



ETUDE

COMPORTEMENTS DE REFUS D'AIDE PAR RAPPORT AU PSYCHIATRE ET PSYCHOLOGUE CHEZ LES UTILISATEURS DE SOINS

[Keywords]

Une publication des Mutualités Libres
Route de Lennik 788A - 1070 Bruxelles
T. : 02 778 92 11
commu@mloz.be

Rédaction > Wies Kestens, Luk Bruyneel, Marijke Gielen, Ludo Vandenthoren, Renata
Van Woensel

www.mloz.be
(©) Mutualités Libres/Bruxelles, octobre 2021
(Numéro d'entreprise 411 766 483)

COMPORTEMENTS DE REFUS D'AIDE PAR RAPPORT AU PSYCHIATRE ET PSYCHOLOGUE CHEZ LES UTILISATEURS DE SOINS

[Keywords]

Table des matières

01	Principe	3
02	Méthodologie	4
	Conception de l'étude	5
	Population de l'étude	5
	Variables de l'étude	5
	Analyse statistique	6
03	Résultats	6
04	Explication du comportement de refus d'aide envers les psychologues et les psychiatres	7
05	Discussion	9
	Cadre théorique des résultats	9
	Résumé et contextualisation des résultats	10
06	Recommandations	13
07	Limitations de l'étude et réflexions	14
08	Références	15

01

PRINCIPE

Déjà avant la crise du coronavirus, de nombreux Belges devaient faire face à des problèmes mentaux. En 2018, 1 personne sur 3 avait indiqué dans l'Enquête de Santé qu'elle souffrait d'un mal-être mental, 29 % se sentaient sous pression constante, 23 % souffraient d'un manque de sommeil dû à l'inquiétude, 20 % se sentaient malheureux et déprimés et 11 % souffraient d'un trouble anxieux [1]. En Belgique, les coûts directs et indirects des problèmes mentaux représentent près de 5,1 % du PIB, ce qui est bien supérieur à la moyenne de 3,6 % au sein de l'UE-27 [2]. Les nombreuses enquêtes menées ces derniers mois suggèrent que la crise du coronavirus ne fait qu'aggraver la situation. De plus en plus de personnes se disent peu satisfaites de leur vie, les troubles anxieux et la dépression sont en hausse et le nombre de tentatives de suicide a également augmenté [3].

Il est possible de traiter les problèmes mentaux et même de les prévenir [4]. Il existe toutefois un défaut de traitement (*treatment gap*) dans le monde entier, car l'aide appropriée n'est souvent pas recherchée, trouvée ou obtenue [5], [6]. Ce sous-traitement contribue aux coûts socio-économiques élevés des problèmes de santé mentale, induits par exemple par un taux d'absentéisme plus élevé [7]. Ce défaut de traitement est particulièrement important dans les pays à faible revenu, mais les pays à revenu élevé y sont également confrontés : 67 % des personnes ayant besoin de soins de santé mentale dans les pays de l'OCDE, dont fait partie la Belgique, déclarent avoir des besoins non satisfaits en raison des listes d'attente, des coûts ou de problèmes de transport [2]. Des recherches menées précédemment en Flandre ont déjà montré que 9 personnes sur 10 souffrant de problèmes psychologiques recherchent une aide professionnelle à un moment donné de leur vie. D'autre part, ces recherches ont également montré que seul un tiers environ des personnes souffrant de troubles psychiques ont sollicité une aide professionnelle au cours de l'année écoulée. Les chercheurs en ont conclu que les gens finissent bel et bien par être soignés, mais qu'un long laps de temps s'écoule avant la mise en œuvre de leur traitement [8]. L'Enquête de Santé montre que les personnes souffrant de dépression en Belgique cherchent effectivement de l'aide : 80,9 % ont consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé, 67,1 % ont utilisé des médicaments et 42,7 % ont consulté un psychothérapeute [1].

