âgée de 15 ans et plus) éprouve des difficultés psychologiques¹⁴ tandis qu'une personne sur cinq (20% de la population wallonne âgée de plus de 15 ans) connaîtrait un épisode qui laisse suspecter une pathologie mentale¹⁵. Ces proportions sont toutes les deux en augmentation depuis 2008. Les femmes sont significativement plus nombreuses à éprouver des difficultés psychologiques que les hommes (38% contre 31%) et à remplir les critères de l'indicateur de psychopathologie probable (22% contre 18%). En outre, la prévalence de difficultés psychologiques est plus élevée dans la classe des ménages peu scolarisés (pas de diplôme ou primaire) que dans les ménages avec un diplôme du supérieur (42% contre 30%). Le même gradient social existe pour l'indicateur de psychopathologie probable (28% contre 15%).

Les trois pathologies les plus souvent citées sont : se sentir stressé(e) ou tendu(e), être malheureuse(e) ou déprimé(e) ou ne pas pouvoir dormir à cause de ses soucis.

L'indicateur de santé mentale positive, mesuré à partir de l'échelle de vitalité¹⁶ mesure le **niveau d'énergie vitale** versus de fatigue/d'épuisement des individus. Un premier indicateur d'énergie vitale représente le score moyen d'énergie vitale reporté sur une échelle de 0 à 100. Il est de 55 en Wallonie.

¹⁰ Billet et al., *Ibidem*.

¹¹ Solidaris (2012).

¹² Boutsen et al. (2015).

¹³ Il s'agit de la version courte du Général Health Questionnaire (Eurostat, 2016).

¹⁴ 32% au niveau de la Belgique (40% à Bruxelles, 29% en Flandre).

¹⁵ 18% au niveau de la Belgique (25% à Bruxelles, 16% en Flandre).

¹⁶ Echelle de vitalité mesurée à partir du questionnaire SF-36.

Les hommes ont en moyenne plus d'énergie vitale que les femmes (57 contre 54, la différence étant statistiquement significative). Un deuxième indicateur d'énergie vitale est défini comme étant la proportion d'individus ayant un niveau optimal d'énergie (soit un niveau supérieur à 78 sur l'échelle susmentionnée). On observe une différence de niveau d'énergie vitale (score moyen et proportion de personnes ayant un niveau optimal) entre la classe la moins instruite (score de 55,4 et proportion de 14,4) et la classe la plus instruite (score de 63 et proportion de 15,6, les différences étant statistiquement significatives lorsqu'on corrige pour l'âge et le sexe). Il faut également noter que le niveau d'énergie vitale est en régression depuis 2004.

La relation entre les groupes d'âges et les différents indicateurs ci-dessus tend globalement à indiquer des **valeurs moins favorables dans la population active, soit entre 25 et 54 ans**, voire 64 ans. **Chez les jeunes de 15-24 ans, les jeunes femmes sont particulièrement affectées.**

La première enquête Thermomètre de l'Institut Solidaris menée en 2012 a également identifié **quatre groupes sociaux plus à risque** au travers de son enquête :

- Les jeunes (18-25 ans) ;
- Les demandeurs d'emploi ;
- Les familles monoparentales ;
- Les femmes.

1.2 Les troubles anxieux, dépressifs et du sommeil

Le questionnaire utilisé pour évaluer les **troubles dépressifs, anxieux et/ou du sommeil** dans l'enquête de santé¹⁷ ne pose pas de diagnostic mais donne une indication sur la problématique en jeu à partir de la présence et de la sévérité de symptômes spécifiques. Les résultats indiquent la proportion de personnes qui présentent un ensemble de symptômes suffisamment intenses pour que ces individus soient considérés comme ayant le trouble défini.

Les résultats de l'enquête de santé de 2013 montrent que 11% de la population wallonne de 15 ans et plus éprouvent des manifestations anxieuses¹⁸, 17% présentent les signes d'un trouble dépressif¹⁹ et 32% rapportent des troubles du sommeil²⁰. Ces affections sont en recrudescence depuis 2008 dans la population. Par ailleurs, il existe une forte comorbidité entre les troubles émotionnels étudiés.

Ces troubles psycho-émotionnels sont **plus courants chez les femmes** que chez les hommes (par exemple, 13% des hommes et 20% des femmes manifestent un trouble dépressif), et **tous dépendent d'une façon ou d'une autre de l'âge**. L'âge critique pour les troubles anxieux et dépressifs se situe entre 45 et 64 ans ; par contre il est au-delà de 75 ans pour les troubles du sommeil. C'est au sein du **groupe des jeunes femmes que la prévalence des troubles psycho-émotionnels a connu la plus forte augmentation entre 2008 et 2013.**

Un **gradient socio-éducatif** est observé dans la distribution des troubles émotionnels, avec des prévalences qui diminuent au fur et à mesure que le niveau d'éducation s'accroît. Par exemple, les taux de prévalence des troubles dépressifs entre les classes les plus instruites et celles qui le sont le moins

¹⁷ Il s'agit du questionnaire SCL-90-R.

¹⁸ Manifestations anxieuses : 10% en Belgique, 12% à Bruxelles, 9% en Flandre.

¹⁹ Troubles dépressifs : 15% en Belgique, 18% à Bruxelles, 13% en Flandre.

²⁰ Troubles du sommeil : 30% en Belgique, 33% à Bruxelles, 28% en Flandre.

sont du simple au double, soit respectivement 13% et 28%. La prévalence des troubles émotionnels diminue avec le niveau d'éducation.

L'analyse des statistiques concernant la **prévalence de dépression** (sur base d'auto-déclaration) montre qu'elle a augmenté parmi toutes les catégories socio-économiques approchées par le niveau d'éducation (dernière colonne du Tableau 1). En 2013, 27,7% des personnes les moins instruites déclaraient avoir souffert d'une dépression au cours des 12 derniers mois ; c'est 2,2 fois plus en comparaison aux personnes les plus instruites (voir dernière ligne du Tableau 1). Ce rapport est légèrement inférieur à celui de 2004. Les inégalités en matière de santé mentale n'ont pas fondamentalement été réduites au regard de cet indicateur.

Tableau 1 : Prévalence de la dépression (en %, standardisée pour sexe et âge) au sein de la population belge par niveau d'éducation, 2004-2013.

	2004	2008	2013	Evolution 2013/2004
Primaire	15,8	22,5	27,7	1,86
Secondaire inférieur	11,5	13,6	16,5	1,4
Secondaire supérieur	9,5	10,5	19,4	2,0
Supérieur	6,0	6,9	12,5	2,1
Primaire vs Supérieur	2,6	3,3	2,2	0,8

Source : Enquête de santé (2004, 2008 et 2013)

Selon le **Thermomètre Solidaris sur la santé mentale**, le **top 3 des sources d'inquiétude** sont : la santé (cela concerne 52% des personnes interrogées), les enfants (40%), le travail (25% des actifs craignent le burn-out) et le chômage (29%). L'enquête montre également que la peur de la précarité touche toutes les classes d'âge et que la peur de perdre son emploi se réduit au fur et à mesure que l'âge augmente, indiquant que certaines personnes estiment pouvoir être confrontées à la précarité tout en ayant un emploi.

1.3 Les troubles alimentaires

L'**indicateur des troubles alimentaires (anorexie et boulimie)** a été introduit dans l'enquête en 2013 et définit les personnes qui sont susceptibles de rencontrer des problèmes de conduite alimentaire à partir d'une échelle de dépistage validée²¹.

En Région wallonne, la prévalence des troubles du comportement alimentaire est de 11%, ce qui signifie qu'un wallon sur dix présente des troubles alimentaires²². La distinction entre les hommes (9%) et les femmes (13%) est significative après standardisation pour l'âge. Chez les

²¹ Il s'agit du SCOFF.

²² En Flandre (7%), en Région Bruxelloise (13%).

femmes, c'est dans le groupe 25-34 ans que les troubles sont les plus fréquents (25%) suivi d'une **diminution progressive selon l'âge**.

1.4 Les idées suicidaires et tentatives de suicide

En termes de santé publique, les comportements suicidaires et le suicide accompli constituent des problèmes importants. La Belgique fait d'ailleurs partie des pays affichant les taux de suicide les plus élevés en Europe. On estime ainsi qu'il y a eu 18 suicides pour 100.000 habitants dans notre pays en 2010. Selon l'étude Solidaris de 2015 sur les admissions à l'hôpital pour tentative de suicide, nous enregistrons 1.540 tentatives de suicide parmi nos affiliés en 2012. Cela représente avec cette autre méthodologie près de 50 tentatives de suicide par 100.000 habitants.

Selon la dernière enquête de santé, 16% de la population wallonne a déjà pensé à mettre fin à ses jours à un moment dans sa vie et 717 personnes sont décédées par suicide en Wallonie en 2013 (cela représente la 5^{ème} cause de mortalité chez les hommes et 8^{ème} chez les femmes). Si on considère la période de 12 mois avant le moment de l'enquête (ce qui constitue le principal facteur de risque d'un suicide accompli ultérieur), 5% ont pensé au suicide.

La proportion d'hommes et de femmes est comparable en ce qui concerne la prévalence des idées suicidaires. Chez les femmes, la tendance globale indique que la prévalence des idées suicidaires baisse à mesure que l'on progresse dans les classes d'âge, passant de 8% des jeunes femmes de 15-24 ans à 1% chez les aînées de plus de 75 ans. Chez les hommes, la tendance diffère et suit une courbe en cloche : les idées suicidaires concernent 1% des jeunes hommes de 15-24 ans, proportion qui augmente dans les âges intermédiaires pour atteindre jusqu'à 7% des hommes et qui retombe ensuite à 3% des hommes de 65 à 74 ans. **L'âge critique pour les actes suicidaires se situe entre 25 et 34 ans en Wallonie. Les actes suicidaires rapportés dépendent fortement du sexe : 14% des femmes de la classe d'âge entre 25 et 34 ans ont déjà tenté de se suicider contre 5% chez les hommes.**

Si les pensées suicidaires touchent toutes les couches sociales, **un haut niveau d'éducation semble prévenir dans une certaine mesure le passage à l'acte.**

Globalement, la mortalité par suicide est en baisse en Wallonie bien qu'elle augmente pour la tranche d'âge 50-54 ans, fait constaté dans l'ensemble des pays de l'Union Européenne.

Dans notre étude Solidaris de 2015, nous retrouvons parmi les personnes admises à l'hôpital pour tentative de suicide proportionnellement plus de **femmes et de personnes en situation socio-économique précaire** telles que celles en incapacité de travail, en invalidité, au chômage ou encore les bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) ou du revenu d'intégration sociale octroyé par le CPAS ainsi que les personnes isolées. Nous retrouvons aussi davantage de patients ayant déjà eu des antécédents psychiques, soit des patients ayant déjà été admis dans un hôpital psychiatrique avant la tentative de suicide et/ou qui avaient été traités par antidépresseurs ou antipsychotiques. Enfin, nous constatons que le suivi pouvait être amélioré puisque 27% d'entre eux n'avaient eu aucun contact avec le médecin de famille ou un psychiatre endéans les trois premiers mois suivant l'hospitalisation.

1.5 La consommation de médicaments psychotropes

La consommation de médicaments psychotropes, qu'il s'agisse de sédatifs ou d'antidépresseurs, n'est pas sans risque. Ces substances peuvent entraîner accoutumance et dépendance, provoquer elles-mêmes des troubles et augmenter certains risques de chutes ou d'accidents.

Dans l'enquête de santé, il s'agit de la consommation rapportée de sédatifs (somnifères ou tranquillisants) et d'antidépresseurs au cours des deux semaines précédant l'enquête.

En Wallonie, en 2013, 19% de la population de 15 ans et plus a consommé un ou plusieurs médicaments psychotropes au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête : 14% a pris un sédatif et 10% a consommé des antidépresseurs.

Les femmes utilisent plus de psychotropes que les hommes (23% contre 14%), qu'il s'agisse de sédatifs ou d'antidépresseurs. Le nombre de consommateurs augmente avec l'âge. Plus de 30% des personnes âgées de 75 ans et plus utilisent des sédatifs, soit 37% des femmes et 33% des hommes de cet âge. On observe un **fort gradient socio-éducatif**, les personnes issues des ménages les plus éduqués y ayant moins souvent recours que les autres, après standardisation pour le sexe et l'âge.

La consommation d'antidépresseurs progresse entre 2008 et 2013 tandis que la consommation de sédatifs diminue (Tableau 2).

Tableau 2 : Prévalence de la consommation d'antidépresseurs et de sédatifs parmi la population wallonne, 2008 et 2013

	2008		2013	
	%	N	%	N
Tranquillisants ou somnifères	18,3	3.400	14,4	3.587
Antidépresseurs	6,6	3.391	9,5	3.587

Source : Enquête de santé (2008 et 2013)

1.6 Les besoins en santé mentale sont en progression

Le Tableau 3 ci-dessous montre l'évolution des différents indicateurs de santé mentale de l'enquête de santé entre 2008 et 2013. On constate un accroissement des besoins entre 2008 et 2013.

Tableau 3 : Prévalence des différents indicateurs de santé mentale parmi la population wallonne, 2008-2013

	2008		2013	
	%	N	%	N
Mal-être psychologique	28,7	2.641	34,9	2.534
Trouble psychopathologique probable	15,1	2.641	19,9	2.534
Score moyen d'énergie vitale	56,6	2.468	55,2	2.285
Trouble anxieux	7,2	2.621	11,4	2.406
Trouble dépressif	11	2.632	16,8	2.432
Trouble du sommeil	23,7	2.615	31,5	2.411
Idées suicidaires dans les 12 derniers mois	4,5	2.629	5,1	2.495

Source : Enquête de santé (2008 et 2013)

2. L'OFFRE DU SYSTEME DE SOINS DE SANTE MENTALE

2.1 Tour d'horizon de l'offre en Wallonie²³

L'offre de soins de santé mentale est complexe à lire en Wallonie. Avant de nous intéresser de plus près aux psychologues, il nous a semblé intéressant de revenir brièvement sur l'ensemble de l'offre, fournie par une grande diversité d'institutions et d'acteurs, dont plusieurs gouvernements sont responsables.

L'offre de soins psychiatriques est constituée en grande partie par l'offre de lits psychiatriques dans les hôpitaux. En 2010, la Belgique était d'ailleurs le pays européen qui comptait le plus de lits psychiatriques. Le gouvernement fédéral et les entités fédérées ont dès lors lancé une **réforme des soins en santé mentale pour adultes (basée sur l'article 107)**. Le principe de cette réforme est de geler des lits pour financer des réseaux et des soins dans les milieux de vie, l'objectif étant que les séjours résidentiels soient courts et intensifs. La prise en charge de la personne malade se fait un maximum dans son milieu de vie, quel qu'il soit, et veille à un travail concerté en réseau des différents acteurs concernés, malade et entourage de celui-ci inclus. Un des aspects novateurs de cette réforme est par exemple la création d'équipes mobiles. **La Wallonie compte 7 de ces réseaux « 107 »** issus de cette réforme :

1. Réseau Hainaut Occidental (Mouscron - Tournai) ;
2. Réseau Hainaut (Ath - Leuze - Mons) ;
3. Réseau de la région du centre (Manage - La Louvière) ;
4. Réseau Santé Namur ;
5. Réseau Fusion Liège ;
6. RéSME (Réseau santé mentale de l'Est) ;
7. Réseau luxembourgeois.

7 Cellules Mobiles d'Intervention (CMI) existent depuis 2009. Ces équipes interviennent à domicile pour des cas de double diagnostic (pour déficience mentale et problèmes de santé mentale, soit des troubles du comportement, soit des troubles psychiatriques).

Au 1^{er} janvier 2016 la Wallonie compte **5.665 lits psychiatriques** répartis sur 20 hôpitaux psychiatriques (4.132 lits), 20 hôpitaux généraux (1.419 lits) ainsi que 2 hôpitaux universitaires (114 lits) situés eux en territoire Bruxellois²⁴. Cela représente 25% du total des lits hospitaliers agréés par le Service Public de Wallonie. On recense ainsi 15,4 lits psychiatriques pour 10.000 habitants wallons.

Outre l'offre hospitalière, la Wallonie compte également les **Services de santé mentale (SSM)**, ancrés depuis 1996 dans cette région. Il s'agit de structures ambulatoires multidisciplinaires (psychiatres, psychologues, assistants sociaux, agents d'accueil mais aussi, selon les équipes, logopèdes, psychomotriciens, ergothérapeutes, médecins, infirmiers, pédagogues, sociologues et criminologues). Il existe 65 SSM en Wallonie (répartis sur 89 sièges) dont 13 sont spécialisés en soins pour enfants et adolescents. Cela représente un ensemble de 946 travailleurs pour un total de 468 équivalents temps plein (ETP).

²³ Billet, *Ibidem*.

²⁴ Ils sont cependant comptabilisés car agréés par le Service Public de Wallonie.

Il existe également deux autres types de structures hors hôpital mises en place par une précédente réforme début des années 1990 :

- **13 Maisons de soins psychiatriques (MSP)**. Il s'agit d'une forme d'habitat collectif protégé et surveillé 24 heures sur 24. Seuls 37% des lits prévus par la programmation²⁵ sont réellement agréés (soit 788 sur 2.154 lits) ;
- **26 Initiatives d'habitations protégées (IHP)**. Il s'agit d'une forme d'habitat de transition pour des personnes en parcours de réintégration dans la vie sociale. La Wallonie compte moins de la moitié des places prévues par la programmation²⁶ (786 sur 1.795 lits). En parallèle, des Structures de soins psychiatriques à domicile (SPAD), qui sont dépendantes de certaines IHP ont été développées.

Il existe également des **conventions INAMI** de trois types :

- Les Centres de réadaptation ambulatoire (CRA), soit 19 centres en Wallonie ;
- Les conventions 772 pour les soins liés aux troubles mentaux chez les adultes, soit 12 centres en Wallonie ;
- Les conventions 773 pour les soins liés à la toxicomanie, soit 11 centres en Wallonie.

De nombreux **acteurs** sont également **subsidés par la Wallonie** et s'occupent en partie de santé mentale :

- Les centres de planning et de consultation familiale et conjugale ;
- Les relais-santé ;
- Respect-seniors ;
- Les services spécialisés en violence envers les femmes et entre partenaires ;
- Les maisons médicales ;
- Les centres de télé-accueil.

En 2016, **325 psychologues pour 160 ETP sont subsidiés pour la fonction de psychologue dans les SSM et 329 psychologues sont agréés dans les plannings familiaux pour 69,3 ETP²⁷**.

Enfin, l'offre de soins comporte également les **psychiatres** (544 psychiatres potentiellement actifs en 2012 en Wallonie²⁸) et les **psychologues indépendants** (aucune information centralisée de recensement n'existant actuellement).

2.2 La consultation d'un psychologue et l'accès aux psychologues

Un autre aspect important lorsqu'on s'intéresse à l'offre de soins psychologiques relève de l'accessibilité des psychologues et du fait de les consulter.

²⁵ La programmation représente le nombre maximum de lits que le législateur a estimé proportionnel aux besoins (0,6 lits par 1.000 habitants). Cette programmation est restée une compétence fédérale. Aucun lit MSP ne peut être ouvert sans que ferment des lits hospitaliers.

²⁶ Idem que pour les MSP mais besoins estimés à 0,5 lits par 1.000 habitants.

²⁷ Calculs AViQ.

²⁸ Calcul de l'AViQ tenant compte de la fusion des données du cadastre de l'offre médicale avec les données de l'INAMI et de la sécurité sociale.

Combien sont-ils en Belgique ? Depuis 1997 et la mise en place de la Commission des psychologues, qui délivre l'agrément permettant de **porter le titre de psychologue**, nous disposons de quelques données concernant toutes les personnes qui possèdent le titre de psychologue. Il ne s'agit donc pas forcément pour tous de personnes pratiquant comme soignant, mais ce sont des personnes portant le titre de psychologue (par exemple un salarié dans une entreprise est également concerné par le port de ce titre). En 2016, on compte en Belgique 11.941 personnes utilisant le titre de psychologue et disposant de l'agrément pour ce faire ; dont 96% sont porteurs d'un diplôme belge.

Lorsqu'on analyse le profil de ces prestataires, il ressort que ce sont 82% de femmes. La répartition sur le territoire belge n'est pas uniforme : ils sont 47% à exercer en Flandre, 38% en Wallonie et 14% à Bruxelles (notons qu'1% pratique à l'étranger). Ils sont 54 % de francophones.

Selon la dernière enquête de santé²⁹, en 2013, **5,1% des Wallons ont consulté un psychologue ou un psychothérapeute au cours des 12 derniers mois**³⁰. Les **femmes sont plus nombreuses** (6%) que les hommes (4%), et ce lorsqu'on tient compte de l'âge (cf. standardisation). C'est dans la tranche d'âge des 24 - 44 ans que l'on trouve le plus de personnes qui ont consulté : **près d'un wallon âgé de 24 - 44 ans sur 10 (9,2%) a consulté un psychologue ou un psychothérapeute au cours des 12 derniers mois**. La proportion de Wallons qui consultent un psychologue ou psychothérapeute augmente dans le temps (ce pourcentage étant de 3,2% en 2001 et de 3,6 % en 2008).

Le gradient social est très important : on trouve trois fois plus de consultations parmi les ménages les plus instruits que parmi les ménages les moins instruits ; et deux fois plus que parmi les ménages avec un niveau d'instruction intermédiaire ; alors que ce sont les moins instruits qui semblent le plus souffrir de troubles psychologiques.

Le Thermomètre Solidaris de 2012³¹ met, quant à lui, en évidence que **57 % des Wallons interrogés déclarent avoir besoin d'accompagnement en cas de difficultés psychologiques exprimées**. Et assez logiquement, moins la personne interrogée se sent bien, plus elle exprime ce besoin d'aide et d'accompagnement. Parmi les **sources d'aide et de soutien**, 42% des sondés déclarent se tourner vers la famille tandis que seuls 11% évoquent le généraliste, 7% un psychothérapeute³² et 5% un psychologue. Cette enquête met également en exergue un autre résultat interpellant : 37% de ceux qui expriment des souffrances n'ont jamais fait appel à un professionnel de la santé mentale ou un généraliste. Parmi les groupes à risques identifiés – soit les demandeurs d'emploi, les familles monoparentales, les femmes ou encore les personnes âgées entre 18 et 25 ans, – ceux-ci pensent spontanément nettement plus à **faire appel à l'aide professionnelle** mais de façon différenciée:

- Les demandeurs d'emploi pensent dans l'ordre au médecin généraliste (34%), à la famille (33%), à s'en sortir seul (17%), au psychologue diplômé (15%) et au conjoint (15%).
- Les familles monoparentales pensent dans l'ordre aux amis (57%), au psychothérapeute non diplômé (35%), à la famille (28%), à faire du sport (20%) et au psychologue diplômé (8%).
- Les femmes pensent dans l'ordre à la famille (45%), les amis (38%), le conjoint (21%), le médecin généraliste(16%) et le psychologue diplômé (8%).
- Chez les 18-25 ans, le constat est sans appel. Ils ne pensent spontanément jamais à un professionnel ; quand ils expriment un besoin d'aide et de soutien, ils pensent à la famille (60%), au sport (27%), aux amis (17%), à partir en vacances (10%) et au conjoint (8%).

²⁹ Gisle, *Ibidem*.

³⁰ 6,7% à Bruxelles et 4% en Flandre.

³¹ Solidaris, *Ibidem*.

³² Les questions posées faisaient mention de la distinction entre les psychothérapeutes non diplômés en psychologie et les psychologues diplômés en psychologie).

Quand on suggère le médecin généraliste aux personnes exprimant un besoin d'aide, 67% trouvent que c'est une bonne idée tandis qu'ils ne sont plus que 41% à trouver que c'est une bonne idée quand on suggère le psychologue diplômé. En outre, l'enquête fait ressortir que la **consultation de professionnels est minoritaire** : seulement une personne sur deux a fait appel à son médecin traitant et une sur trois à un « psy » en général (psychologue diplômé, psychiatre, psychanalyste, centre de santé mentale, psychothérapeute non diplômé).

