

SYNTHÈSE

MODÈLE D'ORGANISATION ET DE FINANCEMENT DES SOINS PSYCHOLOGIQUES



SYNTHÈSE

MODÈLE D'ORGANISATION ET DE FINANCEMENT DES SOINS PSYCHOLOGIQUES

LAURENCE KOHN, CAROLINE OBYN, JEF ADRIAENSSENS, WENDY CHRISTIAENS, XAVIER VAN CAUTER, MARIJKE EYSEN



■ PRÉFACE

Nous avons à peu près tous déjà entendu parler du Bhoutan, ce petit pays niché quelque part au nord de l'Inde, avec ses temples bouddhistes accrochés aux flancs de l'Himalaya. Mais en général, nos connaissances s'arrêtent là. Pourtant, savez-vous que ce pays, l'un des plus pauvres au monde, est aussi le tout premier à avoir basé son programme politique sur un accroissement du 'Bonheur National Brut' ? Et à avoir mis en œuvre, pour y arriver, une politique volontariste basée sur 4 piliers et 9 indicateurs ? Les quatre piliers sont : un développement socio-économique durable et équitable, une bonne gouvernance, la protection de l'environnement, et la préservation et la promotion de la culture. Et les deux premières dimensions de la liste de neuf indicateurs sont le bien-être psychique et la santé...

Sans vouloir idéaliser à outrance cet exemple, il n'est peut-être pas insensé de croire que, dans notre course fébrile à la croissance de notre produit national brut, nous ayons quelque chose à apprendre de ce petit royaume asiatique. Notre pouvoir d'achat n'a jamais été si élevé qu'aujourd'hui, ... et pourtant nous sommes de plus en plus nombreux aux prises avec l'une ou l'autre forme de mal-être psychique. Et nos chiffres de suicide atteignent des niveaux alarmants.

Nous n'en sommes pas encore à ériger le bonheur en objectif politique explicite, ni à le monitorer de façon systématique. Mais au fil des années, nous avons tout de même pu observer une prise de conscience aux différents niveaux de pouvoir du pays : les soins de santé mentale doivent couvrir bien plus que les seules maladies psychiatriques formellement diagnostiquées. Et ces soins doivent être accessibles facilement et rapidement, pour tous. Ce dont nous parlons ici, c'est d'un petit coup de pouce professionnel qui, pour beaucoup d'entre nous, pourrait sans doute suffire à retrouver plus d'énergie et de ressort pour tenir tête aux aléas de la vie. Et pour les autres, cela devrait ouvrir plus rapidement la voie vers une thérapie adéquate.

Heureusement, nous avons à portée de main plusieurs pièces de puzzle pour amorcer notre travail. C'est ainsi que nous avons trouvé pas mal d'inspiration dans les pratiques d'autres pays, et dans des projets pilotes menés chez nous. Nous avons aussi longuement rencontré les acteurs de terrain. Et à partir de tous ces éléments, nous avons forgé une série de propositions ambitieuses....en espérant qu'elles puissent donner un coup de pouce à notre Bonheur National Brut...

Christian LÉONARD
Directeur Général Adjoint

Raf MERTENS
Directeur Général



■ MESSAGES CLÉS

- La population belge exprime régulièrement, à travers divers chiffres et enquêtes, un degré croissant de détresse psychique. Il s'agit pour l'essentiel de problèmes courants et modérés (troubles anxieux et dépressifs) pouvant être surmontés grâce à un soutien ponctuel, et non de pathologies psychiatriques caractérisées. Ces problèmes concernent davantage les personnes issues des classes sociales défavorisées ainsi que les chômeurs.
- Si on n'intervient pas, cette détresse psychique peut s'installer dans la durée et devenir plus difficile à traiter ; elle devient également lourde pour la société, notamment en termes d'absentéisme et de perte de productivité.
- Malgré la réforme entreprise dans le secteur de la santé mentale, l'offre actuelle ne rencontre pas ces besoins de soins et de soutien psychologiques, en raison d'une part de sa complexité et d'autre part de son manque d'accessibilité financière.
- La présente étude repose sur une analyse du cadre légal et de la situation actuelle en Belgique, ainsi que sur une comparaison de 5 pays européens. Le modèle proposé a été élaboré en concertation avec les stakeholders et les propositions finales ont été discutées avec eux. Il n'a pas été possible de réunir suffisamment de données fiables pour réaliser une estimation budgétaire du modèle proposé.
- Le modèle proposé comprend deux niveaux : un premier niveau généraliste, largement accessible, pour accueillir sans restriction les problèmes psychiques courants et modérés, et un second niveau, d'accès réservé, permettant de délivrer des soins spécialisés à ceux pour qui le premier niveau n'est pas suffisant.
- Le 1^{er} niveau, inspiré des projets de psychologie de 1^{re} ligne menés en Flandre (ELPF), serait directement accessible sans critère de diagnostic ou de gravité, mais limité à un petit nombre de séances. Il devrait permettre de résoudre une part substantielle des situations de détresse psychique, mais aussi d'orienter directement les situations (potentiellement) plus graves vers des soins adéquats dans le cadre des structures et initiatives spécialisées existantes.
- Le premier niveau comporterait le recours à deux possibilités de prestataires de soins : d'une part des psychologues cliniciens ayant reçu une formation spécifique à la psychologie de 1^{re} ligne et s'inscrivant dans le réseau pluridisciplinaire local. D'autre part, pour permettre aux patients qui le souhaitent de se faire prendre en charge par leur médecin généraliste, ce dernier aurait la possibilité de facturer des consultations de longue durée à concurrence du même nombre de séances que celles de psychologie de 1^{re} ligne.
- Les psychologues de 1^{re} ligne seraient financés par 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^e niveau (soins spécialisés) serait accessible sur référence par la 1^{re} ligne via un mécanisme régulateur (*gatekeeping*) ou via un psychiatre. Il serait conditionné à un « bilan fonctionnel » placé dans le (futur) dossier informatisé partagé du patient et alimenté en concertation par le psychologue de 1^{re} ligne et un



médecin généraliste, ainsi que d'autres professionnels si approprié. Il n'y aurait pas de critères liés au diagnostic, ni au type de thérapie pratiquée.

- L'accès aux soins spécialisés serait réservé aux praticiens reconnus par la loi, remplissant certaines conditions de formation continuée et d'insertion dans le réseau pluridisciplinaire local, et pratiquant dans le cadre de structures subventionnées existantes (Services de Santé Mentale (SSM), Centre de Réadaptation Ambulatoire). Pour les praticiens privés, des conventions de collaboration avec ces structures seraient demandées.
- Le nombre de séances serait limité mais avec des possibilités de renouvellement. En cas de demande de renouvellement, le praticien en soins spécialisés devrait produire un bilan fonctionnel réactualisé et un plan de soins, qui seraient soumis à l'approbation d'un psychologue/psychiatre conseil lié à un organisme payeur.
- Les actes thérapeutiques spécialisés seraient financés par l'INAMI sur base d'une nomenclature tandis que les sommes actuellement consacrées par les entités fédérées aux SSM resteraient inchangées et serviraient à payer les coûts de maintenance de l'offre ainsi que les tâches liées au travail en réseau. Un ticket modérateur équivalent aux remboursements de consultations en psychiatrie serait demandé aux patients. Un volet « pay-for-quality », basé sur des indicateurs, serait envisagé dans le futur.
- Le système de pratique privée des soins psychologiques en accès direct pourrait continuer à fonctionner comme actuellement, mais n'entrerait pas en ligne de compte pour un remboursement.
- Une série de conditions préalables devront être mises en place pour :
 - o installer une culture de collaboration et de travail en réseau de tous les intervenants, à tous les niveaux;
 - o disposer de professionnels en nombre et niveau de formation adéquats ;
 - o mettre à disposition des outils (informatiques) de transfert d'information et d'enregistrement de données ;
 - o mettre en place une mesure de la qualité.

Étant donné que ces conditions d'applications ne seront pas implémentables à court terme, il conviendra de prévoir un phasage de la mise en œuvre des différentes composantes du système ainsi que des modalités transitoires.



■ SYNTHÈSE

TABLE DES MATIÈRES

■	PRÉFACE.....	1
■	MESSAGES CLÉS.....	2
■	SYNTHÈSE	4
1.	POURQUOI CETTE ÉTUDE?.....	6
1.1.	LA DÉTRESSE PSYCHIQUE, UN PROBLÈME MAJEUR	6
1.2.	UN IMPACT SOCIÉTAL CONSIDÉRABLE.....	6
1.3.	LES SOINS PSYCHOLOGIQUES DOIVENT ÊTRE RENFORCÉS	6
1.4.	VERS UN NOUVEAU MODÈLE D'ORGANISATION ET DE FINANCEMENT POUR LES SOINS PSYCHOLOGIQUES.....	7
2.	QUELLE EST LA SITUATION ACTUELLE EN BELGIQUE?	9
2.1.	ORGANISATION ACTUELLE DE L'OFFRE DE SOINS PSYCHOLOGIQUES.....	9
2.1.1.	Un premier niveau avec accès direct :	9
2.1.2.	Un deuxième niveau de soins spécialisés ambulatoires :	10
2.1.3.	Un troisième niveau plus hospitalo-centré :	10
2.2.	LES PRINCIPAUX PROBLÈMES IDENTIFIÉS	11
2.2.1.	Le premier contact est difficile.....	11
2.2.2.	L'offre manque de clarté et de garanties de qualité.....	11
2.2.3.	Les coûts pour le patient sont élevés.....	12
2.2.4.	Les listes d'attente sont longues.....	12
2.2.5.	La continuité des soins n'est pas garantie	12
3.	ACCÈS AUX SOINS PSYCHOLOGIQUES À L'ÉTRANGER.....	13
3.1.	SOINS PSYCHOLOGIQUES EN ACCÈS DIRECT	13
3.2.	CONDITIONS D'ACCÈS AUX SOINS PSYCHOLOGIQUES SPÉCIALISÉS.....	14
3.2.1.	Gatekeeping.....	14
3.2.2.	Indications	14
3.2.3.	Modalités thérapeutiques	14
3.2.4.	Nombre de séances	14
4.	LES PROJETS PILOTES FLAMANDS DE PSYCHOLOGIE DE 1 ^{RE} LIGNE	16
4.1.	OBJECTIFS.....	16



4.2.	ASPECTS ORGANISATIONNELS.....	16
4.3.	PRINCIPAUX RÉSULTATS	16
5.	PISTES POUR L'ORGANISATION DES SOINS PSYCHOLOGIQUES.....	17
5.1.	UN SYSTÈME À DEUX COMPOSANTES.....	17
5.2.	INTERVENANTS : À CHAQUE NIVEAU SA SPÉCIFICITÉ	19
5.2.1.	En 1 ^{re} ligne : des intervenants aux compétences complémentaires.....	19
5.2.2.	Soins spécialisés : des professionnels reconnus et agréés	21
5.3.	OFFRE DE SOINS : <i>STEPPED CARE</i> ET LIBERTÉ THÉRAPEUTIQUE MAIS NOMBRE DE SÉANCES LIMITÉ.....	22
5.3.1.	Stepped Care	22
5.3.2.	Types d'interventions	22
5.3.3.	Pas de listes limitatives d'indications	22
5.3.4.	Pas de restriction liée au type de traitements	23
5.3.5.	Pas uniquement des consultations en face à face	23
5.3.6.	Limitation du nombre de séances remboursées	24
5.4.	ACCÈS : LIBRE EN 1 ^{RE} LIGNE, CONDITIONNÉ POUR LES SOINS SPÉCIALISÉS	25
5.4.1.	1 ^{re} ligne : des portes d'entrée multiples	25
5.4.2.	Soins spécialisés : un gatekeeping pluridisciplinaire	25
5.5.	INSERTION ACTIVE DANS LE RÉSEAU EXISTANT	27
5.6.	LOCALISATION : UN HÉBERGEMENT TRÈS FLEXIBLE.....	27
5.6.1.	En ce qui concerne la 1 ^{re} ligne :.....	27
5.6.2.	En ce qui concerne les soins spécialisés (ambulatoires) :	28
5.7.	QUALITÉ DES SOINS.....	28
5.8.	UN FINANCEMENT MIXTE	29
5.8.1.	Modes de financement des intervenants	29
5.8.2.	Propositions du KCE pour un modèle mixte	29
5.8.3.	Participation financière du patient.....	33
■	RECOMMANDATIONS.....	34
■	RÉFÉRENCES	39



1. POURQUOI CETTE ÉTUDE?

1.1. La détresse psychique, un problème majeur

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la **santé mentale** comme « un état de bien-être permettant à chacun de reconnaître ses propres capacités, de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et fructueux et de contribuer à la vie de sa communauté ». Ces facultés-là, à première vue pourtant élémentaires, semblent échapper à une partie croissante de la population. Les chiffres de l'enquête nationale de santé, réalisée à intervalles réguliers par l'Institut de Santé publique¹, montrent à quel point, d'une édition à l'autre, les Belges sont de plus en plus nombreux à exprimer un certain degré de détresse psychique. En 2013, un tiers de la population (de plus de 15 ans) dit éprouver des difficultés telles que se sentir stressé ou tendu, être malheureux ou se sentir déprimé. Plus précisément, il apparaît que 10% de la population éprouve des manifestations anxieuses, 15% présente les signes d'un trouble dépressif, et 30% rapporte des troubles du sommeil. Ces chiffres sont en forte croissance depuis l'enquête de 2008.

Par ailleurs, 16% des répondants déclarent avoir consommé des médicaments psychotropes (sédatifs ou antidépresseurs) au cours des 2 semaines qui ont précédé l'interview. Quant à la consommation d'alcool, elle est considérée comme problématique chez 10% des répondants.

De façon générale, les personnes issues des classes sociales défavorisées ainsi que les chômeurs connaissent davantage de difficultés d'ordre psychique, un des effets majeurs d'un appauvrissement durable étant, selon les professionnels du secteur social, la dégradation de la santé mentale par usure des forces vitales.²

Enfin, on peut évoquer en dernière extrémité le suicide, pour lequel notre pays détient un triste record avec un taux de mortalité qui atteint 17,4 pour 100 000 habitants (moyenne standardisée pour l'âge et le sexe) par an contre 10,6 au niveau de l'Union européenne (chiffres de 2012)³.

Notre évaluation qualitative fait apparaître quelques caractéristiques supplémentaires du mal-être de la population. Ainsi, il est important de souligner que les troubles anxieux et dépressifs qui constituent l'essentiel des problèmes courants et modérés sont souvent, selon une bonne partie des acteurs de terrain, des « moments difficiles » ou des « problèmes de

vie » qui peuvent être surmontés grâce à un soutien ponctuel, et **non des pathologies caractérisées, « étiquetables » et « médicalisables »**.

En outre, ces problèmes sont souvent **plurifactoriels** (par exemple, une dépression peut cacher des problèmes conjugaux, un problème d'alcool peut trouver son origine dans un stress post-traumatique non traité) et ils présentent souvent une **composante socio-économique très marquée** (soucis financiers, pertes d'emploi, mise à la retraite, exclusion sociale). Certaines plaintes ne sont d'ailleurs **pas toujours identifiées** comme des souffrances psychiques par les patients eux-mêmes (somatisation). Enfin, il ne faut pas perdre de vue que ces troubles affectent à des degrés divers non seulement la personne atteinte, mais aussi **son entourage**.

1.2. Un impact sociétal considérable

Dans le monde du travail, le mal-être se traduit par un nombre croissant de personnes présentant un diagnostic de burnout, manifestation de détresse émotionnelle liée au travail, que l'on peut corrélérer à un état dépressif. Les chiffres belges⁴ révélaient en 2012 une prévalence de 0,8% des employés belges (19 000 personnes /an) en burnout cliniquement avéré, tandis que 20% de cette même population se situe en « zone de danger ».