Quelles sont les raisons de ce sous-traitement ? La littérature mentionne plusieurs obstacles à la recherche, à l'accès ou à l'obtention de soins de santé mentale appropriés, tels qu'une offre insuffisante ou inadaptée, de longues listes d'attente, des coûts financiers élevés, la stigmatisation, la littératie en santé, la confiance dans le système et dans les prestataires de soins, les conceptions culturelles et la discrimination [4], [6], [8]–[11]. Ces obstacles sont plus ou moins pertinents selon les contextes et les groupes de population, et fournissent les tremplins théoriques nécessaires pour comprendre le sous-traitement des problèmes de santé mentale.

En 2018, un accord a été conclu en Belgique entre les mutualités, les autorités et les prestataires de soins de santé en vue de s'attaquer à certains obstacles à la recherche d'une aide psychologique pour les adultes (et les enfants) [12]. Un budget a dès lors été

dégagé pour les soins psychologiques conventionnés ; l'accessibilité financière des soins psychologiques a été augmentée en fixant le ticket modérateur à 11 euros par consultation chez les prestataires de soins conventionnés ; et une procédure et des conditions ont été définies pour obtenir le remboursement des coûts des soins psychologiques fournis par un psychologue. Les conditions comprenaient une lettre de recommandation du médecin traitant et le fait de souffrir, entre autres, de problèmes d'anxiété modérés à sérieux, de problèmes dépressifs, de problèmes d'extériorisation ou de problèmes sociaux. En raison d'une série de pierres d'achoppement, notamment le faible dédommagement pour les psychologues conventionnés, cette nouvelle convention n'a été que peu utilisée et seul un nombre très limité de psychologues cliniciens s'y est inscrit. Entretemps, un nouvel accord a été conclu entre l'INAMI et les 32 réseaux de soins de santé mentale. Son objectif principal est d'identifier préventivement les besoins des patients et de leur fournir un traitement approprié grâce à des soins psychologiques de première ligne et des soins psychologiques spécialisés accessibles [13], [14]. Plusieurs points noirs de l'accord précédent ont été pris en charge : la lettre de recommandation obligatoire disparaît, le budget et l'indemnisation du prestataire de soins augmentent, les listes d'attente sont traitées et un patient ne doit plus souffrir d'un des problèmes mentionnés ci-dessus pour pouvoir prétendre à un remboursement. Pourtant, il existe toujours un frein au nombre maximum de séances remboursées et la priorité sera donnée au sein du projet aux personnes qui souffrent de la crise sanitaire [15].

Début 2020, les Mutualités Libres ont mené une enquête auprès de leurs membres sur le recours et le non-recours aux soins de santé remboursés. L'objectif de cette étude était de mieux évaluer les facteurs individuels expliquant le non-recours aux soins de santé. Les répondants ont également été interrogés sur leur comportement de recherche d'aide et de refus d'aide de la part de certains prestataires de soins de santé, notamment les psychologues et les psychiatres. Dans ce rapport, nous examinons de plus près le comportement de refus d'aide à l'égard des psychologues et des psychiatres. Nous décrivons dans quelle mesure il diffère du comportement de refus d'aide envers les autres prestataires de soins. Nous examinons ensuite quelles caractéristiques individuelles et quels comportements en matière de soins de santé sont à la base de ce comportement de refus d'aide.

Les recherches pertinentes sur l'utilisation et la non-utilisation des soins de santé montrent que les personnes qui n'ont utilisé aucune forme de soins de santé remboursés constituent un sous-groupe très spécifique de la population (les « non-utilisateurs »). La présente analyse se concentre sur les répondants qui utilisent les soins de santé mais qui présentent un comportement spécifique de refus d'aide en ce qui concerne les soins psychologiques et psychiatriques.

02

METHODOLOGIE

Pour une explication plus détaillée de la méthodologie utilisée pour concevoir le questionnaire et déterminer la population étudiée, nous vous renvoyons au rapport d'étude des Mutualités Libres (2021). Nous donnons ici un bref résumé des éléments pertinents pour cette analyse et nous entrerons plus en détail dans l'analyse statistique qui a été réalisée.

Conception de l'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle transversale prospective. Les utilisateurs et les non-utilisateurs de soins de santé ont été identifiés sur la base de données administratives, puis invités à remplir un questionnaire.