Les **principaux freins** qui empêchent de recourir à un professionnel de la santé mentale, déclarés par les interrogés, sont pour 90% l'illisibilité de l'offre et l'absence d'identification nette des différences entre les professions, la méfiance, le prix et la difficulté d'accepter que l'on est en souffrance psychologique.

Toujours dans le cadre du Thermomètre Solidaris, les professionnels de la santé ont également été interrogés. Il ressort que 4 généralistes sur 10 déclarent que de plus en plus de patients viennent les voir avec des problèmes d'anxiété. Pour 40% des psychologues et 50% des médecins généralistes, le **travail** (épuisement au travail, conflit, harcèlement) **est la première problématique psychologique qui amène les patients chez un professionnel**. Ils sont également 43% des généralistes à penser que la conjoncture économique provoque de plus en plus de problèmes psychologiques.

Si le médecin généraliste oriente plus vers le psychologue diplômé et le médecin du travail vers le psychiatre, il ressort que bien souvent, **c'est l'entourage de la personne en souffrance qui est le premier « prescripteur »**. Parmi **les professionnels de la santé mentale qui sont consultés**, c'est d'abord vers les psychologues diplômés (43%) que les personnes interrogées se tournent ; viennent ensuite les psychiatres (32%), les psychothérapeutes non diplômés (16%) et plus marginalement les psychanalystes (4%).

Le **niveau de satisfaction des personnes interrogées par rapport au recours aux professionnels de la santé mentale** n'est pas très élevé (5,9 sur 10 en moyenne) bien qu'on observe des différences entre les prestataires :

- 7,8/10 pour les psychothérapeutes ;
- 6,2/10 pour les psychologues ;
- 4,4/10 pour les psychiatres.

Enfin, l'enquête souligne que les psychologues déplorent le manque de moyens notamment en milieu scolaire et dans le secteur des urgences psychiatriques ainsi que l'absence des pouvoirs publics dans la prévention des souffrances psychiques, notamment auprès de la jeunesse.

DEUXIEME PARTIE : ANALYSE DES DONNEES DE L'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE

3. LES CONSULTATIONS PSYCHOLOGIQUES DANS LE CADRE DE L'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE

Ce chapitre constitue une brève présentation de l'avantage lié aux consultations psychologiques proposé par l'Assurance Complémentaire de Solidaris depuis le 1^{er} avril 2013 et des conditions pour pouvoir en bénéficier.

3.1 Conditions relatives à l'affilié

L'affilié doit remplir trois conditions pour pouvoir prétendre bénéficier de l'intervention de l'assurance complémentaire dans les frais de consultations psychologiques :

- Avoir un Dossier Médical Global (DMG) en cours de validité chez un médecin généraliste ;
- Etre en ordre de cotisations à l'Assurance Complémentaire ;
- Consulter l'un des psychologues reconnus par Solidaris³³.

Au niveau administratif, l'affilié doit, pour bénéficier du remboursement, remettre à la mutuelle les attestations de prestation délivrées par le psychologue reconnu.

3.2 Conditions relatives aux psychologues

Le psychologue doit remplir deux conditions pour que l'affilié puisse prétendre bénéficier de l'intervention de l'assurance complémentaire dans les frais de consultations psychologiques :

- Etre reconnu par Solidaris, et pour cela :
 - Disposer d'un diplôme de Master en Psychologie ;
 - Disposer d'une attestation certifiant une pratique clinique d'un an avec un minimum de 1.200 heures.
- Ne pas demander plus de 50 € par séance individuelle de minimum 45 minutes.

Au terme de la procédure d'agrément, le psychologue reçoit de Solidaris un numéro ainsi que des carnets d'attestations de prestation.

3.3 L'intervention

L'intervention est de maximum 20 € par consultation individuelle pour un maximum de 8 remboursements par an, soit un total de maximum 160 €.

³³ La liste des prestataires reconnus par Solidaris est disponible sur la page d'accueil de notre site internet via le moteur de recherche « Chercher un prestataire de soins » ou encore via l'onglet Avantages et remboursements>Se soigner moins cher>Prestataires agréés et conventionnés.

4. DONNEES ET METHODOLOGIE

4.1. Données

Les données proviennent des données issues de l'assurance complémentaire wallonne pour le remboursement des consultations psychologiques effectuées en 2016. Elles concernent notamment :

- L'identification de l'affilié ;
- La date de la prestation ;
- L'Identification du prestataire ;
- Le coût pour l'affilié ;
- Le coût pour l'assurance complémentaire.

Afin de pouvoir disposer des données nous permettant d'approfondir notre analyse, ces données sont également couplées avec les données de l'assurance obligatoire pour 2016. Il s'agit de :

- Données population : date de naissance, sexe, statut de bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM).
- Données soins de santé :
 - Consultations psychiatriques : via les codes de nomenclature 102196, 102690, 109351, 109395, 109410, 109432, 109454, 109513, 109535, 109550, 109572, 109631, 109653, 109675. Les consultations par un neuropsychiatre et les bilans pour démence ne sont pas comptabilisés.
 - Date et durée des incapacités de travail et des invalidités.
- Données pharmanet (médicaments): la consommation d'antidépresseurs est mesurée à partir des médicaments de la classe ATC N06A, en considérant la prescription à partir de la délivrance d'au moins une boîte.
- Données hospitalisations : uniquement les séjours en hôpital psychiatrique (720).

4.2. Méthodologie

Lors du couplage des données de l'assurance complémentaire avec les données de l'assurance obligatoire, nous appliquons le filtre suivant afin de ne garder que les affiliés résidants en Wallonie : les personnes bénéficiant de l'assurance complémentaire des fédérations wallonnes (305, 315, 317, 319, 323 et 325) qui ont leur résidence à Bruxelles en Flandre ou à l'étranger à la date du 31/12/2016 sont éliminées. Nous perdons ainsi 2,8 % d'observations.

Dans un premier temps, nous présentons une série de statistiques descriptives concernant le volume de consultations, leur répartition entre patients et prestataires et les coûts des consultations psychologiques pour les patients, en tenant compte du prestataire ou encore au niveau de l'assurance complémentaire.

Dans un second temps, nous analysons le profil socio-démographique des usagers de l'avantage complémentaire pour les consultations psychologiques (âge, sexe et statut de bénéficiaire de l'intervention majorée – BIM pour approcher le niveau socio-économique) en le comparant au profil des non-usagers de l'avantage complémentaire psychologique. Notons que la population des non-usagers est représentative de la population totale de nos affiliés wallons.

Nous analysons ensuite, toujours dans le cadre de la comparaison entre usagers et non-usagers le lien avec la consommation de soins en santé mentale. Cette consommation est mesurée en tenant compte de la prise d'antidépresseurs, des consultations psychiatriques ou encore de l'admission à l'hôpital dans un service psychiatrique. Afin d'approfondir l'analyse, nous examinons également la consommation d'antidépresseurs 12 mois avant, pendant et 12 mois après la première consultation psychologique ayant donné lieu à un remboursement dans le cadre de l'assurance complémentaire. Concrètement, on examine la consommation d'antidépresseurs avant la première consultation, en remontant jusqu'au 1/1/2015 et pour la période qui suit les consultations en allant jusqu'au 31/12/2017. On peut ainsi classer les affiliés en différents groupes selon qu'ils ont consommé ou non des antidépresseurs avant/pendant/après leur première consultation psychologique.

Le profil des personnes utilisant le maximum des 8 consultations possibles est ensuite réalisé et comparé aux usagers d'au moins une consultation remboursée dans le cadre de l'avantage complémentaire psychologique afin de voir dans quelle mesure il s'agit de deux profils de patients distincts.

Toujours dans le cadre de la comparaison entre usagers et non-usagers, nous examinons également le lien avec le fait d'être en incapacité de travail (moins d'un an) ou en invalidité (plus d'un an) dans la mesure où la santé mentale et le bien-être psychologique peut affecter directement la situation sur le marché du travail et inversement.

Toutes ces analyses nous permettent ainsi d'évaluer l'impact de chacune de ces variables sur le fait d'avoir utilisé la possibilité de se faire rembourser au moins une consultation psychologique dans le cadre de l'assurance complémentaire. Finalement, afin d'affiner cette analyse et pouvoir estimer le poids respectif de ces différentes variables dans le fait d'utiliser l'avantage complémentaire et la manière dont elles interagissent, nous réalisons une régression logistique pour clôturer notre étude.

5. UTILISATION DE L'AVANTAGE LIÉ AUX CONSULTATIONS PSYCHOLOGIQUES ET COÛTS AFFÉRENTS

5.1 Volumes et coûts globaux

En 2016, l'assurance complémentaire (AC) a remboursé **des consultations** psychologiques pour **2,4 %** de nos affiliés wallons. A titre de comparaison, en assurance obligatoire, 3,4% de nos affiliés wallons ont bénéficié de **consultations chez un psychiatre en 2016**.

L'assurance complémentaire couvre en moyenne la moitié (49,3%) des frais totaux facturés aux affiliés qui ont consulté un psychologue agréé dans le cadre de l'AC psy (rappelons que l'intervention est liée à maximum 8 consultations par an à hauteur de 20 € par consultation).

5.2 Volumes et coûts moyens par patient

Le **coût total de la consultation** par patient **varie entre 1 et 50 €**, étant donné que l'honoraire maximum autorisé pour le psychologue est plafonné à 50 €.

Le **coût moyen** par consultation est de **38,2 €**, dont **19,4 €** pris en charge par l'AC.

En 2016, le nombre moyen de consultations par bénéficiaire est de 3,9 consultations mais il convient de rappeler que le nombre de séances remboursées est plafonné à 8 séances par an par patient³⁴.

Par ailleurs, lors des focus-groupe menés avec les prestataires, **l'hypothèse est émise que cette moyenne soit probablement tirée vers le bas**. En effet, des prestations de très courtes durées telles que des bilans quotient intellectuel avant traitement logopédique, des orientations pour les études et professions en une ou deux séances, des consultations avant IVG dans les plannings,... sont également facturées régulièrement dans le cadre de l'avantage AC.

5.3 Répartition du nombre de consultations

Afin de savoir comment se répartit le nombre de consultations remboursées, nous avons calculé leur fréquence, tout en ne perdant pas de vue qu'un maximum de 8 consultations sont remboursées par l'assurance complémentaire.

Le Tableau 4 montre que **24,3 % des affiliés qui ont utilisé l'avantage complémentaire lié aux consultations psychologiques en 2016 l'ont fait pour une seule consultation. Plus de la moitié des usagers de l'AC (52,2%) l'ont fait pour une, deux ou trois séances. Enfin, ils sont 18,2% à avoir utilisé les 8 remboursements** prévus dans le cadre de l'avantage complémentaire.

³⁴ Le plafonnement à 8 remboursements par an peut donner une image partielle de la consommation de soins psychologiques et sous-estimer le nombre de consultations par an dans le cas où l'affilié dépasserait le nombre de 8 séances autorisées pour l'intervention de l'AC.

Tableau 4 : Pourcentage du nombre de consultations psychologiques remboursées en AC

Nombre de consultations AC	Pourcentage	Pourcentage cumulé
1	24,3%	24,3%
2	16,1%	40,4%
3	11,9%	52,2%
4	9,6%	61,8%
5	7,8%	69,6%
6	6,5%	76,1%
7	5,6%	81,8%
8	18,2%	100,0%
TOTAL	100,0%	100,0%

Source : Données AC Solidaris (2016)

A titre de comparaison, on peut analyser la situation au niveau des consultations psychiatriques remboursées dans le cadre de l'assurance obligatoire (AO). Il ressort que la répartition des consultations **chez le psychiatre** sont comparables : **28,2 % des patients n'ont pas poursuivi au-delà de la première consultation et plus de 50% des affiliés ont au maximum 3 consultations. Ils sont également 16,5% à avoir 8 consultations ou plus** (notons qu'il n'y a pas de plafond quant au nombre de consultations psychiatriques remboursées par l'AO).

Tableau 5 : Pourcentage du nombre de consultations psychiatriques remboursées en AO

Nombre de consultations Psychiatre	Pourcentage	Pourcentage cumulé
1	28,2%	28,2%
2	15,7%	43,9%
3	11,5%	55,4%
4	9,8%	65,2%
5	7,6%	72,8%
6	6,1%	78,9%
7	4,7%	83,6%
8	3,6%	87,1%
9 et +	12,9%	100,0%
TOTAL	100,0%	100,0%

Source : Données AO Solidaris (2016)

Si ces résultats concernant la répartition des consultations psychologiques sont semblables à ceux observés au niveau de la psychiatrie, ils n'en restent pas moins interpellants : Comment expliquer ces pourcentages élevés de patients qui ne continuent pas au-delà de une, deux, voire trois consultations ? Quels sont les facteurs de renoncement ? Que se passe-t-il au-delà de huit consultations ?

Les réserves énoncées ci-dessus et évoquées lors des focus-groupes par les prestataires sont bien entendu également valables ici. Le remboursement AC est très bien utilisé par des organismes tels que les services d'évaluation dans les hôpitaux, les SIEP, les plannings par exemple qui pratiquent plus d'interventions avec peu de séances que les praticiens indépendants qui font du suivi psychologique nécessitant un nombre de consultations plus important.

5.4 Répartition des usagers et du nombre de consultations en tenant compte du psychologue reconnu

En 2016, l'assurance complémentaire a remboursé des consultations chez **1.948 psychologues reconnus** par Solidaris.

Nous avons vu ci-dessus qu'en regroupant ces consultations par affiliés, on observait que 24% n'ont consulté qu'une seule fois et 18% ont atteint le maximum de 8 consultations remboursées.

Si on analyse à présent les moyennes par psychologue, on constate que certains **affiliés ont consulté plusieurs psychologues différents** : 8,5% des usagers de l'AC psy ont consulté plus d'un psychologue dont 7,9% ont consulté 2 psychologues différents et 0,6% ont consulté 3 ou 4 psychologues différents.

Si on apparie les usagers aux psychologues, **le pourcentage d'usagers avec une consultation unique augmente et passe à 27,9%** (contre 24% sans tenir compte de la « paire usager-psychologue »), ce qui témoigne du fait que certains affiliés se rendent une seule fois auprès de psychologues différents. De même, **le pourcentage d'usagers avec 8 consultations chez le même psychologue diminue et passe à 13,8% (contre 18% auparavant)**.

A titre de comparaison, parmi nos affiliés qui ont vu un psychiatre, ils sont 2,3% à avoir vu plus d'un psychiatre.

Le Tableau 6 ci-dessous reprend la distribution par percentile des prestataires en fonction d'une série de variables. Il en ressort que :

- **Pour un psychologue reconnu, 19 affiliés ont demandé un remboursement en assurance complémentaire, dont 4 consultations sont remboursées** en moyenne.
- **Le nombre de patients usagers de l'assurance complémentaire diffère fortement d'un psychologue à l'autre.** Ainsi, 25% des psychologues (soit P25) reconnus suivent 3 patients alors que les 25% des psychologues qui ont le plus de patients (P75) en suivent plus de 24. Ce nombre monte même à 44 patients pour les 10% de psychologues reconnus qui voient le plus d'usagers de l'assurance complémentaire (P90).
- **Le nombre de patients n'ayant qu'une consultation varie sensiblement en fonction du psychologue.** Chez 25% des psychologues reconnus qui ont le moins de consultations uniques (P25), cela concerne 9% d'usagers alors qu'ils sont 60% parmi les 10% de psychologues reconnus qui ont le plus de consultations uniques (P90). En d'autres mots, chez 10% des psychologues, 6 usagers sur 10 ne reviennent pas après la première consultation remboursée.
- **La proportion d'usagers ayant 8 consultations dépend d'un psychologue à l'autre.** Cela concerne 10% d'usagers chez la moitié des psychologues reconnus (P50) et cette proportion monte jusqu'à 38% chez 10% des psychologues (P90).

Tableau 6 : Distribution des moyennes par psychologue du nombre de patients, du nombre de consultations par patient, de la proportion de patients avec 1 et 8 consultations et de la durée de la prise en charge

	P10	P25	P50	P75	P90	Moyenne
Nombre de patients	1	3	10	24	44	19
Consultations par patient	2	2,9	3,7	4,5	5,5	4
Proportion de patients avec 1 consultation	0%	9%	22%	35%	60%	27%
Proportion de patients avec 8 consultations	0%	0%	10%	22%	38%	15%

Source : Données AC Solidaris (2016)

Nous analysons également ces résultats en tenant compte du volume total d'activité du psychologue afin de voir si il existe un lien entre le nombre total de patients vus et la proportion d'entre eux demandant 1 ou 8 remboursement(s).

Le Tableau 7 montre le quartile supérieur de la distribution des psychologues en fonction du nombre de patients suivis, c'est-à-dire les 25% de psychologues suivant le plus de patients. Il en ressort que **25% des psychologues (soit 489 prestataires reconnus) prennent en charge 73% des patients, ce qui représente 65% du volume de consultations. De même, le Tableau 8 montre que 10% des psychologues (soit 200 prestataires reconnus) prennent en charge 45% des patients pour 39% des consultations.**

Nous ne disposons pas des éléments plus qualitatifs nous permettant d'interpréter plus en avant ces chiffres (âge des prestataires, expériences, spécialisations, secteurs particuliers d'interventions, ...)

Tableau 7 : Consultations dans le quartile supérieur de la distribution des psychologues en fonction du nombre de patients suivis

	Pourcentage
Psy	25%
Patients	73%
Consultations	65%

Source : Données AC Solidaris (2016)

Tableau 8 : Consultations dans le décile supérieur de la distribution des psychologues en fonction du nombre de patients suivis

Décile supérieur	Pourcentage
Psy	10%
Patients	45%
Consultations	39%

Source : Données AC Solidaris (2016)

5.5 Coût demandé par le psychologue reconnu par Solidaris

Rappelons que pour obtenir l'agrément de Solidaris, le prestataire s'engage à demander maximum 50 € par consultation. La question qui se pose est celle de savoir quel est le tarif réellement appliqué par consultation.

Le coût d'une consultation est, en moyenne, de 38,2 € mais ce coût varie fortement d'une consultation à l'autre, comme en témoigne le Tableau 9 :

- **1% des consultations (P1) sont tarifées à maximum 10 €.**
- **10% des consultations (P10) sont tarifées à maximum 20 €**, ce qui signifie que dans un cas sur dix, la consultation psychologique ne coûte rien au patient une fois qu'il se l'est faite rembourser via l'assurance complémentaire de la mutuelle.
- **40% des consultations sont tarifées entre 20 et 40 € (entre P10 et P50).**
- **Le tarif augmente progressivement au-delà de 40 € pour atteindre le tarif maximum de 50 € dans seulement 10 % des cas.**

Tableau 9 : Distribution du coût par consultation

	P1	P5	P10	P25	P50	P75	P90	Moyenne
Coût par consultation en €	10	20	20	35	40	45,6	50	38,2

Source : Données AC Solidaris (2016)

Il est également intéressant de réaliser la même analyse mais par prestataire afin de voir dans quelle mesure le coût d'une consultation varie d'un psychologue à l'autre.

Il ressort qu'il n'y a pas de différence entre le coût moyen par consultation et le coût moyen par prestataire (Tableau 10). Ainsi, **seuls 10% des 1.948 psychologues reconnus proposent des consultations au tarif maximal possible de 50 € (P90). Un psychologue reconnu sur deux (P50) demande 40 € ou moins.**

Sur base des chiffres de notre AC, on retient que 75 % des consultations sont facturées à un tarif de 45 euros ou moins. Lors des focus-groupes, les prestataires rencontrés ont tout de même évoqué le fait que les affiliés de Solidaris ne sont peut-être pas toujours représentatifs de l'ensemble de la population et sont probablement plus enclins à chercher des praticiens avec une meilleure accessibilité financière. Et en effet, nos affiliés représentent la moitié de la population inscrite en maison médicale. Le pourcentage de BIM parmi nos affiliés (26,28% en 2016) est également bien plus important que dans la population nationale (18,80% en 2016).

Tableau 10 : Distribution du coût par psychologue

	P1	P5	P10	P25	P50	P75	P90	Moyenne
Coût par prestataire en €	10	15	20,7	34,1	40	45	50	37,8

Source : Données AC Solidaris (2016)

Par ailleurs, nous l'avons vu ci-dessus, certains psychologues voient plus de patients que d'autres. Le tarif moyen chez les psychologues prestant beaucoup de consultations remboursées par notre assurance complémentaire (P75) n'est pas différent du tarif moyen des psychologues prenant en charge peu de patients remboursés par notre avantage complémentaire (P25).

Bien que chaque prestataire puisse facturer différemment selon le patient, il semble donc qu'il n'y a pas de lien entre le tarif demandé, plafonné à 50 €, et le nombre de consultations.

6. PROFIL SOCIO-DEMOGRAPHIQUE DES USAGERS DE L'AVANTAGE CONSULTATIONS PSYCHOLOGIQUES

Ce chapitre s'attache à examiner le profil socio-démographique (âge, sexe et statut de bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM) pour approcher le statut socio-économique) des affiliés s'étant vus rembourser au moins une consultation psychologique dans le cadre de l'avantage complémentaire en 2016, mais aussi des non-usagers à titre de comparaison. De même, nous analysons la situation au niveau des consultations psychiatriques remboursées par l'assurance obligatoire afin de voir dans quelle mesure les résultats diffèrent selon la prise en charge.

6.1 Surtout des jeunes et des adultes de 30 à 49 ans

En moyenne, le Wallon qui utilise l'avantage complémentaire lié aux consultations psychologiques (AC psy) est âgé de 32 ans. Les non-usagers ont, quant à eux, en moyenne 39 ans.

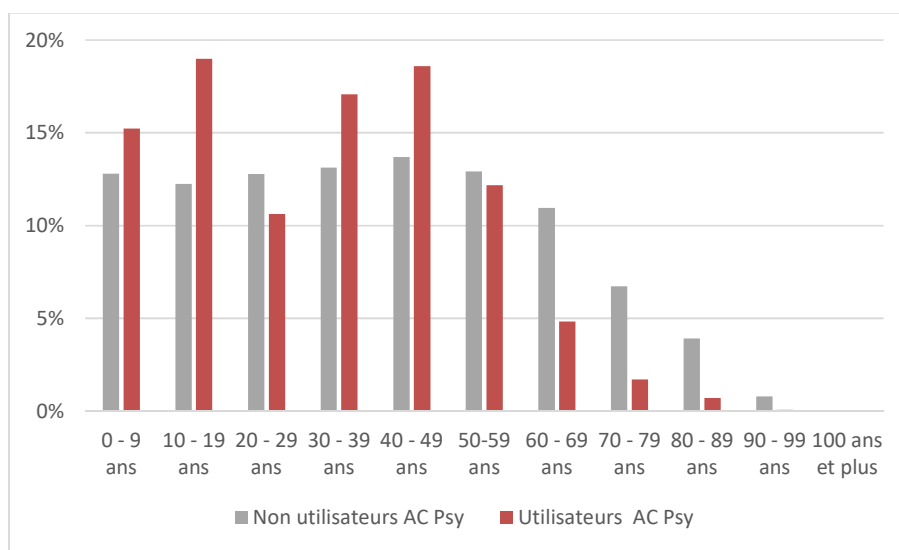
Cependant, les usagers ne se répartissent pas équitablement entre les différentes catégories d'âge. Certaines classes d'âge sont sur-représentées par rapport aux non-usagers. Il s'agit **surtout des enfants et des jeunes de moins de 20 ans** ainsi que **des adultes âgés entre 30 à 50 ans** (Tableau 11). Bien qu'en moyenne plus jeune, l'utilisateur de l'AC psy appartient donc fréquemment à la classe d'âge 30 - 50 ans.

Nous l'avons vu plus haut déjà, le remboursement AC est aussi utilisé de manière quasi systématique par des organismes bien structurés (plannings, SIEP, ...) dont les services sont en priorité à destination d'un public jeune. Il faut en tenir compte pour interpréter ces résultats.