Au-delà de ces souffrances individuelles, le prix de la détresse morale est également lourd pour la société, notamment en termes **d'absentéisme et de perte de productivité**. Le coût global des maladies psychiques en Belgique avait été estimé, déjà en 2001, à 4% du PIB.⁵ Et d'après les chiffres de l'INAMI (2013)⁶, entre un tiers et la moitié des nouvelles demandes d'indemnités d'invalidité sont imputables à des troubles mentaux, ce qui représente, en 10 ans, une hausse de près de 58 % du nombre d'invalides pour troubles mentaux.

1.3. Les soins psychologiques doivent être renforcés

Depuis 2001, une **réforme profonde des soins de santé mentale** a été entreprise, dans une dynamique de complémentarité entre niveaux de pouvoir. L'accent est mis sur des soins dispensés « de préférence de manière la plus proche possible du milieu de vie », le développement du travail en réseaux et la continuité des soins. Souvent appelée « article 107 », cette réforme a notamment donné naissance à des équipes ambulatoires qui proposent un traitement et un suivi à domicile pour des personnes présentant des difficultés psychiatriques aiguës ou chroniques.



Mais ces initiatives sont essentiellement vouées à la prise en charge et à l'accompagnement des personnes présentant des problématiques relativement lourdes. Pour les **problèmes courants et modérés de détresse psychique**, qui constituent la partie immergée de l'iceberg du mal-être de la population, la réponse apportée à l'heure actuelle est loin d'être satisfaisante, avec un secteur totalement illisible aux yeux de ceux qui sont censés y faire appel, des temps d'attente propres à décourager les plus motivés (surtout dans les structures subventionnées existantes), et peu de solutions financièrement accessibles à tous.

De fait, **une des seules options thérapeutiques facilement accessibles pour les personnes qui souffrent de troubles anxio-dépressifs est celle des médicaments psychotropes** (antidépresseurs et tranquillisants). Cette consommation est plus marquée **chez les personnes les moins scolarisées (33%) et chez les personnes âgées (35% chez les +75 ans)**. L'utilisation d'**antidépresseurs** reste significativement plus élevée que la moyenne européenne (71,0 doses journalières/1000 hab. contre 64,6 pour la moyenne européenne)⁷.

Il est aujourd'hui établi qu'une approche psychothérapeutique est au moins aussi efficace et plus durable que l'approche pharmacologique pour les problèmes de dépression et que c'est la combinaison de ces thérapies qui donne de meilleurs résultats⁸. Mais en l'absence de remboursement, la psychothérapie n'est pas accessible pour la majorité de la population. Un paradoxe que le KCE, comme bien d'autres acteurs, soulignait encore récemment dans son rapport⁹ sur la prise en charge de la dépression.

Lors de sa mise en place en octobre 2014, le nouveau gouvernement a annoncé que « la première ligne [de soins de santé mentale] sera renforcée » et que « (...) un éventuel financement et remboursement des soins de santé mentale, par exemple dans le cadre de certains trajets de soins et circuits de soins, seront examinés. »

1.4. Vers un nouveau modèle d'organisation et de financement pour les soins psychologiques

C'est dans ce contexte que s'inscrit le présent rapport, demandé par l'INAMI, le SPF Santé publique et l'Association flamande des Psychologues cliniciens (VVKP). Sur base d'une analyse des modèles d'organisation des soins de santé mentale dans une sélection d'autres pays, et d'une analyse de la situation belge, nous proposons **un modèle d'organisation et de financement pour un accueil et une prise en charge professionnels des problèmes psychiques courants et modérés dans le système de santé belge**. Ce système répond aux exigences de qualité, accessibilité, durabilité et efficience requises par la Charte de Talinn.

Qu'il soit encore une fois souligné ici que nous situons cette étude **en parallèle à la prise en charge des maladies mentales graves et persistantes** dans les institutions et réseaux spécifiques existants, qui ne seront donc pas pris en considération ici. Toutefois, nous sommes convaincus que la prise en charge de la détresse psychique aspécifique joue également un rôle important dans la **détection précoce** de troubles plus graves et leur transfert vers les structures et initiatives adéquates déjà existantes.

NB 1: Les professions de **psychologue clinicien** et d'**orthopédagogue clinicien** font actuellement l'objet d'une redéfinition dans le cadre d'un remaniement de l'A.R. n°78 mais ces modifications ne seront vraisemblablement pas encore définitives à l'heure de boucler ce rapport. Nous utiliserons donc ces deux termes en postulant que ces professions sont/seront définies par ailleurs. Toutefois, étant donné que les orthopédagogues sont nettement moins répandus que les psychologues, nous nous permettrons, pour alléger le texte, de ne citer que ces derniers, en mentionnant lorsque des mesures différentes et spécifiques sont préconisées pour les orthopédagogues.

NB 2 : la situation des **psychologues exerçant en milieu hospitalier** ne fait pas partie du cadre de cette étude.



Méthodologie

Après une analyse du **cadre légal** et de la **situation actuelle en Belgique**, nous avons réalisé une **comparaison internationale** sur base d'une sélection de 5 pays européens dont les systèmes de soins de santé mentale nous semblaient intéressants à explorer. Il s'agit des Pays-Bas, de l'Allemagne, du Royaume-Uni, de la Suisse et du Danemark.

Pour chaque pays, y compris la Belgique, nous avons collecté les informations au travers de sites web et de la littérature grise afin de décrire le système propre à chaque pays, en suivant un canevas validé par les stakeholders belges. Chaque descriptif a été validé par un expert du pays en question. Nous avons ensuite procédé à une comparaison des différents pays. Le lecteur intéressé par l'intégralité de la comparaison internationale pourra en prendre connaissance [au chapitre 5 du rapport scientifique](#).

Les points saillants de notre comparaison internationale ont servi de fil conducteur à nos **rencontres avec les stakeholders belges**, qui se sont déroulées en 4 sessions (2 NL et 2 FR) dans le courant du mois de mars 2015 (liste des participants [voir chapitre 6 du rapport scientifique](#) et tableau 14 pour leur répartition).

Toutes les discussions ont été enregistrées, retranscrites et **analysées indépendamment par 2 chercheuses du KCE**, l'une selon une méthode plutôt déductive inspirée de la **framework analysis** et l'autre en s'inspirant de la méthodologie **soft systems** plus orientée sur le développement de pistes d'actions.

Nous avons également pu bénéficier en primeur des résultats de l'évaluation des projets pilotes « *Eerste Lijns Psychologische functie* »¹⁰ menés en Flandre de 2011 à 2015.

Après une enquête en ligne réalisée en décembre 2015, une **troisième réunion de stakeholders** s'est tenue en janvier 2016, au cours de laquelle les projets de recommandations ont été soumis à tous pour discussion.

À noter que malgré les nombreuses sources consultées, nous n'avons pas trouvé assez de données économiques et épidémiologiques fiables pour développer une **estimation économique** valable des coûts qu'engendreraient les pistes d'action que nous proposons dans ce rapport.

Néanmoins, nous proposons une méthodologie et une liste des données nécessaires pour pouvoir réaliser à l'avenir une telle estimation des coûts (voir [chapitre 9 du rapport scientifique](#)).

Ce rapport de type *Health Services Research* ne contient pas d'analyse exhaustive de la littérature relative à l'efficacité des différentes formes de traitements psychologiques, ni d'analyse épidémiologique des chiffres belges.



2. QUELLE EST LA SITUATION ACTUELLE EN BELGIQUE?

2.1. Organisation actuelle de l'offre de soins psychologiques

Dans notre pays, les soins psychologiques^a sont actuellement délivrés à travers un grand nombre de structures et d'intervenants. Traditionnellement, l'offre de soins se répartit sur trois niveaux :

2.1.1. Un premier niveau avec accès direct :

- Le **médecin généraliste** (MG) y joue un rôle important car il est le point d'entrée principal vers le système de soins de santé et il est souvent le premier professionnel de la santé à être consulté par les personnes de tous âges en demande d'aide. Cette aide peut porter sur des problèmes psychiques à proprement parler, mais aussi sur des pathologies somatiques récidivantes, de questions de fin de vie, d'assuétudes, etc. C'est également le généraliste qui reçoit en première intention toutes les plaintes de nature psychosomatique. Les **maisons médicales** (en Communauté Wallonie-Bruxelles) et les **wijkgezondheidscentra** (en Flandre) sont des pratiques de groupe où des médecins généralistes travaillent dans un cadre pluridisciplinaire avec notamment des psychologues, des psychothérapeutes, des travailleurs sociaux, etc.
- Toute personne en demande d'aide a également un accès libre aux **pratiques privées** :
 - o de (neuro)psychiatres,
 - o de psychologues
 - o de psychothérapeutes

Toutefois, seules les consultations de (neuro)psychiatres font actuellement l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie obligatoire. Les mutualités, via leurs assurances complémentaires, prévoient toutefois une

^a À noter que s'il y a 'soins', il y a demande (ou équivalent). Or de très nombreux problèmes de santé mentale n'arrivent même pas au stade de plainte/demande explicitement formulée. De nombreuses structures du

intervention partielle, mais celle-ci est variable et très limitée pour les autres professionnels.

On ajoutera certaines structures qui se situent davantage **dans le champ psychosocial** :

- dans la partie francophone du pays, les **Centres de Planning Familial** offrent une aide pour toutes les questions liées à la vie sexuelle et affective, ce qui les amène souvent à aborder des problématiques psychosociales (difficultés conjugales, adolescence, relations parents-enfants,...).
- en Flandre, les **Centra voor Algemeen Welzijnswerk** (CAW) offrent aide et conseils en cas de problèmes personnels mais aussi sociaux, juridiques, administratifs, financiers ou matériels. D'après les chiffres de 2011, 23% de ces consultations portaient sur des « problèmes psychologiques » et 26% sur des « problèmes relationnels ».
- les **centres Psycho Médico-Sociaux (PMS) / Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB)** reçoivent les jeunes en difficulté adressés par les établissements scolaires ou directement par les parents.

Projets pilotes de psychologie de 1^{re} ligne initiés par le Gouvernement flamand (ELPF)

Le Gouvernement flamand a soutenu, entre 2011 et 2015, sept projets pilotes visant à expérimenter une fonction de psychologie de première ligne (*eerstelijnspsychologische functie* – ELPF) dans le cadre des structures existantes. Ces projets proposent des soins généralistes et à seuil d'accessibilité bas, pour des problématiques psychologiques simples pouvant être traitées par **des interventions de courte durée**.

Nous analysons ces projets de façon plus détaillée au point 4.

champ social, non dédiées aux soins de santé mentale, accueillent (une partie de) ces personnes.



2.1.2. Un deuxième niveau de soins spécialisés ambulatoires :

- les **(neuro)psychiatres** délivrent des soins spécialisés mais sont directement accessibles (cf. point précédent : premier niveau avec accès direct).
- les **Services de santé mentale (SSM) et les Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG)**, financés par les pouvoirs régionaux, dispensent des soins **ambulatoires** spécialisés au sein de structures **pluridisciplinaires** et s'insèrent dans les réseaux de soins mis en place par les récentes réformes des soins de santé mentale. Les consultations de psychiatres, psychologues et de psychothérapeutes (généralement salariés) y sont proposées à des prix modérés.

Les **SSM et les CGG** travaillent en équipes pluridisciplinaires réunissant psychiatre (directeur), psychologues, travailleurs sociaux (équipe de base) ainsi que du personnel d'accueil et de secrétariat. Selon les projets, d'autres professionnels peuvent également compléter cette équipe : médecins (généralistes ou spécialistes), infirmiers, (ortho)pédagogues, assistants en psychologie, psychomotriciens, logopèdes, ergothérapeutes, sociologues, criminologues, etc.

Ces centres sont souvent surchargés et les listes d'attente peuvent y être très longues. Pour y remédier, certains centres ont conclu des **accords avec des psychologues indépendants** selon des modalités variables.

Une distinction notable est que, en Flandre, ces centres ne sont en principe accessibles que sur référence (avec une tolérance de 25% de cas en accès direct), tandis que dans la partie francophone du pays, ils sont accessibles directement.

2.1.3. Un troisième niveau plus hospitalo-centré :

Les **hôpitaux** (services psychiatriques d'hôpitaux généraux ou hôpitaux psychiatriques) ainsi que les structures de type maisons de soins psychiatriques, initiatives d'habitations protégées, etc., forment un 3^e niveau de soins pour les patients requérant une prise en charge plus intensive. Ces structures travaillent le plus possible en réseau, et notamment avec les structures du deuxième niveau.

À noter que, dans le cadre des projets dits « **article 107** », les soins se sont de plus en plus déplacés vers le milieu de vie du patient (équipes mobiles).

Mais ces initiatives gardent souvent un ancrage dans une structure hospitalière et restent en grande majorité focalisées sur des patients présentant des problématiques où la composante psychiatrique est importante.

Mentionnons enfin le **cas particulier** des conventions spécifiques avec l'INAMI pour soutenir les patients dans certaines situations spécifiques (fatigue chronique, revalidation, soins palliatifs, etc.) avec une contribution modérée du patient.

La place des orthopédagogues

Les orthopédagogues sont reconnus dans la loi du 4 avril 2014. Ce sont des praticiens de niveau universitaire spécialisé (master) qui, dans un cadre de référence scientifique, posent des actes autonomes ayant pour but la prévention, le dépistage et le diagnostic des problèmes éducatifs, comportementaux, de développement ou d'apprentissage, ainsi que la prise en charge ou l'accompagnement de ces personnes. Leur public est donc constitué de **personnes à besoins spécifiques** (càd des individus présentant un handicap mental, sensoriel, physique, ou accusant des troubles relationnels ou de développement, ou éprouvant des difficultés d'apprentissage).

À noter que la formation des orthopédagogues diffère au Nord et au Sud du pays. En Communauté française, elle est commune avec celle des psychologues cliniciens, tandis qu'en Communauté flamande, elle fait l'objet d'un enseignement distinct. Un effort d'harmonisation est cependant en cours.

En Flandre, on rencontre des orthopédagogues dans les équipes des Centra voor Geestelijke gezondheid (CGG), les Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB), les Centra voor Algemeen Welzijn (CAW) et les bureaux de Kind & Gezin. Ils sont également engagés dans des services hospitaliers de pédiatrie, (pédo)psychiatrie, etc., ou dans des centres de réadaptation ambulatoires (CRA), des centres de prise en charge d'assuétudes ou de problèmes de développement, etc. Enfin, ils peuvent également travailler dans des cabinets privés indépendants.



2.2. Les principaux problèmes identifiés

D'après nos recherches et nos réunions avec les acteurs de terrain, **l'accès aux soins est actuellement loin d'être optimal pour les personnes présentant des problèmes de santé mentale courants et modérés.**

2.2.1. Le premier contact est difficile

- Il n'y a **pas d'accueil véritablement organisé** pour un premier contact et **les portes d'entrée existantes sont difficilement identifiables.**
- Certaines de ces portes d'entrée, désignées comme « psy », sont considérées comme **stigmatisantes** par certaines personnes pour lesquelles ce mot fait l'objet d'un tabou toujours très présent. Nombreuses sont celles qui hésitent longtemps avant de demander une aide psychologique (certaines sources mentionnent un délai moyen de 10 ans¹¹). Cela peut mener à des **situations « chronifiées »** qui deviennent plus difficiles à traiter.
- Une porte d'entrée parfois considérée par les patients comme **moins stigmatisante** est le **médecin généraliste** mais il est ressorti de nos rencontres avec les stakeholders que celui-ci n'est pas toujours efficace en matière de soins psychologiques à proprement parler. On relève notamment que la plupart des MG :
 - o n'ont pas reçu, lors de leur formation de base, des compétences suffisantes en matière de diagnostic et de prise en charge des problématiques psycho-sociales (sauf s'ils ont fait une formation particulière) ;
 - o n'ont souvent pas assez de temps pour être vraiment à l'écoute des patients quand il s'agit de problématiques à forte composante « psy » (même sous forme de plainte somatique);
 - o n'ont parfois pas d'autre réponse que la prescription de psychotropes parce qu'ils ne disposent pas d'autre solution concrète. Ceci participe du phénomène souvent dénoncé de médicalisation excessive de certains problèmes sociaux et difficultés de vie qui pourraient trouver une prise en charge plus adéquate.