Population de l'étude

Les utilisateurs et les non-utilisateurs ont été identifiés sur la base des données de remboursement de tous les membres (n=2 284 897) des Mutualités Libres pour l'année de prestation 2020. Les critères d'exclusion suivants ont été appliqués à ces deux groupes : moins de 18 ans ou plus de 80 ans, pas titulaire, pas d'adresse e-mail, vivant à l'étranger, malades chroniques, hospitalisation, adresse e-mail en double. Ce qui a donné un résultat de 64 547 non-utilisateurs et 630 772 utilisateurs. Afin d'obtenir un groupe équilibré d'utilisateurs et de non-utilisateurs de 64 547 personnes chacun, le groupe des utilisateurs a été randomisé. Ensuite, tous les non-utilisateurs identifiés (n=64 547) et les utilisateurs sélectionnés au hasard (n=64 547) ont été invités à remplir un questionnaire. Après un premier nettoyage des données, 6443 questionnaires ont été retenus pour l'analyse. Les utilisateurs et les non-utilisateurs de soins de santé ont ensuite été identifiés sur la base de la réponse à la question de savoir si ces personnes avaient eu une consultation avec un prestataire de soins de santé (médecin généraliste, médecin spécialiste, psychiatre, psychologue, dentiste, kinésithérapeute, thérapeute alternatif, gynécologue ou autre prestataire) au cours des douze derniers mois. Après avoir exclu les non-utilisateurs qui avaient retardé ces soins exclusivement à cause de la Covid-19, nous avons retenu 5354 (88.2 %) utilisateurs et 717 (11.8 %) non-utilisateurs. Cette analyse se concentre sur les 5354 répondants qui ont trouvé le chemin d'un prestataire de soins.

Variables de l'étude

Comportement de refus d'aide : Nous avons demandé la fréquence à laquelle les personnes prennent rendez-vous avec un médecin généraliste, un médecin spécialiste, un psychiatre, un psychologue, un dentiste, un kinésithérapeute, un thérapeute alternatif ou un gynécologue à l'aide de la question suivante : « *A quelle fréquence prenez-vous rendez-vous avec les prestataires de soins de santé suivants ?* ». Les catégories de réponses possibles étaient les suivantes : « *Plusieurs fois par an* », « *Une fois par an* », « *Une fois tous les deux ans* », « *Moins d'une fois tous les deux ans* », « *Uniquement si j'ai un problème* », « *Même pas si j'ai un problème* ».

Variables explicatives du (non)- recours aux soins de santé : A l'aide du modèle comportemental d'Andersen (2014) sur l'utilisation des soins de santé, une série de caractéristiques individuelles et de comportements en matière de soins de santé ont été mesurés sur la base du questionnaire [16]. Les caractéristiques individuelles prédisposantes comprennent les caractéristiques démographiques (les répondants ont été interrogés sur leur « sexe » et leur « âge »), les facteurs sociaux (« statut professionnel », « situation de logement ») et les comportements en matière de santé (« les informations sont faciles à trouver et à comprendre », « difficulté à comprendre les explications des prestataires de soins de santé », « peur en raison des examens réalisés », « peur des résultats possibles », « peur en raison de la crise du coronavirus »). Pour saisir

les caractéristiques facilitantes individuelles, les aspects financiers (« revenus du ménage », « report d'une consultation ou de soins pour des raisons financières ») ont été mesurés, ainsi que les caractéristiques organisationnelles (« perception des listes d'attente pour les soins », « savoir à quel prestataire de soins de santé s'adresser »). Les besoins perçus et évalués comprennent, respectivement, « l'auto-perception de la santé physique et mentale », « le besoin de consulter un prestataire de soins de santé » et la « présence d'une maladie chronique ». Enfin, les comportements en matière de santé concernent le mode de vie (« consommation d'alcool », « tabagisme », « sport » et « alimentation saine »), le fait de « savoir comment prendre soin de soi en cas de maladie », le fait de « chercher d'abord soi-même des informations avant de consulter un prestataire de soins » ou de « préférer attendre de se sentir mieux » ou de « préférer des méthodes alternatives de traitement » et le fait de « ne pas avoir le temps d'aller à un rendez-vous, un examen ou un traitement ».

Analyse statistique

Tout d'abord, nous décrivons le comportement de refus d'aide des répondants envers les psychologues et les psychiatres, et dans quelle mesure il diffère du comportement de refus d'aide envers les autres prestataires de soins de santé.