Tableau 11 : Répartition des usagers et des non-usagers de l'AC psy par catégorie d'âge

Tranche d'âge	Non-usagers	Usagers
0 - 9 ans	12,8%	15,2%
10 - 19 ans	12,3%	19,0%
20 - 29 ans	12,8%	10,6%
30 - 39 ans	13,1%	17,1%
40 - 49 ans	13,7%	18,6%
50-59 ans	12,9%	12,2%
60 - 69 ans	11,0%	4,8%
70 - 79 ans	6,7%	1,7%
80 - 89 ans	3,9%	0,7%
90 - 99 ans	0,8%	0,1%
100 ans et plus	0,0%	0,0%
Total	100,0%	100,0%

Source : Données AO et AC Solidaris (2016)

Figure 1 : Répartition des usagers et des non-usagers de l'AC psy par catégorie d'âge

Source : Données AO et AC Solidaris (2016)

6.2 Plus de femmes

Parmi les usagers de l'avantage complémentaire lié aux consultations psychologiques, **62,1% sont des femmes** tandis qu'elles sont 51,6% parmi les non-usagers.

Cette répartition par sexe varie légèrement en fonction du nombre de consultations et a globalement tendance à augmenter parmi les femmes avec le nombre de consultations (Tableau 12). **Ceci est cohérent par rapport à notre revue de la littérature qui montre que les femmes souffrent plus ou déclarent plus de troubles psychologiques.** Les femmes sont également plus nombreuses à chercher de l'aide en cas de difficultés psychiques.

Tableau 12 : Proportion de femmes en fonction du nombre de consultations psychologiques remboursées en AC

Nombre de consultations psychologiques AC	Pourcentage de femmes
1	61,8%
2	60,0%
3	62,4%
4	60,9%
5	61,2%
6	63,0%
7	63,1%
8	64,3%

Source : Données AO et AC Solidaris (2016)

Par contre, **la répartition par sexe varie de manière importante en fonction des classes d'âge** (Tableau 13). De 0 à 19 ans, ce sont 45 % de filles qui utilisent l'avantage complémentaire lié aux consultations psychologiques. Elles sont 72% entre 20 et 49 ans et 69% parmi les plus de 50 ans. C'est

donc **majoritairement des femmes à partir de l'âge adulte qui utilisent le remboursement des consultations psychologiques de l'assurance complémentaire**. Pour les enfants et les jeunes, il y a un peu plus de garçons que de filles qui utilisent l'avantage. Constatons aussi que dans les deux dernières tranches d'âge, **le pourcentage de femmes a également tendance à augmenter avec le nombre de consultations**.

Tableau 13 : Proportion de femmes et d'hommes en fonction des classes d'âge et du nombre de consultations psychologiques remboursées en AC

Nombre de consultations psychologiques (AC)	0 à 19 ans		20 à 29 ans		30 à 49 ans		50 ans et plus	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1	53%	47%	28%	72%	32%	68%	35%	65%
2 à 3	55%	45%	28%	72%	29%	71%	32%	68%
4 à 6	56%	44%	27%	73%	28%	72%	30%	70%
7 à 8	55%	45%	29%	71%	25%	75%	27%	73%
Total	55%	45%	28%	72%	28%	72%	31%	69%

Source : Données AO et AC Solidaris (2016)

6.3 Des usagers moins défavorisés sur le plan socio-économique

En moyenne, **24,4% des Wallons qui utilisent l'avantage complémentaire lié aux consultations psychologiques bénéficient de l'intervention majorée (statut BIM) contre 27% parmi les non-usagers**. On peut estimer, vu le pourcentage de BIM un peu plus faible parmi les affiliés Solidaris recourant à cet avantage complémentaire que **ceux-ci sont socio-économiquement moins défavorisés que les non-usagers**.

Ce résultat est cependant plus nettement marqué lorsqu'on approfondit l'analyse en tenant compte de l'âge : la proportion de BIM selon le fait d'être usager ou non est **très différemment marquée en fonction des classes d'âge** comme en témoigne le Tableau 14.

La différence observée au niveau des enfants et des jeunes est particulièrement marquée, laissant apparaître que ces usagers sont clairement **plus favorisés socio-économiquement**. A l'inverse, les différence s'inversent et sont nettement moins perceptibles dans les autres classes d'âge. On peut donc en conclure qu'on retrouve **moins de BIM parmi les usagers** de l'avantage complémentaire lié aux soins psychologiques pour les enfants et les jeunes.

Tableau 14 : Proportion de BIM par classe d'âge parmi les usagers et les-non-usagers de l'AC psy

Tranche d'âge	Non-usagers	Usagers	Différence
0 - 9 ans	30,3%	24,0%	6,2%
10 - 19 ans	32,3%	24,7%	7,6%
20 - 29 ans	26,3%	29,0%	-2,8%
30 - 39 ans	20,7%	20,6%	0,1%
40 - 49 ans	21,9%	23,2%	-1,3%
50-59 ans	24,1%	24,8%	-0,7%
60 - 69 ans	27,9%	27,6%	0,4%
70 - 79 ans	28,6%	29,4%	-0,7%
80 - 89 ans	38,9%	33,8%	5,1%
90 - 99 ans	50,4%	52,6%	-2,3%

Source : Données AO et AC Solidaris (2016)

En outre, **la proportion de BIM parmi les usagers a tendance à diminuer au fur et à mesure que le nombre de séances augmente** (Tableau 15).

Pourtant, la revue de la littérature montre que ce sont les personnes les moins instruites et dans des situations socio-économiques les moins favorables qui présentent les troubles de santé mentale les plus fréquents. On aurait donc pu s'attendre à voir la proportion de BIM augmenter avec le nombre de consultations psychologiques. Notre résultat montre l'inverse, l'usage de l'avantage AC psy est inégalitaire. Ceci peut suggérer des problèmes d'accessibilité financière étant donné que les personnes BIM parviennent moins à supporter le coût que représente un nombre important de consultations. D'autres facteurs autres que purement financier et freinant l'accessibilité interviennent également. Cette thématique est développée plus amplement lors des focus-groupes (voir point 13).

Tableau 15 : Proportion de BIM en fonction du nombre de consultations psychologiques remboursées en AC

Nombre de consultations AC	Pourcentage de BIM
1	28,2%
2	26,2%
3	23,3%
4	24,0%
5	22,0%
6	20,1%
7	21,5%
8	22,1%

Source : Données AO et AC Solidaris (2016)

A titre de comparaison, une telle diminution du pourcentage de BIM en fonction du nombre de consultations psychologiques ne se retrouve pas au niveau des consultations chez le psychiatre pour lesquelles les résultats sont plus en cohérence avec la revue de la littérature (Tableau 16).

Tableau 16 : Proportion de BIM en fonction du nombre de consultations psychiatriques remboursées en AO

Nombre de consultations Psychiatre	Pourcentage de BIM
1	43,9%
2	45,0%
3	46,8%
4	46,0%
5	47,1%
6	47,7%
7	46,5%
8	47,9%
9 et +	46,7%

Source : Données AO Solidaris (2016)

7. CONSOMMATION DE SOINS EN SANTE MENTALE DES USAGERS DE L'AVANTAGE LIE AUX CONSULTATIONS PSYCHOLOGIQUES

Dans ce chapitre, nous analysons la consommation de soins des personnes ayant recouru à l'avantage complémentaire pour leurs consultations psychologiques à travers plusieurs indicateurs relatifs à la prise en charge de troubles de santé mentale :

- La consommation d'antidépresseurs, en faisant également le lien avec la période à laquelle ils sont consommés afin de voir dans quelle mesure ces deux prises en charge des troubles mentaux concordent ;
- La consultation d'un psychiatre ;
- L'admission à l'hôpital psychiatrique.

Enfin, nous analysons également la consommation de soins en santé mentale des personnes ayant utilisé leurs 8 séances de soins psychologiques remboursées par l'assurance complémentaire afin de voir dans quelle mesure leur profil est particulier.

7.1. Consommation d'antidépresseurs

Concernant l'interaction avec la consommation d'antidépresseurs, nous constatons que ce sont les patients déprimés ou plus exactement **les patients ayant pris au moins une boîte d'antidépresseurs qui bénéficient plus de l'avantage complémentaire consultations psychologiques**. En effet, 25,3% des usagers de l'AC consultations psychologiques prennent des antidépresseurs contre 9,9% parmi les non-usagers de l'avantage psychologue (Tableau 17).

A titre de comparaison, 54,8% des patients avec consultation(s) psychiatrique(s) prennent un antidépresseur contre 9,5% parmi les personnes n'ayant pas consulté un psychiatre.

Tableau 17 : Nombre de patients sous antidépresseurs parmi les usagers et non-usagers de l'AC psy

	Usagers	Non-usagers	Total
Sous antidépresseurs	25,3%	9,9%	10,2%
Sans traitement	74,7%	90,1%	89,8%
Total	100%	100%	100%

Source : Données AO et AC Solidaris (2016)

Si on calcule la probabilité d'utiliser l'avantage complémentaire lié aux consultations psychologiques en fonction de la consommation ou non d'antidépresseurs (soit l'odds ratio pour le risque relatif rapproché), il ressort que cette probabilité est de 3,1. En d'autres mots, **il y a 3 fois plus de probabilité d'utiliser l'avantage complémentaire lié aux consultations psychologiques chez les personnes prenant des antidépresseurs que chez les personnes n'en prenant pas**.

Nous avons vu dans la section précédente qu'il y a probablement un effet de l'âge, du sexe et du BIM dans le fait de recourir ou non à l'assurance complémentaire. Il s'agit donc de tenir compte de ces effets lorsqu'on calcule la probabilité. En ajustant pour ces trois variables (via une régression logistique), la probabilité monte à 4,7. Cela signifie qu'**en tenant compte du sexe, de l'âge et du statut BIM, il y a 4,7 fois plus de probabilité d'utiliser l'avantage complémentaire pour les consultations psychologiques chez les personnes prenant des antidépresseurs**.

Nous avons examiné les remboursements de consultations psychologiques via l'assurance complémentaire en 2016. Plus précisément, il s'agit d'examiner la **consommation d'antidépresseurs avant, pendant et après ces consultations psychologiques**, soit sur une période allant du 01/01/2015 jusqu'au 31/12/2017. L'objectif est ici de faire le lien avec la période à laquelle les antidépresseurs sont consommés afin de voir comment leur consommation et le fait de recourir à l'assurance complémentaire s'articulent (voir point 4.2 Méthodologie).

Le Tableau 18 reprend ainsi la répartition des affiliés en fonction de leur consommation d'antidépresseurs tout en tenant compte de la période à laquelle ils se sont fait rembourser au moins une consultation psychologique via leur assurance complémentaire.

Avant les consultations psychologiques, 73% des affiliés ne prenaient pas d'antidépresseurs. Parmi ces 73%, 3% ont commencé un traitement par antidépresseurs pendant les consultations³⁵ et, parmi ces 3% ils sont 62% à prendre des antidépresseurs après les consultations. 5% des affiliés n'ont commencé leur traitement par antidépresseurs qu'après les consultations psychologiques.

En résumé :

66 % de ceux qui étaient sous antidépresseurs avant les consultations le sont toujours après et **34% de ceux qui étaient sous antidépresseurs avant les consultations ne le sont plus dans la période qui suit les consultations.**

93% de ceux qui n'étaient pas sous antidépresseurs avant les consultations ne le sont toujours pas après et 7% de ceux qui n'étaient pas sous antidépresseurs avant les consultations le sont dans la période qui suit les consultations.

Tableau 18 : Proportion d'affiliés sous antidépresseurs (AD) avant, pendant et après les consultations psychologiques remboursées en AC

Avant les consultations	73% sans AD				27% avec AD				Au total 27 % avec AD
Pendant les consultations	97% sans AD		3% avec AD		64% sans AD		36% avec AD		Au total 11,8% avec AD
Après les consultations	95% sans AD	5% avec AD	38% sans AD	62% avec AD	46% sans AD	54% avec AD	14% sans AD	86% avec AD	Au total 22,9 % avec AD

Source : Données AO et AC Solidaris (2016)

Dans la situation actuelle (et on sait qu'il y a très peu de communication entre le principal prescripteur – le médecin généraliste et le psychologue), **la consommation d'antidépresseurs chute de plus de la moitié pendant la période des consultations (de 27% à 11,8%). Elle augmente cependant à nouveau par la suite sans pour autant atteindre un niveau proche du niveau initial (22,9% contre 27%).**

³⁵ Nous n'avons pas regardé qui est le prescripteur : un médecin généraliste, un psychiatre ?

7.2 Consultation d'un psychiatre et admission à l'hôpital psychiatrique en parallèle

Parmi les usagers de l'avantage complémentaire lié aux consultations psychologiques, **16% ont consulté un psychiatre en parallèle**. A titre de comparaison, parmi les non-usagers, ils sont 3,3% à avoir consulté un psychiatre.

Le nombre moyen de consultations chez le psychiatre est de 4,5 contre 3,9 chez le psychologue. Le psychiatre semble plus accessible que le psychologue. On ne peut cependant pas conclure qu'il y a en moyenne plus de consultations chez le psychiatre car le nombre de consultations psychiatriques n'est pas plafonné alors que c'est le cas pour les consultations psychologiques, ce qui pousse la moyenne à la hausse. Afin d'en tenir compte, nous calculons le nombre médian, soit le nombre de consultations observées pour la moitié de la population qui a consulté un psychiatre et/ou un psychologue. Il ressort que le nombre médian de consultations remboursées en AC chez les psychologues et le nombre médian de consultations chez les psychiatres sont identiques, à savoir 3. Si le psychiatre est plus accessible, il n'est donc pas consulté plus souvent. La meilleure accessibilité chez le psychiatre s'appréhende aussi par le taux de BIM et sa répartition en fonction du nombre de consultations (Tableau 16 ci-dessus).

Parmi les usagers de l'avantage complémentaire, **1,13% ont été admis en hôpital psychiatrique en 2016**. Ils sont 1,02 % à avoir été admis en hôpital psychiatrique parmi les non-usagers.

7.3. Les personnes utilisant 8 remboursements présentent-elles un profil de consommation particulier ?

Quand on compare les usagés ayant bénéficié de 8 remboursements pour consultations psychologiques via l'assurance complémentaire aux usagers de l'AC psy quel que soit le nombre de consultations jusque 7 incluses, on constate que **ceux qui ont bénéficié de 8 remboursements sont proportionnellement plus nombreux à prendre des antidépresseurs (31% contre 27%) et ils vont plus souvent consulter un psychiatre (21% contre 15%)**. En revanche, la différence en terme d'hospitalisation est faible mais cela peut s'expliquer par le fait que peu d'usagers sont hospitalisés (1,3% parmi ceux ayant eu 8 consultations contre 1% parmi les autres)³⁶.

Une analyse approfondie de la consommation d'antidépresseurs et des consultations psychologiques en parallèle montre que les usagers bénéficiant de 8 remboursements **semblent avoir plus de besoins en soins que les autres**. En effet, leur **consommation d'antidépresseurs avant, pendant et après les consultations psychologiques** montre que :

- 31% prenaient un antidépresseur avant la première consultation psychologique contre 27% parmi les autres (soit tous les usagers de l'assurance complémentaire quel que soit leur nombre de consultations) ;
- 6% des usagers qui ne prenaient pas d'antidépresseur avant les consultations psychologiques en ont pris pendant les consultations contre 3% parmi les autres ;
- 72% d'entre eux ont continué à prendre des antidépresseurs dans l'année qui a suivi les consultations psychologiques contre 62% parmi les autres.

³⁶ Il n'y a pas non plus de grande différence en terme de BIM (respectivement 22,1% et 24,9%), de sexe (64,2 % de femmes contre 61,6 %) et d'âge (en moyenne, 32,2 contre 32 ans).

En bref, dans ce groupe d'utilisateurs bénéficiant de 8 remboursements, nous observons que 67 % de ceux qui étaient sous antidépresseurs avant les consultations le sont toujours après et 33% de ceux qui étaient sous antidépresseurs avant les consultations ne le sont plus dans la période qui suit les consultations. 90% de ceux qui n'étaient pas sous antidépresseurs avant les consultations ne le sont toujours pas après et 10% de ceux qui n'étaient pas sous antidépresseurs avant les consultations le sont dans la période qui suit les consultations.

Tableau 19 : Proportion d'utilisateurs sous antidépresseurs (AD) avant, pendant et après les consultations psychologiques remboursées en AC parmi ceux s'étant vu rembourser 8 consultations

Avant les consultations	69% sans AD				31% avec AD				Au total 31 % avec AD
Pendant les consultations	94% sans AD		6% avec AD		36% sans AD		64% avec AD		Au total 23,5% avec AD
Après les consultations	94% sans AD	6% avec AD	28% sans AD	72% avec AD	64% sans AD	36% avec AD	15% sans AD	85% avec AD	Au total 27,3% avec AD

Source : Données AO et AC Solidaris (2016)

La consommation d'antidépresseurs chute également pour les utilisateurs avec 8 séances remboursées mais de 25% pendant la période des consultations (de 31% à 23,5%). Elle augmente également à nouveau à la suite des consultations sans pour autant atteindre son niveau initial (27,3% contre 31%). On retrouve ici 88% de la consommation initiale d'antidépresseurs (contre 85 % dans le groupe de tous les utilisateurs de l'AC psy quel que soit le nombre de consultations).

8. LIEN AVEC L'INCAPACITE DE TRAVAIL PARMIS LES USAGERS

Cette section étudie en particulier le lien existant entre le fait de s'être fait rembourser des consultations psychologiques et l'incapacité de travail, en tenant compte de la durée de l'incapacité (moins d'un an pour les incapacités de travail primaires et plus de un an pour les invalidités). En effet, selon les données de l'INAMI³⁷, les troubles psychiques et mentaux sont la première cause d'incapacité de travail et impliquent d'ailleurs généralement des incapacités de travail de longue durée : plus de trois personnes sur dix (34,8%) sont en invalidité suite à des problèmes de santé mentale. Les difficultés psychologiques et pathologies mentales peuvent ainsi constituer un frein à l'emploi, comme en témoignent régulièrement nos médecins-conseils.

Cette section a donc pour objectif de répondre à plusieurs questions en lien avec le fait d'être en incapacité de travail :

- Existe-t-il un lien entre l'utilisation de l'avantage complémentaire lié aux consultations psychologiques et l'incapacité de travail ?
- Recense-t-on plus de personnes en incapacité de travail primaire (moins d'un an) parmi les affiliés utilisant l'avantage complémentaire lié aux consultations psychologiques ? Qu'en est-il pour les personnes en invalidité ?
- Les durées d'incapacité de travail sont-elles comparables ?
- Existe-t-il des différences au niveau du profil (sexe et âge) ?

8.1 Deux fois et demi plus de personnes en incapacité de travail

Nous analysons d'abord la situation pour les personnes en incapacité de travail primaire (moins d'un an) et ensuite pour celles en invalidité.

La proportion de personnes en incapacité de travail primaire (moins d'un an) est de l'ordre de 2,5 fois plus élevée chez les usagers de l'avantage complémentaire liés aux consultations psychologiques : 13,4% des usagers de l'assurance complémentaire sont en incapacité de travail contre 5,2 % parmi les non-usagers.

Le Tableaux 20 et 21 ainsi que la Figure 2 montrent par ailleurs que cette différence de proportion est relativement constante quelle que soit la classe d'âge et que le sexe n'intervient pas de manière identique pour les usagers et non-usagers de l'avantage consultations psychologiques.

Tableau 20 : Proportion d'affiliés en incapacité de travail (moins d'un an) par sexe, classe d'âge et usage de l'AC psy

% ITT		20-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans
Hommes	Non AC	5,3%	8,5%	9,5%	9,7%	2,0%
	AC	15,6%	24,9%	25,0%	21,4%	5,7%
Femmes	Non AC	6,5%	10,0%	10,3%	9,1%	1,6%
	AC	19,6%	25,1%	21,8%	21,8%	4,4%

Source : Données AO et AC Solidaris (2016)

³⁷ INAMI (2014).

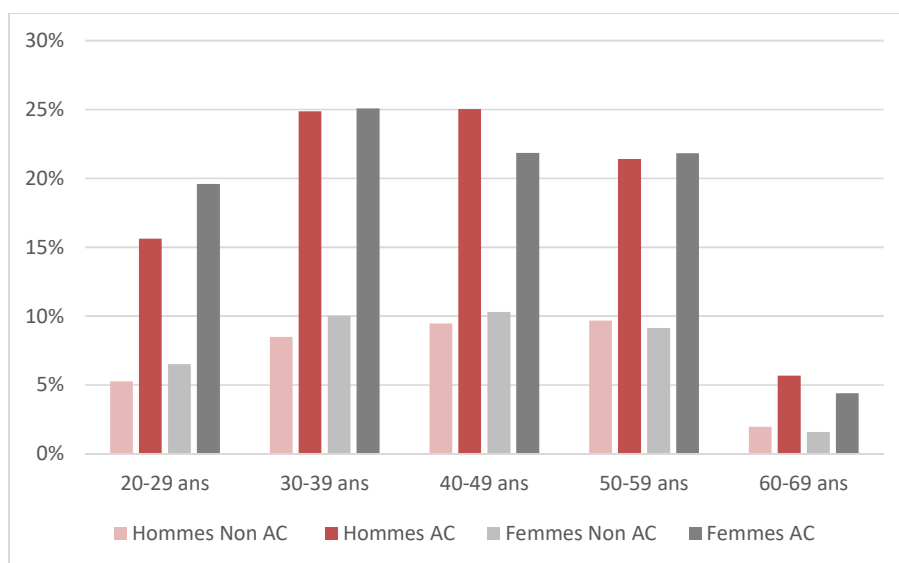
La proportion d'hommes et de femmes de 20 à 29 ans en incapacité est 3 fois plus importante chez les usagers de l'avantage. Cet écart diminue avec l'âge (Tableau 21), pour augmenter à nouveau à partir de 60 ans.

Tableau 21 : Ratio des affiliés en incapacité de travail (moins d'un an) parmi les usagers AC psy sur les non-usagers AC par sexe et par classe d'âge

ITT	Ratio Hommes AC/Non-AC	Ratio Femmes AC/Non-AC
20-29 ans	3,0	3,0
30-39 ans	2,9	2,5
40-49 ans	2,6	2,1
50-59 ans	2,2	2,4
60-69 ans	2,9	2,8

Source : Données AO et AC Solidaris (2016)

Figure 2 : Proportion d'affiliés en incapacité de travail (moins d'un an) par sexe, classe d'âge et utilisation de l'AC psy



Source : Données AO et AC Solidaris (2016)

On observe également de fortes différences d'utilisation parmi les personnes en invalidité : la **proportion de personnes en invalidité est de l'ordre de 2,5 fois plus élevée chez les usagers de l'avantage complémentaire liés aux consultations psychologiques.**

Cette différence de proportion **varie selon les classes d'âge (Tableaux 22 et 23).**

Tableau 22 : Proportion d'affiliés en invalidité par sexe, classe d'âge et utilisation de l'AC psy

% Invalidité		20-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans
Hommes	Non AC	0,9%	3,8%	8,1%	14,1%	9,2%
	AC	3,5%	12,0%	17,8%	23,9%	14,3%
Femmes	Non AC	1,3%	5,5%	10,8%	15,2%	7,4%
	AC	5,9%	14,4%	23,1%	30,1%	12,1%

Source : Données AO et AC Solidaris (2016)

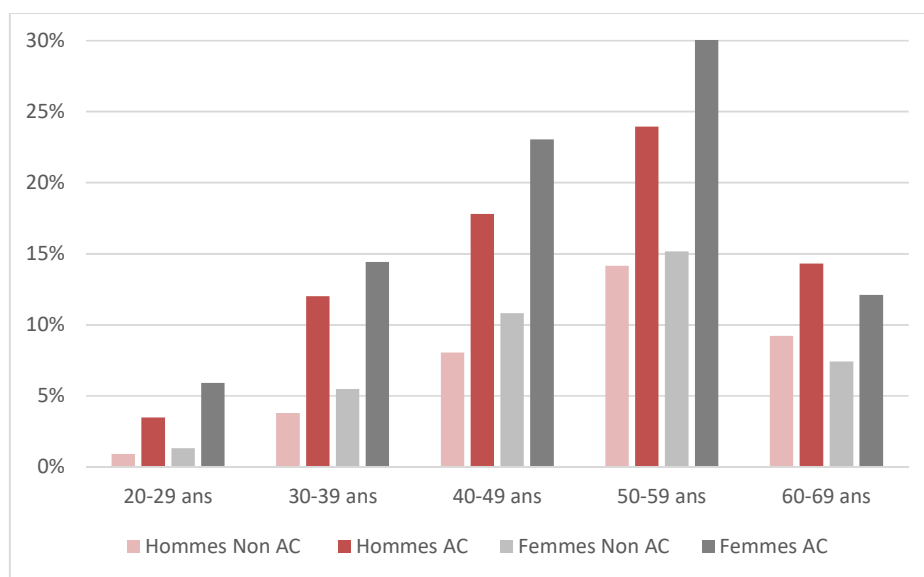
La proportion d'hommes de 20 à 29 ans en invalidité est 3,7 fois plus importante chez les usagers de l'avantage et 4,5 fois plus pour les femmes dans la même tranche d'âge. Cet écart diminue avec l'âge (Tableau 23).