- o n'ont pas tous une affinité personnelle pour les problèmes psychologiques.

De plus, s'ils souhaitent référer leur patient vers un psychologue, les MG sont eux-mêmes confrontés à la **complexité du secteur et aux délais d'attente**. Et lorsqu'ils s'insèrent effectivement dans une collaboration multidisciplinaire autour d'un patient, leur implication n'est pas valorisée.

Toutefois, certaines personnes ne souhaitent *pas* impliquer leur MG dans leurs problèmes psychologiques, souvent en raison de sa proximité avec les autres membres de la famille.

Il existe des initiatives intéressantes spécifiquement organisées pour des **publics cibles particuliers** (enfants, adolescents, personnes âgées, populations socialement exclues, populations immigrées, etc.), mais elles ne sont pas suffisamment visibles/accessibles dans l'organisation actuelle.

2.2.2. L'offre manque de clarté et de garanties de qualité

Outre le manque de visibilité des portes d'entrée, l'offre est difficilement déchiffrable car il existe une **multitude d'intervenants** et de structures portant des noms variables, qui dépendent de pouvoirs subsidiaires différents, et qui s'adressent à des publics dont les spécificités se chevauchent.

Dans le privé, il est parfois difficile de discerner les qualifications et obédiences des divers thérapeutes (psychiatres, psychologues, « coaches » et « thérapeutes » divers et plus ou moins scientifiquement formés). Notamment, le titre de « **psychothérapeute** » n'est, à l'heure où nous écrivons, ni protégé, ni réservé, et le patient n'a donc aucune garantie quant à la qualité du travail du praticien qu'il consulte. Des modifications sont toutefois attendues sous peu dans ce domaine.

En ce qui concerne la **qualité des soins** proprement dite, en dehors des prérequis liés à la reconnaissance des statuts professionnels, aucune mesure structurelle ne permet actuellement de l'évaluer et de la contrôler.

Deux projets **d'indicateurs de qualité** ont toutefois été lancés en Flandre :

- le *VIP²-GGZ project*, qui réunit des prestataires de soins et des chercheurs universitaires de tous les secteurs de la santé mentale, ainsi que des représentants de patients, pour développer *bottom up* une série d'indicateurs. Quatre premiers indicateurs sont prêts à être



validés, mais le projet n'est pas suffisamment avancé pour les intégrer dans l'organisation des soins décrite dans le présent rapport ;

- le projet LUCAS (KULeuven) qui a déjà publié quelques rapports au sujet d'indicateurs en soins de santé mentale.

2.2.3. Les coûts pour le patient sont élevés

Dans le **secteur privé** (souvent le seul accessible rapidement), les coûts sont élevés:

- les consultations privées chez un **psychologue** coûtent entre 20 et 70€ par séance¹² et ne sont pas remboursés par l'assurance-maladie;
- les consultations privées chez un **psychiatre** (+/- 45 € par séance, dont 12€ sont à charge du patient (ou 3€ pour les bénéficiaires de l'intervention majorée)) sont remboursées mais les psychiatres pratiquant des psychothérapies sont en nombre insuffisant pour répondre à la demande ;
- les **mutualités** remboursent (modestement) certaines prestations via leurs assurances complémentaires, mais ces interventions, qui ne sont soumises à aucun critère objectif commun, sont assez hétéroclites et limitées.

2.2.4. Les listes d'attente sont longues

Dans les structures subsidiées telles que les Services de Santé Mentale (SSM) et les Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG), les listes d'attente sont longues. Ainsi, en Flandre le temps moyen d'attente pour un premier contact est d'environ 40 jours depuis 2010 et 21% des patients ont dû attendre entre 1 et 2 mois. Pour les enfants et adolescents, ce temps d'attente est en moyenne de 53 jours (2014). Le temps moyen d'attente entre le premier contact et l'entretien suivant est 46 jours pour les adultes et 54 jours pour les enfants/adolescents (2014).¹³ Il n'y a pas de chiffres pour les Services de Santé Mentale.

Le même problème de listes d'attente est décrit (mais non chiffré) dans les consultations privées chez les psychiatres et dans une moindre mesure chez les psychologues.

2.2.5. La continuité des soins n'est pas garantie

Dans la mesure où la réforme des soins de santé mentale repose en grande partie sur une notion de **travail en réseau**, on pourrait s'attendre à ce que la continuité des soins soit une priorité. Or certains acteurs de terrain déplorent que la situation soit encore loin d'être optimale. Deux points problématiques ont été donnés en exemple :

- beaucoup de professionnels travaillent dans une « bulle » sans porter d'intérêt au réseau local environnant et a fortiori sans s'y intégrer ;
- le patient qui sort d'une hospitalisation psychiatrique doit souvent se débrouiller seul, avec parfois pour seule aide une liste de praticiens dans laquelle il est censé faire un choix et effectuer lui-même la démarche de prise de contact. Or il s'agit d'un moment de grande vulnérabilité où un suivi plus rapproché serait souhaitable.



3. ACCÈS AUX SOINS PSYCHOLOGIQUES À L'ÉTRANGER

Notre **comparaison internationale** porte sur 5 pays européens dont les systèmes de soins de santé mentale nous semblaient intéressants à analyser. Il s'agit des Pays-Bas, de l'Allemagne, du Royaume-Uni, de la Suisse et du Danemark.

Les **Pays-Bas** et l'**Allemagne** ont été retenus parce que ces deux pays voisins du nôtre offrent un remboursement de la psychothérapie ambulatoire à partir de l'assurance maladie (statutaire ou obligatoire). Dans deux autres pays limitrophes, la France et le Luxembourg, la psychothérapie ne fait pas partie des soins remboursés, et nous les avons donc écartés. Étant donné que la psychothérapie subit des influences culturelles différentes, nous avons ajouté la **Suisse** et le **Royaume-Uni**. Enfin, nous avons également examiné l'exemple du **Danemark**, connu pour avoir mis en place une approche différente du remboursement des psychothérapies.

Il ressort de cette analyse que la porte d'entrée vers les soins psychologiques est très différente d'un pays à l'autre, mais **qu'aucun pays ne donne un accès direct à des soins psychologiques spécialisés**. Ceux-ci sont généralement **prescrits par des intervenants de première ligne**, que les patients peuvent librement consulter. Toutefois, les intervenants de 1^{re} ligne bénéficient de **soutiens spécifiques** pour accueillir les problèmes psychologiques courants et modérés, soutiens organisés et financés selon des modalités assez variables.

3.1. Soins psychologiques en accès direct

En **Angleterre et aux Pays-Bas**, les **médecins généralistes** sont le principal point d'accès et l'acteur central du système de soins de santé, et par extension des soins psychologiques, mais ils sont secondés :

- En **Angleterre**, les cabinets de médecine générale travaillent en collaboration directe avec divers professionnels de la santé mentale : psychologue (niveau bachelor ou master), psychothérapeute, '*primary care worker*', gradué en santé mentale.
- Aux **Pays-Bas**, trois modalités de collaboration sont offertes aux MG pour les seconder dans les problèmes de santé mentale :
 - o l'assistance d'un « *mental healthcare practice assistant* » : psychologue ou assistant en santé mentale (infirmier, assistant social avec formation spécifique) ;
 - o la possibilité d'utiliser des programmes d'*e-mental health* (voir plus loin) ;
 - o la possibilité de demander l'avis d'un psychiatre, d'un psychologue ou d'un psychothérapeute.

Il est toutefois intéressant de souligner que le **NHS britannique** a récemment ouvert un **accès direct** à certains spécialistes de la santé mentale. Le but était de lever le frein que semblait constituer l'obligation de passer par un MG pour une partie de la population, et plus particulièrement les minorités ethniques ou les patients souffrant de certaines pathologies spécifiques (post-traumatiques, phobies sociales). Le NHS a cependant maintenu la recommandation de consulter d'abord un MG chaque fois que c'est possible.

En **Suisse**, les patients consultent directement le **psychiatre**, mais celui-ci emploie des **psychologues** dans son cabinet. Seul le psychiatre est habilité à percevoir des honoraires faisant l'objet d'un remboursement ; il délègue une part de son travail au(x) psychologue(s) (modèle hiérarchique).

En **Allemagne**, différents professionnels de la santé et de la santé mentale collaborent au sein de **pratiques de groupe pluridisciplinaires de 1^{re} ligne**, et les prestations de chacun peuvent faire l'objet d'un remboursement (modèle non hiérarchique).

Au Danemark, il n'y a pas d'accès direct (voir plus loin).



3.2. Conditions d'accès aux soins psychologiques spécialisés

Nous avons analysé, dans les différents pays étudiés, les manières de conditionner le support financier des soins psychologiques spécialisés.

3.2.1. Gatekeeping

Aux Pays-Bas, Royaume-Uni, Suisse et Danemark, l'accès se fait **sur prescription par un médecin** ; en Allemagne, la première consultation peut se faire en accès direct, mais une attestation du MG est exigée après la 1^{re} séance. Certains pays font une distinction entre les soins spécialisés prestés par des psychiatres ou par des psychologues : au Danemark, la prescription est nécessaire seulement pour les psychologues, tandis qu'aux Pays-Bas, elle est exigée tant pour les psychologues que pour les psychiatres.

3.2.2. Indications

Plusieurs pays conditionnent le remboursement à **des diagnostics précis** : aux Pays-Bas, Allemagne et Suisse, cette sélection se fait exclusivement sur base d'une liste de diagnostics du DSM IV/V ou de l'ICD-10.

En Angleterre, il n'y a pas de liste restrictive d'indications, mais le NICE se base, pour définir les indications donnant accès aux soins, sur les **guides de bonne pratique (guidelines)** qu'il a lui-même développés pour les troubles psychologiques les plus communs.

Le Danemark a choisi une approche assez différente : l'accès aux soins psychologiques spécialisés se fait sur base d'une liste associant des diagnostics et des circonstances expliquant celui-ci (avoir été victime d'un viol, d'un cambriolage, etc.)

3.2.3. Modalités thérapeutiques

Certains pays ne remboursent que certaines modalités thérapeutiques. Au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, la condition est que le traitement soit *evidence-based* dans l'indication concernée.

Par exemple, le système néerlandais a décidé que des approches préventives devaient être remboursées pour les personnes sujettes à la

dépression, à l'usage problématique d'alcool ou aux troubles paniques, où l'efficacité est prouvée, mais pas pour la prévention des troubles anxieux parce que les preuves d'efficacité sont insuffisantes dans ce dernier cas. Il n'a pas non plus retenu les thérapies telles que la psychanalyse, le *neurofeedback*, et la stimulation magnétique transcrânienne.

En Angleterre, les guidelines du NICE déjà cités recommandaient initialement les seules thérapies cognitivo-comportementales (TCC) pour le traitement de la dépression et des troubles anxieux. Pour satisfaire à cette exigence, le NHS a dû former des milliers de professionnels à ce type de thérapie (Programme *Improving Access to Psychological Therapies* - IAPT). Par la suite, le NICE s'est ouvert à quelques autres formes de traitement et le programme IAPT s'est adapté en proposant une palette plus élargie de formations. Par exemple, un certain nombre d'interventions de basse intensité sont proposées en alternative aux classiques entretiens face à face de la TCC, ce qui permet de réduire le temps de contact du praticien avec le patient.

L'Allemagne, le Danemark et la Suisse ont, quant à eux, des approches moins restrictives. En Allemagne, le remboursement se fait sur base des orientations thérapeutiques ; trois d'entre elles sont reconnues : la psychothérapie analytique, la psychothérapie psychodynamique et la thérapie comportementale.

Le Danemark et la Suisse laissent aux praticiens leur totale liberté thérapeutique du moment que le psychologue soit agréé. Toutefois, comme le remboursement ne porte que sur 10 ou 12 séances, les thérapies de longue durée comme la psychanalyse ne sont pas favorisées. –

3.2.4. Nombre de séances

Le nombre maximum de séances remboursées est généralement fixé dans tous les pays.

Les exemples de limitations suivent différentes modalités :

- **fixées au départ** quel que soit le traitement, comme au Danemark (12 séances) ou en Suisse (10 séances) ;
- **variables en fonction du type de traitement**, comme en Allemagne (maximum de 80 heures pour une thérapie de type comportemental,



100 pour une approche psychodynamique ou 300 pour une thérapie de type analytique, réparties en max 3 séances par semaine) ;

- variables **en fonction d'une classification des patients**, comme aux Pays-Bas où l'intensité du traitement varie en fonction de 4 types de besoins: court (5 heures), moyen, intensif et chronique (30 heures) ;
- variables **en fonction de la combinaison traitement / indication** comme dans le système anglais.

La durée des séances est en général limitée (typiquement 45 à 60 min pour une séance individuelle). Par ailleurs, dans certains cas, le nombre d'heures ou de séances peut faire l'objet de renouvellement, sur avis médical.

Le lecteur intéressé par l'intégralité de la comparaison internationale pourra en prendre connaissance [au chapitre 5 du rapport scientifique](#).



4. LES PROJETS PILOTES FLAMANDS DE PSYCHOLOGIE DE 1^{RE} LIGNE

En décembre 2011, 7 projets pilotes de « psychologie de première ligne » (*Eerste Lijns Psychologische Functie* – ELPF) ont été lancés par le gouvernement flamand.

4.1. Objectifs

L'objectif principal était d'évaluer l'efficacité d'une prise en charge de première ligne pour les problèmes psychologique non-complexes, le rapport coût-bénéfices d'une telle approche et son adéquation aux besoins constatés au sein de la société (avec un accent sur les populations vulnérables). Il s'agissait aussi de tester différentes formules afin d'identifier celles permettant une collaboration interdisciplinaire et transmurale maximale.

Les principaux objectifs opérationnels étaient les suivants :

- délivrer des soins psychologiques généralistes et de courte durée, pour des problèmes psychiques non-complexes et selon une approche à bas seuil d'accessibilité ;
- développer des collaborations étroites avec les autres intervenants des soins de santé sur le modèle du *stepped care*, et pour cela construire un réseau de soins au niveau local ;
- améliorer la détection et l'intervention précoce en cas de problèmes psychologiques ou psychiatriques.

4.2. Aspects organisationnels

La durée des projets était prévue pour 3 ans (elle a été prolongée depuis).

Chaque projet employait 1 ETP de psychologue clinicien, le plus souvent réparti entre 2 psychologues (10 à Bruxelles) ; tous devaient avoir au moins 5 ans d'expérience.

Chaque projet était financé forfaitairement (65 000 €/an) couvrant la rémunération du ETP psychologue clinicien (salarié), les coûts opérationnels et la communication avec les MG. Les patients devaient contribuer à hauteur de 4 à 9 € par consultation (gratuit pour les détenus, les demandeurs d'asile et les personnes en séjour irrégulier).

Chaque projet était libre de fixer ses modalités d'accès et de choisir ses modes d'intervention, mais devait établir une collaboration structurée avec au moins un *Samenwerkingsinitiatief Eerstelijnsgezondheidszorg* (SEL), le(s) cercle(s) de MG locaux et un CGG. Cette intégration a été perçue très positivement car cela facilitait la collaboration et le renvoi des patients vers d'autres prestataires.