Nous examinons ensuite quelles caractéristiques individuelles et quels comportements en matière de soins de santé sont à la base de ce comportement de refus d'aide. Nous regroupons les répondants qui montrent un comportement de refus d'aide à la fois envers les psychologues et les psychiatres, c'est-à-dire les répondants qui ont répondu « *Même pas lorsque j'ai un problème* » pour les deux types de prestataires de soins lorsqu'on leur a demandé la fréquence des rendez-vous. Les différentes associations avec les caractéristiques individuelles et les comportements en matière de soins de santé sont ensuite testées à l'aide d'une régression logistique multiple par étapes. Les variables sont d'abord testées plusieurs fois au sein de leur composante du modèle d'Andersen (par exemple, le sexe et l'âge en tant que caractéristiques individuelles prédisposantes). Puis toutes les variables restantes des différentes composantes sont à nouveau soumises à des tests multiples. Les résultats sont présentés sous forme d'odds ratios (OR) et de leurs intervalles de confiance (IC). Seuls les résultats des variables statistiquement significatives sont présentés dans les résultats relatifs à l'analyse de régression multiple. Pour le niveau de signification statistique, nous gardons une valeur seuil de $\alpha=0,05$. Toutes les analyses ont été effectuées en SAS 9.4.

03

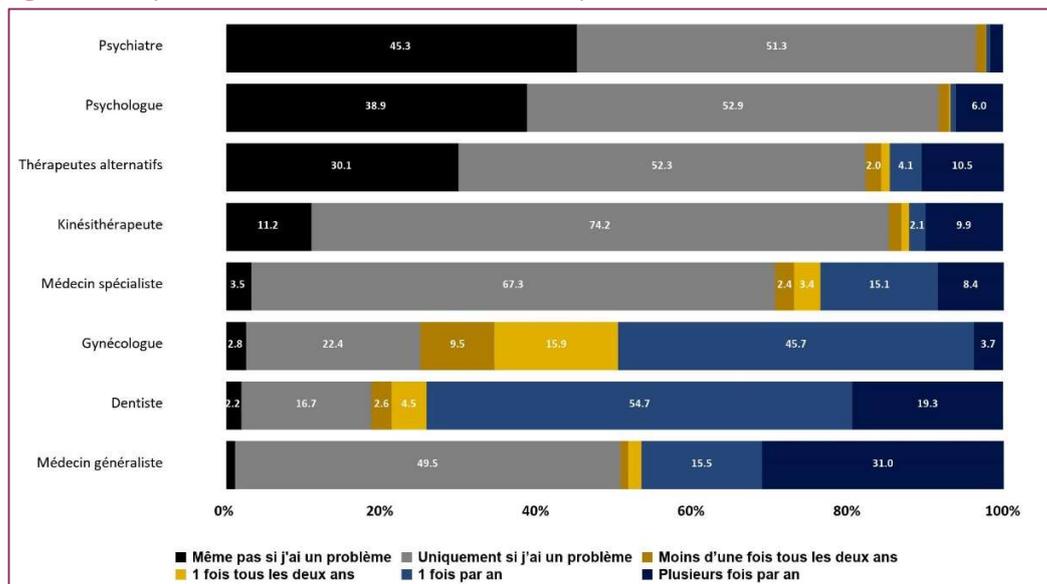
RESULTATS

La Figure 1 montre le comportement de refus d'aide des 5.354 répondants qui utilisent les services de soins de santé. Le comportement de refus d'aide (« *même pas quand j'ai un problème* ») vis-à-vis du médecin généraliste (1.4 %), dentiste (2.2 %), gynécologue (2.8 %), spécialiste (3.5 %) et kinésithérapeute (11.2 %) est insignifiant par rapport au comportement de refus d'aide vis-à-vis du psychologue (38.9 %) et psychiatre (45.3 %).

Ce sont surtout les dentistes, gynécologues et médecins généralistes qui sont sollicités : environ 5 utilisateurs sur 10 (pour le médecin généraliste) à 8 utilisateurs sur 10 (pour le

dentiste) prennent régulièrement rendez-vous chez ces prestataires de soins (« plusieurs fois par an », « une fois par an », « une fois tous les 2 ans »). En revanche, moins de 1 répondant sur 10 prend régulièrement rendez-vous avec un psychiatre ou un psychologue.