Tableau 23 : Ratio des invalides parmi les usagers AC psy sur les non-usagers AC par sexe et par classe d'âge

Invalidité	Ratio Hommes AC/Non-AC	Ratio Femmes AC/Non-AC
20-29 ans	3,7	4,5
30-39 ans	3,2	2,6
40-49 ans	2,2	2,1
50-59 ans	1,7	2,0
60-69 ans	1,6	1,6

Source : Données AO et AC Solidaris (2016)

Figure 3 : Proportion d'affiliés en invalidité par sexe, classe d'âge et utilisation de l'AC psy



Source : Données AO et AC Solidaris (2016)

8.2 Pour une durée d'incapacité de travail primaire plus longue

Ici à nouveau, on distingue la situation en fonction de la durée de l'incapacité de travail (incapacité de travail primaire et invalidité).

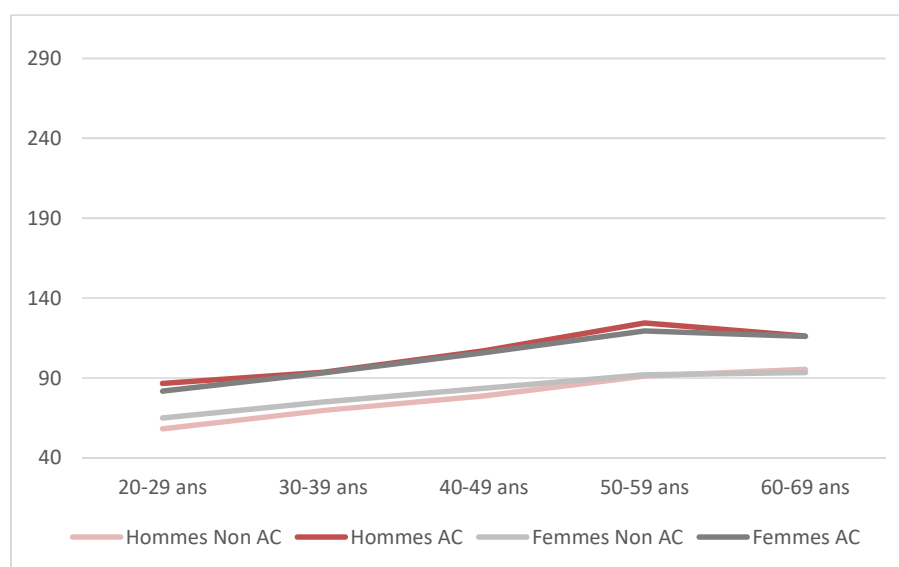
Le nombre de jours en incapacité de travail primaire (moins d'un an) est 1,3 fois plus élevé chez les usagers de l'avantage complémentaire lié aux consultations psychologiques. Ce résultat est observé quels que soient le sexe et la classe d'âge (Tableau 24).

Tableau 24 : Durée moyenne (jours) des incapacités de travail (moins d'un an) par sexe, classe d'âge et utilisation de l'AC psy

ITT	20-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans
Hommes Non AC	58,1	69,6	78,6	91,2	95,4
Hommes AC	86,6	93,5	107	124,4	116,2
Femmes Non AC	64,9	75	83,6	92,1	93,4
Femmes AC	81,8	93,1	105,8	119,3	116

Source : Données AO et AC Solidaris (2016)

Figure 4 : Durée moyenne (jours) des incapacités de travail (moins d'un an) par sexe, classe d'âge et utilisation de l'AC psy



Source : Données AO et AC Solidaris (2016)

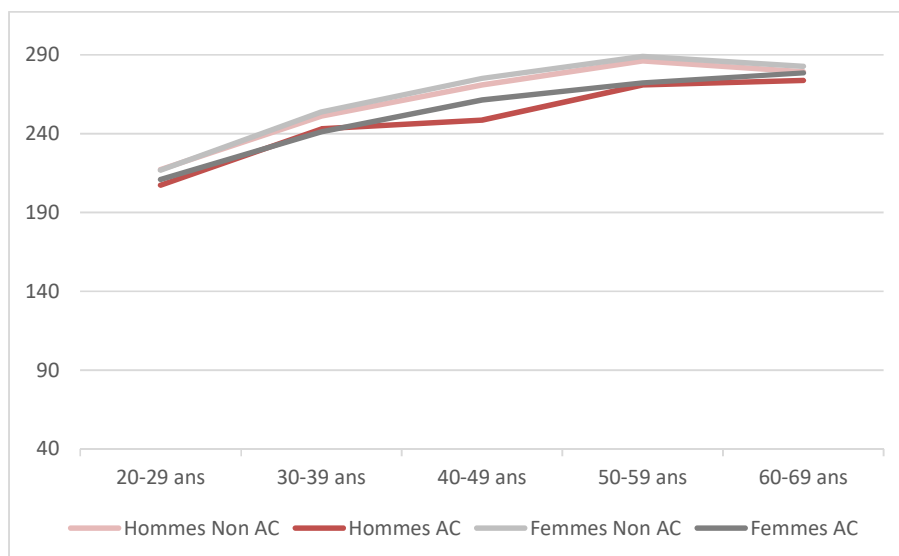
En revanche, lorsqu'on réalise l'analyse au niveau des incapacités de travail de plus d'un an, il ressort que la **durée moyenne d'invalidité chez les usagers de l'avantage complémentaire est comparable à celle observée parmi les non-usagers** (Tableau 25 et Figure 5).

Tableau 25 : Durée moyenne (jours) d'invalidité par sexe, classe d'âge et utilisation de l'AC psy

Invalidité	20-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans
Hommes Non AC	217,3	251	270,9	286,3	279,4
Hommes AC	207,4	243	248,6	271	273,9
Femmes Non AC	216,9	253,8	275,2	289	282,8
Femmes AC	211	241,1	261,4	272,2	278,5

Source : Données AO et AC Solidaris (2016)

Figure 5 : Durée moyenne (jours) des invalidités par sexe, classe d'âge et utilisation de l'AC psy



Source : Données AO et AC Solidaris (2016)

9. POIDS RESPECTIFS DES DIFFERENTES VARIABLES ETUDIEES

Jusqu'ici nous avons étudié la relation entre l'utilisation de l'assurance complémentaire et différents facteurs pris séparément et un à la fois. Prenons un exemple, le fait d'être BIM a-t-il un impact sur l'utilisation de l'assurance complémentaire consultation psy ? Nous avons vu au point 6.2 qu'il existait bien une relation. Il y a moins d'utilisation de l'assurance complémentaire chez les BIM que chez les non BIM. Une autre manière de parler de cette relation est de la décrire sous forme d'un Odds ratio (OR). Puisqu'on envisage un facteur à la fois, on parlera ci-dessous de OR brut (ORb).

Différents facteurs ont été envisagés :

- Le fait de bénéficier du statut BIM ;
- Le sexe ;
- L'âge ;
- La consommation d'antidépresseurs ;
- Les consultations psychiatriques ;
- L'hospitalisation psychiatrique ;
- L'incapacité de travail et l'invalidité.

Dans ce point 9, nous cherchons à voir dans quel sens jouent ces variables, avec quel poids tout en tenant compte des autres variables qui peuvent elles-mêmes interagir. Continuons avec l'exemple du BIM, nous avons vu dans le point 6 que l'âge intervient (ce sont surtout les enfants et les jeunes bénéficiaires du BIM qui ont moins accès à l'assurance complémentaire consultation psychologique). D'autres facteurs interviennent peut-être également. Pour tenir compte des différentes interactions possibles entre les facteurs étudiés, un ajustement par régression logistique est nécessaire. Cet ajustement permet d'individualiser l'« effet propre » d'une variable (via un odds ratio ajusté-ORa) sur l'ensemble des variables étudiées.

Dans le Tableau 26 ci-dessous, nous voyons que l'effet de certains facteurs diminue ou augmente quand on tient compte des interactions avec les autres variables. De plus certaines variables ont un effet « facilitateur » et entraînent une utilisation plus importante de l'AC psy : ce sont les variables avec un OR ajusté supérieur à 1, et plus on s'éloigne de 1 plus son poids est important. A l'inverse certains facteurs « freinent » l'utilisation de l'AC psy, ce sont les variables qui présentent un OR ajusté inférieur à 1, et plus on s'éloigne de 1, plus le frein est important. Dans le tableau ci-dessous, les différents facteurs étudiés sont classés du plus facilitateur au plus freinant.

Tableau 26 : Odds ratios bruts et ajustés pour l'ensemble des variables étudiées

	OR brut	OR ajusté
Psychiatre	5,49	3,40
Antidépresseur	2,80	2,78
Incapacité de travail	2,84	2,15
0 à 19 ans	1,69	2,12
Sexe féminin	1,53	1,48
30 à 49 ans	1,62	1,23
20 à 29 ans	1,00	1,00
BIM	0,87	0,73
50 ans et plus	0,62	0,49

Source : Données AO et AC Solidaris (2016)

- Les personnes qui consultent un psychiatre ont une probabilité 3,4 fois plus élevée d'utiliser l'AC psy (ORa = 3,40).
- Les personnes sous antidépresseurs ont une probabilité 2,8 fois plus élevée d'utiliser l'AC psy (ORa = 2,78).
- Les personnes en incapacité de travail ont une probabilité 2,2 fois plus élevée d'utiliser l'AC psy (ORa = 2,15).
- Les jeunes de 0 à 19 ans ont une probabilité 2,2 fois plus élevée d'utiliser l'AC psy (ORa : 2,12).
- Les femmes ont une probabilité 1,5 fois plus élevée d'utiliser l'AC psy (ORa = 1,48).
- Les personnes entre 30 et 49 ans ont une probabilité 1,2 fois plus élevée d'utiliser l'AC psy (ORa : 1,23).
- Les BIM ont une probabilité 0,7 fois moins élevée d'utiliser l'AC psy (ORa = 0,73).
- Les personnes de 50 ans ou plus ont une probabilité 0,5 fois moins élevée d'utiliser l'AC psy (ORa : 0,49).

10. LIMITATIONS DES ANALYSES

Une première limite essentielle de cette étude est due au fait qu'il s'agit d'une vue partielle et incomplète. En effet, nous disposons de peu de données concernant les enfants et les jeunes dans la revue de la littérature. Une analyse plus détaillée devrait idéalement leur être consacrée à l'avenir.

L'analyse a parfois été limitée, par exemple pour les hospitalisations, nous n'avons pris que les hôpitaux psychiatriques (720).

Dans les données analysées, l'image est également incomplète : une partie des affiliés (usagers ou non-usagers de l'avantage complémentaire lié aux consultations psychologiques) peuvent aussi consulter un psychologue ou un thérapeute en dehors de l'avantage complémentaire (agrément Solidaris) ou tout simplement ne pas se faire rembourser leur consultation auprès d'un psychologue même si celui-ci est reconnu par Solidaris. De plus, l'analyse porte sur une année calendrier (2016). Certains suivis ont peut-être commencé avant le début de l'année, d'autres se sont peut-être poursuivis après la fin de l'année. Enfin, certaines personnes ne recourent pas à leur avantage complémentaire alors qu'elles y auraient droit, et ce pour différentes raisons comme par exemple les difficultés administratives que cela peut représenter, le fait que les affiliés n'en perçoivent pas l'intérêt, etc. Ceci peut avoir un impact sur nos résultats par exemple lorsqu'on analyse le niveau socio-économique et la proportion de BIM.

En outre, les résultats que nous obtenons sont principalement descriptifs. Prenons deux exemples :

- En moyenne, un affilié wallon de Solidaris utilise 4 remboursements de consultations psychologiques parmi les 8 possibles dans l'avantage complémentaire. Comment expliquer ce constat ? Nos données nous permettent de faire des hypothèses et de se poser des questions mais pas d'expliquer ce phénomène. L'assurance complémentaire ne répond-t-elle pas suffisamment à un problème d'accessibilité financière ? Les explications sont peut-être toutes autres : guérison peut être ? problème temporaire dépassé ? morbidité à la base peu élevée ?
- Les personnes qui utilisent l'avantage complémentaire lié aux consultations psychologiques sont plus en incapacité de travail primaire et pour plus longtemps. Elles sont également plus en invalidité mais pour une même durée. Est-ce le travail qui induit des difficultés psychologiques comme le suggèrent les résultats des enquêtes de l'institut Solidaris ou à l'inverse la maladie ou l'invalidité qui les induisent ? Nos résultats descriptifs ne permettent pas d'y répondre.

11. CONCLUSIONS DE L'ANALYSE DES DONNEES AC

Cette étude Solidaris avait pour objectif de répondre à une série de questions :

- **Comment est utilisé l'avantage complémentaire et comment se répartissent les consultations ?**

En 2016, **2,4% de nos affiliés wallons** ont eu recours à l'avantage complémentaire pour se faire rembourser leur(s) consultation(s) psychologique(s). Ils ont bénéficié, en moyenne, du remboursement de 4 consultations.

Plus de **50% des affiliés se sont fait rembourser moins de 4 séances** par l'assurance complémentaire de Solidaris. Ils sont **18% à avoir recouru aux 8 remboursements possibles** dans le cadre de l'assurance complémentaire.

28% des affiliés ne poursuivent pas le contact avec le psychologue au-delà de la première consultation. Une petite partie d'entre eux (8,5%) consulte plusieurs psychologues différents. Un sur quatre ne poursuit pas du tout au-delà du premier contact.

Le coût moyen par patient par an s'élève à 150 € dont la moitié (76 €) est prise en charge par l'assurance complémentaire.

- **Quels sont les tarifs demandés aux patients ?**

Si on calcule le coût d'une consultation, cela représente 38,2 € par patient (avant remboursement).

Nos résultats montrent par ailleurs qu'1% des consultations sont tarifées en moyenne à 10 € et que 10% des consultations sont tarifées à maximum 20 €. **La moitié des consultations sont tarifées à 40 € maximum. Seules 10% des consultations sont tarifées au tarif maximum admis de 50 € pour recevoir la reconnaissance de l'assurance complémentaire Solidaris.**

Les tarifs ne varient pas selon que le prestataire voit beaucoup ou peu d'affiliés utilisant l'avantage complémentaire.

- **Comment les consultations et les patients se répartissent-ils chez les prestataires reconnus par Solidaris dans le cadre de son AC ?**

Nos résultats montrent que **25% des 1.948 psychologues reconnus prennent en charge 73% des patients pour un volume correspondant à 65% des consultations.**

- **Quel est le profil des usagers de cet avantage lié aux consultations psychologiques ?**

L'analyse du profil de l'utilisateur de l'avantage complémentaire lié aux consultations psychologiques montre qu'il est **en moyenne plus jeune** (32 ans contre 39 pour le non-usager), on retrouve **plus de femmes** (62% parmi les usagers contre 52% parmi les non-usagers) **et de catégorie socio-économique moins faible** (ils sont 24% de BIM parmi les usagers contre 27% parmi les non-usagers).

Ce sont **surtout les enfants et les jeunes (0-19 ans) ainsi que les adultes âgés entre 30 et 50 ans** qui utilisent l'avantage consultations psychologiques. **Parmi les adultes, les femmes sont plus nombreuses ; et plus le nombre de consultations remboursées augmente, plus les femmes sont nombreuses.**

La différence de statut socio-économique (BIM) est nettement plus marquée parmi les enfants et les jeunes (24% contre 31% parmi les non-usagers). Ces différents éléments nous obligent à envisager un problème d'accessibilité.

- **Existe-t-il un lien avec le fait de consommer des antidépresseurs, d'avoir été hospitalisé dans un service psychiatrique ou encore le fait d'être en incapacité de travail ?**

En termes de consommation de soins de santé mentale, les usagers de l'avantage sont **25% à prendre des antidépresseurs contre 10% parmi les non-usagers**. Lorsqu'on tient compte du sexe et de l'âge, il y a **4,7 fois plus d'utilisation de l'avantage complémentaire liée aux consultations psychologiques chez les personnes prenant des antidépresseurs**. En outre, il ressort que **16% des usagers ont également consulté un psychiatre contre 3,3% chez les non usagers**.

Les **affiliés qui se sont fait rembourser les 8 séances autorisées** dans le cadre de l'assurance complémentaire n'ont pas un profil socio-démographique différent par rapport à ceux qui consultent moins. Par contre, ils **sont plus souvent sous antidépresseurs (respectivement 31% et 27%) et vont également plus souvent chez le psychiatre (21% contre 15%)**.

La **proportion de personnes en incapacité primaire et en invalidité est 2,5 fois plus élevée** chez les usagers de l'avantage complémentaire liés aux consultations psychologiques. En outre, **le nombre de jours en incapacité de travail primaire est 1,3 fois plus élevé chez les usagers alors qu'à l'inverse la durée moyenne de l'invalidité ne varie pas**.

Le remboursement des consultations psychologiques en première ligne va-t-il de pair avec une réduction de la prescription de psychotropes ? C'est une hypothèse régulièrement avancée en faveur du remboursement des psychologues en première ligne par l'assurance obligatoire et qui de premier abord semble se vérifier dans nos chiffres. Restons cependant prudents, des analyses complémentaires, en lien avec les données cliniques sont nécessaires.

TROISIEME PARTIE : UN MODELE D'ORGANISATION DES SOINS PSYCHOLOGIQUES DE PREMIERE LIGNE

12. ORGANISATION DES SOINS PSYCHOLOGIQUES PROPOSÉE PAR LE KCE

Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé, le KCE, a proposé en 2016 un modèle d'organisation et de financement des soins psychologiques en Belgique³⁸. Ce modèle s'inspire en partie des projets menés en Flandre (eerstelijnspsychologische functie ELPF in Vlaanderen) tout en s'en éloignant en ce qui concerne la prescription, ainsi que de modèles existants dans d'autres pays européens. Il a été élaboré en concertation avec le terrain.

Nous résumons brièvement ce modèle du KCE. Il comprend deux niveaux de soins psychologiques : un premier niveau généraliste, largement accessible, qui reçoit sans restriction les problèmes psychiques courants et modérés (et en cela le modèle s'écarte des projets menés en Flandres), et un second niveau, d'accès réservé, qui délivre des soins spécialisés à ceux pour qui le premier niveau n'est pas suffisant.

Le 1^{er} niveau (inspiré des projets de psychologie de première ligne menés en Flandres (ELPF)) délivre des soins psychologiques de première ligne. Il est directement accessible, à tous sans restriction de groupe-cible, pour un nombre limité de séances (5) qui seraient d'office remboursées sans prescription nécessaire, ni critère de diagnostic ou de gravité. Il devrait permettre de résoudre une part substantielle des situations de détresse psychique légère à modérée, ou d'orienter les situations plus graves vers des soins adéquats dans le cadre des structures et initiatives spécialisées existantes.

Les soins psychologiques de première ligne seraient prestés :

- D'une part, par des psychologues cliniciens ayant reçu une formation spécifique à la psychologie de 1^{ère} ligne ;
- et, d'autre part, le médecin généraliste, qui aurait la possibilité de facturer des consultations de longue durée à concurrence de 5 séances également.

Le financement proposé serait mixte via la combinaison d'une allocation de pratique, d'un forfait fixe par patient et d'un paiement à l'acte + un ticket modérateur modique.

Le 2^{ème} niveau délivre des soins psychologiques spécialisés. Il n'est accessible que sur référence par la 1^{ère} ligne via un mécanisme régulateur (gatekeeping) ou via un psychiatre. Il est conditionné à un «bilan fonctionnel» placé dans le (futur) dossier informatisé partagé du patient. Le bilan fonctionnel serait alimenté par le psychologue de 1^{ère} ligne et le médecin généraliste, ainsi que d'autres professionnels si cela est pertinent. Il n'y aurait pas de critère lié au diagnostic, ni au type de thérapie pratiquée.

Les soins psychologiques de deuxième ligne seraient prestés par des psychologues cliniciens ayant reçu une formation continuée, remplissant des conditions d'insertion dans le réseau pluridisciplinaire local et pratiquant (ou ayant signé une convention) dans le cadre de structures subventionnées existantes, Services de Santé Mentale (SSM) et Centre de Réadaptation Ambulatoire (CRA).

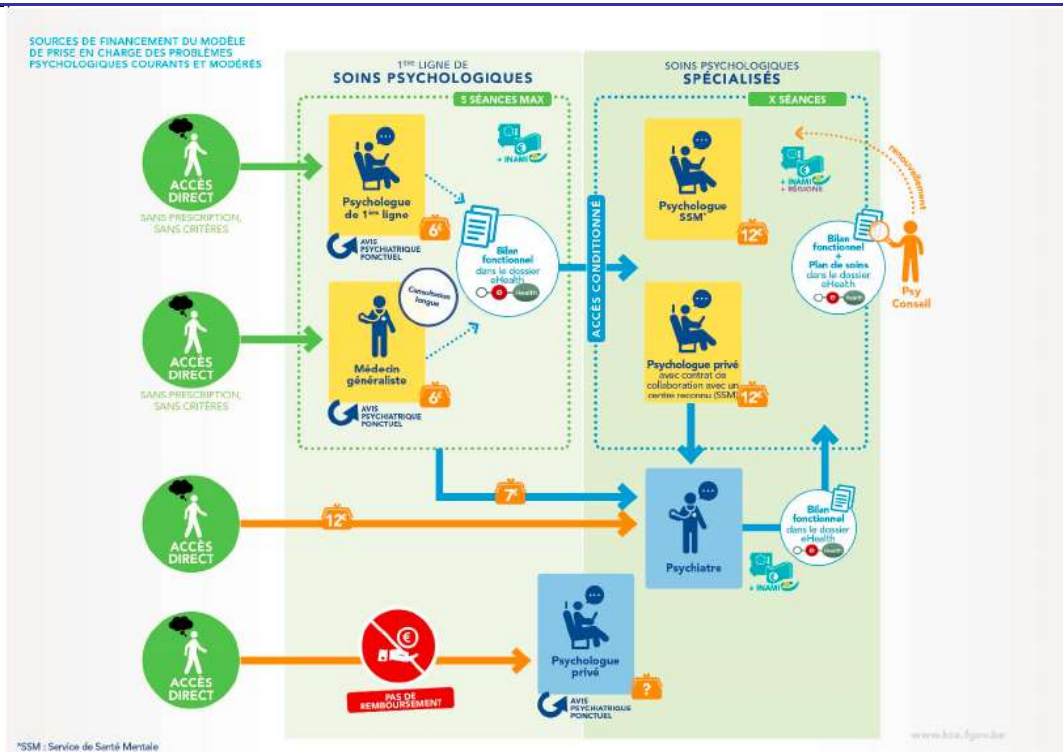
Le nombre de séances serait également limité en deuxième ligne (à définir). Des possibilités de renouvellement existeraient. Le psychologue de deuxième ligne devrait réactualiser le bilan fonctionnel

³⁸ Kohn, *Ibidem*.

et l'accompagner d'un plan de soins qui seraient soumis à l'approbation du psychiatre ou psychologue conseil de l'organisme assureur. Une nomenclature des actes thérapeutiques spécialisés serait à développer et financée par l'assurance obligatoire fédérale.