Les patients devaient être envoyés par leur médecin généraliste. Dans un seul projet, ils pouvaient être envoyés par d'autres instances de soins (CAW, médecin conseil de mutualité, CPAS).

4.3. Principaux résultats

Les motifs de consultation les plus fréquents étaient les troubles d'adaptation (47%), les troubles de l'humeur (34%), les problèmes relationnels (31%) et les problèmes anxieux (27%).

Près de 41% des patients souffraient de ces problèmes depuis plusieurs années, et 34% depuis plusieurs mois.

7,5% de troubles ont été considérés comme légers, 47% comme modérés, 39,5% comme sévères et 6% comme très sévères. Toutefois, il y a eu peu d'interventions de crise, considérées comme ne faisant pas partie de la mission (sauf pour un projet où un jour de consultation par semaine était réservé à ce type d'intervention).

Les projets devaient se focaliser sur les traitements à court terme : 88% des demandeurs (67%-100%) ont bénéficié de une à cinq séances, et 8% (0%-22%) de six à dix séances. Le nombre global moyen de sessions était de 3,1 (1,5-3,9). Le délai d'attente avant consultation a été assez variable, de 2 jours à 2 mois. Par la suite, 56% des patients ont été renvoyés vers : un CGG (17%), un psychiatre (10%), un CAW (7%) et les 31% restants vers des prestataires de soins divers.

La satisfaction vis-à-vis de ce projet s'avère très élevée: les psychologues de 1^{re} ligne étaient très heureux du travail accompli (score supérieur à 8/10 pour la majorité des points évalués), les autres cliniciens partenaires se sont déclarés très satisfaits de la fonction d'ELPF et de la collaboration (scores moyens >9/10) et les patients se sont également déclarés très satisfaits (en moyenne 8,9/10).

Le rapport détaillé des projets ELPF a été publié en novembre 2015.¹⁰



5. PISTES POUR L'ORGANISATION DES SOINS PSYCHOLOGIQUES

5.1. Un système à deux composantes

Aucun des pays que nous avons étudiés n'autorise l'accès direct à des soins psychologiques spécialisés pris en charge par le système de santé ; en effet ceux-ci doivent être prescrits par des médecins intervenant en 1^{re} ligne (médecins généralistes, psychiatres, pratiques multidisciplinaires). Toutefois, dans ces pays, les médecins intervenant en 1^{re} ligne reçoivent le soutien de professionnels qualifiés pour accueillir les nombreuses demandes des patients en détresse psychique. Il y a donc bel et bien un **accès direct** à une **première forme de prise en charge des problèmes psychiques courants**.

Ceci a été mis en parallèle avec les projets de psychologie de 1^{re} ligne menés en Flandre, dont les résultats n'étaient pas encore publiés au moment de nos premières réunions de consultation (mars-avril 2015), mais dont la plupart des participants avaient déjà une bonne connaissance et une opinion très positive.

L'idée forte qui s'est dégagée de cet ensemble d'éléments a donc été qu'une fonction de psychologie de 1^{re} ligne d'accès direct représentait probablement la solution la plus adéquate

- pour donner aux patients la possibilité d'avoir directement accès à des soins psychologiques sans devoir consulter successivement plusieurs intervenants ;
- pour épauler les professionnels de santé de 1^{re} ligne, et tout particulièrement les médecins généralistes ;
- pour assurer un *gatekeeping* vers des soins psychologiques plus spécialisés (*gatekeeping* dont les acteurs de terrain belges, dans leur grande majorité, admettent la nécessité en vue de limiter les coûts) ;
- pour limiter les listes d'attente pour les soins plus spécialisés et intervenir rapidement et efficacement auprès des personnes en difficulté.

Notre proposition est donc de créer en Belgique un système à deux composantes :

A. Une 1^{re} ligne de soins psychologiques généralistes, à bas seuil d'accès

- sans prescription ;
- sans critère de diagnostic, de bénéficiaire ou de gravité ;
- mais limitée à un petit nombre de séances.

Cette 1^{re} ligne très accessible devrait théoriquement permettre de résoudre une part substantielle des situations de détresse psychique et, de ce fait, de **limiter les demandes de traitement plus spécialisé et/ou de plus longue durée**. La 1^{re} ligne devrait également permettre d'orienter directement les situations (potentiellement) plus graves vers des soins adéquats dans le cadre des structures et initiatives spécialisées existantes (2^e et 3^e ligne).

B. Des soins plus spécialisés, réservés à ceux dont les problèmes ne peuvent être résolus par la 1^{re} ligne, et qui ne sont pas du ressort des structures de soins psychiatriques existantes.

Ces soins spécialisés seraient accessibles **sur référence par la 1^{re} ligne** via un mécanisme régulateur (*gatekeeping*) ou via un psychiatre.

Le **système de pratique privée** des soins psychologiques en accès direct pourrait continuer à fonctionner comme actuellement, mais n'entrerait pas en ligne de compte pour un remboursement.

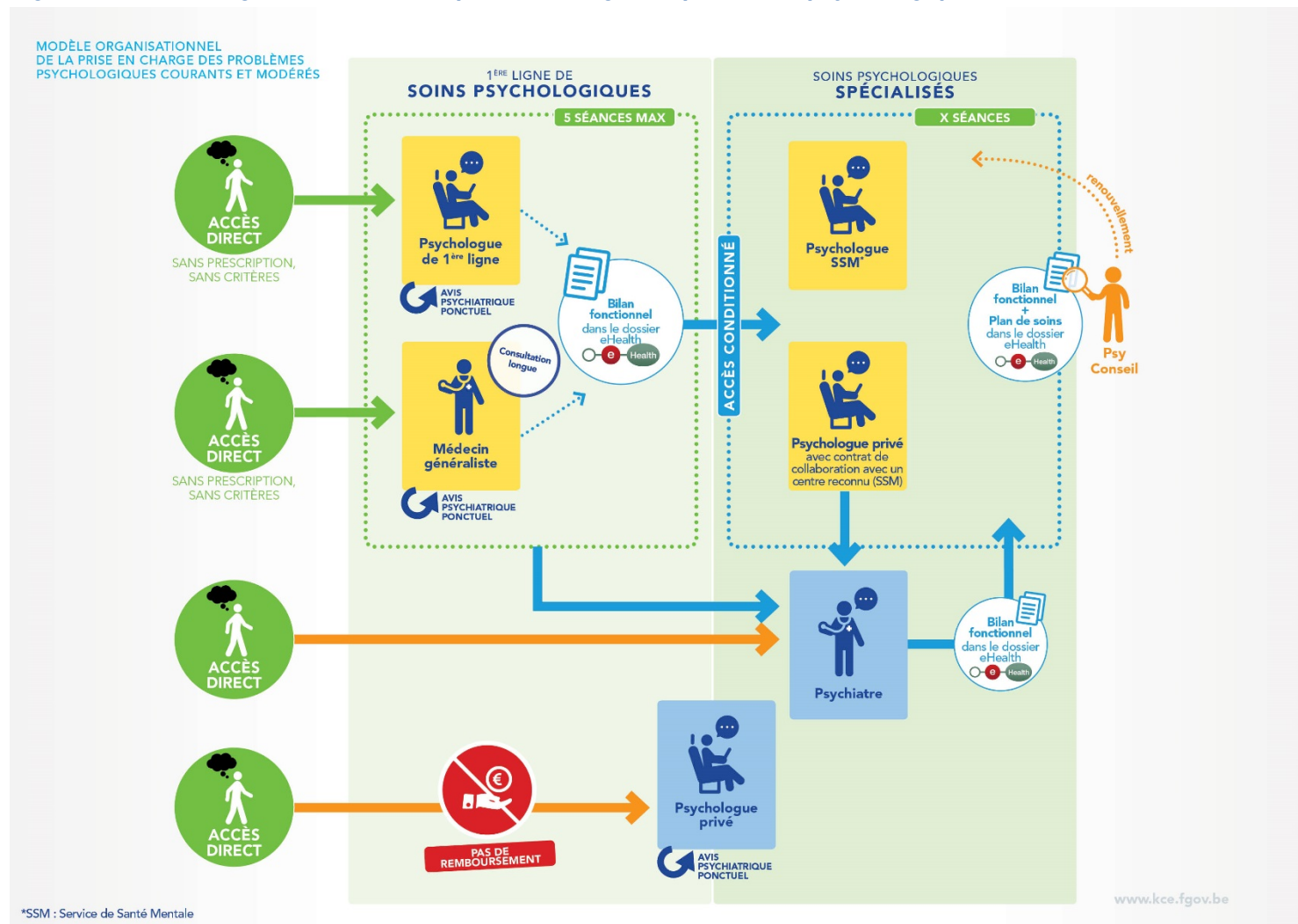
Pour rendre un tel système fonctionnel, il faut prévoir au niveau du système de santé **une série d'incitants financiers et des structures organisationnelles** pour :

- Installer une culture de collaboration et de travail en réseau de tous les intervenants, à tous les niveaux ;
- Disposer de professionnels en nombre et niveau de formation adéquats ;
- Mettre à disposition des outils (informatiques) de transfert d'information et d'enregistrement de données ;
- Mettre en place une mesure de la qualité.

Enfin, étant donné que les conditions d'applications proposées ne seront pas implémentables à court terme, il conviendra de prévoir un phasage de la mise en œuvre des différentes composantes du système ainsi que des modalités transitoires.



Figure 1 – Modèle organisationnel de la prise en charge des problèmes psychologiques courants et modérés*



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



5.2. Intervenants : à chaque niveau sa spécificité

5.2.1. En 1^{re} ligne : des intervenants aux compétences complémentaires

Dans la plupart des pays étudiés, le MG est le point d'entrée prévu pour les patients aux prises avec des difficultés psychiques. La question posée par les acteurs de terrain est de savoir s'il est véritablement le mieux placé pour tenir ce rôle, que revendiquent aussi les psychologues cliniciens. Étant donné la sensibilité de ce point, nous détaillons ici les arguments qui ont été échangés.

A. Le médecin généraliste (MG)

Le MG est indéniablement considéré comme le **pivot des soins de santé** et comme le soignant qui connaît le mieux le patient, son entourage et ses conditions de vie. Il entretient en général une **relation stable et de longue durée** avec ses patients et est bien placé pour avoir une **vision globale du contexte** dans lequel prennent naissance ses difficultés (crises intrafamiliales, problèmes d'emploi, difficultés financières, etc.) et pour estimer le niveau de soutien qu'il peut recevoir de son entourage, le cas échéant.

De plus, en Belgique, le MG bénéficie d'un **capital-confiance** très élevé de la part de ses patients. Il est le dépositaire du **Dossier Médical Global (DMG)** et est de ce fait un acteur idéal pour coordonner une prise en charge au sein d'un réseau de soins. C'est également lui qui signe le plus souvent les **arrêts de travail**.

Il présente aussi l'avantage d'être d'un **accès (géographique et financier) aisé et rapide**.

Quand il travaille dans une **structure multidisciplinaire** de type maison médicale, il dispose souvent d'un accès immédiat à un psychologue avec qui il travaille en équipe.

Enfin, pour beaucoup de personnes, il est plus facile de franchir le seuil d'une consultation de médecine générale que celui d'une consultation « psy » au sens large, parce qu'ils la considèrent comme **moins stigmatisante**.

MAIS

Les acteurs de terrain font aussi valoir que **limiter** l'accès aux soins de santé mentale à la seule porte d'entrée par les MG poserait certains problèmes.

En effet, de nombreuses personnes considèrent que leurs difficultés de vie **ne sont pas d'ordre médical**. Elles souhaitent avoir accès à un professionnel de la santé mentale mais préfèrent **ne pas devoir en parler à leur médecin traitant**, précisément pour les mêmes raisons de proximité avec le reste de la famille et des proches.

Par ailleurs, les MG sont souvent **surchargés** et ne peuvent pas toujours consacrer beaucoup de temps à chaque patient. Or aborder une problématique psy requiert **du temps et de la disponibilité d'esprit**. Sans parler d'une éventuelle **sensibilité personnelle**, à défaut d'une **formation adéquate**, que tous les MG ne possèdent pas nécessairement.

On sait aussi que les **populations les plus vulnérables** ont moins souvent un médecin traitant attiré que le reste de la population ; pour ces personnes, un passage obligé par un MG pourrait être un obstacle.

Il est donc souhaitable de trouver **une formule suffisamment souple pour permettre aux MG de s'impliquer mais où ils ne doivent pas être des acteurs incontournables**. Dans cette optique, il faudrait prévoir un financement leur permettant de consacrer suffisamment de temps aux patients en détresse psychique et de faire facilement appel à l'expertise d'autres prestataires.

B. Le psychologue clinicien

Le psychologue clinicien est formé scientifiquement et spécifiquement à la compréhension des (dys)fonctionnements de l'esprit humain, à leur diagnostic et à leur prise en charge. Il est donc apte à jouer un rôle **central dans des soins psychologiques de 1^{re} ligne**. De plus, il exerce une **profession reconnue comme autonome** par la loi du 4 avril 2014 et a donc de ce fait le droit de poser un diagnostic et de prescrire ou de prodiguer des soins (complémentaires) sans devoir en référer à un médecin. Rappelons la définition de la psychologie clinique récemment formulée par le Conseil supérieur de la santé¹⁴ : « le développement et l'application autonomes de théories, méthodes et techniques issues de la psychologie scientifique dans la promotion de la santé, le dépistage, le diagnostic psychologique et



l'évaluation des problèmes de santé ainsi que dans la prévention de ceux-ci et les interventions chez les personnes concernées ».

De plus, les psychologues cliniciens disposent d'une bonne **vision d'ensemble des différentes options (psycho)thérapeutiques existantes**; ils maîtrisent certaines d'entre elles, qu'ils peuvent mettre immédiatement en pratique en 1^{re} ligne. Certaines de ces options (thérapies brèves, counseling, interventions dites à faible intensité) permettraient de résoudre une bonne partie des problématiques en quelques séances, sans recours à une thérapie plus longue.

MAIS

Les acteurs de terrain soulignent que réserver la fonction de première ligne à l'exercice **exclusif** des psychologues présenterait aussi certains désavantages.

En effet, les psychologues **n'ont pas une vision aussi globale de l'état de santé du patient** que le MG, puisqu'ils n'ont pas de compétences pour ce qui relève des versants somatiques des problèmes considérés, et qu'ils n'ont pas accès aux antécédents médicaux du patient. Or ces aspects somatiques représentent parfois une composante majeure de la problématique psychique. Le risque est alors une « **psychologisation** » de problèmes qui pourraient bénéficier d'une solution médicale (p.ex. un dysfonctionnement de la thyroïde engendrant un état dépressif).

Comme mentionné plus haut, pour une partie de la population, le recours à un professionnel de la santé mentale reste une étape difficilement franchissable à cause des **tabous persistants autour des « maladies mentales »**. Cette partie de la population trouve moins stigmatisant de s'adresser d'abord à son MG ou à une maison médicale ; il est donc important de conserver cette possibilité.

Autre point important au sujet des psychologues cliniciens : le rapport des projets pilotes ELPF souligne que la fonction de 1^{re} ligne est très exigeante, qu'elle requiert des **compétences spécifiques** et nécessite une solide **expérience clinique**. Selon certains acteurs de terrain, la formation de base en psychologie clinique n'est pas suffisamment large pour assurer valablement une 1^{re} ligne de soins. Ils en appellent à la création d'une **formation spécifique complémentaire** pour les psychologues cliniciens se destinant à cette fonction. Une **formation continuée équivalente** devrait

être proposée aux psychologues en activité qui désirent ajouter cette compétence à leur pratique actuelle. Le suivi de cette formation serait une condition pour pouvoir être **agréé pour les soins psychologiques de 1^{re} ligne** et donnerait accès à un **financement spécifique** (voir plus loin).