Figure 1 : Comportement de refus d'aide vis-à-vis des prestataires de soins de santé



04

EXPLICATION DU COMPORTEMENT DE REFUS D'AIDE ENVERS LES PSYCHOLOGUES ET LES PSYCHIATRES

Pour la suite de notre analyse, nous examinons le comportement de refus d'aide à l'égard du psychologue et du psychiatre, qui correspond à la réalité d'environ 1 répondant sur 3 (35.5 %). En corrigeant toutes les autres variables du modèle, les variables présentées dans la Figure 2 semblent être liées au comportement de refus d'aide envers le psychologue et le psychiatre. Cette figure montre également, pour chacune des variables, la proportion de répondants présentant un comportement de refus d'aide.

Près de 4 hommes sur 10 (38.4 %) présentent un comportement de refus d'aide, contre environ 1 femme sur 3 (31.6 %). Les hommes sont donc plus enclins à refuser de l'aide que les femmes (OR 1.27 ; IC 1.05-1.54).

Le comportement de refus d'aide augmente avec l'âge : environ 1 personne sur 4 parmi les 18-40 ans présente un comportement de refus d'aide, contre 1 sur 3 parmi les 41-64 ans (OR 1.49 ; IC 1.17-1.90). 1 sur 2 parmi les 65-79 ans (OR 3.23 ; IC 2.42-4.34) et plus de la moitié des plus de 80 ans (OR 4.16 ; IC 1.44-12.8).

Les personnes qui déclarent avoir une excellente santé mentale sont également plus susceptibles d'adopter un comportement de refus d'aide que celles qui déclarent avoir une santé mentale modérée à mauvaise (41.9 % vs.32.4 % ; OR 1.32 ; IC 1.01-1.74). Par

rapport aux personnes qui ne font jamais de sport (44.1 %), les personnes qui font du sport tous les jours ou plusieurs fois par semaine (35.5 % ; OR 0.68 ; IC 0.52-0.90) ou qui font du sport une fois par semaine (31.2 % ; OR 0.64 ; IC 0.47-0.86) sont moins enclines à adopter un comportement de refus d'aide.

39.9 % des répondants qui ont peur à cause de la crise du coronavirus présentent un comportement de refus d'aide. contre 33.8 % des répondants qui n'ont pas peur à cause de la crise sanitaire (OR 1.43 ; IC 1.15-1.77).

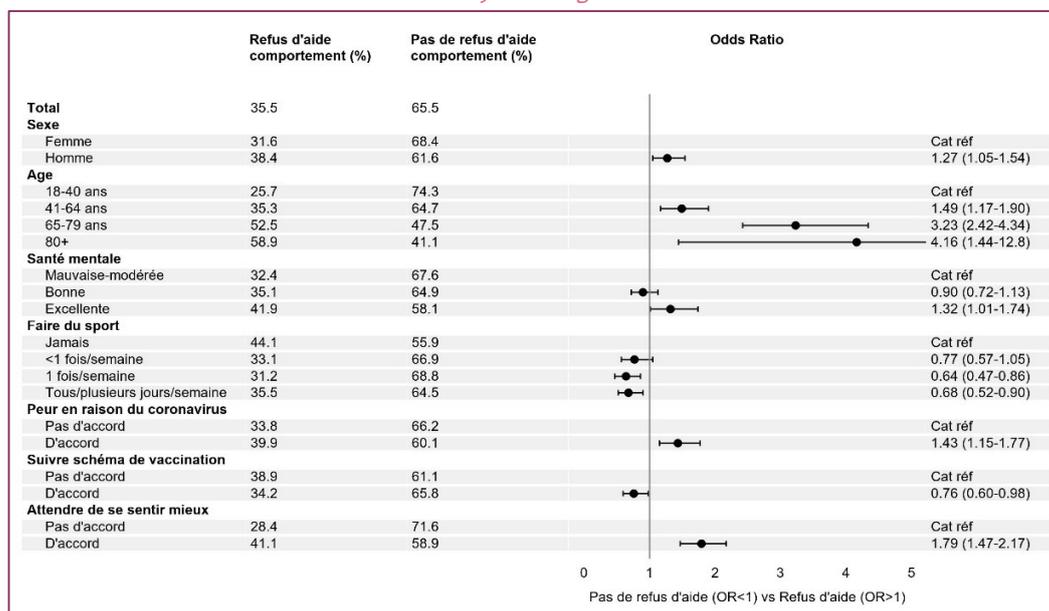
Les personnes qui déclarent suivre le schéma de vaccination sont moins enclines à refuser de l'aide que celles qui ne suivent pas le schéma de vaccination (38.9 % vs. 34.2 % ; OR 0.78 ; IC 0.60-0.98).