Le psychologue qui posséderait tous les titres requis pourrait prester tant en première qu'en deuxième ligne afin d'éviter un changement de prestataire en cours de prise en charge.

Figure 6 : Modèle KCE de la prise en charge des problèmes psychiques courants et modérés



*SSM : Service de Santé Mentale

*Dans le secteur des soins spécialisés, le mot psychologue peut être remplacé par tout professionnel reconnu par la loi pour exercer la psychothérapie

**Les montants proposés dans ce modèle le sont à titre indicatif ; ils devront faire l'objet de décisions politiques.

Source : KCE (2016)

Le KCE a également étudié **les modèles d'organisation de 5 pays étrangers** (Pays-Bas, Allemagne, Suisse, Royaume-Unis et Danemark). **Aucun de ces pays ne donne un accès direct aux soins spécialisés.** Ceux-ci sont prescrits par des intervenants de première ligne ; première ligne que le patient peut par contre consulter librement.

Cette fonction de première ligne est principalement exercée par le médecin généraliste en Angleterre et aux Pays-Bas, ils reçoivent le soutien de professionnels qualifiés pour accueillir la détresse psychique. L'Angleterre a par la suite ouvert un accès direct à certains spécialistes de santé mentale pour certains groupes (minorité ethnique, pathologies post-traumatiques et phobies sociales).

En Suisse, c'est le psychiatre qui est en accès direct et perçoit le remboursement mais il délègue une partie des tâches aux psychologues.

En Allemagne, les différents prestataires de première ligne collaborent dans un modèle non hiérarchique au sein de pratiques de groupe pluridisciplinaires et les prestations de chacun font l'objet de remboursement.

Dans ces 4 pays il y a donc bien **un accès direct à une forme variable de prise en charge des problèmes psychiques légers et modérés en première ligne.**

Au Danemark il n'y a pas d'accès direct.

Le KCE propose un modèle **de financement mixte** tant pour la 1^{ère} ligne que pour la 2^{ème}. Il propose d'organiser un **système de conventionnement pour les psychologues comme pour les autres professions de santé.**

Pour les psychologues de 1^{ère} ligne :

- Une « allocation de pratique » pour rémunérer les activités extra-thérapeutiques telles que interventions, travail administratif et intégration dans un réseau interdisciplinaire local ;
- Un forfait fixe par patient pour l'ouverture/ la gestion des données dans le dossier informatisé partagé du patient, payable une seule fois par patient par épisode de soins (intervalle entre épisode de soins à définir, 6 mois par exemple) ;
- Un paiement à l'acte (tiers-payant, pas de supplément autorisé) pour un nombre limité de séances. La possibilité existerait pour le médecin généraliste de facturer des consultations de longue durée (un nombre limité par patient par an) et pour les psychiatres d'attester d'une consultation d'avis unique ;
- Un ticket-modérateur payé par le patient à chaque consultation, qui pourrait être limité à l'équivalent du ticket-modérateur en médecine générale.

Pour les soins spécialisés :

- Les sommes consacrées par les entités fédérées aux SSM resteraient identiques, mais serviraient uniquement à payer les coûts de maintenance de l'offre ainsi que les tâches liées au travail en réseau ;
- Les prestations seraient financées par l'INAMI sur base d'une nomenclature ;
- Un ticket modérateur payé par le patient à chaque consultation, qui pourrait être limité à l'équivalent du ticket-modérateur chez le psychiatre ;
- Le psychiatre serait mieux remboursé si référé par un médecin généraliste ou un psychologue de 1^{ère} ligne ;
- Un volet « pay-for-quality » serait envisagé pour le futur.

Les psychologues indépendants prestant des soins spécialisés devraient signer une convention de collaboration avec un SSM et percevraient leurs rémunérations à travers ces structures.

13. FOCUS GROUPES SUR L'ORGANISATION DES SOINS PSYCHOLOGIQUES EN BELGIQUE

Différents focus-groupes ont été organisés par Solidaris en juin et juillet 2018. D'abord deux focus-groupes avec des psychologues uniquement et un autre avec seulement des médecins généralistes. Ces focus-groupes consacrés à une seule profession ont été suivis d'une table ronde rassemblant les médecins généralistes et les psychologues. Enfin une table d'experts a été rassemblée autour du questionnement nourri par les premières rencontres. Nous relatons dans cette section la parole et les points de vue des uns et des autres sur les grandes thématiques qui se sont dégagées au fur et à mesure des discussions, en lien avec l'organisation et le financement des soins psychologiques. Il ne s'agit donc absolument pas d'un compte-rendu exhaustif de tout ce qui s'est dit.

13.1. La prescription par le médecin généraliste ou le psychiatre

Les points de vue divergent de prime abord sur cette question mais finissent, nous le verrons dans le point 14 par pouvoir se concilier.

Les psychologues sont unanimement contre le fait d'être prescrits par le médecin. *« Moi je ne comprends pas qu'on ait reconnu le métier de psychologue et de psychothérapeute récemment et que juste après, on soit totalement inféodé à des prescriptions médicales, on perd notre autonomie. »*. Certains médecins généralistes sont complètement d'accord avec cette fonction de prescripteur. *« Moi je trouve ça normal qu'on soit un peu le garant. », « Pour ce qui est de la prescription, je pense que pour le patient, c'est une habitude. »*. D'autres sont très critiques par rapport au rôle qu'on leur assigne. *« C'est juste un rôle administratif qu'on nous assigne. », « Pour les soins psychologiques, c'est un petit peu plus délicat, et c'est plus délicat pour ceux qui prennent l'initiative. »*

Le fait de devoir passer d'abord et surtout obligatoirement par le médecin pose plusieurs problèmes :

- La deuxième ligne n'a pas à prescrire la première. *« Demander que le psychiatre puisse prescrire le premier rendez-vous chez le psychologue, pour moi c'est mettre le truc dans le mauvais sens. Il faut remettre les choses dans le bon ordre, faire le point en première ligne, examiner la demande, voir si c'est psycho-affectif. »*
- Pose deux questions éthiques fondamentales :
 - Il y a de la transgression : Il y a des patients qui ne veulent pas que le médecin traitant, le médecin de la famille soit au courant. *« Les patients ne veulent pas que le médecin sache tout de leur vie (...) un danger c'est cette médicalisation de la souffrance psychique (...) on peut pas traiter des problèmes psychiques comme on traite une hypertension, un diabète (...) on est autre part, dans quelque chose d'intime, de subjectif (...) on a pas à être là les garants de tout (...) c'est extrêmement dangereux même d'un point de vue éthique de mettre le médecin généraliste comme celui qui dit 'Ah vous êtes pas bien, alors vous allez aller là'. D'un point de vue éthique ou philosophique, c'est une transgression qu'on fait. On a affaire à des personnes, on ne parle pas de psychotiques, ici (...) on parle de mal-être existentiel et de problèmes relationnels et là-dessus je ne suis pas d'accord d'aller mettre une étiquette et mon cachet. »*
Par ailleurs, il y a également transgression de l'autonomie du patient qui doit pouvoir se diriger vers ce dont il a besoin de manière autonome quand il est en capacité. *« Ils ont fait une démarche personnelle, ils sont dans une trajectoire de vie où ils veulent y voir clair »*.
 - Révèle une vision clinique : se positionne-t-on avec une vision pathologique de traitement de la maladie mentale ou avec une vision de praticien de la santé mentale. *« Une grande partie de mes patients n'est pas malade au sens d'aller voir un médecin généraliste », « Il y a un problème au fait de considérer le patient comme malade, c'est*

contraire à notre éthique professionnelle qui ne considère pas la personne comme malade avant de commencer à travailler.»

- Va à l'encontre du travail de la demande, moteur essentiel des soins en santé mentale : *« on va devoir demander qu'ils aient une prescription alors que je me rends compte que quand c'est prescrit par le médecin, le patient n'a pas forcément envie de venir chez moi.»*
- Risque d'induire des ruptures de soins : *« Ce que rapportent les patients dans les plaintes par rapport à leur suivi, c'est d'avoir dû faire plusieurs chapelles (...) c'est rajouter une chapelle en plus. Il faut d'abord aller déposer ce qui ne va pas chez votre médecin et puis il vous prescrira peut-être des séances chez le psychologue.»*
- Est un frein supplémentaire à l'accessibilité, entre autres en cas de pénurie de médecin généraliste : certains patients n'ont pas de médecin traitant *« d'autres choisissent un médecin généraliste par défaut et (...) n'ont pas envie de mettre ce médecin là en particulier dans leur trajectoire de vie »*. *« La voie d'entrée par le médecin généraliste est possible, mais parfois plus compliquée. Il doit y avoir différentes voies possibles, y compris en fonction du milieu socio-culturel dans lequel on évolue. »*
- En outre, certains ont évoqué des conflits d'intérêts possibles, une menace pour la liberté de choix du psychologue.

Ce qui est reconnu par tous c'est la place centrale du médecin généraliste. *« C'est quand même bien pour le patient que son médecin, quand il y en a un, soit au courant»*, et même plus, le psychologue est *« content d'avoir un médecin traitant qui peut parfois donner des informations cliniques concernant le patient. »*. Parfois c'est le médecin qui *« décide le patient d'y aller »* en détectant un besoin et en donnant de la crédibilité au psychologue.

Les psychologues plaident pour une relation transversale, horizontale, égalitaire avec les médecins généralistes, une bonne collaboration. Les médecins généralistes sont également très demandeurs de collaboration avec les psychologues. *« Ce qui est gênant dans la prescription c'est le côté cadré et inégalitaire de l'un, qui conditionne les revenus de l'autre. Ce à quoi il faut arriver c'est à l'interdisciplinarité qui, elle, permet d'avoir une perspective globale ; la question centrale, c'est la question de la collaboration en fait. »*

Vient alors naturellement la question de l'objectif poursuivi par cette prescription: *« Conditionner le remboursement ne va pas réussir à instaurer une magnifique collaboration entre les prestataires. On ne fait pas de pluridisciplinarité en subordonnant.»*

Certains prestataires, tant médecins que psychologues, ont déjà mis en place des collaborations sur le terrain: *« J'ai plus de la moitié de mes patients qui viennent en accès direct, de leur propre initiative et moi ce que j'essaie de mettre en place depuis plusieurs années, c'est une collaboration avec les médecins généralistes (...) faire un retour d'informations avec l'accord du patient ; et là il y a des synergies qui se mettent en place.»*

13.2. Le nombre de séances

Les psychologues trouvent unanimement que 4 séances c'est trop peu. *« Le nombre de séances est faible. Pour des problèmes liés à l'alcool (...) pour moi c'est pas des situations légères, en tous cas pas ceux qui arrivent à la consultation.»*

Ils évoquent beaucoup de cas où, bien que dans le groupe cible défini par la ministre, c'est dans une durée beaucoup plus importante qu'ils ont pu aider des personnes avec des difficultés telles que la dépression, l'anxiété ou des dépendances entre autres à l'alcool. *«Il y a des patients qui vont bien au-delà des 8 (...) et c'est là qu'on va pouvoir les aider par rapport à une dépression, par rapport à une anxiété. C'est pas en trois, quatre, six séances qu'on va arriver à quelque chose, sauf cas miraculeux mais ce type de difficulté nécessite d'aller largement au-delà de 8 séances. »*

Il est intéressant quand on parle du nombre de séances d'examiner d'où vient la demande. *« Si les personnes sont envoyées par un professionnel extérieur pour réaliser un bilan (...)il est logique que 4 séances restent suffisantes. Dans le cadre d'un suivi, je reste sceptique car il ne me semble pas avoir vu d'étude stipulant que 4 séances permettent de guérir les symptômes anxieux »*

Par ailleurs plusieurs problèmes sont rapportés en lien avec un nombre si faible de séances :

- Cela induit des attentes irréalistes chez les patients : les psychologues craignent *« d'avoir de plus en plus des patients qui disent 'ben moi le médecin m'a dit qu'en 4 séances ce serait réglé'. »*, *« On prend le risque d'installer ça dans la tête des gens : 'je vais aller chez quelqu'un qui va régler mon problème', alors que c'est tout l'inverse de ce qu'on doit défendre dans notre profession. »* ;
- Cela met le patient en insécurité : *« Moi ça m'arrive de travailler avec des assurances qui distillent les séances par 5, (...) c'est absolument inconfortable, (...) ça a un impact sur le suivi et ce que je peux faire (...) ça met le patient dans l'insécurité, ça le met dans la non-reconnaissance de la problématique qu'il a. »* ;
- Et à nouveau cela va induire des ruptures de soins.

Cependant, fixer un nombre de séances limité comporte également des avantages :

- Restreindre le nombre de séance est pour les prestataires rencontrés *« le système le moins critiquable pour contraindre l'enveloppe budgétaire »* ;
- Cela *« fournit un cadre thérapeutique »* contraignant qui impose que le patient ne s'installe pas dans une relation de dépendance, que patient et prestataire dialoguent, voient où ils en sont arrivés, évaluent ensemble, renégocient éventuellement un nouveau cadre thérapeutique.

Les experts rencontrés rappellent que l'enregistrement de données probantes pour évaluer et adapter les schémas d'organisation proposés autant que faire se peut sur une base scientifique se révélera capital lors de la phase du lancement de ce premier remboursement qu'ils considèrent comme pilote.

13.3. L'impact sur les psychotropes

L'impact probable de la mise en place du remboursement de quelques consultations psychologiques sur la prescription de psychotropes en Belgique est assez unanimement jugé comme probablement faible si on fait les choses de la manière annoncée. Plusieurs raisons sont évoquées :

- Nous confondons parfois les choses dans nos chiffres car nous n'avons pas l'indication thérapeutique : *« Le somnifère du pauvre, par exemple du Trazolan, est classifié comme antidépresseur mais nous l'utilisons comme somnifère parce qu'il est remboursé.»* ;
- Le nombre de séances est trop limité que pour avoir un impact : *« C'est pas 4 séances qui vont pouvoir contrebalancer un effet sur les psychotropes, de longue durée.»* ;
- Il y a un sérieux lobbying pharmaceutique à combattre *« y a un énorme lobbying des firmes pharmaceutiques pour les psychotropes. Maintenant les indications des psychotropes sont pratiquement étendues à tout, y a une pression sur les médecins.»* ;
- Les délais d'accès sont trop longs pour certains patients en difficulté financière ;
- A propos de certains médecins-conseil qui en cas d'incapacité de travail s'étonnent parfois de ne pas voir de traitement médicamenteux *« pour justifier aussi ça par rapport au médecin-conseil (...) si le médecin-conseil dit 'tiens le médecin dit que vous êtes déprimé, et vous n'avez pas de traitement ? (...) Quel médicament prenez-vous ?' »*.

Mais les groupes mentionnent également que c'est sur le contexte psycho-social global qu'il faut peser pour impacter la consommation de psychotropes à la baisse. *« Pour réduire la prescription de psychotropes il faut une politique de bien-être, il faut des bons logements, des écoles, une gestion de l'environnement (...) tant qu'on ne mènera pas des politiques comme ça, ça va pas se régler comme ça . C'est un sparadrap qu'on colle. »*

Un modèle est avancé à plusieurs reprises comme plus impactant, celui du travail en interdisciplinarité sous le même toit. *« Depuis que les psychologues sont là c'est beaucoup plus facile (pour les médecins) parce que quand on va chez le médecin c'est pour recevoir quelque chose. Et donc avant (le médecin) donnait soit un certificat, soit des médicaments, mais (les médecins) ne savent pas tenir 45 minutes avec le patient et donc maintenant ils ont une possibilité en plus, ça leur permet de trouver une solution. », « Les médecins généralistes sont débordés (...) On ne sait pas quoi faire, on est impuissants, on ne sait pas relayer, on a pas d'aide. Il faut, pour renverser la vapeur que j'aie un psychologue sous la main, il faut que la prescription du psychologue soit plus facile que celle d'un psychotrope. ».*

13.4. Le groupe-cible

Tant les psychologues que les médecins s'opposent à cette catégorisation et refusent cette notion de groupe-cible. Ils se montrent même assez cyniques et font le lien avec la population en âge de travailler, le fait de ne pas être sous certificat médical et de sortir du bénéfice des indemnités.

Pour eux, c'est le moyen le plus critiquable de restreindre l'enveloppe budgétaire. Il n'existe pas d'outil scientifique permettant de délimiter une ou des indications, tout le monde doit pouvoir aller chez le psychologue, toute indication de départ est artificielle, les limites d'âge ne font aucun sens, le travail avec les couples et les familles doit être intégré dans le modèle. *« Il y a une volonté économique de remettre ces gens au travail. (...) Nous, la souffrance psychique qu'on voit dans nos cabinets, ce sont des familles où il y a des enfants, des adolescents, des jeunes, des personnes âgées, de la psychogériatrie pas prise en charge. C'est dramatique. », « Moi j'ai vraiment un problème avec l'âge, pourquoi pas les enfants et les problématiques familiales lourdes, pourquoi pas eux ? C'est les plus souffrants de la planète (...) les parents sont prêts à faire plus pour les enfants que pour eux-mêmes (...) ce serait là qu'on serait le plus efficace parce qu'il y a un rôle préventif (...) ça me scandalise. », « Les diagnostics ne correspondent pas à la clinique (...) sur le terrain ce qu'on voit c'est un mélange de beaucoup de choses. », « Avant de définir un groupe-cible, il faudrait définir des objectifs à ce projet : que voulons-nous ? Abaisser les seuils d'accessibilité ? Remettre les gens au travail ? ».*

13.5. Les freins à l'accessibilité

Tous s'accordent à dire que l'accessibilité aux soins pour les personnes présentant des troubles courants et modérés est loin d'être optimale. Et les freins à l'accessibilité, autres que les freins financiers et de la prescription, sont nombreux :

- L'offre complètement illisible pour le patient, mais aussi parfois pour le prestataire qui ne sait pas comment référer : *« Il y a un certain degré de confusion au niveau des identités professionnelles des uns et des autres, on a des éducateurs qui font des psychothérapies au même prix que les psychologues, des assistantes sociales qui font de l'hypnose, des choses comme ça et même les médecins sont un peu confus par rapport à qui fait quoi. », « Le patient se demande chez qui il peut aller. Il y a 36.000 noms différents et spécialités, quand est-ce qu'il faut aller chez un comportementaliste, chez un gestalt, ils savent pas. Ils savent déjà pas faire la différence entre un psychiatre et un psychologue. » ;*
- Les stigmates sociaux sont forts : *« En tout cas en Belgique il y a un a priori par rapport aux psychologues, on a du mal à y envoyer les patients qui disent 'je ne suis pas folle'. Ça dure deux ans pour décider quelqu'un à y aller. », « Même dans un environnement de travail idéal, un environnement pluridisciplinaire où le psychologue est disponible sans supplément ni financier, ni de démarche administrative ou de quoi que ce soit (...) le médecin est souvent amené à faire un travail préparatoire parfois long pour que la démarche se fasse » ;*
- Les délais d'attente très longs, en particulier dans les structures où l'accessibilité financière est plus facile : *« Ce qu'il faudrait c'est travailler les délais de par l'offre sur le territoire », « Il*

faudrait doubler ou tripler le nombre de centres de santé mentale », « Avec 22 millions, (...) Il y a d'autres projets à mettre en place (...) augmenter le nombre de psychologues subsidiés dans les structures existantes qui pourraient recevoir des gens et résorber les délais et les listes d'attente (...) et là ça permettrait de rendre les soins accessibles. » ;

- Le 1^{er} contact reste difficile , un médecin témoigne du vécu avec certains patients : *« le patient doit trouver chaussure à son pied . Il faut aussi que le psychologue parle un langage qui soit un peu accessible au patient, que l'alliance thérapeutique soit possible, surtout dans une thérapie basée sur la parole. J'avertis toujours le patient 'il se peut que vous soyez déçu. C'est pas toujours la première chaussure qu'on essaie qui est la bonne' », « il faut qu'ils aient le droit de changer de psy dans la procédure. ».*

Une expérience est évoquée de la présence physique d'un psychologue (délégué par un Service de Santé Mentale) dans les locaux du cabinet médical, un demi-jour par semaine. *« C'est une bonne solution car cela abaisse les seuils d'accès de façon impressionnante. ».* De plus pour le patient, moins de stigmates : *« Ils viennent au cabinet comme s'ils allaient chez le médecin. A la limite ils ne doivent même pas le dire au conjoint. ».*

13.6. La mise en réseau via un hôpital 107

Mettre en réseau en passant par des conventions entre les psychologues indépendants et un hôpital de chaque réseau 107 ne fait sens pour aucun des prestataires rencontrés. L'incompréhension est totale. Le lien avec la complexité institutionnelle belge n'est que rarement fait de premier abord. Aucun élément favorable n'est relayé. Les mots sont durs. *« Le budget, déjà largement insuffisant doit le plus intégralement possible aller aux soins, hors l'hôpital touchera un dédommagement pour le travail presté afin d'effectuer la gestion de ces conventions et de la facturation. Cela relève des missions d'autres acteurs. », « Pourquoi cet hospitalo-centrisme pour des soins de première ligne, c'est assez incroyable. ».*

Les groupes admettent cependant que c'est un circuit de financement et d'administration/facturation qui peut être très rapide et demande moins d'investissement en termes de réglementation, dans le paysage devenu très complexe de la Belgique fédérée. Cela permet d'expérimenter dans un premier temps, dans une phase que les groupes considèrent comme pilote, *« Il faut commencer quelque part, et il faut même peut-être commencer avec un système caduque et l'améliorer par la suite. ».*

Le véritable réseau, celui qui fait sens, celui qui est pertinent est celui du terrain, celui qui se construit par la base. Et les réalités sont différentes en fonction du territoire. *« On devrait réfléchir à la création de bassins de soins plus petits, en travaillant vraiment sur un territoire, mais (...) pas à l'échelle d'une Province. (...) où le réseau se connaîtrait mieux (...). Avec 22 millions il y aurait moyen de faire avancer ça, ce serait plus intéressant de développer des choses comme ça plutôt que de rembourser. ».*

Une réelle mise en réseau par le terrain et le travail interdisciplinaire est à soutenir et est dans l'intérêt du patient. La mise en réseau ce n'est pas une question de trouver une personnalité juridique qui peut distribuer rapidement du financement, la mise en réseau c'est une question de qualité de la prestation pour de nombreux acteurs, pas uniquement pour les psychologues. Et d'ailleurs il n'y a pas que les médecins et les psychiatres dans ce réseau mais bien d'autres intervenants du secteur psycho-social. *« Une des raisons pour lesquelles c'est les hôpitaux des réseaux 107 qui ont été choisis c'est que c'est fédéral et les centres de santé mentale c'est les communautés et la Ministre ne veut pas déléguer une responsabilité aux communautés pour de l'argent fédéral. Il faut dépasser cela et faire cela autrement. Les Services de Santé Mentale sont peut-être une meilleure structure pour faire cela, plus accessible, mieux connue. ».*

13.7 Des dangers sont identifiés

a) Rupture de soins

Tous évoquent le fait que la continuité de prestataire pour le patient est capitale en santé mentale. Il faut éviter des ruptures de soins induites par le modèle où un changement de prestataire serait inévitable au terme de quelques séances. Les patients pris en charge par les prestataires rencontrés sont plutôt à raccrocher en permanence au soin. Si l'alliance thérapeutique est forte avec un intervenant de première ligne, le patient devrait pouvoir franchir les étapes de soins en restant un maximum chez le même prestataire. *« Il y en a qui se perdent dans l'escalier », « Vous imaginez : on raconte d'abord à un médecin (...) qui va décider si on peut aller raconter chez un psychologue avec qui on ne va peut-être pas pouvoir continuer au-delà de 4 séances », « Il va y avoir encore plus de ruptures de soins, les gens vont décrocher, découragés. ».*

b) Des soins à deux vitesses en fonction du positionnement du psychologue

Une part vraiment importante des psychologues rencontrés expriment clairement leurs doutes et une moitié d'entre eux va jusqu'à dire qu'ils n'entreront pas dans ce modèle-là, préférant garder le système actuel plutôt que d'être prescrits. *« Si c'est comme ça, j'y vais pas. », « Moi, j'y vais pas parce que c'est contraignant, c'est pas dans l'intérêt du patient, c'est pas dans mon intérêt. », « Moi je pense qu'il y a beaucoup de psychologues qui ne vont pas rentrer là-dedans, qui n'en ont pas besoin, dont les patients n'ont pas besoin. ».*