Mutatis mutandis, le rôle des **orthopédagogues cliniciens** dans le cadre d'une fonction de 1^{re} ligne doit être identique à celui des psychologues cliniciens, selon les mêmes modalités et aux mêmes conditions, mais uniquement par rapport à leurs publics spécifiques.

C. Les assistants (bacheliers) en psychologie

Aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, les assistants en psychologie (niveau Bachelor) peuvent prêter certaines tâches au sein des cabinets de médecine générale, sous la supervision des MG.

À l'heure actuelle, en Belgique, il existe un diplôme reconnu de « Bachelier en psychologie appliquée » (anciennement « assistant en psychologie » ou « gradué en psychologie »). Les détenteurs de ce diplôme utilisent souvent le titre de « consultant en psychologie » mais ce titre ne fait actuellement pas l'objet d'une protection officielle. Les bacheliers peuvent travailler en 1^{re} ligne, soit comme indépendants (psychothérapeutes, coaches, ...), soit comme salariés dans des structures psychosociales (Plannings familiaux, PMS, CPAS, CAW en Flandre), soit associés à une pratique de médecine générale. Ils peuvent également travailler dans des SSM et des CGG.

Faisant référence au niveau d'exigence élevé de la 1^{re} ligne de soins psychologiques, des réticences ont été émises lors des rencontres avec les acteurs de terrain à l'idée de confier ces responsabilités à des bacheliers. Toutefois, étant donné la demande importante à laquelle on peut s'attendre si une 1^{re} ligne devait être mise en place, il serait réaliste de prévoir que les bacheliers puissent y prêter une partie des soins, à condition que ce soit **sous la supervision d'un psychologue clinicien diplômé (niveau master) formé à la psychologie de 1^{re} ligne**.

D. Et le psychiatre ?

En tant que médecin spécialiste, le psychiatre n'a théoriquement pas sa place en 1^{re} ligne, même si en pratique, dans notre pays, il est possible de le consulter directement. Sa valeur ajoutée indéniable repose sur sa profonde connaissance tant des pathologies mentales que des thérapies médicamenteuses. Un atout serait de pouvoir mettre cette expertise de



façon ponctuelle à la disposition de la 1^{re} ligne, dans un rôle consultatif, sans pour autant en faire un passage obligé.

Une « **consultation d'avis** » auprès d'un psychiatre pourrait en effet s'avérer d'une grande aide pour les acteurs de 1^{re} ligne faisant face à un cas difficile à cerner. Cette consultation devrait pouvoir se faire de façon prioritaire, et serait assortie de l'obligation, pour le psychiatre, de remettre un rapport d'avis au professionnel qui l'envoie.

NB : cette consultation d'avis psychiatrique ne doit pas être confondue avec l'avis psychiatrique parfois demandé au sujet d'une incapacité de travail.

E. En résumé :

Les soins psychologiques de 1^{re} ligne devraient être prestés par des psychologues cliniciens, de préférence en collaboration avec les médecins généralistes.

Les patients auraient donc le choix de s'adresser à l'un ou à l'autre selon leurs préférences. Le MG aurait dans ce cas la possibilité de facturer un certain nombre de consultations de longue durée. Tant le psychologue de 1^{re} ligne que le MG devraient avoir la possibilité de demander un avis ponctuel à un psychiatre.

Outre les compétences spécifiques exigées pour intervenir dans le cadre des soins psychologiques de 1^{re} ligne, **les prestataires de soins reconnus devraient se conformer à certaines exigences en matière de formation continue et participer à des groupes d'intervision entre pairs.** Le contenu et les modalités de cette formation continue ainsi que des interventions devraient faire l'objet d'une définition sur la base d'une concertation. Cette mission pourrait être confiée aux commissions prévues dans la loi sur les professions de la santé mentale du 4 avril 2014.

Ces obligations seraient identiques pour les intervenants prestant au sein d'une structure et pour ceux travaillant en indépendants.

Les bacheliers pourraient intervenir en soutien pour certaines tâches effectuées sous la supervision d'un psychologue clinicien.

5.2.2. Soins spécialisés : des professionnels reconnus et agréés

La 2^e ligne de soins, que nous appellerons « soins psychologiques spécialisés » reposera exclusivement sur les interventions de **professionnels reconnus et agréés** ayant suivi une **formation spécifique** à certaines techniques de soin reconnues comme telles (dont la psychothérapie), ou à des **orthopédagogues** pour certains patients à besoins spécifiques.

Ce critère de **qualification du prestataire de soins psychologiques spécialisés** se retrouve d'ailleurs dans tous les pays (mais selon des modalités extrêmement variables quant aux profils et niveaux de qualification exigés).

Il est souhaitable que les prestataires de soins psychologiques spécialisés **se conforment à certaines exigences en matière de formation continue et participent à des groupes d'intervision entre pairs. Ils devraient également être** inclus dans un réseau multidisciplinaire local (voir plus loin : concertation). Ces conditions devraient être prises en compte dans un processus d'accréditation.

Le **statut** de ces professionnels ne serait pas déterminant : tant les **praticiens indépendants** que ceux **exerçant au sein de structures** (SSM, CRA,...) pourraient entrer en ligne de compte. Cette offre viendrait donc s'ajouter à celle déjà proposée par ces structures, pour la renforcer.

Ceci engendrera toutefois une difficulté supplémentaire du fait que les différents intervenants pressentis sont actuellement financés soit au niveau fédéral (INAMI), soit au niveau des entités fédérées.



5.3. Offre de soins : *stepped care* et liberté thérapeutique mais nombre de séances limité

5.3.1. *Stepped Care*

Le *Stepped care* est un modèle de soins dans lequel les patients en demande d'aide se voient d'abord proposer **le traitement le moins intensif correspondant à la nature et à la gravité de leur plainte**. Si cela ne s'avère pas suffisant, on passe au niveau d'intensité /de spécialisation suivant (« *stepping up* »).¹⁵

Dans notre modèle, les patients se voient d'abord proposer tout un éventail d'interventions (d'intensité croissante) dans le cadre de la 1^{re} ligne, avant d'envisager un envoi vers des soins plus spécialisés et/ou à plus long terme, sur base d'un bilan fonctionnel servant de « conclusion » à cette première prise en charge.

En cas de problème grave ou urgent, l'envoi direct vers le psychiatre ou le service d'urgence de l'hôpital est évidemment possible. À l'inverse, si le problème n'est pas du ressort de la 1^{re} ligne de soins psychologiques, le patient sera renvoyé vers d'autres formes de soutien plus communautaires (« *stepping down* »). Sans oublier le rôle essentiel des groupes d'entraide et des aidants proches.

5.3.2. *Types d'interventions*

Les **profils des patients** reçus dans le cadre des projets ELPF correspondent à ceux décrits par les acteurs de terrain, à savoir en majorité des « difficultés de vie », problèmes d'adaptation aux facettes multiples, souvent liés au contexte familial ou social, et ne devant pas nécessairement faire l'objet d'une prise en charge complexe d'emblée. Il est donc logique de proposer une approche calquée sur celle des projets ELPF :

- Accueil et écoute de toutes les plaintes
- Établissement d'un bilan fonctionnel, ou éventuellement d'un diagnostic (voir plus loin)
- Counseling
- Aide à l'auto-résolution de problèmes

- Prise en charge brève de problèmes modérés (trauma non compliqué, deuil,...)
- Détection précoce et réorientation des problèmes (potentiellement) graves vers un psychiatre
- Référence vers des soins psychologiques spécialisés à plus long terme si nécessaire.

5.3.3. *Pas de listes limitatives d'indications*

Notre analyse internationale montre que les classifications DSM IV/V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th/5th edition*, publié par l'*American Psychiatric Association*) ou ICD-10 (*International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision*, produit par l'OMS) sont souvent employées pour délimiter les indications éligibles pour un remboursement.

De façon générale, les partisans de ces classifications soulignent qu'elles permettent de décrire avec précision une problématique et de faciliter ainsi la communication entre prestataires de soins au sujet de l'évaluation et de l'approche thérapeutique. Les critiques, par contre, sont d'avis que ces classifications induisent une stigmatisation et une perte de la vision holistique des problématiques multifactorielles. Ils soulignent également le risque que les diagnostics ainsi posés tournent à la « prophétie auto-réalisatrice », ou ne mènent à exclusion du remboursement des soins des personnes dont les plaintes atypiques et multiples ne « correspondent » à aucune catégorie.

Ces **arguments défavorables à l'utilisation de listes limitatives d'indications** sont à mettre en rapport avec les observations des acteurs de terrain belges pour qui les problèmes psychiques courants et modérés qu'ils rencontrent ne relèvent pas de pathologies mentales caractérisées, mais plutôt d'une combinaison de problématiques psychiques, sociales et économiques. Par conséquent, ils sont d'avis qu'obliger les professionnels à poser des diagnostics de type DSM ou ICD-10 pour ce type de patients reviendrait à « médicaliser le social », selon l'expression consacrée, ou à « psychiatriser » de façon abusive. Ils estiment qu'il est tout à fait possible, pour des professionnels expérimentés, de décider de la nécessité d'accorder à un patient l'accès à des soins spécialisés sans pour autant



poser un diagnostic formel. Ce sont **les besoins du patient** qui doivent guider la décision plutôt que la présence d'une série de critères sur une check-list.

Si toutefois des critères sont indispensables, ils préfèrent alors que l'on se base sur des guidelines ou des protocoles, plutôt que sur des outils de classification tels que le DSM ou l'ICD.

Les **représentants des patients** ayant participé aux réunions font aussi remarquer que, s'ils sont obligés de s'inscrire dans des diagnostics prédéfinis (« être mis dans des cases »), les professionnels pourraient avoir tendance à « accommoder » les symptômes observés en fonction des besoins dudit diagnostic...

La position du KCE à ce sujet est que nous ne disposons pas, à l'heure actuelle, d'éléments de preuve suffisants pour recommander une approche conditionnée par des diagnostics précis.

5.3.4. Pas de restriction liée au type de traitements

Dans tous les pays que nous avons étudiés, l'assurance santé obligatoire intervient aussi bien pour les séances individuelles que de groupe, de couple ou familiales. Toutefois aux Pays-Bas et en Grande Bretagne, seules les approches *evidence-based* entrent en considération.

Les professionnels belges, bien que convaincus de l'importance de la **pratique *evidence-based*** en psychologie, ne sont pas en faveur d'une limitation du remboursement aux seuls **traitements *evidence-based***. Le fait de garantir au prestataire sa **liberté thérapeutique** lui permet de combiner des éléments provenant de différentes approches, en fonction de sa propre expertise, pour s'adapter au mieux aux caractéristiques spécifiques de chaque patient individuel. Par ailleurs, la réussite d'une thérapie résulte aussi de la **qualité du lien** instauré entre le thérapeute et son patient, qui ne peut se réduire à des protocoles de soins.

Toujours selon les professionnels de terrain, leur future agrégation selon les nouvelles mesures législatives en préparation et le fait qu'ils suivent une formation continue obligatoire devraient constituer une garantie suffisante de la pertinence et de l'adéquation des traitements délivrés. Des guidelines pourraient constituer un atout supplémentaire, en leur permettant de se tenir au courant des recommandations les plus récentes en matière de

traitements *evidence-based*, mais ils ne doivent pas devenir des carcans trop rigides.

La position du KCE à ce sujet est que nous ne disposons pas, à l'heure actuelle, d'éléments de preuve suffisants pour recommander la liste limitative d'approches telle que prévue actuellement dans la loi.

5.3.5. Pas uniquement des consultations en face à face

Tant pour la 1^{re} ligne que pour les soins spécialisés, les professionnels soulignent également que **les consultations en face à face ne sont pas le seul cadre possible**. En effet :

- Les séances de groupe sont coût-efficaces pour certains types de patients (les sessions de psycho-éducation sont d'ailleurs reprises dans les projets 'article 107').
- Certaines alternatives au face à face, comme les contacts par téléphone ou par ordinateur (voir encadré ci-dessous), pourraient être très utiles pour les personnes ayant des problèmes de mobilité (malades du cancer, personnes âgées, aidants proches, etc.).
- Dans le cas spécifique de l'orthopédagogie, des alternatives au contact direct avec l'enfant sont les observations à l'école ou au domicile, et les guidances parentales ou de professeurs.
- L'usage de la télémédecine doit quant à lui être réfléchi dans un contexte plus large que la seule santé mentale.



Des approches « alternatives »

Depuis peu, le programme *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT) britannique propose des programmes de self-help, accompagnés ou non, sous forme de livres ou par ordinateur (*e-mental health*), et des approches à haut volume comme des sessions de groupe.

Selon le *Swedish Council on Health Technology Assessment* (SBU), les thérapies cognitivo-comportementales délivrées via internet avec le support d'un thérapeute font partie de la panoplie de méthodes utilisables pour des personnes souffrant de phobie sociale ou de dépression majeure légère à modérée, à condition qu'ils soient motivés par la méthode.

Citons aussi l'avis positif formulé par le *Zorginstituut Nederland* à l'égard du programme '*Beating the Blues*' (un programme de thérapie cognitivo-comportementale en ligne) qui conclut, sur base de la littérature, que l'efficacité de ce programme est suffisamment plausible chez les personnes souffrant de dépression légère à modérée mais pas pour les troubles anxieux. Le programme est donc repris dans le paquet couvert par l'assurance santé obligatoire néerlandaise en cas de dépression.

5.3.6. Limitation du nombre de séances remboursées

Une caractéristique importante de la 1^{re} ligne de soins psychologiques est d'être de **courte durée**. Nous proposons donc que cette prise en charge soit limitée à un certain nombre de séances à définir. Les acteurs de terrain belges s'accordent sur le fait qu'un grand nombre de patients peuvent être aidés en première ligne en un minimum de séances (dans les projets ELPF, 88% des patients ont été aidés en 5 séances ou moins, avec une moyenne de 3,1)).

En ce qui concerne **les soins spécialisés**, dans tous les pays que nous avons étudiés, le volume de traitement est limité, qu'il soit compté en nombre de séances et/ou en heures. Il est ressorti de nos rencontres avec les stakeholders belges **qu'une telle limitation serait une mesure raisonnable à appliquer chez nous**. Les exemples étrangers nous montrent cependant d'énormes variations (de 5 à 300 heures – [voir chapitre 5 du rapport scientifique](#)).

Actuellement en Belgique, les psychothérapies prestées par des psychiatres font l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie, sans limitation du nombre de séances. Il en va de même pour les soins spécialisés prodigués dans les SSM, qui sont financés par les entités fédérées, avec une participation modeste du patient.

Par contre, les séances prestées par des psychologues dans le cadre de conventions spécifiques avec l'INAMI sont limitées en fonction de leur nombre : par exemple 17 séances maximum pour une personne atteinte de fatigue chronique, ou 8 séances réparties sur 2 ans pour l'aide à l'arrêt du tabac.

Les mutualités qui offrent une intervention financière via leur assurance complémentaire pour les consultations chez un psychologue ou un psychothérapeute ont, pour leur part, défini un nombre limité de remboursements, que ce soit au cours de la vie ou par an. Ce nombre est très variable d'un organisme à l'autre.

Dans le modèle que nous proposons, la première série de séances des soins spécialisés (remboursés) serait **limitée à un certain nombre** (à définir), avec une **possibilité de renouvellement**.

Ce système aurait l'avantage de garder une certaine maîtrise sur les dépenses, et d'imposer au binôme prestataire de soins / patient un moment de réflexion commune et de bilan du chemin parcouru ensemble, au terme d'une période donnée. Cette réflexion se traduira dans un nouveau **bilan fonctionnel** accompagné d'un **plan de soins**, qui seront cette fois soumis à un regard tiers (par exemple, un « psychologue-conseil » ou « psychiatre-conseil » lié à un organisme payeur – voir ci-dessous).