Les personnes qui déclarent préférer attendre de se sentir mieux plutôt que de prendre un rendez-vous immédiatement sont plus susceptibles de refuser de l'aide (OR 1.79 ; IC 1.47-2.17) : 4 personnes sur 10 (41.1 %) qui sont d'accord avec cette affirmation ont un comportement de refus d'aide, contre 3 personnes sur 10 (28.4 %) qui ne sont pas d'accord avec cette affirmation.

Le modèle statistique ne discrimine pas extrêmement bien les individus avec et sans comportement de refus d'aide (aire sous la courbe = 0.66 (95 % IC 0.64-0.68, $p < 0.0001$)). Cela suggère qu'il existe d'autres éléments expliquant le comportement de refus d'aide envers les psychiatres et psychologues, qui n'ont pas été mesurés lors de cette étude.

Enfin, les variables qui ne jouent aucun rôle dans ce modèle et qui ne nous aident donc pas à comprendre le comportement de refus d'aide des utilisateurs de soins de santé sont les suivantes : statut professionnel, situation de logement, les informations sont faciles à trouver et à comprendre, difficulté à comprendre les explications des prestataires de soins de santé, peur en raison des examens réalisés, peur des résultats possibles, revenus du ménage, a déjà reporté une consultation pour des raisons financières, a déjà reporté des soins pour des raisons financières, longue liste d'attente pour le prestataire de soins de santé que l'on veut consulter, sait à quel prestataire de soins s'adresser, auto-perception de la santé physique, auto-perception de la santé et de la nécessité de consulter un prestataire de soins, présence d'une maladie chronique, consommation d'alcool, tabagisme, alimentation saine, savoir comment se soigner soi-même en cas de maladie, rechercher d'abord des informations avant de consulter un prestataire de soins de santé, préférer des méthodes alternatives de traitement, ne pas avoir de temps pour un rendez-vous, un examen ou un traitement.

Figure 2 : Comportement de refus d'aide envers le psychologue et le psychiatre parmi les utilisateurs de soins de santé : résultats de l'analyse de régression



05

DISCUSSION

Cadre théorique des résultats

L'analyse du comportement de refus d'aide des utilisateurs des soins de santé à l'égard du psychologue et du psychiatre n'était pas l'objectif principal de l'étude sur la (non-)utilisation des soins de santé. Les variables de l'étude n'ont donc pas été conçues dans ce but. Néanmoins, les auteurs estiment que les variables de l'étude s'inscrivent assez bien dans les 6 catégories de barrières à la recherche/l'obtention de soins de santé mentale établies par Arundell et al.(2020) [9]. Ces catégories sont présentées dans le Tableau 1, chacune avec quelques exemples de barrières spécifiques (pour la liste complète, voir l'étude elle-même), ainsi que la répartition des variables étudiées entre ces catégories et les variables finalement retenues.

On remarque immédiatement que toutes les catégories de barrières n'ont pas fait l'objet d'une interrogation aussi approfondie dans notre étude. C'est aussi la raison pour laquelle la porte est ouverte à de nombreuses possibilités de recherches supplémentaires. Certaines variables de l'étude sont également difficiles à classer dans une seule catégorie (par exemple, « avoir peur à cause de la crise du coronavirus », « suivre le schéma de vaccination »). D'autres variables sont quelque peu difficiles à catégoriser (par exemple, les variables liées au mode de vie : « consommation d'alcool », « tabagisme », « alimentation saine » et « sport ») et le choix de les placer sous la rubrique « accès aux soins » est donc sujet à débat.