Les tarifs sont également pointés du doigt : *« Qui est-ce qui va accepter de travailler à 45 € dans les psychologues confirmés ? Ça va être les jeunes sans grande expérience (...) c'est un risque de ce type de financement. ».*

c) Un modèle inégalitaire

Nous observons également le phénomène dans notre étude sur le remboursement via l'assurance complémentaire, l'accès aux soins psychologiques est inégalitaire et la mise en place du remboursement à lui seul ne suffira pas à combattre ces inégalités. *« Vous voyez bien que c'est une population relativement aisée qui va chez le psychologue. », « Le remboursement d'une pratique de consultation, ça s'adresse à une partie de la population qui est suffisamment structurée. (...) ça concerne la population potentiellement active, peut-être est-elle intéressée par sortir de la couverture mutuelle certaines personnes, et pas ceux qui n'ont pas de boulot et qui n'ont pas accès à l'emploi de toute façon et qui eux dépendent soit du CPAS, soit du chômage. » ;*

C'est parfois le modèle même de la consultation qui est remis en question : *« Il y en a qui sont en situation de besoin et de souffrance et qui ne sont pas en situation de se mobiliser pour aller en consultation. », « Est-ce que la psychologie clinique aujourd'hui est adaptée à cette couche de la population ? », « C'est le paradigme même du psy qui n'est pas adapté. » ;*

C'est également le mode d'organisation qui est en cause : *« Pour moi il y aurait un travail sur le psychologue de première ligne attaché à un centre de soins où l'accès est facile et facilité et où on peut aussi questionner notre façon de travailler (notamment en allant plus à domicile), (...) notre pratique, la manière dont on nous forme à l'accessibilité de première ligne, sur la position qu'on a, sur la manière dont on va pouvoir travailler avec les gens là où ils sont, avec les plus perdus. Un rendez-vous chaque lundi à 16h30, c'est probablement pas le modèle le plus accessible au départ. ».*

Des alternatives plus accessibles à un public précarisé sont testées et doivent continuer à être étudiées :

« Par rapport aux personnes précarisées et peut-être aux personnes âgées d'ailleurs, (...) aux difficultés et à la non consultation, le problème c'est la consultation en fait. Pour les populations précarisées, pour des adolescents aussi parfois, c'est pas du tout un moyen de soin la consultation classique en psychologie ou en psychothérapie. Cela me semblerait intéressant de prévoir d'autres types d'initiatives (...) telles

que les groupes (...) de soutien, les groupes thérapeutiques (...) Il faut sortir des choses qui existent, trouver des alternatives (...) Le travail à domicile est également une alternative. », « Il y a (...) la dimension sociale quand on vise un public précarisé (...) les gens qui travaillent en consultation demandent qu'on ait des permanences sociales pour pouvoir répondre (...) une personne qui travaille sur le plan psychologique avec ce public-là (...) va (...) buter sur des problèmes sociaux à résoudre. ». Et enfin, la volonté politique qui préside la mesure est évoquée: « Il faut que le groupe cible soit bien défini et il faudrait que la population qui actuellement n'a pas accès à ces soins soit motivée, qu'on leur donne la main pour avoir ces soins. Il faut bien définir le groupe cible et faire un monitoring du projet. Parce que payer et rembourser les soins pour ceux qui y vont déjà, c'est pas intéressant. L'assurance complémentaire rencontre le même problème, elle rembourse ceux qui n'ont pas de problème pour y aller. Si ça c'est le projet, non ! »

d) Une limitation de la richesse des interventions

Les tarifs et durées minimales sont imposés dans le projet de remboursement actuel. Et les psychologues mais aussi les médecins regrettent le manque de concertation à ce propos, exprimant clairement le danger que cela représente d'uniformiser l'offre de soins, de l'orienter, de la limiter.

« Imposer comme ça limite la richesse (de techniques) qu'on nous reconnaît sur le territoire où il y a énormément de diversité d'approches, de pratiques », « on a cette qualité de temps à consacrer au patient qu'on va tout doucement commencer à nous prélever alors que c'est notre plus-value (en imposant des tarifs uniformes) », « Quels courants, quelles écoles vont passer ? Il faudra que ce soient des thérapies brèves, orientées résultats ? ».

Les tarifs proposés sont qualifiés de « fracassants pour pas mal de psychologues », « C'est peu attractif comme système (...) On est à des tarifs qui ne sont plus pratiqués depuis des années. ».

13.8. Un nouvelle culture est à développer

a) En matière de communication

L'échange d'informations est pointé comme insuffisant par les deux professions. Certains pointent une nouvelle culture à introduire, des questions éthiques à se poser. Le contenu et la façon de rédiger les rapports doit être différent et tenir compte des dossiers informatisés partagés.

« Le monde de la psychiatrie et des psychologues, c'est pas des champions des rapports. (...) Il faut sauvegarder la confidentialité mais il faut qu'un généraliste soit informé. (...) Il faut introduire une nouvelle culture. », « Faut apprendre à se connaître aussi, il y a des réticences professionnelles, la formation (...) il faut une réflexion éthique avant de lancer des choses comme ça : 'Qu'est-ce qu'on va partager ? Comment va-t-on communiquer ? Dans les équipes pluridisciplinaires, quel usage sera fait des informations (concertation ouverte aux personnes hors soins, à des aides ménagères par exemple) ?' », « La meilleure communication, pour moi ça reste le téléphone. ».

Le mode de financement doit prendre en compte l'aspect communication et échange de données. « Un rapport écrit, c'est beaucoup de boulot. », « En fin de carrière j'ai toujours cherché des structures où le temps de dialogue était valorisé. ».

b) En matière de formation de base

Une des clés pour instaurer de la collaboration en première ligne est le parcours de formation universitaire. « A l'heure actuelle (la collaboration) est très faible, même quand on envoie nous-mêmes chez le psy et je pense qu'elle est très faible dans l'autre sens aussi. C'est pas toujours facile d'avoir un bon envoi et ainsi de suite, cela s'apprend à l'université (...) c'est le manque de formation au départ, des formations ensemble. Sinon ça restera des problèmes de sous, de cibles, d'attachement à un réseau

et c'est pas le fond du problème. Le fond du problème c'est d'accompagner le patient dans une vision globale.».

c) En matière de qualité de la prestation

Les psychologues saluent la réglementation et professionnalisation de la profession, lui donnant ainsi du poids. Et les psychologues rencontrés se retrouvent tout à fait dans la nécessité d'une année de stage professionnel (pour obtenir l'agrément), dans des obligations de collaborations, de supervisions, d'intervisions, des heures de formation continue à suivre. Ils sont d'accord que le remboursement chez eux soit conditionné à des critères de qualité et de formation continue, un peu comme une accréditation. *« Ce système-là dépendrait de nous, serait sous la responsabilité des professionnels et ne prendrait pas le patient en otage.».*

14. NOTRE VISION DE L'ORGANISATION FUTURE

14.1. En préambule : une concertation interfédérée

Les compétences relatives à l'organisation des soins en santé mentale de première ligne sont largement éclatées en Belgique.

Le remboursement des médecins généralistes et des psychiatres relève de l'assurance fédérale et c'est dans cette assurance fédérale qu'un budget est à présent dégagé pour le remboursement des psychologues cliniciens.

L'accueil et la prise en charge des besoins psychologiques est confié aux Services de Santé Mentale (SSM) depuis près de 50 ans et aux Centres de Réadaptation Ambulatoire (CRA), cette matière est défédéralisée, transférée aux communautés et régions.

De nombreuses maisons médicales au forfait, matière fédérale, offrent depuis des années, sur fonds propres, des soins psychologiques.

Les psychologues indépendants bénéficient depuis quelques années d'un remboursement partiel dans le cadre des assurances complémentaires des différents organismes assureurs, selon des modalités fort diverses.

L'organisation des aides et des soins de santé de première ligne, ainsi que le soutien aux professions d'aide et de soins de première ligne est une matière transférée aux communautés et régions. Actuellement ce sont les communautés ou régions qui structurellement appuient et développent les collaborations multidisciplinaires, par exemple via les Associations de Soins Intégrés (ASI), les cercles de médecine générale, les Services Psychiatriques à Domicile (SPAD), les Plateformes de concertations psychiatriques, les Services Intégrés de Soins à Domicile (SISD), ...

Le travail en réseau et la concertation institutionnelle relèvent des missions des Services de Santé Mentale, défédéralisés.

Par ailleurs, le remboursement est prévu pour des psychologues cliniciens agréés. Les critères d'agrément à respecter sont une compétence fédérale et nous attendons leur publication. Par contre la procédure d'attribution des agréments relève des compétences des communautés et devra être mise en place au niveau de la fédération Wallonie-Bruxelles, de la communauté flamande et de la communauté germanophone.

Le SPF santé est responsable des budgets liés à la réforme 107. Cette réforme vise depuis la fin des années 2000 au gel de lits psychiatriques en vue de favoriser l'émergence de réseaux et de circuits de soins plus largement ambulatoires et dans le milieu de vie des patients, en développant 5 fonctions dont la première ligne de soins. Les 5 fonctions déterminées à la base comme à développer dans le cadre de cette réforme 107 étaient une première ligne de soins à bas seuil, des équipes ambulatoires de traitement intensif pour des problèmes psychiques aigus et chroniques, des équipes de réhabilitation travaillant à la réinsertion et à l'inclusion sociale, des unités intensives de traitement résidentiel pour problèmes psychiques aigus ou chroniques lorsque l'hospitalisation est nécessaire, des formules résidentielles spécifiques permettant l'offre de soins nécessaires lorsqu'elle est impossible à domicile. Ces 5 fonctions devaient progressivement s'organiser en réseau de services alternatifs répartis sur le territoire. Les réseaux 107 ont pour public les 18-64 ans, il existe également des réseaux pour enfants et adolescents, des réseaux pour personnes âgées sont projetés.

Face à cette complexité, il est nécessaire, en préambule, d'installer **une concertation interfédérée solide et pérenne, de manière à ce que le modèle développé soit cohérent. Il faut une approche concertée entre le fédéral, les entités fédérées et les pouvoirs locaux.** C'est ensemble que nos différents gouvernements doivent répondre à ce besoin de la population belge. La santé mentale des Belges est la responsabilité de l'ensemble des 7 gouvernements présents dans le pays. Le lieu de concertation est normalement la Conférence Interministérielle Santé Publique (CIM santé) qui rassemble tous les Ministres de la santé.

14.2. Une accessibilité directe et multimodale

Nous faisons le choix de **l'accessibilité directe et multimodale (quel que soit le type de pratique)** aux consultations psychologiques **pour un nombre de séances limité**. Plusieurs éléments favoriseront une accessibilité maximale.

Tout d'abord, **pas de prescription obligatoire par le médecin généraliste**. Les arguments contre une prescription obligatoire, développés par les différents prestataires (voir point 2.1.) nous semblent tout à fait pertinents. Mais surtout nous défendons une accessibilité directe à une première ligne de soins sans étape supplémentaire à franchir, sans coût supplémentaire à supporter, sans délai supplémentaire à souffrir. Bien entendu, si le médecin généraliste ne doit pas obligatoirement jouer le rôle de « gatekeeper » pour la première ligne, de prescripteur pour des soins de première ligne, il constitue le référent par excellence puisqu'il reçoit et analyse les plaintes de son patient, connaît son milieu de vie et son entourage, bénéficie de sa confiance. Les prescriptions ont toute leur place mais ne doivent pas être obligatoires pour l'accès en première ligne. On sait qu'une partie importante des cas sont référencés par le médecin généraliste **mais l'aspect contraignant de ce référencement deviendrait contre-productif**. Il faut **un modèle d'organisation souple**, où le médecin généraliste est un maximum impliqué mais ne devient pas un obstacle de par sa place incontournable. Nous proposons de ne pas opposer les deux systèmes, mais bien d'autoriser les deux. Le médecin peut prescrire, la prescription a un sens et est importante, mais le patient peut également accéder directement. **En dehors des pratiques de groupes intégrées et interdisciplinaires, c'est par contre la collaboration entre les deux professions qui ouvrira le remboursement** (voir point 14.4).

Par ailleurs ce référencement se produit également dans l'autre sens, du psychologue vers le médecin. De plus, bien d'autres intervenants du champ de la santé, entendu au sens large, en englobant le psycho-social, sont des référents pertinents. La manière dont nous allons demain organiser les soins psychologiques de première ligne doit rendre possible la présence de psychologues dans les centres de travail social, aux côtés des acteurs qui aujourd'hui déjà travaillent avec les personnes les plus vulnérables.

Face aux craintes de voir le psychologue dépassé par cet aspect direct, rappelons que la déontologie³⁹ des psychologues, tous obligatoirement enregistrés auprès de la Commission des psychologues, les obligent suivant l'article 33 à référer les cas trop lourds qu'ils ne peuvent correctement prendre en charge. L'entrée en vigueur en 2014 de ce code de déontologie a également donné naissance aux organes disciplinaires (Conseil disciplinaire et Conseil disciplinaire d'appel)⁴⁰.

Deuxièmement, en Belgique, une partie de la population fait le choix de s'inscrire auprès de centres de première ligne financés à la capitation, les maisons médicales. Ces structures sont particulièrement accessibles au public fragile et précarisé. Certains de ces centres proposent déjà des soins psychologiques depuis de nombreuses années, répondant ainsi à un besoin. **En parallèle à la mise en place du remboursement de consultations psychologiques à la prestation chez des psychologues, nous demandons la mise en place d'un forfait soins psychologiques dans les maisons médicales.**

Les médecins généralistes en pratique solo, qui souhaiteraient partager leur cabinet avec un psychologue indépendant (par exemple un demi-jour par semaine) dans l'objectif d'abaisser au maximum le seuil d'accessibilité pour leur patient devront être encouragés.

En fait, **le choix du type de pratique ne doit pas être un frein à l'accès aux soins psychologiques. L'accès aux soins psychologiques doit être multimodal.** *« Il y a plein de pratiques à encourager pour rendre les soins psychologiques accessibles »*. Nous plaidons également pour le renforcement des structures existantes et en particulier celles des Services de Santé Mentale qui font face à des demandes nombreuses, qui réussissent à toucher une partie de la population la plus fragile et dont les délais sont aujourd'hui problématiques. Ces structures doivent également être renforcées. Une manière

³⁹ Commission des psychologues (2017).

⁴⁰ Commission des psychologues (2018).

de le faire est proposée par le KCE et reprise dans notre vision : le financement des prestations des psychologues serait fédéral (c'est déjà le cas des prestations des psychiatres dans ces structures), le financement fédéré actuel resterait tel quel, consacré au fonctionnement, au travail de réseau et aux missions dites « accessoires »⁴¹, d'informations, d'interventions et de supervisions.

Troisièmement, l'accès aux premières séances est **pour tous, sans distinction d'âge et sans indication préalable nécessaire**. Nous l'avons vu au point 13.4., la détermination d'un groupe-cible pertinent en santé mentale n'est tout simplement pas possible. La première demande n'est pas toujours caractérisée, elle est parfois somatisée, les problèmes sont souvent multifactoriels et en lien avec une situation socio-économique complexe, la demande concerne parfois aussi l'entourage. Nous souhaitons que chacun puisse accéder aux soins psychologiques, en dehors de tout « étiquetage » et de toute « médicalisation ».

Quatrièmement, le **tiers-payant serait obligatoirement pratiqué** par les psychologues, toujours dans l'objectif d'abaisser au maximum le seuil d'accessibilité.

Enfin, nous l'avons vu, l'accessibilité au psychologue comporte d'autres freins (voir point 2.5) que purement financiers. Le vrai défi est d'atteindre le groupe démuné et fragile qui a besoin de soins et n'y accède pas pour le moment. La mise en place du seul remboursement ne relèvera pas ce défi. Il nous faut progressivement changer de modèle (point 14.4) et il doit y avoir des priorités de moyens pour atteindre le groupe le plus fragile. **Des mesures spécifiques, en plus du remboursement de prestations, viendront travailler à diminuer ces autres freins** : remise en question du paradigme même de la consultation psychologique et recherche d'alternatives, campagne d'informations sur les différentes identités professionnelles et la santé mentale, support au réseautage concret beaucoup plus large, réduction des délais de prise en charge, prise en compte des problèmes de mobilité et d'accessibilité géographique, développement des interventions à domicile. Par exemple, à ce propos le Plan Santé Bruxellois s'est donné comme objectif de développer une politique de sensibilisation et de dé-stigmatisation de la maladie mentale via une collaboration entre la plateforme de concertation en santé mentale, les associations de patients et les organismes assureurs pour :

- Des projets visant à lutter contre la stigmatisation de la maladie mentale et à expliquer au public la réalité de la maladie et du travail des acteurs de terrain ;
- Des projets où le public atteint de troubles mentaux est mélangé à d'autres publics, afin de favoriser la compréhension des problématiques de santé mentale, notamment par des approches artistiques ;
- Une sensibilisation des employeurs aux problématiques de santé mentale.

14.3. Pour un nombre limité de 8 séances

Cet accès direct pour des troubles légers et modérés, **serait limité à 8 séances**. Pourquoi 8 ? Avouons qu'il est actuellement impossible de répondre scientifiquement et univoquement à cette question. Une littérature scientifique récente existe mais n'a pas fait l'objet d'une lecture exhaustive dans le cadre de cette étude-ci. Entre 4 et 13 séances en Angleterre (programme Improving Access to Psychological Therapies mis en place depuis 2007), entre 6 et 10 en Australie (programme Better Access Initiative depuis 2006) sont couvertes et remboursées. La plupart des régimes d'assurance publique des programmes internationaux étudiés par certains auteurs consultés^{42 43} couvrent et remboursent une dizaine de séance. Ces études montrent aussi qu'une partie des patients n'utilise pas toutes les

⁴¹ Le décret limite ces activités à 20 %, les SSM pourraient l'augmenter mais certainement pas au détriment de la clinique, à laquelle ils donnent toute la priorité.

⁴² Fansi (2015).

⁴³ Vasiliadis (2015).

séances potentiellement remboursables. C'est également ce que nous avons constaté sur base de notre assurance complémentaire.

L'analyse des chiffres de notre assurance complémentaire révèle une moyenne de 4 séances par an. On sait cependant que cette moyenne est tirée vers le bas par le fait que ce service est très largement utilisé par des structures ayant des interventions courtes (SIEP qui travaillent en une ou deux séances, les cliniciens qui font des bilans et quotients intellectuels chez les enfants en une séance, des bilans scolaires en quelques séances, les plannings familiaux qui travaillent aussi avec une ou deux séances chez le psychologue).

Les psychologues rencontrés en focus groupe évoquent plutôt des moyennes de 10 séances/ an. Certains patients s'inscrivent dans des trajets de 20 à 30 séances par an. Le nombre de séances est extrêmement contextuel, il est influencé par la technique retenue pour ce patient là ou cette famille-là, dans le cadre de cette demande particulière. 4 séances élimineraient dès le départ certaines techniques thérapeutiques. Dans tous les cas, ce nombre limité ne doit pas placer d'emblée le patient dans une situation d'inconfort et d'insécurité. Celui-ci doit pouvoir s'engager dans un processus thérapeutique.

Fixer un nombre de séances en accès direct présente cependant des avantages certains (voir point 13.2.). De plus, la limitation du nombre de séances remboursées en première ligne est aussi une question de qualité : limiter la prise en charge dans le cadre d'une éventuelle pratique soliste aux premières séances à destination de troubles a priori légers et modérés et imposer la prise en charge dans un cadre multidisciplinaire pour les troubles plus sévères ou nécessitant une prise en charge plus longue.

Il faut bien commencer en déterminant un nombre, le plus important est de pouvoir ajuster par la suite. L'occasion de rappeler que pour que ces ajustements soient possibles, il sera capital **d'enregistrer une série de données** probantes à définir et d'évaluer **régulièrement**.

La tenue d'un dossier tout au long de ces 8 séances est obligatoire. Au terme des 8 séances, un bilan fonctionnel plus complet serait complété par le psychologue et tous les acteurs pertinents (médecin généraliste entre autres pour la partie arrêt de travail et traitement psychotrope, psychiatre éventuellement, ...) et placé dans le dossier médical global partagé. Un bilan fonctionnel envisage nécessairement les atteintes sur le fonctionnement quotidien et la qualité de vie suite aux difficultés. Ce bilan fonctionnel donnerait accès à des remboursements à un niveau spécialisé.

14.4. Au sein d'une pratique interdisciplinaire et d'un réseau qui échange

Nous l'avons vu au point 13, dans le contexte actuel d'une offre fonctionnant largement sur base de la pratique libérale soliste, **la question centrale est en fait celle de la collaboration, de l'interdisciplinarité**. Le patient doit pouvoir bénéficier d'une aide apportée dans un cadre interdisciplinaire, dans une vision globale de la santé et en lien avec le réseau plus large de soins.

Commençons peut-être par dire que **c'est de modèle de soins dont il faudrait changer**, et que cette question dépasse très clairement la question de l'organisation du remboursement de soins psychologiques. Nous avons besoin d'innovation si ce qu'on veut atteindre c'est la collaboration et l'interdisciplinarité. Dès lors combien de temps accepterons-nous encore que les facultés forment à la mono-discipline ? Combien de temps accepterons-nous encore de délivrer des autorisations à s'installer en soliste pour les professionnels de la santé primaire ? Combien de temps encore à accepter de peiner à coordonner les soins autour de patients complexes, chroniques et vieillissants ? Il est possible d'innover et de mettre en place une **véritable mutation du système de soins de santé primaire vers un système collaboratif et interdisciplinaire, dans lequel le psychologue s'insèrerait**. Chaque nouvelle intervention dans le système de santé est l'occasion de s'approcher de cette vision globale de la santé.

Il nous faut cependant tenir compte de l'offre de soins disponible en Belgique. Nous avons vu dans notre paysage de l'offre de soins au point 2 que peu de psychologues sont actuellement intégrés dans un centre pluridisciplinaire en regard du nombre total de prestataires sur le territoire. Nous souhaitons un accès direct et facile aux soins psychologiques de première ligne pour un nombre limité de séances, en collaboration, interdisciplinarité avec a minima le médecin généraliste. Or le paysage actuel est en grande partie composé de prestataires indépendants isolés. Financer une pratique indépendante en solitaire n'est pas ce que nous voulons, or il existe avec ce nouveau programme un risque d'orienter plus de jeunes psychologues vers ce type de pratique. Il faut donc que cet accès direct et facile s'accompagne de balises et facilite l'évolution nécessaire du système de soins de santé de première ligne dont question ci-dessus.

Si le psychologue de première ligne est intégré dans une pratique de groupe interdisciplinaire, il est remboursé pour un nombre limité de 8 séances maximum. Si le psychologue de première ligne pratique en soliste, le remboursement de la prestation, dans le même cadre de 8 séances maximum, serait conditionné à l'échange d'informations avec le médecin généraliste, à condition que le patient ait donné son accord. Un retour simple du psychologue vers le médecin généraliste, avec accord du patient, idéalement au départ et au plus tard au bout des quelques séances à déterminer, conditionnerait le remboursement du psychologue. Il est en effet capital que le médecin soit informé par le psychologue, le rôle central du médecin généraliste est ainsi affirmé. Bien entendu la volonté du patient est aussi respectée (le psychologue est également remboursé si le patient a refusé la transmission d'informations au médecin généraliste et que le psychologue enregistre ce refus).

Les maisons médicales devront disposer d'un forfait psychologue pour les soins psychologiques proposés.