Toutefois, pour une liste limitée (à définir) de **pathologies nécessitant une prise en charge à très long terme**, des renouvellements supplémentaires seront automatiques. Les personnes institutionnalisées pour une longue durée et les personnes avec handicap mental ne doivent pas être oubliées dans ces mesures.



Le Psy-conseil

Le « psychologue-conseil » ou « psychiatre-conseil » aurait une fonction calquée sur le rôle du médecin-conseil. C'est donc avant tout un acteur lié aux directions médicales des organismes assureur, intervenant soit de manière autonome, soit dans une équipe multidisciplinaire sous la supervision d'un médecin conseil (à définir).

Le « psy-conseil » n'interviendrait ni en 1^{re} ligne, ni pour la prescription d'une première série de séances de soins spécialisés. Ce ne serait qu'en cas de demande de **renouvellement** de ces séances qu'il devrait prendre une décision. Cette décision se baserait sur le bilan fonctionnel et sur un plan de soins fourni par le prestataire de soins spécialisés. Le « psy-conseil » ne devrait donc pas nécessairement rencontrer le patient pour un simple renouvellement.

Certains acteurs de terrain ont émis la suggestion que le « psy-conseil » pourrait également renforcer les missions de conseil des directions médicales des mutualités et intervenir dans l'évaluation des dossiers d'incapacité de travail et d'invalidité pour problèmes de santé mentale.

Le rôle de ce « psy-conseil » reste donc bien limité aux fonctions en lien avec l'organisme assureur. Il ne s'agit pas d'une supervision du prestataire de soins.

5.4. Accès : libre en 1^{re} ligne, conditionné pour les soins spécialisés

5.4.1. 1^{re} ligne : des portes d'entrée multiples

Les acteurs de terrain belges se prononcent clairement en faveur d'un **accès direct et à seuil très bas** pour la 1^{re} ligne de soins psychologiques. Cela implique que les patients puissent y accéder directement **sans devoir passer par une prescription préalable**. Sur ce point, le modèle diverge donc des projets ELPF où les patients ne peuvent consulter que sur référence par le MG.

Plus même qu'un simple accès direct, il est suggéré de **multiplier les portes d'entrée** : les CPAS, les urgences des hôpitaux, les médecins du travail, le secteur scolaire (PMS, médecine scolaire), les centres de planning

familial, les maisons de repos, les médecins-conseil des mutualités, les associations œuvrant avec des populations défavorisées, etc. devraient tous être encouragés à envoyer vers les soins psychologiques de 1^{re} ligne une personne chez qui ils constatent ou soupçonnent l'existence d'une détresse psychique.

Il faudra également veiller à ce que cette 1^{re} ligne soit **bien distribuée géographiquement** et à ce qu'une **information claire soit largement diffusée** à propos de cette nouvelle possibilité auprès du grand public et de tous les acteurs médico-sociaux. Il faudra également prévoir un certain nombre de services de 1^{re} ligne compétents pour accueillir des personnes avec des besoins spécifiques comme par exemple les personnes avec un double diagnostic (handicap mental et problèmes psychologiques).

NB : étant donné les nombreux commentaires sur le flou régnant autour de la définition des première et deuxième lignes tant au Nord qu'au Sud du pays, il nous semble utile de désigner cette fonction **par un nom ne faisant pas référence à une « ligne »** ou un « niveau », mais qui soit surtout bien reconnaissable par le public. Par exemple : « point de contact psy », « premier accueil psy », etc. Dans ce rapport, nous continuerons cependant à les désigner comme « 1^{re} ligne » pour rester cohérents avec les exemples étrangers et les projets pilotes ELPF.

5.4.2. Soins spécialisés : un gatekeeping pluridisciplinaire

Dans la mesure où la 1^{re} ligne de soins serait ouverte au plus grand nombre et financièrement très accessible, un **mécanisme de régulation (gatekeeping)** devrait nécessairement se trouver à l'articulation entre la 1^{re} ligne et les soins psychologiques spécialisés.

Selon les acteurs belges de terrain, **tant les médecins que les psychologues cliniciens et les orthopédagogues pourraient en théorie tenir le rôle de gatekeeper** vers des soins psychologiques spécialisés remboursés. Cependant la plupart des acteurs consultés s'accordent pour dire qu'il serait judicieux d'imposer une **concertation pluridisciplinaire** à ce point décisif du parcours dans les soins psychologiques, notamment pour éviter les « circuits solo-solo ».

Toujours selon les acteurs de terrain, cette **concertation pluridisciplinaire** devrait réunir au minimum le psychologue de 1^{re} ligne (qui pose l'indication de soins spécialisés) et un MG, préférablement le MG attitré du patient (qui



dispose d'une vision globale de son état de santé du patient et qui gère son Dossier Médical Global), ou tout autre médecin (gynécologue, pédiatre, gériatre, psychiatre,...) qui souhaite orienter le patient vers des soins psychologiques plus spécialisés et/ou de plus longue durée. La concertation pluridisciplinaire pourrait également impliquer, en fonction des cas individuels, d'autres professionnels comme un (pédo)psychiatre, un travailleur social, un infirmier psychiatrique, etc. Toutefois, une évaluation *systématique* par un psychiatre n'est pas jugée nécessaire.

La solution proposée est le conditionnement d'un traitement spécialisé à un « bilan fonctionnel » alimenté en concertation par le psychologue de 1^{re} ligne et un MG, ainsi que d'autres professionnels si approprié. Ce bilan devrait résumer toutes les informations utiles pour l'évaluation de la nécessité d'une prise en charge spécialisée, ainsi que les traitements éventuellement déjà entrepris, et si possible, une proposition d'orientation thérapeutique.

Le bilan fonctionnel devra être documenté dans le dossier informatisé partagé (eHealth) du patient. Le contenu précis et les modalités de ce bilan fonctionnel devraient faire l'objet d'une définition sur la base d'une concertation (cette mission pourrait être confiée aux commissions prévues dans la loi sur les professions de la santé mentale du 4 avril 2014). D'une certaine façon, l'existence d'un dossier informatisé partagé deviendrait donc une condition pour l'accès à des soins psychologiques remboursés.

Le bilan fonctionnel pourrait être demandé non seulement lors de la décision d'orienter le patient vers des soins spécialisés (non psychiatriques), mais aussi lors d'une **demande de prolongation** (en cas de limitation du nombre de séances, voir plus loin) ou lors de la **clôture du traitement** (en vue de la mesure de la qualité).

Une concertation MG - psychologue clinicien

Nouveauté pour certains, la concertation entre médecins généralistes et psychologues cliniciens sera pour d'autres la confirmation d'une bonne habitude qu'ils ont déjà mise en pratique. En effet, ce n'est qu'en croisant les compétences complémentaires de ces deux professions qu'il sera possible de cerner la problématique de chaque patient individuel dans toutes ses dimensions et toute sa complexité. Cette concertation est d'ailleurs à encourager de part et d'autre dès les premiers contacts avec le patient, et pas uniquement dans le cadre du bilan fonctionnel.

Étant donné le caractère sensible des sujets liés à la santé mentale, ce partage d'informations ne devrait pas nécessairement être détaillé et extensif. Le respect du **secret professionnel** des uns et des autres est indissociable de l'établissement de la **relation de confiance** indispensable à une intervention psychologique efficace.

Toutefois, pour éviter le shopping médical et le cumul de diverses approches, il est important qu'au minimum un intervenant soit au courant que d'autres professionnels interviennent par rapport à un patient, et qu'un professionnel **coordonne ces soins**. Le **médecin généraliste du patient** pourrait être désigné comme l'acteur le plus indiqué pour centraliser ces informations dans le dossier informatisé partagé, même s'il ne reçoit pas personnellement le patient pour des soins psychologiques.

L'utilisation d'un **dossier informatisé partagé** – avec des accès réservés – doit être la règle. L'accès à ce dossier électronique est d'ailleurs déjà prévu pour tous les prestataires de soins reconnus par la loi (et ayant un lien thérapeutique avec le patient), dont les psychologues et orthopédagogues cliniciens. Dans ce contexte, il peut devenir simple de faire circuler l'information sans surcroît de travail. Ce sera tout bénéfique pour le patient, qui ne devra donc pas être « convoqué » des deux côtés. Pour la grande majorité d'entre eux, le **transfert du SumEHR** (quand il sera complètement opérationnel) sera suffisant et efficace.



5.5. Insertion active dans le réseau existant

Tous les acteurs soulignent l'importance d'encourager les différents professionnels non seulement à travailler ensemble autour du patient, mais aussi à **s'intégrer activement dans les réseaux et structures existants**, notamment dans le cadre et l'esprit de la réforme dite « article 107 ». Dans l'évaluation des projets pilotes ELPF, cette insertion active dans le réseau local est explicitement mentionnée comme une de composantes essentielles de la fonction de soins psychologiques de 1^{re} ligne.

Il est donc essentiel de fixer des **modalités concrètes** permettant d'objectiver cette insertion dans les réseaux de soins locaux. Ces modalités devraient faire l'objet d'une définition sur la base d'une concertation. Ici aussi, cette mission pourrait être confiée aux commissions prévues dans la loi sur les professions de la santé mentale du 4 avril 2014.

Les intervenants de soins psychologiques de 1^{re} ligne ne sont en principe pas concernés par les **problématiques mentales sévères**, ni par les **interventions de crise**, mais leur rôle en première ligne les exposerait inévitablement à recevoir ponctuellement de tels patients. La fonction de soins psychologiques de 1^{re} ligne pourrait donc, en ce sens, contribuer à la **fonction de détection précoce** prévue par la réforme 107.

En ce qui concerne les patients déjà suivis pour des **pathologies mentales chroniques**, des synergies pourraient être établies en fonction des besoins et des organisations locales de manière à **renforcer la continuité des soins**. Par exemple, les intervenants de 1^{re} ligne pourraient intervenir de façon ponctuelle lors d'aggravations transitoires dues à des épisodes de vie difficiles, en concertation avec les équipes de suivi à long terme. L'exemple donné dans le rapport ELPF d'entretiens motivationnels menés par la fonction de 1^{re} ligne pour encourager un patient chronique à reprendre le fil de son traitement est un bel exemple d'une telle complémentarité.

5.6. Localisation : un hébergement très flexible

De façon assez unanime, **personne ne souhaite la création de nouvelles structures**, pour ne pas ajouter encore à la complexité actuelle du paysage. Qu'il s'agisse de 1^{re} ligne ou des soins spécialisés, les acteurs sont plutôt d'avis qu'il faut **renforcer les capacités des structures existantes**.

5.6.1. En ce qui concerne la 1^{re} ligne :

Les acteurs de terrain suggèrent que la 1^{re} ligne puisse, par exemple, trouver sa place au sein d'une maison médicale ou d'une pratique de groupe de médecine générale, d'un PMS, d'un planning familial, d'un CPAS, etc., mais aussi d'un SSM. Cet « hébergement » dans des structures existantes aurait l'avantage de favoriser la réflexion pluridisciplinaire.

Toutefois, comme notre pays a également une longue tradition de **pratique libérale**, de nombreux **psychologues cliniciens** exercent comme **indépendants**, en solo ou en groupe (p.ex. centres de consultations). Ces modèles ont les faveurs d'une bonne partie – souvent décrite comme plus aisée – de la population. Il est donc important de **maintenir la place de ces acteurs constitutifs** de l'offre de soins psychologiques. Outre leurs prestations habituelles de soins spécialisés, il serait donc judicieux de permettre à ceux qui le souhaitent d'assumer également une fonction de 1^{re} ligne, moyennant les exigences déjà décrites en matière de formation/formation continuée et de travail en concertation avec les structures et réseaux existants.

Cette grande flexibilité dans la localisation des soins de 1^{re} ligne permettrait de leur garantir une **large distribution géographique**.



5.6.2. En ce qui concerne les soins spécialisés (ambulatoires) :

Nous proposons de ne pas créer de nouvelles structures, ce qui signifie que les soins spécialisés doivent continuer à être pratiqués là où ils le sont actuellement.^b

Les **SSM** (et les CRA) seraient encouragés à ouvrir des **antennes** (éventuellement à la faveur de leurs conventions avec des praticiens privés – voir plus loin) de manière à proposer une offre de soins mieux répartie sur le territoire. Pour élargir l'offre tant sur le plan géographique que sur celui des approches thérapeutiques, il pourrait également être envisagé de reconnaître et de financer les **centres privés** qui le souhaitent, moyennant les mêmes exigences que les SSM.

Rien ne s'oppose par ailleurs à ce qu'un psychologue de 1^{re} ligne continue à traiter des patients en soins spécialisés si les conditions d'accès à ces soins (bilan fonctionnel) ont été respectées et qu'il est reconnu pour ces deux types de compétences.

NB : Il est important de préciser que le recours des patients à la 1^{re} ligne ne serait **jamais obligatoire** et ne modifierait en rien le fonctionnement des praticiens privés qui souhaitent rester en dehors du système (mais qui n'entreraient dès lors pas en ligne de compte pour un financement de leurs prestations par les autorités publiques). **L'accès direct à un psychiatre** devrait toutefois évoluer vers une intégration dans le système de *gatekeeping*, dont les modalités devront être discutées avec les représentants de la profession.

^b Rappelons ici que les prestations des psychologues hospitaliers n'entrent pas dans le cadre de cette étude.

5.7. Qualité des soins

Dans de nombreux pays, la qualité des soins est avant tout soutenue par la **formation et la reconnaissance des professionnels**. Pour les acteurs de terrain que nous avons rencontrés, cette condition de remboursement en fonction de la qualification du prestataire est également incontournable : avoir une qualification officiellement reconnue par la loi doit être la première – et absolue – condition pour pouvoir prétendre à un remboursement des séances prestées. Ils suggèrent également de prévoir un **cadastre des prestataires** pouvant accéder à un remboursement INAMI.

Les acteurs de terrain évoquent d'autres solutions pour promouvoir la qualité, telles que **l'inscription des prestataires dans un réseau, l'échange d'informations traçables** au sein de celui-ci ou encore les **supervisions** et les **formations continuées avec un système d'accréditation**.

Il est également possible de lier le financement à la qualité, comme en **Angleterre**, où l'on se dirige vers un système de **financement basé sur les résultats** (programme IAPT).

Les **Pays-Bas** ont par contre opté, depuis janvier 2014, pour un **enregistrement et benchmarking avec publication des résultats** (*Routine Outcome Monitoring* (ROM)). Ce monitoring consiste à évaluer la situation du patient en début et en fin de traitement, ce qui permet aux patients, organisations de patients, assureurs et prestataires d'obtenir une idée de l'impact de ce traitement. Des initiatives de mesure de la qualité des soins sont également en cours en **Flandre** (voir point 0).

Sur ce thème, les acteurs professionnels que nous avons rencontrés, même s'ils sont convaincus de la nécessité d'évoluer vers une culture d'évaluation des résultats, craignent de voir se mettre en place une pléthore d'enregistrements et de monitorings divers et manifestent une grande réticence à l'idée d'un *benchmarking* qui, selon eux, favorise la sélection des patients. Ils admettent toutefois que comparer les résultats permet d'identifier les *outliers* et de les inviter à se justifier.



5.8. Un financement mixte

Le financement du modèle de soins à deux composantes que nous présentons doit pouvoir répondre à un certain nombre d'exigences :

- rester tenable en termes de dépenses. Nous avons choisi de maîtriser des dépenses via une limitation du nombre de séances remboursées ;
- être financièrement accessible pour tous, avec une attention particulière pour les populations vulnérables ;
- ne pas imposer au patient une porte d'entrée unique ;
- ne pas conditionner le remboursement à un diagnostic ou à un type de traitement spécifique ;
- stimuler l'interdisciplinarité, le travail en réseau et le partage des informations pertinentes ;
- permettre de faire intervenir dans l'avenir un élément de « *pay for quality* » ;

et *last but not least*, tenir compte de la répartition des compétences telle qu'organisée par les réformes de l'État.