Tableau 1 : Catégories et exemples de barrières aux soins de santé mentale identifiées par Arundell et al. et variables de l'étude reprises dans l'analyse actuelle

Catégorie	Exemples de barrières	Variables de l'étude
Options de traitement limitées et services disponibles	<ul style="list-style-type: none"> Défis institutionnels comme le temps/la durée de la séance Personnel inexpérimenté ou peu serviable Longues listes d'attente Pas de soins à domicile Manque d'options de traitement Disponibilité réelle ou ressentie des ressources 	<ul style="list-style-type: none"> Longue liste d'attente pour le prestataire de soins de santé que la personne souhaite consulter Ne pas avoir de temps pour un rendez-vous, un examen ou un traitement
Discrimination réelle ou ressentie	<ul style="list-style-type: none"> Différents types de biais Racisme Stigmatisation, honte Barrières socioculturelles Valeurs 	<ul style="list-style-type: none"> Sexe
Accès aux soins	<ul style="list-style-type: none"> Difficultés à avoir rendez-vous Transport et environnement physique Références inappropriées Accessibilité géographique 	<ul style="list-style-type: none"> Age Auto-perception de la santé physique Auto-perception de la santé mentale Auto-perception de l'état de santé et de la nécessité de consulter un prestataire de soins de santé Présence d'une maladie chronique Ne pas avoir de temps pour un rendez-vous, un examen ou un traitement Sport Alcool Alimentation saine Tabagisme
Limitations financières	<ul style="list-style-type: none"> Coût financier Soutien financier insuffisant Accessibilité financière 	<ul style="list-style-type: none"> Statut professionnel Revenus du ménage A déjà reporté une consultation pour des raisons financières A déjà reporté des soins pour des raisons financières
Problèmes de communication	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité de l'information accessible Difficulté à contacter les prestataires de soins de santé Barrière linguistique Littératie déficiente Problèmes de communication 	<ul style="list-style-type: none"> Les informations sont faciles à trouver et à comprendre Difficulté à comprendre les explications des prestataires de soins de santé Rechercher d'abord des informations avant de consulter un prestataire de soins de santé
Connaissance de l'offre disponible	<ul style="list-style-type: none"> Réseaux informels Manque de connaissances au sujet des services disponibles 	<ul style="list-style-type: none"> Savoir à quel prestataire de soins de santé s'adresser Savoir comment prendre soin de soi en cas de maladie Préférer attendre que l'on se sente mieux
Confiance dans les services et le système	<ul style="list-style-type: none"> Peur/Manque de confiance Confidentialité Manque de confiance envers les prestataires de soins Peur des questions 	<ul style="list-style-type: none"> Peur en raison des examens réalisés Peur en raison des résultats possibles Suivi du schéma de vaccination Peur en raison de la crise du coronavirus
Pertinence des services disponibles	<ul style="list-style-type: none"> Manque de services culturellement acceptables Comorbidités Services adaptés à l'âge/la situation de la personne 	<ul style="list-style-type: none"> Préférer des méthodes alternatives de traitement

Résumé et contextualisation des résultats

La crise sanitaire actuelle pèse lourdement sur le bien-être mental des Belges, même si, dans une large mesure, les problèmes mentaux étaient déjà présents avant cette crise, comme l'ont amplement démontré les Enquêtes de Santé. Dans le monde entier, y compris dans les pays à revenu élevé, leur traitement est insuffisant car toutes les

personnes souffrant de troubles mentaux modérés à graves ne trouvent pas le chemin de l'aide professionnelle ou ne reçoivent pas l'aide appropriée. En Belgique, la plupart des gens semblent toutefois finir par trouver une aide professionnelle.

Ces dernières années, la Belgique a d'ailleurs pris des mesures pour rendre l'aide psychologique plus accessible, notamment grâce à l'amélioration de l'accessibilité financière.

Dans une première étude, nous avons déjà examiné le profil des non-utilisateurs et des utilisateurs des soins de santé (Mutualités Libres, 2021). Dans la présente étude, nous nous concentrons sur le comportement de refus d'aide de la part des utilisateurs de soins de santé vis-à-vis des psychologues et psychiatres : 5.354 questionnaires ont été retenus pour l'analyse.