Quelles informations seraient échangées ? Qu'est-ce qui se dit, et ne se dit pas, entre médecin et psychologue ? Cette question est à travailler préalablement avec le terrain et en envisageant les aspects déontologiques, une charte de collaboration pourrait être établie. Des prestataires rencontrés il nous revient une série de balises, il faut échanger les informations pertinentes aux soins, utiliser les méthodes modernes qui permettent de se concerter sans se déplacer.

Au terme de quelques séances, les prestataires rencontrés relatent que le médecin aimerait disposer d'un rapport très court avec quelques informations, à savoir si le patient accroche, en d'autres termes si l'alliance thérapeutique a pu être nouée, si des objectifs ont pu être fixés, si une fréquence et une durée sont envisagées, les points d'attention remarqués par le psychologue et méconnus du médecin (avec l'accord du patient).

D'autres informations utiles évoquées concernent simplement l'accès aux coordonnées des autres prestataires du patient (e-mail et GSM) pour une multidisciplinarité effective, la justification d'une incapacité de travail, le suivi et vécu du traitement médicamenteux.

En sens inverse, lors du référencement, les psychologues aimeraient disposer d'une explication brève de la demande du médecin, éventuellement d'un bref historique des antécédents et du parcours du patient, de quelques informations sur la médication en cours.

Conditionner le remboursement à l'échange d'informations est **une étape pour tenter de favoriser la collaboration**. Elle a cependant clairement ses limites. Inciter financièrement la collaboration n'est pas le modèle idéal et il ne faut certainement pas s'arrêter là. Il faut, à plus long terme, aller au-delà de l'incitant à la communication, **développer une première ligne de soins forte et intégrée dans une réelle pratique interdisciplinaire**, mais il s'agit là d'un **modèle à promouvoir pour tous les secteurs de la santé dans son ensemble** et pas seulement pour la santé mentale.

Deuxièmement, un **forfait** serait prévu pour le psychologue **par patient et par épisode de soins pour la tenue des dossiers et afin d'encourager le partage d'informations**.

Dans un certain nombre de cas, le psychologue de première ligne sera confronté à des situations nécessitant d'aller au-delà du colloque psychologue – patient – médecin généraliste. Il doit s'inscrire au sein d'un réseau global. Le psychologue de première ligne **interagit avec et au sein des réseaux existants de soins de santé mentale** (par exemple le réseau 107), de telle sorte qu'un renvoi adéquat puisse être fait si nécessaire de la première à la deuxième ou troisième ligne.

Quels sont les acteurs d'un réseau plus large qui devraient être autour du patient avec des besoins légers à modérés en soins psychologiques ? Les Services de Santé Mentale (SSM) existants nous semblent un acteur central dans cette mise en réseau. Ils ont pour mission première l'accueil des demandes relatives aux difficultés psychiques ou psychologiques⁴⁴. Les services de santé mentale s'inscrivent déjà dans un réseau depuis de nombreuses années, réseau entendu au sens de « l'ensemble des professionnels, quel que soit leur secteur d'activités, ou non professionnels, qui interviennent de façon simultanée ou successive au bénéfice de l'utilisateur ou d'une situation, dans un partenariat effectif définissant un fonctionnement, une finalité et des objectifs communs ». ⁴⁵ Ce réseau est renforcé via des concertations institutionnelles (collaborations entre institutions) auxquelles participent les SSM. On y retrouve déjà :

- Les structures psychiatriques : services hospitaliers et ambulatoires ;
- Le réseau médical : médecins généralistes et spécialistes ;
- Le réseau scolaire : écoles (enseignement ordinaire ou spécialisé), PMS, PSE (promotion santé à l'école), associations de parents ou entreprises d'apprentissage professionnel ;
- Le champ de la petite enfance : travailleurs psycho-médico-sociaux, de l'ONE, consultations nourrissons, crèches, gardiennes encadrées, maisons d'enfants, pédiatres ;
- Les structures judiciaires : maison de justice, parquet, tribunal ou barreau ;
- Le secteur social : CPAS (Centre Public d'Action Sociale), services d'aide aux familles et aux personnes âgées, services sociaux locaux, services de soins à domicile, structures liées à l'emploi et au chômage ;
- Les institutions pour personnes handicapées : SAJJ (Services d'Accueil de Jour pour Jeunes), SRJ (Services résidentiels pour Jeunes), institutions pour adultes, centres de jour, services de placement d'enfants, d'accueil ;
- L'aide à la jeunesse.

A l'instar des cercles de médecins généralistes, des **cercles de psychologues** seraient financés par les régions et seraient responsables de la continuité des soins (certains existent déjà en Flandre) ; nous pourrions inclure ceux-ci dans le réseau local existant ainsi que dans la concertation institutionnelle.

Un autre aspect important dans la profession de psychologue est la mise en place de **supervisions et d'intervisions**. L'organisation d'activités d'information, de supervision et de formation au bénéfice d'autres professionnels fait également partie des missions accessoires des Services de Santé Mentale - SSM existants⁴⁶. Ces structures devront être renforcées pour exercer cette mission. Voilà aussi une façon concrète d'inclure les psychologues indépendants dans un réseau de pairs. Une **allocation de pratique** pourrait soutenir cet investissement dans la qualité de la pratique via l'engagement dans des processus de supervision et d'intervision, l'insertion dans un réseau interdisciplinaire local et l'informatisation nécessaire au partage de données efficaces. Nous l'avons déjà dit, les Services de Santé Mentale doivent être renforcés pour leur permettre d'assurer cette fonction pleinement (organisation de supervisions et d'intervisions).

⁴⁴ Art. 540 du Code wallon de l'action sociale et de la santé.

⁴⁵ Art.552 §1 du Code wallon de l'action sociale et de la santé.

⁴⁶ Décret du 3 avril 2009 relatif à l'agrément des services de santé mentale et à la reconnaissance des centres de référence en santé mentale en vue de l'octroi de subventions (M.B. du 30/04/2009, p. 34551), abrogé par le décret du 1er décembre 2011 et intégré depuis le 21.10.11 dans le Code wallon de l'Action sociale et de la Santé, conformément aux décrets et arrêtés portant codification de la législation en matière de santé et d'action sociale.

Enfin, c'est **dès la faculté** que le travail de mise en réseau doit être fait, avec des cours en commun pour les médecins et les psychologues, **une réelle formation de base interdisciplinaire**. C'est dès la faculté qu'une vision globale doit être développée. C'est au niveau de l'éducation de base que les professionnels apprendront à se connaître et pourront par la suite maintenir cette collaboration, dans une vision globale et cohérente pour le patient. *« Le réseau est quelque chose qui marche bien quand il se crée par la base »*. Les politiques et modèles d'organisation peuvent aider par des soutiens comme ci-dessus, mais c'est à la base qu'il faut commencer à insuffler les choses. Et ici aussi, on dépasse de loin le seul cadre des psychologues. L'attention à des soins globaux et intégrés de tous les patients est l'affaire de chaque prestataire et institution de soins.

14.5. Via un circuit de facturation spécifique et avec une nomenclature

Nous défendons la **mise en place d'une Commission de convention Santé mentale/Psychologues-Organismes Assureurs au sein de l'INAMI et une facturation classique via les OA, ainsi que la mise en place d'une nomenclature**.

Le psychologue attestera comme le fait le médecin généraliste. Nous recommandons la mise en place d'une nomenclature simple pour commencer, elle est nécessaire pour savoir ce que l'on rembourse et obtenir les données nécessaires à une évaluation de la mise en œuvre de ce nouveau programme. Les bilans ne sont pas du suivi, un patient venu de manière autonome n'est pas un patient référé par un tiers, une prise en charge individuelle doit être dissociée d'une intervention dans le couple ou dans la famille. Une prise en charge à domicile n'est pas un travail en cabinet. Un travail en groupe n'est pas un travail individuel.

Cette nomenclature pourrait progressivement jeter des ponts avec les nomenclatures existantes et pertinentes d'autres professions via des codes mixtes, interdisciplinaires.

Les assurances complémentaires relatives aux consultations psychologiques des différents organismes assureurs seront amenées à être revisitées. Elles ne vont pas disparaître du jour au lendemain à condition de pouvoir rester réellement « complémentaires » à l'assurance obligatoire et ne pas prendre le risque par exemple de rembourser des choses par ailleurs déjà prises en charge. Rappelons en effet que l'objectif de l'assurance complémentaire est de couvrir des besoins non rencontrés et/ou insuffisamment couverts par l'assurance obligatoire. Sans nomenclature, il sera impossible d'y arriver.

L'organisation et le financement du réseau ambulatoire 107, initialement sorti de l'hôpital, et actuellement géré par la Santé Publique, pourrait également être confié à cette nouvelle commission de convention.

Pourquoi passer par une Commission de convention santé mentale/psychologues – OA et un nouveau type de convention ?

Outre les organismes assureurs, les membres de la commission santé mentale/psychologues représenteront la pluralité des modalités d'accès aux soins psychologiques et pas uniquement les psychologues indépendants (pratiques interdisciplinaires de première ligne et centres spécialisés). Celle-ci sera, comme dans les autres secteurs de l'AMI, responsable de son budget et devra prendre les mesures nécessaires, dans le cadre de la concertation. La commission de convention permet la concertation entre les prestataires et les organismes assureurs, dans leur mission de garant du budget et de défense des affiliés. De plus, cela permet de travailler, pour la prestation du psychologue, comme pour toutes les autres prestations d'autres professionnels de la santé, avec une garantie de pouvoir accéder aux soins tout au long de l'année budgétaire et jusqu'au dernier jour de l'année.

Les psychologues non conventionnés ne seraient pas remboursés dans le cadre de l'assurance obligatoire. Il n'y aurait pas de supplément possible. C'est le modèle idéal que nous défendons. Il s'agit d'une réelle innovation. La convention serait d'un nouveau type par rapport aux conventions existantes. Il ne s'agirait pas d'un accord tarifaire comme on connaît dans le secteur médical ou

dentaire, ni d'une convention comme on connaît avec les kinésithérapeutes par exemple pour lesquels il est prévu un remboursement moindre en cas de non conventionnement. La convention-ci ne permettrait pas le remboursement des non conventionnés. Il est juridiquement envisageable de lier l'intervention de l'AO à l'interdiction de réclamer des suppléments et donc au conventionnement. En effet **le moyen (conditionner le remboursement au conventionnement) est raisonnablement proportionnel à l'objectif poursuivi qui est de favoriser l'accès aux soins de santé mentale** ; cet accès étant actuellement entravé par l'absence d'intervention de l'assurance obligatoire pour la plupart des prestations de santé mentale dispensées par les psychologues et l'absence de norme (niveau de tarif) relative à ces prestations. Nous devons agir conjointement sur les deux aspects et au final diminuer le montant à charge du patient. Cela permet d'éviter qu'une nouvelle intervention de l'assurance obligatoire ait pour effet de provoquer une augmentation des honoraires, avec pour conséquence que le patient paie toujours la même chose. Dès lors, il faut que les prestataires s'engagent à respecter un tarif maximum, autrement dit se conventionnent, entendu que les moyens sont ceux de la sécurité sociale, par nature limités. Cette obligation va de pair avec un tarif suffisamment attractif⁴⁷ pour que l'offre de prestataires conventionnés soit suffisante dans tous les bassins de soins et le ticket modérateur suffisamment modéré pour que les soins soient accessibles à tous. Le ticket modérateur est mis à zéro pour les patients ayant désigné un médecin généraliste de référence et gérant leur DMG.

Une proposition qui discrimine les psychologues ? Non, c'est plus une différence de traitement fondée sur un critère objectif. Il sont actuellement discriminés puisque non remboursés, la mesure est donc de nature à diminuer la discrimination existante. La différence de traitement est fondée sur un critère objectif : ceux qui font l'objet d'un remboursement en assurance obligatoire et ceux qui n'en bénéficient pas (encore).

14.6. Avec un financement mixte

Nous reprenons l'idée du financement mixte comme étant le modèle répondant le mieux aux différents objectifs poursuivis de facilitation de l'évolution du système de soins de première ligne vers des pratiques de groupes interdisciplinaires, d'accessibilité, d'échange d'informations et de réelle collaboration, de maîtrise budgétaire et de mise en réseau.

Le financement comporterait donc 4 volets :

- Une première partie serait le paiement des prestations à l'acte via le tiers payant obligatoire ;
- Un ticket modérateur équivalent à celui du médecin généraliste en première ligne. Ce ticket modérateur est à zéro lorsque le patient dispose d'un DMG ;
- Un forfait par patient par épisode de soins, pour la tenue du dossier patient informatisé et l'échange d'informations avec le médecin généraliste (communication dès le début et au terme d'un nombre de séances à définir, bilan fonctionnel pluridisciplinaire en fin de traitement et au maximum au terme des 8 séances et qui donne éventuellement accès à des soins spécialisés) ;
- Une allocation de pratique pour rémunérer les activités liées à la qualité de la pratique (supervision et intervision, ...) ainsi que l'intégration dans un réseau interdisciplinaire local, l'informatisation.

En parallèle, il existerait un forfait psychologues dans les maisons médicales proposant ce soin à leurs patients inscrits.

⁴⁷ Toute comparaison de tarif entre le psychologue et d'autres prestataires de soins nous semble particulièrement hasardeuse. En effet l'outil de travail principal du psychologue est la parole dans un espace-temps important, et dans une relation unique (pas possible de traiter deux ou trois patients en parallèle).

Le financement du psychiatre ne serait pas revu, l'accès au psychiatre non modifié pour le patient.

14.7. Quel lien vers les autres intervenants plus spécialisés ?

Au terme des 8 séances en accès direct, nous proposons qu'un bilan fonctionnel multidisciplinaire soit établi en collaboration par le psychologue et le médecin généraliste ainsi que tous les acteurs pertinents. Le patient doit être inclus comme acteur du bilan fonctionnel, moment de réflexion sur le chemin parcouru et éventuellement restant à parcourir. Ce bilan donne accès, en cas de besoin, à des remboursements de soins plus spécialisés. Ces remboursements spécialisés sont eux aussi limités et éventuellement renouvelables, cette fois avec l'accord du psy-conseil.

Rappelons tout d'abord que pour le patient, et en vue de limiter un maximum les ruptures de soins, le psychologue de première ligne et le psychologue spécialisé sont actuellement parfois la même personne. Et en cas de changement de prestataires, le bilan fonctionnel permet un échange d'informations accompagnant ce changement, toujours avec l'accord du patient.

Que devrait contenir ce bilan fonctionnel ? Un bilan fonctionnel envisage nécessairement les atteintes sur le fonctionnement et la qualité de vie suite aux difficultés psychologiques. Les informations utiles pour la mesure de la qualité (et certainement en cas de clôture de traitement), les informations utiles pour juger de la nécessité de soins spécialisés, une mention de tout ce qui a déjà été entrepris par les différents intervenants professionnels.

Le psychologue qui prendra en charge des traitements plus longs et/ou plus spécialisés travaillera obligatoirement en collaboration avec une structure pluridisciplinaire existante (SSM, CRA) et sera lui-même engagé dans un processus de spécialisation et de formation continuée.

Quel rôle pour les psy-conseils des OA ?

Les psy-conseils n'interviendront qu'en cas de renouvellement de soins spécialisés. D'une manière plus globale le psy-conseil, en collaboration avec le médecin-conseil, participe déjà actuellement à l'évaluation psychosociale des affiliés dans les dossiers d'incapacité de travail et d'invalidité liée à des problèmes de santé mentale; accompagne les assurés dans leur réintégration professionnelle et assure une partie de la gestion des soins de santé pour les OA⁴⁸.

Les soins spécialisés ne faisant pas l'objet de cette publication, ce point n'est pas développé plus en avant.

14.8. Un phasage nécessaire, une mise en œuvre progressive

Dans la proposition faite ci-dessus, les éléments qui demandent du temps sont nombreux : Diriger tout le système de soins de santé primaire vers un système interdisciplinaire intégré et collaboratif, travailler la collaboration dans le cadre d'une vision globale de la santé, mettre en réseau largement, régler pour le nouveau secteur des psychologues, installer une culture qualité en déterminant des objectifs, mesurant et évaluant, lutter contre les stigmates sociaux, faire évoluer les formations de base et les formations continuées, ...

Il nous semble donc important de mettre à profit les 4 années à venir (où un premier remboursement que nous considérons comme un projet pilote à évaluer, voit le jour) pour phaser la mise en œuvre de ces différentes composantes du modèle d'organisation des soins psychologiques.

⁴⁸ Description de fonction Psychologue-conseil Solidaris (juin 2015).

15. QUEL EST LE BUDGET NECESSAIRE ?

Les données économiques et épidémiologiques nécessaires pour développer une analyse budgétaire fiable ne sont pas suffisantes et il est difficile de faire une estimation étayée du budget nécessaire. Nous reprenons dans cette section quelques éléments balises par rapport à cette estimation budgétaire. S'il n'est pas possible de déterminer avec précision les moyens nécessaires, il semble cependant vraiment évident que le budget de 22,5 millions débloqué actuellement n'est pas suffisant et devra être augmenté progressivement. Nous posons une série d'hypothèses et sur base de celles-ci réalisons une estimation du budget nécessaire dans le cadre de notre vision développée au point 14.

15.1. Quelques chiffres à notre disposition

- Un belge sur trois de 15 ans et plus manifeste des difficultés psychologiques, selon la dernière enquête de santé des belges (2013)⁴⁹ ;
- 5,1% des Wallons (6,7% des Bruxellois et 4% des Flamands) ont consulté un psychologue ou un psychothérapeute au cours des 12 derniers mois, selon la même enquête de santé des belges (2013), donc dans un contexte où les psychologues indépendants n'étaient pas encore remboursés ;
- De notre analyse de l'assurance complémentaire (voir point 5) on voit que 2,4% des wallons demandent le remboursement d'au moins une consultation chez le psychologue ;
- Les problèmes de santé mentale concernent plus d'un tiers des personnes en invalidité (390.765 personnes au 31/12/2016)⁵⁰, soit 133.000 personnes ;
- Le budget de la santé mentale en Wallonie s'élève à 36 millions (2018) sur 105 millions pour la « branche santé » en Wallonie⁵¹ ;
- 27.844 nouvelles prises en charge de 2012 à 2015 pour des personnes de 18 ans et plus, soit 7.000 nouveaux cas par an, dans les SSM en Wallonie⁵² soit 0,27% de la population wallonne adulte ;
- Selon l'enquête européenne ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders), 12,7% de la population adulte en Belgique connaît une prévalence sur 12 mois de troubles mentaux communs.

15.2. Données nécessaires et méthodologie proposée par le kce

Dans le chapitre 9 du rapport scientifique de sa publication de 2016, le KCE⁵³ fait l'inventaire des données nécessaires à l'établissement d'un budget. Nous devrions disposer de :

- La proportion de personnes (triées par type de bénéficiaire ordinaire ou intervention majorée) avec des problèmes psychiques (triés par sévérité) par région (voir enquête de santé de 2013, un Belge sur trois) ;
- La proportion de personnes consultant un professionnel pour résoudre leur problème (une sur trois chercherait de l'aide⁵⁴) ;

⁴⁹ Gisele, *Ibidem*.

⁵⁰ INAMI - <https://www.inami.fgov.be/fr/publications/ra2017/themes/Pages/ips.aspx>

⁵¹ AViQ - Préfiguration du budget initial 2019 – Note au Comité de Branche Santé & Bien-être – Séance du 15 mai 2018.

⁵² Bilet, *Ibidem*.

⁵³ Kohn, *Ibidem*.

⁵⁴ Kce se réfère à l'étude d'Itinera "Hoe gezond is de geestelijke gezondheidszorg in België?" (2013) ainsi qu'à une thèse Française de Dezetter et al., 2013.

- La proportion de personnes qui, lorsqu'elles consultent, acceptent les soins prestés par des psychologues (jusqu'à 20% de personnes ne passeraient pas le cap et jusqu'à 20% abandonneraient après un contact⁵⁵) ;
- L'augmentation potentielle dans la consommation de soins de santé dans les régions où un nouveau programme de remboursement des soins psychologiques est mis en place (pas d'hypothèse connue) ;
- La proportion de patients qui choisiraient de rester en traitement avec son psychologue privé non remboursé (pas d'hypothèse connue).

Il va sans dire que nous ne disposons pas de toutes les informations nécessaires et que les hypothèses à faire sont nombreuses.

Le KCE relate également une méthode alternative un peu approximative, utilisée par la FBP⁵⁶ – Fédération Belge des Psychologues qui part du nombre de prestataires indépendants enregistrés en 2010, fournissant en moyenne 20 consultations/semaine pour en moyenne 50 €/consultation et sur en moyenne 46 semaines d'activité par an. Il arrive à un budget de 230 millions annuels de chiffre d'affaires pour ces prestataires psychologues indépendants.

15.3. L'analyse de Zorgnet-Icuro

Il existe un exercice de calcul d'impact budgétaire réalisé par Zorgnet-Icuro, qui concrétise des propositions dans deux scénarios opérationnels distincts. Zorgnet reprend les prévalences de l'étude ESEMeD⁵⁷ : 12,7% des Belges présentent sur une période de 12 mois (hors troubles psychiques très sévères) des troubles psychiques communs. La prévalence des troubles sévères retenue est celle connue en Hollande, de 1,7% (Tableau 27).

Tableau 27 : Prévalence des troubles psychiques utilisée par Zorgnet dans son estimation

Population Belge au 01/01/2016	18-64 ans	6.919.768
	64 +	2.062.561
	Total	8.982.329
Prévalence sur 12 mois des troubles psychiques communs d'intensité légère, modérée et sévère (ESEMed – Common mental disorders)	12.7 %	1.140.756
Prévalence sur 12 mois des troubles psychiques les plus sévères (tels la psychose)	1.7 %	152.700
Prévalence totale	14.4 %	1.293.456

Source : Zorgnet (2017)

Parmi les personnes présentant un trouble psychique commun, un classement selon différentes intensités peut s'opérer.

⁵⁵ KCE fait ici référence au rapport sur les projets pilotes en Flandre concernant le psychologue de première ligne FLPP.

⁵⁶ Calcoen (2015).

⁵⁷ Bruffaerts (2008).

Tableau 28 : Répartition en fonction de l'intensité des troubles psychiques utilisée par Zornet dans son estimation

Lourdeur des besoins	Prévalence %	Nombre estimé en Belgique
Prévalence sur 12 mois des troubles psychiques communs d'intensité légère, modérée et sévère (ESEMed – Common mental disorders)	12.7 %	1.140.756
Troubles psychiques légers – groupe A	29 %	330.819
Troubles psychiques modérés – groupe B	38 %	433.487
Troubles psychiques sévères – groupe C	33 %	376.449
Prévalence sur 12 mois des troubles psychiques les plus sévères (tels la psychose) – groupe D	1.7%	152.700

Source : Zornet (2017)

En réalité, les problèmes psychologiques se situent sur un continuum de gravité, et pas dans 4 classes bien distinctes. Zornet pour son calcul d'impact budgétaire ne prend pas les troubles sévères ni les plus sévères (groupe C et D). C'est en effet plus le public cible des établissements de soins de santé mentale, bien que les frontières ne soient pas étanches.

Deux scénarios sont comparés.

Scénario 1 :

- Offre large de soins psychologiques de première ligne en parallèle à la médecine générale (pas de condition d'accès ni de critère) pour 650. 000 personnes ;
- Le médecin généraliste ne prenant pas en charge ces soins ;
- Hypothèse : Tous les troubles psychiques légers ainsi que $\frac{3}{4}$ des troubles psychiques modérés peuvent être traités par des interventions courtes du psychologue de première ligne. Seul $\frac{1}{4}$ des troubles modérés ont besoin de soins ambulants plus spécialisés.