5.8.1. Modes de financement des intervenants

Différents modes de financement peuvent être envisagés (voir tableau 1). Pour les professionnels consultés, seuls le paiement à l'acte ou par capitation sont envisageables.

Si l'on souhaite renforcer la capacité des structures existantes telles que les SSM/CGG, il faut également prendre en considération **l'hétérogénéité du système actuel**. En effet, ces centres sont actuellement financés, de manière forfaitaire, par les entités fédérées. Par contre, les médecins généralistes et psychiatres sont financés par l'assurance maladie fédérale, de même que certaines prises en charges psychothérapeutiques dans le cadre de conventions spécifiques (fatigue chronique, revalidation, soins palliatifs, etc.). Dans l'état actuel de la réforme de l'État, et à défaut de

nouveaux transferts financiers entre état fédéral et entités fédérées, il fallait donc trouver une solution inédite.

5.8.2. Propositions du KCE pour un modèle mixte

Nous proposons, tant pour la 1^{re} que pour la 2^e ligne, des **systèmes de financement mixtes** combinant une partie à l'acte et une partie forfaitaire. Pour la 2^e ligne, cette partie forfaitaire proviendrait d'une réorientation des sommes actuellement financées par les entités fédérées.

Pour les psychologues de 1^{re} ligne :

- Une « **allocation de pratique** » pour rémunérer les activités extra-thérapeutiques telles que les interventions, le travail administratif et l'intégration dans un réseau interdisciplinaire local. Cette allocation pourrait être modulable selon la taille de la pratique (seuil minimum d'activité pour pouvoir y accéder, allocation plus importante pour des pratiques avec multiples intervenants,...à définir).
- Un forfait fixe par patient pour l'ouverture / la gestion des données dans le dossier informatisé partagé du patient. Cette somme est payable une seule fois par patient et par épisode de soins.
- Un paiement à l'acte (tiers payant, suppléments non autorisés) pour un nombre limité (par ex. 5) de séances.
- Un ticket modérateur payé par le patient pour chaque consultation, qui pourrait être limité à 6 €/séance (1,5 € pour les BIM), c'est-à-dire l'équivalent des remboursements de consultations en médecine générale.

La somme correspondant à la totalité perçue pour un patient sur un épisode de soins devrait rester dans les limites de la rémunération actuelle de 5 séances chez un psychologue clinicien. Il faudrait en outre prévoir un intervalle entre deux épisodes de soins psychologiques de première ligne remboursés pour le même patient (p.ex. 6 mois).



Tableau 1 – Description générale des différents systèmes de financement des soins de santé en Belgique

	PAIEMENT À L'ACTE	FORFAIT PER CAPITA	SALAIRE/BUDGET FIXE SYSTÈME D'ENVELOPPE	FINANCEMENT PROSPECTIF
Qu'est-ce que c'est?				
Description	Rémunération définie perçue après chaque traitement/ acte prodigué par le prestataire de soins.	Montant forfaitaire payé à un prestataire de soins par assuré dans son champ d'influence, pour une période définie.	Budget (annuel) fixe ou modulé en fonction du nombre de patients /prestations effectuées.	Montant fixe défini à l'avance pour un problème spécifique, indépendamment de la durée et des coûts du traitement.
Place dans le contexte belge	Compatible avec le modèle actuel belge des prestataires indépendants.	En Belgique ce système est utilisé dans la plupart des maisons médicales. Difficile à appliquer pour des psychologues en pratique solo.	En Belgique, ce système est utilisé pour financer les SSM/CGG, les conventions INAMI et plus généralement, dans les structures subsidiées.	À comparer avec le système de financement par DRG (Diagnose-Related-Group) des hôpitaux.
Efficiences et risques				
Efficiences : évite les thérapies inutilement longues ou inutiles		• Adaptation des consultations sur base des besoins concrets des patients. Dissuade de recourir à des interventions inutiles.		• Incite à maintenir les coûts bas. Incite à des traitements de courte durée.
Incite à viser la satisfaction des patients		• Incite à établir une relation à long terme avec le patient.		
Productivité (réduction des listes d'attente)	• Incite à augmenter le volume d'activité.	• Incite à augmenter le nombre de patients dans la pratique.		• Incite à des traitements de courte durée.
Incite à la prévention et à l'éducation des patients		•		
Risque de sous-traitement		•	•	
Risque de sélection des patients	•			
Aspects administratifs	• Prise en charge des patients nécessitant des traitements d'intensité élevée.	• Prise en charge des patients nécessitant des traitements de faible intensité.	• Prise en charge des patients nécessitant des traitements de faible intensité.	
Aspects administratifs				
Enregistrements automatique des données d'activité	•			•
Sécurité tarifaire pour le patient	•			•
Sécurité de revenus pour le prestataire	•		•	
Contrôle des dépenses publiques		•	•	•
Charge administrative	• charge administrative plus lourde	• charge administrative moins lourde	• charge administrative moins lourde	• charge administrative plus lourde



Pour rappel,

- le MG devrait avoir la possibilité de facturer des **consultations de longue durée** (limitées à un certain nombre par patient et par an) ; le recours à un tel dispositif devrait se faire en cohérence avec les modalités de la prise en charge des personnes avec des troubles de santé chroniques ;
- un nouveau code de nomenclature serait attribué aux psychiatres pour une **consultation d'avis unique**. Cette rémunération serait plus élevée qu'une consultation classique, étant donné qu'une consultation unique exige proportionnellement un surcroît de travail.

Pour les soins psychologiques spécialisés:

- Les sommes actuellement consacrées par les **entités fédérées** aux SSM resteraient inchangées, mais serviraient uniquement à payer les coûts de maintenance (et d'expansion) de l'offre (frais généraux et logistiques, staff administratif, frais de communication, prévention, tenue des dossiers) ainsi que les tâches liées au travail en réseau. Ceci devrait permettre de renforcer la capacité de ces structures, et donc de diminuer les temps d'attente.
- Les actes thérapeutiques prestés par les professionnels agréés seraient financés par l'INAMI sur base d'une **nomenclature**, mais avec un nombre maximum à définir de séances par patient (renouvelable).
- Un **ticket modérateur** serait payé par le patient pour chaque consultation ; il pourrait être limité à 12 €/séance (et à 3 €/séance pour les BIM), c'est-à-dire l'équivalent des remboursements de consultations en psychiatrie.
- Un volet *pay-for-quality*, basé sur des indicateurs, serait envisagé dans le futur.

Les psychologues cliniciens et les orthopédagogues auraient **le choix de travailler sous statut de salariés ou d'indépendants**. Dans ce dernier

cas, ils devraient signer une **convention de collaboration avec un SSM** (ou un Centre de Réadaptation Ambulatoire pour les orthopédagogues) et percevraient leurs rémunérations à travers ces structures. Ils resteraient libres de prestre en dehors des locaux de ce SSM, ce qui contribuerait à garantir une meilleure répartition géographique de l'offre de soins spécialisés. Pour élargir l'offre, il pourrait également être envisagé de reconnaître et de financer les centres privés qui le souhaitent, moyennant des garanties suffisantes en matière de qualité, intervision...(à définir).

Renouvellement

La décision de prolonger le traitement au-delà du nombre maximum fixé serait prise par un « **psy-conseil** » sur base d'une remise à jour du bilan fonctionnel et d'un plan de soins.

Conventionnement

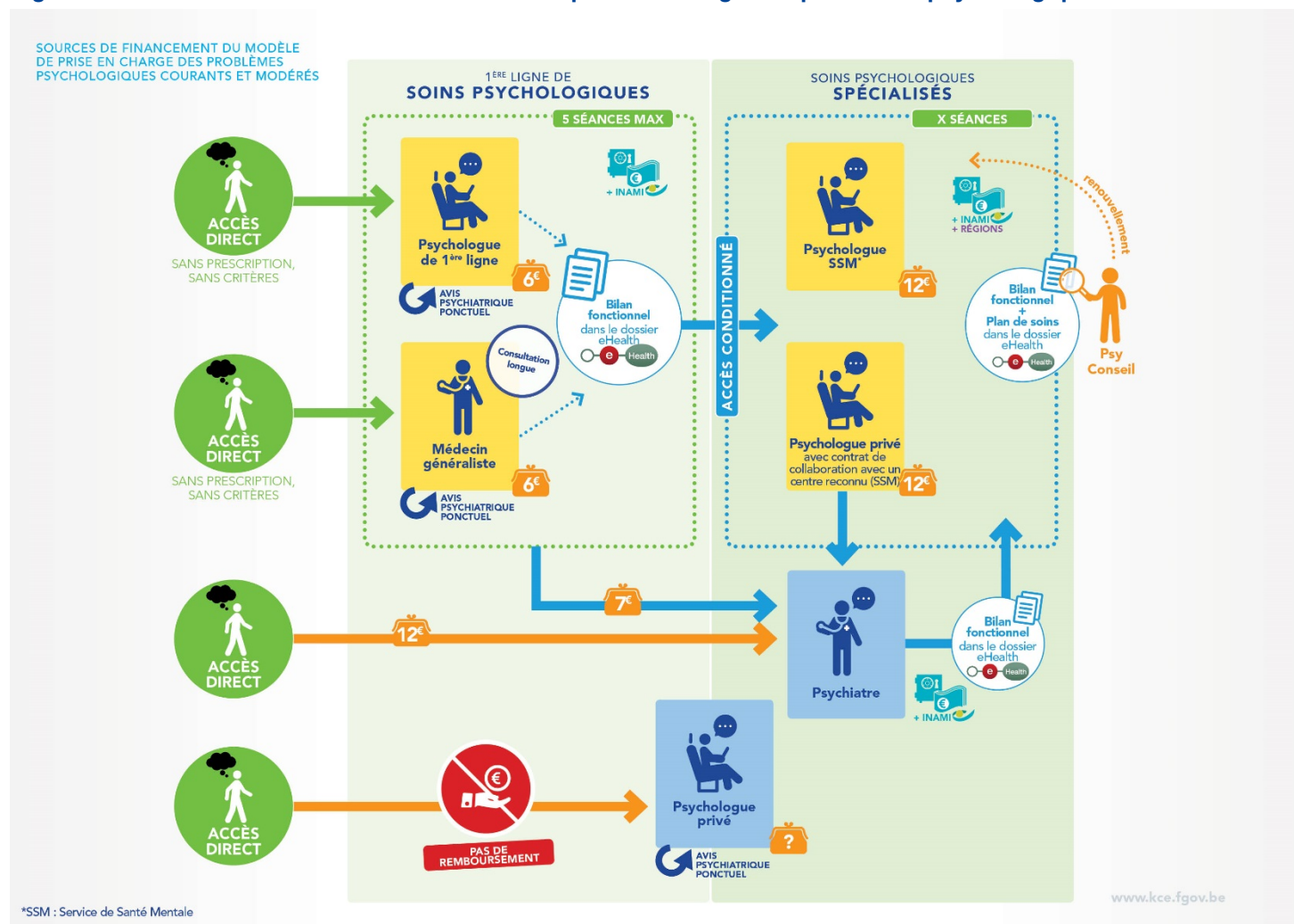
Comme pour les autres professions de santé, nous proposons d'organiser un système de conventionnement pour les psychologues cliniciens et les orthopédagogues cliniciens, de manière à encourager une limitation des suppléments d'honoraires (qui seraient de toute façon proscrits en 1^{re} ligne).

Accès au psychiatre

L'accès direct au psychiatre resterait autorisé mais l'accès via un prestataire de première ligne serait financièrement encouragé (échelonnement soft) : les patients référés vers un psychiatre par leur MG ou par un psychologue de 1^{re} ligne bénéficieraient – pour la première consultation - d'un ticket modérateur moins élevé que ceux qui le consulteraient directement. Cette proposition repose sur le modèle actuel du remboursement d'un médecin spécialiste lorsqu'il est envoyé par le médecin généraliste dans le cadre du DMG.



Figure 2 – Sources de financement du modèle de prise en charge des problèmes psychologiques courants et modérés*/ **



*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.



5.8.3. Participation financière du patient

En matière de participation financière du patient, notre comparaison internationale montre une très grande variabilité des pratiques, qui dépendent essentiellement du système de soins de santé en vigueur dans les différents pays analysés.

En Belgique, la situation actuelle des interventions pour lesquelles il y a une prise en charge financière est la suivante :

- chez le psychiatre : ticket modérateur de 12 € pour les bénéficiaires ordinaires – 3 € pour les bénéficiaires de l'intervention majorée ;
- dans le cadre de conventions de revalidation INAMI : ticket modérateur de 1,73 €/séance pour les bénéficiaires ordinaires – gratuit pour les bénéficiaires de l'intervention majorée ;
- dans les centres de santé mentale (SSM) : participation modique (10 ou 11 €) voire gratuite ;
- dans le cadre d'un art 107 : participation de 20 € pour une consultation à l'hôpital – gratuit hors hôpital ;

- dans les projets pilotes de 1^{re} ligne en Flandre : participation de 9 € par séance (4 € pour les bénéficiaires de l'intervention majorée - gratuit pour les détenus, les demandeurs d'asile et les personnes en séjour irrégulier).

Les acteurs de terrain sont unanimement d'accord pour dire que les sommes à payer par les patients ne doivent pas être un obstacle à leur prise en charge, mais que par ailleurs, la participation financière est un principe général de toute thérapie, qui contribue à la motivation des patients. De plus, cela prévient un sentiment de stigmatisation. Ce point est d'ailleurs confirmé par les représentants des patients présents à la réunion.

La gratuité est donc envisageable mais devrait rester l'exception. De plus, pour les populations très vulnérables et marginalisées, il faut organiser des conditions particulières pour qu'elles aient accès tant aux soins de 1^{re} ligne qu'aux soins spécialisés, sans être pénalisées par l'absence de MG ou de dossier informatisé partagé.



■ RECOMMANDATIONS^c

PARTIE A : 1^{re} LIGNE DE SOINS PSYCHOLOGIQUES :

À l'attention des Ministres compétents en matière de santé :

- Organiser une concertation interministérielle pour la mise sur pied d'une fonction de soins psychologiques de 1^{re} ligne accessible à tous, sans prescription et sans critère de diagnostic, de bénéficiaire ou de gravité, selon le modèle décrit dans ce rapport.
- Une fois le modèle mis en place, élaborer un plan de communication au sujet de l'offre de soins psychologiques de 1^{re} ligne, à l'attention du grand public et de tous les intervenants susceptibles de référer des patients à la 1^{re} ligne de soins psychologiques. Il conviendrait en outre de trouver une dénomination claire pour cette nouvelle offre de soins.

À l'attention des universités :

- Charger les facultés de psychologie (et pédagogie) de mettre en place une orientation spécifique focalisée sur la psychologie/orthopédagogie de 1^{re} ligne dans le cadre du cursus de base et/ou de la formation complémentaire.
- Charger les facultés de médecine d'approfondir la formation à la prise en charge des problèmes psychosociaux dans le cadre du cursus de base et/ou de la formation complémentaire des médecins généralistes.

À l'attention des associations professionnelles :

- Mettre en place une formation continuée pour les psychologues et orthopédagogues de 1^{re} ligne en collaboration avec les universités.

À l'attention du Ministre fédéral de la Santé Publique et du SPF Santé Publique :

- Ajouter aux missions des commissions prévues dans la loi sur les professions de la santé mentale du 4 avril 2014 :
 - La définition des critères et modalités de la reconnaissance des psychologues cliniciens et orthopédagogues cliniciens de 1^{re} ligne ;
 - La définition des conditions d'accréditation des psychologues cliniciens et orthopédagogues cliniciens de 1^{re} ligne (formation continue, intervision, pratique, renouvellement) ;
 - La définition des critères attestant l'inscription dans un réseau pluridisciplinaire.

**À l'attention de l'INAMI :**

- Définir les modalités de financement des soins psychologiques de 1^{re} ligne :

Pour les psychologues/orthopédagogues de 1^{re} ligne :

- Prévoir un financement mixte : allocation de 'pratique' ; forfait par dossier informatisé partagé ouvert ou suivi; paiement à l'acte par séance (tiers payant, suppléments limités) ; ticket modérateur. Le nombre de séances financées endéans la même année devra être limité.
- Réfléchir à la possibilité d'intégrer à l'avenir à ce financement un volet '*pay for quality*' basé sur des indicateurs.

Pour les médecins généralistes :

- Prévoir un financement permettant de consacrer suffisamment de temps aux patients concernés. Le recours à des dispositifs tels que la consultation de longue durée et, le cas échéant, la concertation entre différents professionnels, devrait se faire en cohérence avec les modalités de la prise en charge des personnes avec des troubles de santé chroniques.

Pour les psychiatres :

- Prévoir un code de nomenclature pour consultation ponctuelle (consultation d'avis) demandée par un psychologue/orthopédagogue de 1^{re} ligne ou un médecin, avec obligation de rédiger un rapport et de renvoyer le patient vers le prescripteur. Cette consultation serait limitée à 1 par patient et par an.

^c Le KCE reste seul responsable des recommandations.

**PARTIE B : SOINS PSYCHOLOGIQUES SPÉCIALISÉS AMBULATOIRES (HORS PSYCHIATRIE)*****À l'attention des Ministres compétents en matière de santé :***

- Organiser une concertation interministérielle sur l'organisation et le financement des soins spécialisés psychologiques ambulatoires.

À l'attention des Ministres compétents et de l'INAMI :

- Réserver le financement / remboursement des soins spécialisés de psychologie et d'orthopédagogie aux professionnels de santé mentale travaillant en collaboration avec une structure pluridisciplinaire agréée (Service de Santé Mentale (SSM), Centre de Réadaptation Ambulatoire (CRA),...) :
 - L'affectation du financement des SSM et des CRA existants devrait être adaptée.
 - Pour les praticiens indépendants, il faudrait prévoir des modalités de collaboration avec des structures pluridisciplinaires existantes via lesquelles ils percevront une partie de leur rémunération.
 - Il faudrait veiller à une bonne répartition géographique de ces structures (avec possibilité de créer des antennes).
 - Pour élargir l'offre, il pourrait également être envisagé de reconnaître et de financer les centres privés qui le souhaitent, moyennant des garanties suffisantes en matière de qualité, intervision,... (à définir).
 - À ce stade, il n'existe pas suffisamment d'arguments pour conditionner plus avant le remboursement à des critères soit de diagnostic soit d'approche thérapeutique.

***À l'attention de l'INAMI :***

- Conditionner l'accès aux soins psychologiques spécialisés ambulatoires financés (hors psychiatrie) à la production d'un bilan fonctionnel multidisciplinaire. Ce bilan devrait être alimenté par, au minimum, un médecin généraliste et un psychologue ou un orthopédaogogue de 1^{re} ligne. Il devrait contenir toutes les informations utiles pour juger de la nécessité d'un traitement spécialisé, (médicales, psychologiques, sociales, traitements en cours, antécédents, etc.). Le bilan fonctionnel devrait être documenté dans le dossier informatisé partagé du patient.
- Limiter le remboursement à un nombre déterminé (à définir) de séances, avec possibilité de renouvellement(s) moyennant accord d'un « psychologue/psychiatre-conseil » (voir plus loin). Une exception pourrait être faite pour une liste limitée (à définir) de pathologies nécessitant une prise en charge de très longue durée.

À l'attention de l'INAMI et des mutualités :

- Établir et définir la fonction de « psychologue/psychiatre-conseil » dont le rôle serait de vérifier l'opportunité de renouveler le nombre de séances de soins spécialisés pouvant faire l'objet d'un remboursement, sur base du bilan fonctionnel actualisé et d'un plan de soins établi par le prestataire.
Ce « psychologue/psychiatre-conseil » pourrait également renforcer les missions de conseil des directions médicales des mutualités et intervenir dans l'évaluation des dossiers d'incapacité de travail et d'invalidité pour problèmes de santé mentale.

À l'attention du Ministre fédéral de la Santé Publique et du SPF Santé Publique :

- Ajouter aux missions des Commissions prévues dans la loi sur les professions de la santé mentale du 4 avril 2014 la définition du contenu et des critères du bilan fonctionnel multidisciplinaire, du plan de soins, ainsi que la définition de la liste limitative des affections qui pourraient faire l'objet d'exceptions pour le système de renouvellement du nombre de séances de soins psychologiques spécialisés.



PARTIE C : CONDITIONS DE BASE

À l'attention des responsables de eHealth :

- Donner aux prestataires de soins psychologiques / orthopédagogiques de 1^{re} ligne et spécialisés la possibilité d'accès (lecture et écriture) au futur dossier informatisé partagé.

À l'attention du SPF Santé Publique :

- Établir (et suivre) un cadastre de tous les psychologues et des orthopédagogues cliniciens ainsi que des prestataires de soins habilités à pratiquer la psychothérapie ;
- Définir les données à enregistrer et organiser la collecte de ces données, notamment dans une optique d'évaluation de la qualité des soins.

À l'attention de l'INAMI :

- Explorer la possibilité d'un ticket modérateur réduit pour la consultation auprès du psychiatre pour les patients référés par un psychologue de 1^{re} ligne, à l'instar de la référence par le médecin généraliste dans le cadre du DMG.

À l'attention des mutualités :

- Limiter les interventions via l'assurance complémentaire aux services de praticiens reconnus par la loi ;
- Relayer auprès du grand public et des prestataires de soins et d'aide psycho-sociale les informations au sujet du nouveau modèle, de façon adaptée à chaque public cible.



■ RÉFÉRENCES

1. ISP-WIV. Enquête de Santé 2013 [Web page]. 2013 [cited 25/02/2016]. Available from: <https://his.wiv-isp.be/fr/SitePages/Accueil.aspx>
2. Dispa MF, Hermans K, Van Audenhove C, Meys E, Nicolas E, Jamoulle P, et al. Uitsluiting en geestelijke gezondheid: de kip en het ei / Exclusion et santé mentale: l'oeuf et la poule. Brussel: 2015.
3. OECD. Suicide rates (indicator) [Web page]. 2016 [cited 25/02/2016].
4. Mairiaux P, Schippers N, De Cia J, Panda J-P, Braeckman L, Hansez I. Prevalence of Burnout Among Belgian Workers Assessed Through the Occupational Healthcare System. In: Occupational Health, 30th International Congress; 2012.
5. Vandenbroucke F. La psyche: le cadet de mes soucis? Soins de santé mentale: les voies de la participation et de la concertation In. Brussels; 2001.
6. INAMI-RIZIV. Rapport annuel 2013. Brussels: INAMI-RIZIV; 2013. Available from: <http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/rapport-annuel-2013.pdf>
7. Vrijens F, Renard F, Camberlin C, Desomer A, Dubois C, Jonckheer P, et al. La performance du système de santé Belge. Rapport 2015. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE); 2015. KCE Reports (259)
8. Hunsley J, Elliot K, Therrien Z. The efficacy and effectiveness of psychological treatments for mood, anxiety, and related disorders. Canadian Psychology. 2014;55(3).
9. Karyotaki E, Smit Y, Cuijpers P, Debauche M, De Keyser T, Habraken H, et al. The long-term efficacy of psychotherapy, alone or in combination with antidepressants, in the treatment of adult major depression. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2014. Good Clinical Practice (GCP) KCE Report (230) Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_230_Depression_Report.pdf



10. Coppens E, Neyens I, Van Audenhove C. Onderzoek naar de invoering van de eerstelijnspsychologische functie in Vlaanderen. Onderzoeksrapport. . Leuven: Steunpunt WVG; 2015.
11. Van Herck P, Van de Cloot I. Hoe gezond is de geestelijke gezondheidszorg in België? De feiten achter de mythen. Itinera Institute; 2013.
12. De Waele M, Hermans S. Rapport Psychotherapie. Internal report. CM Landsbond; 2015.
13. Afdeling Informatie en Zorgberoepen. Cijfers Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg [Web page].Brussel;2014 [cited 25/02/2106]. Available from: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers-centra-voor-geestelijke-gezondheidszorg>
14. Superior Health Council. Definition of and competency profile for clinical psychology in Belgium. Superior Health Council; 2015. Advisory report (9194) Available from: <https://www.bfp-fbp.be/fr/nieuwsbericht/le-conseil-superieur-de-la-sante-publie-son-avis-sur-le-psychologue-clinicien>
15. Bower P, Gilbody S. Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency. Narrative literature review. Br J Psychiatry. 2005;186:11-7.



COLOPHON

Titre :	Modèle d'organisation et de financement des soins psychologiques – Synthèse
Auteurs :	Laurence Kohn (KCE), Caroline Obyn (KCE), Jef Adriaenssens (KCE), Wendy Christiaens (KCE), Xavier Van Cauter (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Marijke Eyssen (KCE)
Auteur de la synthèse :	Karin Rondia (KCE)
Coordinateur de projet :	Marijke Eyssen (KCE)
Relecture :	Raf Mertens (KCE), Maria- Isabel Farfan-Portet (KCE), Stephan Devriese (KCE), Gudrun Briat (KCE)
Experts externes :	Claus Haugaard Jacobsen (Psylogikliniken i Vejgaard, Denmark), Anne Dezetter (Université de Sherbrooke, Canada), Glenys Parry (University of Sheffield, United Kingdom), Peter Schulthess (Institute for Integrative Gestalt Therapy Switzerland), Petra Warschburger (Universität Potsdam, Germany), Liselotte Visser (Zorginstituut Nederland)
Stakeholders :	Hervé Andrien (Psytoyens), Areski Boumendil (Domus Medica), Anita Cautaers (SOM Federatie van Sociale Ondernemingen), An Chantrain (Vlaamse Vereniging van Orthopedagogen), Sofie Crommen (Vlaamse Vereniging voor Kinder-en Jeugdpsychiatrie), Jan De Clercq (Federatie van Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg), Jan De Lepeleire (Katholieke Universiteit Leuven), Jacques De Waegenaere (Ligue Wallonne de Santé Mentale), Tom Declercq (Domus Medica), Muriel Deguerry (Commission Communautaire Commune – Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie), Luc Dekeyser (Vlaamse Gemeenschapscommissie), Matthias Dekeyser (Belgische Vereniging voor Relatie-, Gezins- en Systeemtherapie), Gaston Demaret (Association Francophone de Psychothérapie Centrée sur la personne ou expérientielle), Koen Deraedt (RIZIV-INAMI), François Dupont (Fédération des Institutions Hospitalières), Valérie Fabri (Mutualités socialistes – Socialistische mutualiteit), Daisy Flossy (Vlaamse Gemeenschapscommissie), Olivier Fourez (INAMI-RIZIV), Isabelle Fransolet (Association Belge des Psychologues – Belgische Federatie van Psychologen), Valérie Gailly (Service Public de Wallonie), Sylvie Gérard (Conseil Supérieur de la Santé - Hoge Gezondheidsraad), Marie-Claire Haelewyck (Association en Orthopédagogie), Steven Hermans (Christelijke Mutualiteit – Mutualité Chrétienne), Stéphan Hoyoux (Santhea), Gorik Kaesemans (Zorgnet Vlaanderen-Icuro), Paul Kestemont (Association Belge de Psychothérapie – Belgische Vereniging voor Psychotherapie), Charles Kornreich (Société Royale de Médecine Mentale de Belgique), Miguel Lardennois (SPF Santé Publique - FOD Volksgezondheid), Gilbert Lemmens (Vlaamse Vereniging voor Psychoanalytische Therapie - Association des Psychologues Praticiens Psychanalytiques), Thierry Lottin (Union Professionnelle des Psychologues Cliniciens Francophones), Koen Lowet (Belgische Federatie van Psychologen - Association Belge des Psychologues), Xavier Maes (Vlaamse Koepel van Psychotherapie Verenigingen), Ghislain Magerotte (Université de Mons), Olivier Mariage (Fédération des Associations Sociales et de Santé), Danielle Massant (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid), Laurent Mont (Service Public de Wallonie), Ilse Noens (Katholieke Universiteit Leuven, Vlaamse Vereniging van Orthopedagogen), Tineke Oosterlinck (Vlaams



Agentschap Zorg en Gezondheid), Muriel Quinet (SPF Santé Publique - FOD Volksgezondheid), Ellen Renders (Test-Aankoop), Anja Schillebeeks (Vlaamse Vereniging voor Cliëntgerichte en Experimentiële Psychotherapie en Counseling), Christiaan Schotte (Vrije Universiteit Brussel), Roland Sinnaeve (Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen), Rik Thys (Socialistische Mutualiteit - Mutualités Socialistes), Xavier Van Cauter (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Nady Van Broeck (Katholieke Universiteit Leuven), Lieve Van Den Bossche (SOM Federatie van Sociale Ondernemingen), Maarten Van Den Bossche (Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie), Greet Van Humbeeck (Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid), Benoît Van Tichelen (Centre de Référence en Santé Mentale), Peter Vanden Bilcke (Vlaamse Vereniging voor Gedragstherapie), Jan Vandenbergen (Christelijke Mutualiteit - Mutualité Chrétienne), Ronny Vandermeeren (Vlaamse Vereniging voor Psychoanalytische Therapie), Patrick Vanneste (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Vanessa Vanrillaer (Mutualités Libres - Onafhankelijke Ziekenfondsen), Philippe Vrancken (Belgische Vereniging voor Psychotherapie – Association Belge de Psychothérapie), Carmen Weber (Psytoyens), Michel Ylief (Association pour l'étude, la modification et la thérapie du comportement)

Validateurs externes :

Piet Bracke (Universiteit Gent), Xavier Briffault (Centre National de la Recherche Scientifique, France), François Wyngaerden (Université Catholique de Louvain)

Remerciements :

Maria- Isabel Farfan-Portet (KCE), Sophie Gerkens (KCE), Kirsten Holdt (KCE), Yasmin Labeni Pedersen (Dansk Psycholog Forening)

La Mutualité Chrétienne pour ses données

Graphisme :

Julien Ligot (Fedopress)

Autres intérêts déclarés :

Tous les experts et stakeholders consultés pour ce rapport ont été sélectionnés en raison de leur implication dans le domaine de santé mentale. A ce titre, il est possible que chacun d'eux présente, jusqu'à un certain point, un inévitable conflit d'intérêt.

Layout :

Filip Coppens (Smals), Joyce Grijseels (KCE)

Disclaimer :

- **Les stakeholders ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.**
- **Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.**
- **Finalement, ce rapport a été approuvé à la majorité par le Conseil d'administration (voir <http://kce.fgov.be/fr/content/le-conseil-dadministration-du-centre-dexpertise>).**
- **Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.**



Date de publication : 14 avril 2016

Domaine : Health Services Research (HSR)

MeSH : Psychology, Clinical; Psychology, Educational; Organization and Administration; Delivery of Health Care; Healthcare Financing; Belgium

Classification NLM : WM105

Langue : Français

Format : Adobe® PDF™ (A4)

Dépôt légal : D/2016/10.273/32

ISSN : 2466-6440

Copyright : Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd »
<http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-rapports-kce>.



Comment citer ce rapport ?

Kohn L, Obyn C, Adriaenssens J, Christiaens, W, Van Cauter X, Eyssen M. 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.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.