Tableau 29 : Premier scénario sur la forme de soins en fonction de la lourdeur des besoins

Lourdeur des besoins	Forme des soins	Nombre de Belges
Troubles psychiques légers	Psychologues de première ligne, nombre de consultations limité	114.076
	Psychologues de première ligne, nombre de consultations limité	216.744
Troubles psychiques modérés	Psychologues de première ligne, nombre de consultations limité	319.412
	Soins psychologiques ambulants spécialisés	114.076

Source : Zornet (2017)

Scénario 2 :

- Dans une logique de soins échelonnés ;

- La personne avec des troubles psychiques légers se gérant seule soutenue par son médecin généraliste pour 1/3 d'entre eux, puis trouvant de l'aide auprès de son médecin généraliste lors de consultations de longue durée pour 2/3 d'entre eux ;
- $\frac{3}{4}$ des personnes avec des troubles psychiques modérés sont prises en charge par des psychologues de première ligne dans des interventions de courte durée ; $\frac{1}{4}$ des personnes avec un trouble modéré devant bénéficier de soins ambulants plus spécialisés.

Tableau 30 : Deuxième scénario sur la forme de soins en fonction de la lourdeur des besoins

Lourdeur des besoins	Forme des soins	Nombre de Belges
Troubles psychiques légers	Auto-soins, soutenus par le médecin généraliste	114.076
	Par le médecin généraliste, nombre limité de consultations	216.744
Troubles psychiques modérés	Psychologues de première ligne, nombre de consultations limité	319.412
	Soins psychologiques ambulants spécialisés	114.076

Source : Zorgnet (2017)

Un modèle de financement mixte est utilisé par Zorgnet pour faire le calcul de l'impact budgétaire :

- Allocation de pratique de 6.000 €/an ;
- Montant forfaitaire (ouverture et la tenue d'un DMG) de 60 €/an par patient pour les soins de première ligne ou 240 €/an par patient pour les soins spécialisés ;
- Un paiement par prestation est prévu :
 - Consultation longue durée chez le médecin = 30 minutes, coût 40 € dont TM de 6 € (1,5 € pour les BIM) – Maximum 4.
 - Consultation chez le psychologue de première ligne = 45 à 60 minutes, coût 60 € dont TM de 6 € (1,5 € pour les BIM) – Maximum 4.
 - Soins psychologiques ambulants en centres spécialisés, coût 60 € dont TM de 12 € (3 € pour les BIM) – Maximum 15.
- Dans le scénario 2, il y a d'une part 25 millions pour le développement d'une application à l'appui des auto-soins et d'autre part 30 €/an par patient pour le soutien au médecin généraliste + la liaison entre le médecin généraliste et les soins spécialisés.

Le scénario 1 coûte 324 millions €, le scénario 2 coûte 15% de moins, à savoir 281 millions €.

15.4. Estimations budgétaires liées à notre vision

Nous l'avons vu ci-dessus les hypothèses à poser sont nombreuses pour estimer le budget nécessaire. La vision développée ci-dessus souhaite clairement faire évoluer la pratique de première ligne vers un modèle intégré et interdisciplinaire. L'ouverture au financement d'une pratique soliste en cabinet n'est pas le modèle vers lequel nous souhaitons aller. Cependant, puisque l'objectif poursuivi est l'accessibilité aux soins psychologiques, on ne peut aujourd'hui pas se passer de rembourser la pratique soliste vu la répartition de l'offre de soins entre psychologues inclus dans une structure interdisciplinaire et psychologues en pratique soliste (voir point 2). Il s'agit pour nous d'une étape intermédiaire vers le modèle recherché. Par ailleurs, nous l'avons vu le modèle classique de la consultation en cabinet ne réussira pas à toucher une partie de la population pourtant en besoin. Les

pratiques groupées et interdisciplinaires ainsi que des formes alternatives de soins doivent également être financées.

En conséquence, les moyens alloués sont à partager entre une pratique libérale balisée et les pratiques interdisciplinaires intégrées vers lesquelles le système de soins primaires doit évoluer.

Nous réaliserons deux budgets, selon la logique d'une fourchette haute et une fourchette basse (Tableau 31).

Tentons dans un premier temps de budgéter la pratique soliste en faisant une série d'hypothèses :

- 12,7% de la population générale est avec des besoins psychiques⁵⁸. Les troubles légers et modérés représentent 67% des besoins → soit 967.990 personnes ;
- 30 % de celles-ci chercheront à se faire aider par un psychologue indépendant dans le modèle classique de la consultation en cabinet. Il s'agit du pourcentage retenu par les diverses sources consultées (le KCE qui se base entre autre sur Itinera et la thèse française de Dezetter et al.) mais aussi les travaux du NICE en Angleterre qui ont servi au programme d'accès aux soins et aux services psychologiques du Royaume-Uni), soit 290.397 personnes
- Les consultations (tarif défini à 50 €⁵⁹) vont se répartir selon le schéma suivant ⁶⁰:
 - 12% abandonnera après le 1^{er} contact (34.848 consultations) ;
 - 18% ira jusqu'à 2 consultations (104.543 consultations) ;
 - 14% ira jusqu'à 3 consultations (121.967 consultations) ;
 - 12% ira jusqu'à 4 consultations (139.391 consultations) ;
 - 10% ira jusqu'à 5 consultations (145.198 consultations) ;
 - 8% ira jusqu'à 6 consultations (139.391 consultations) ;
 - 8% ira jusqu'à 7 consultations (162.622 consultations) ;
 - 18% ira jusqu'à 8 consultations (418.172 consultations).

Soit un total de 1.266.131 consultations. Cela paraît en fait assez peu par rapport au nombre de praticiens enregistrés auprès de la commission des psychologues en Belgique. Si un psychologue fait 20 consultations par semaine, pendant 46 semaines par an, il fait 920 consultations par an. Pour assurer les 1.266.131 consultations il faut alors 1377 psychologues conventionnés et accrédités. Ce qui correspond à 11,5% des psychologues enregistrés à la Commission des psychologues en Belgique. → 63.306.533 € moins 1.937.180 € de TM = **61.369.353 €**

- Un ticket modérateur pour les patients sans DMG⁶¹, équivalent au maximum à celui du médecin généraliste en première ligne, en faisant l'hypothèse de 20% de consultations pour les patients

⁵⁸ L'enquête Eseméd utilise une méthodologie d'échantillonnage aléatoire et un questionnaire, le Composite International Diagnostic Interview (CIDI), basé sur le DSM IV, appliqué par des non cliniciens soit par téléphone, soit à domicile.

⁵⁹ Le tarif proportionnellement raisonnable serait à discuter en Commission. Nous l'avons fixé à 50 € la consultation pour faire cette estimation budgétaire. C'est plus que ce que perçoit le psychiatre mais nous avons souhaité tenir compte de la durée moyenne d'une consultation. Le tarif moyen observé dans le cadre de l'analyse de notre AC est de 38 €. 90% des prestataires appliquent un tarif égal ou inférieur à 45 euros. Mais par ailleurs nous savons que nos affiliés représentent la moitié de la population inscrite en maison médicale. Le pourcentage de BIM parmi nos affiliés (26,28% en 2016) est également bien plus important que dans la population nationale (18,80% en 2016).

⁶⁰ Basé sur les répartitions observées dans notre AC corrigées en fonction des feedbacks reçus lors des focus groupes.

⁶¹ 70% des belges ont désigné un médecin généraliste comme médecin de référence et gérant leur DMG.

bénéficiant de l'intervention majorée → $(253.226 * 1,5 \text{ €} * 0,3) + (1.012.905 * 6 \text{ €} * 0,3) =$
1.937.180 €

- Un forfait par patient par épisode de soins (fixé ici à 30 €⁶²), pour la tenue du dossier patient informatisé et l'échange d'informations avec le médecin généraliste → **8.711.908 €**
- Une allocation de pratique (à déterminer en commission mais fixée ici à 3.000 €/an pour faire l'estimation budgétaire) pour rémunérer les activités liées à la qualité de la pratique (supervision et intervision, formations continuées, ...) ainsi que temps d'intégration dans un réseau interdisciplinaire local → 1.377 ETP psychologues = **4.132.000 €**

Nous estimons le budget total à charge de l'assurance obligatoire pour le volet de la pratique soliste à 74.212.261 €, la part-patient de 1.937.180 € non incluse. Rappelons qu'il couvre les besoins d'une personne sur trois.

Dans un deuxième temps, nous budgétions le modèle que nous privilégions, à savoir les structures interdisciplinaires intégrées (SSM, maisons médicales au forfait,...), ainsi que différentes alternatives innovantes issues de ces pratiques (projets pilotes, recherches-actions, travail en groupe de soutien ou en groupe thérapeutique, travail à domicile, campagne d'informations, travail à l'accessibilité géographique, séance de psychoéducation individuelle ou en groupe,...) qui permettent de donner accès aux soins psychologiques aux personnes pour lesquelles le modèle classique de la consultation libérale en cabinet n'est pas pertinent.

Soyons clair, si c'est fait dans un second temps, c'est bien pour nous le modèle à privilégier et il faut faire en sorte que la première enveloppe se vide un maximum au profit de la seconde, au fur et à mesure de l'évolution des pratiques sur le terrain.

Dans une vision macro-économique globale, étant donné que la première partie du budget couvre 30% de la population en besoin, cette deuxième partie de budget doit répondre aux besoins de 70% de la population (**fourchette haute**). Nous estimons par une règle de trois, le budget total à charge de l'assurance obligatoire pour le second volet de pratiques interdisciplinaires et intégrées à 173.161.942 €, la part-patient de 4.520.086 € non incluse.

Budget global (fourchette haute) : 247.374.203 €, part-patient globale : 6.457.266 €.

Pour obtenir la **fourchette basse**, nous retenons le chiffre de notre premier thermomètre⁶³ qui relate que 37% des personnes ne cherche aucune aide d'aucune forme. Par une règle de trois :

Budget global (fourchette basse) : 155.845.748 €, part-patient globale : 4.068.078 €.

⁶² Correspond au DMG de base.

⁶³ Selon le Thermomètre Solidaris de 2012, 37% de ceux qui expriment des souffrances n'ont jamais fait appel à un professionnel de la santé mentale ou un médecin généraliste.

Tableau 31 : Estimations budgétaires sur deux fourchettes, relatives à la vision développée au point 14.

	Fourchette Haute	Fourchette basse -37%
Population générale belge	11.376.070	
12,7% de la population générale avec des troubles psychiques.	1.444.761	
Dont 67% de troubles légers et modérés	967.990	
Dont 30% cherchera de l'aide chez un psychologue soliste dans le système classique de la consultation	290.397	182.950
Les consultations se répartissant :		
12% abandonnera après le 1er contact	34.848	21.954
18% ira jusqu'à 2 consultations	104.543	65.862
14% ira jusqu'à 3 consultations	121.967	76.839
12% ira jusqu'à 4 consultations	139.391	87.816
10% ira jusqu'à 5 consultations	145.198	91.475
8% ira jusqu'à 6 consultations	139.391	87.816
8% ira jusqu'à 7 consultations	162.622	102.452
18 % ira jusqu'à 8 consultations	418.172	263.448
Total consultations	1.266.131	797.662
Nombre de psychologues nécessaires (20 consultations/sem., pendant 46 sem./an)	1377	868
Psychologues agréés par la Commission des psychologues en Belgique (2016) = 11.941	11,53%	7,26%
Honoraire pour la consultation - 50 euros	63.306.533	39.883.116
Dont TM (20% de BIM et 80% de BO) - 1,5 et 6 euros	1.937.180	1.220.423
Forfait par patient par épisode de soins	8.711.908	5.488.502
Allocation de pratique	4.131.000	2.602.530
Total pour les pratiques solistes	74.212.261	46.753.724
Volet - pratiques interdisciplinaires et intégrées (dont MM) et prestations alternatives	173.161.942	109.092.024
Part-patient volet pratiques interdisciplinaires et intégrées	4.520.086	2.847.654
Budget global	247.374.203	155.845.748
Part-patient globale	6.457.266	4.068.078

Source : Service Etudes Solidaris (2018)

RECOMMANDATIONS

Notre étude, basée sur les consultations psychologiques remboursées par notre assurance complémentaire témoigne de la **présence de réelles difficultés psychologiques parmi nos affiliés wallons**. Ces difficultés sont également étayées par leur consommation d'autres soins psychiatriques, d'antidépresseurs et d'hospitalisations ainsi que leurs difficultés sur le marché de l'emploi. Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes, les jeunes sont très touchés et les difficultés psychologiques sont également très fréquentes parmi les individus actifs.

Alors que la revue de la littérature montre que les corrélats socio-économiques des difficultés psychologiques sont très importants, **l'accès aux consultations remboursées dans le cadre de notre assurance complémentaire apparaît cependant moins bon pour les BIM. Cette différence est particulièrement importante pour les enfants et les jeunes.**

Les inégalités sociales dans l'état de santé mentale sont également attestées par notre revue de la littérature et les principaux indicateurs par ailleurs disponibles. **Nous montrons au travers l'analyse des chiffres de notre avantage complémentaire que l'utilisation des soins psychologiques est largement inégalitaire également.** Les personnes les moins instruites sont plus nombreuses à souffrir de malaises et troubles psychologiques et à avoir des besoins de soins. Or, les personnes accédant aux consultations psychologiques sont socio-économiquement moins défavorisées.

Les focus-groupes menés avec des psychologues, des médecins-généralistes, des experts du secteur de la santé mentale, nous ont permis, au-delà des constats, de développer une **vision**. Nous défendons un **accès direct en première ligne à un nombre limité de 8 séances** chez le psychologue, dont le **remboursement est lié à la collaboration et à l'échange d'informations avec le médecin généraliste, en accord avec le patient**. L'accès est pour tous **sans limite** d'âge ou d'indication préalable, **en tiers-payant obligatoire**. Le psychologue s'insère **au maximum dans une organisation intégrée et interdisciplinaire de soins de première ligne** et interagit avec et au sein des réseaux de santé mentale existants. Il est **en lien avec les Services de Santé Mentale** qui sont renforcés pour une partie de leur mission (organisation de supervisions et d'intervisions, mise en réseau, ...). Sa **rémunération est mixte** (en partie à l'acte, en partie forfaitaire) et **aucun remboursement n'est possible en dehors de la convention, aucun supplément accepté**. Les données probantes sont définies et enregistrées, le modèle d'organisation et de financement adapté en fonction des évaluations menées sur base de ces données.

De ces constats et de cette vision découle une série de recommandations suivantes :

- 1) Premièrement, nous plaillons pour une réelle politique **d'accessibilité aux consultations psychologiques de première ligne, dans le cadre de l'instauration plus globale d'une première ligne de soins intégrée**, qui travaille en étroite collaboration avec tous les acteurs de la première ligne. Cette politique doit s'attacher à **viser en particulier les publics les plus fragiles et les plus en besoin. Cela signifie :**
 - L'organisation d'une **concertation politique interfédérée solide et pérenne** dans le secteur de la santé mentale.
 - L'abandon de l'approche fractionnée actuelle et la prise en compte de l'ensemble des groupes d'âges, de l'ensemble des lignes de soins dans une **vision plus globale**.
 - Le travail à une **mutation complète du système global de soins de santé primaires**. Les défis pour le futur sont nombreux et connus (vieillesse de la population, explosion des maladies chroniques, innovations techniques, manque de personnel, dégradation des conditions économiques et des conditions de vie, d'emploi...), chaque nouveau programme, en l'occurrence ici le remboursement des soins psychologiques, est une belle occasion pour introduire de l'innovation et mettre en place une réelle **pratique interdisciplinaire et**

collaborative qui offre des garanties de qualité, déterminée par les besoins du citoyen.

- En attendant la mise en place d'une approche plus intersectorielle au sein de l'INAMI, la mise en place d'une **Commission de convention santé mentale/psychologues-OA**, d'une nomenclature simple, d'un financement mixte, fonctionnant strictement dans le cadre de cette convention.
 - La **révision des programmes de formation de base** afin d'y introduire un véritable tronçon interdisciplinaire, en interfacultaire pour les soins de première ligne.
 - L'introduction dans les **formations continues des médecins et des psychologues** d'interventions interdisciplinaires.
 - La définition concertée, avec l'aide de méthodologistes, des **données probantes à enregistrer** pour le secteur de la santé mentale, la récolte de ces données dans tous les types de pratiques, permettant d'évaluer et d'adapter l'organisation et le financement sur une base scientifique.
 - Le **renforcement des Services de Santé Mentale** pour leur permettre de développer l'activité supervision, intervision et inclure les psychologues indépendants dans leur travail de mise en réseau.
- 2) Deuxièmement, **le budget alloué doit être cohérent** d'une part avec les **besoins** à rencontrer et d'autre part avec **l'objectif d'accessibilité aux soins psychologiques pour tous, en luttant contre les inégalités existantes**. Pour permettre de lier l'intervention de l'assurance obligatoire à l'interdiction de réclamer des suppléments et donc au conventionnement, nous appelons à une juste rémunération des psychologues, de manière à ce que tous les bassins de soins disposent en suffisance de prestataires conventionnés.
- 3) Troisièmement, un **protocole d'évaluation** du nouveau programme doit être mis en place et le suivi de la mise en œuvre prévu dès le départ, avec ajustements rapides en fonction des résultats.
- Par ailleurs, des **études complémentaires, à la fois qualitatives et quantitatives**, sont à mener pour orienter les stratégies de santé publique dans ce secteur de la santé mentale. Des données concernant les freins à l'accessibilité, différents de ceux purement financiers, seraient bien utiles pour que les nouvelles initiatives mises en place atteignent les groupes cibles avec les besoins les plus importants. Les pourcentages élevés d'utilisation de l'AC psy chez **les enfants et les jeunes** nous incitent à plaider pour que des données soient **récoltées pour ces franges de la population**. En effet, les enquêtes réalisées jusqu'ici sont menées auprès d'adultes ou tout au plus les 15 ans et plus comme dans l'Enquête de santé menée par l'Institut de Santé Publique. Nous ne disposons ainsi pas de chiffres étayant les besoins des enfants et des jeunes alors que cela semble primordial au regard des résultats de cette étude. Or, une prise en charge de ces troubles psychiques de manière précoce apparaît comme la réponse la meilleure en terme de gains de santé. Le raisonnement est identique pour les données concernant les personnes plus âgées.
- 4) Quatrièmement, un **effort de communication** est indispensable pour que les citoyens et autres professionnels de la santé disposent des informations sur la santé mentale et les offres de soins existantes afin de répondre au mieux à leurs besoins.
- 5) Enfin, d'une manière beaucoup plus large, **des actions préventives globales devraient être mises en place en terme d'égalité des chances, d'intégration sociale, d'accès aux ressources et à l'information, d'accès aux services d'aide et aux soins, d'accès à l'éducation, afin d'augmenter les capacités de tout un chacun à faire face aux événements stressants de la vie mais aussi pour éviter des situations professionnelles non satisfaisantes**. En effet, la santé mentale est pour beaucoup le reflet de la « santé sociale ». Elle appelle à une approche multisectionnelle, coordonnée et holistique en partenariat avec d'autres secteurs (lutte contre la pauvreté, emploi, éducation, logement...).

BIBLIOGRAPHIE

Billet, Dubourg, Hogge , Lambert, Vilain, Bellefroid et Grolet, 2016, Indicateurs de santé mentale en Wallonie, Wallonie Santé n°6.

Bouchain, 2015, Pour une approche terminologique des champs médicaux, culturels et sociaux. Thesaurus, Culture et Démocratie, Projet 107 Région Hainaut, p. 42.

Boutsen, Laasman, Maron, Thys, Vanoverloop, 2015, Admission à l'hôpital pour tentative de suicide. UNMS, Septembre 2015.

Bruffaerts, 2008, Mental Health in Belgium : Current Situation and Future Perspectives, dans : Kessler, R.C. & Üstün, T.B., eds. The World Mental Health Survey Initiative Volume One : Patterns of mental illness in the WMH Surveys, 279-304.

Centre fédéral d'expertise de soins de santé – KCE, 2016, Soins psychologiques : vers un remboursement ?, Avril 2016.

Commission européenne, 2010, Eurobaromètre spécial , 345/Wave 73.2 Mental Health – TNS Opinion & Social.

Commission des psychologues – Compsy, 2017, La déontologie du psychologue : code, bonnes pratiques et guide de raisonnement éthique, 2017.

Commission des psychologues – Compsy, 2018, Le droit disciplinaire des psychologues. Jurisprudence, 2018.

Conseil Supérieur de la Santé – CSS, 2015, Avis du conseil supérieur de la santé n° 9194 : Définition et profil de compétences de la psychologie clinique en Belgique, Juin 2015.

Coppens, Neyens, Van Audenhove, 2015, *Onderzoek naar de invoering van een eerstelijnspsychologische functie in Vlaanderen: onderzoeksrapport – Rapport*

Coppens, Van Audenhove, 2016, Eerstelijnspsycholoog is succes. Lage drempel, toegankelijk en flexibel. *Sociaal.Net*, <https://sociaal.net/analyse-xl/eerstelijnspsycholoog-is-succes/> consulté le 28/06/2018.

Dezetter A, Briffault X, Ben Lakhdar C, Kovess-Masfety V. Costs and Benefits of Improving Access to psychotherapies for Common Mental Disorders. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*. 2013.

Gisle, 2014, Santé mentale. Dans : Van der Heyden J, Charafeddine R (éd.). Enquête de santé 2013. Rapport 1 : Santé et Bien-être. WIV-ISP, Bruxelles, 2014.

Institut National de l'Assurance Maladie - Invalidité – INAMI, 2014, *Statistiques des indemnités*, http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/statistiques_indemnités_2012_2013.pdf consulté le 13/08/2018.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), 2015, Avis sur l'accès équitable aux services de psychothérapie. Volet II – Analyse des modalités et des conditions d'accès aux services de psychothérapie pour le traitement des adultes atteints de troubles dépressifs et anxieux. Rapport rédigé par Alvine Fansi et Cédric Jehanno. Québec, Qc : INESSS;2015.

Kaesemans, Gorik et Delrue, 2017, Terugbetaling psychologische zorg. Budgettaire impactanalyse en scenario voor implementatie. Zorgnet-Icuro.2017.

Kohn, Obyn, Adriaenssens, Christiaens, Van Cauter et Eyssen, 2016, Modèle d'organisation et de financement des soins psychologiques – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2016. KCE Reports 265Bs. D/2016/10.273/32.

Organisation de coopération et de développement économiques – OCDE, 2015, Panorama de la santé: *Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris.

Organisation de coopération et de développement économiques – OCDE, 2014, FOCUS on Health Making Mental Health Count, Juillet 2014.

Organisation Mondiale de la Santé, 2013, Plan d'action global pour la santé mentale 2013 – 2020. Octobre 2013.

Rapport annuel 2016 de la Commission des psychologues.

Solidaris, 2012, Thermomètre Solidaris 1 - Le moral des Belges : après l'anxiété, une soif d'espoir , juin 2012.

Studiedienst Socialistische Mutualiteiten, 2017, Onderzoek naar Vlaamse huisartsen over organisatie geestelijke gezondheidszorg, September 2017.

Vasiliadis, Dezetter, Lesage et Drapeau, 2015, Améliorer l'accès aux psychothérapies au Québec et au Canada. Expériences de pays francophones, Numéro thématique de la revue Santé mentale au Québec, Volume 40, Numéro 4, Hiver, 2015.

Van der Heyden (2013), Enquête de santé 2013. Rapport 1 : Santé et Bien-être. Résumé des principaux résultats. Charafeddine (éd.), WIV-ISP, Bruxelles, 2014.

Van Herck et Van de Cloot, 2013, Hoe gezond is de geestelijke gezondheidszorg in België? De feiten achter de mythen. Itinera Institute.

<http://www.psy107.be/files/Wallonie.pdf> consulté le 27/08/2018.

LES PUBLICATIONS DE LA DIRECTION ETUDES DE SOLIDARIS MUTUALITÉ SONT
TÉLÉCHARGEABLES SUR LE SITE www.solidaris.be



DIRECTION ETUDES DE SOLIDARIS MUTUALITÉ
DIRECTEUR : JEAN-MARC LAASMAN
RUE SAINT-JEAN, 32/38 - 1000 BRUXELLES
Téléphone : 02/515.03.93. – mail : Etudes@solidaris.be

EDITEUR RESPONSABLE :
JEAN-PASCAL LABILLE
Rue Saint-Jean 32/38 – 1000 Bruxelles