Tout d'abord, nous avons constaté que le comportement de refus d'aide à l'égard des psychologues ou des psychiatres est beaucoup plus élevé qu'à l'égard d'autres prestataires de soins de santé tels que les médecins généralistes, les gynécologues, les dentistes ou les médecins spécialistes. Environ 4 répondants sur 10 (35.5%) ont un comportement de refus d'aide à l'égard des psychologues ou psychiatres, contre moins de 1 sur 20 à l'égard des médecins généralistes, gynécologues, dentistes ou médecins spécialistes. Une enquête de 2014 chez des Flamands trouvait des chiffres comparables : 35% n'est (plutôt) pas mené à chercher de l'aide professionnel en rencontrant un problème psychologique [17]. En Allemagne, l'Irlande et le Portugal un chiffre plus bas était trouvé sur base du même questionnaire.

Dans la suite de l'étude, nous nous sommes concentrés sur la comparaison du profil des personnes présentant un comportement de refus d'aide envers les psychologues et psychiatres avec celui des autres répondants. Nous avons classé les résultats en fonction des catégories de barrières identifiées par Arundell et al. (2020) [9]. Par ailleurs, nous avons déjà signalé que toutes les barrières n'ont pas été étudiées. Surtout en ce qui concerne les catégories « discrimination réelle ou ressentie » et « pertinence des services disponibles ». L'enquête offre trop peu d'éléments qui permettent de les approfondir.

En ce qui concerne la « discrimination réelle ou ressentie », nous ne pouvons que constater que les hommes ont davantage un comportement de refus d'aide que les femmes. Des résultats comparables étaient trouvés dans une enquête en 2014 chez des Flamands : les femmes sont plus ouvertes que les hommes par rapport à l'aide professionnelle et en estiment la valeur plus importante [17]. Dans une étude qualitative à grande échelle menée auprès d'un échantillon représentatif de la population belge, les hommes semblaient avoir moins recours aux soins de santé mentale [18]. Les auteurs considèrent que les normes sociales et les attitudes négatives de la part des hommes à l'égard de la recherche d'aide expliquent en partie cette situation. Il existe également un certain biais de genre dans les soins de santé mentale : les hommes sont diagnostiqués moins rapidement (en cas de dépression) et reçoivent donc un traitement moins rapidement [19]. Combiné au fait que le taux de suicide corrigé en fonction de l'âge en Belgique était 2,6 fois plus élevé en 2017 chez les hommes que chez les femmes (bien que les femmes aient plus de risques de commettre une tentative de suicide), nous pouvons identifier les hommes comme un groupe à risque spécifique [20]. D'autres variables

possibles concernant la discrimination réelle ou ressentie, comme suggéré par Arundell et al (2020) (voir Tableau 1), n'ont pas fait l'objet de questions dans l'enquête, bien qu'une étude belge de 2008 ait montré que, par exemple, le niveau d'éducation a un impact sur le comportement de refus d'aide pour les problèmes mentaux [21]. Plusieurs études identifient la « stigmatisation » comme une barrière importante à la recherche ou à l'obtention d'une aide au sein des différents groupes de population [4], [10], [11]. Compte tenu de la composition de la population belge, cet aspect devrait également être inclus dans les recherches de suivi.

En outre, nous constatons que, pour plusieurs catégories de barrières, aucune des variables de l'étude n'a été incluse dans le modèle, notamment les catégories « limitations financières », « problèmes de communication », « pertinence des services disponibles » et « options de traitement et services disponibles limités ». Il convient ici de nuancer le fait que nombre des variables suggérées par Arundell et al.(2020) n'ont pas été examinées dans notre étude. Cependant, il est à noter que ni les variables liées au revenu (« statut professionnel », « revenus du ménage », « soins déjà reportés pour des raisons financières », « consultation déjà reportée pour des raisons financières ») ni les variables liées à la littératie en matière de santé (« difficulté à comprendre les explications des prestataires de soins », « les informations sont faciles à trouver et à comprendre ») ne jouent un rôle. Les professionnels de la santé considèrent toutefois la pauvreté comme un facteur de risque pour la non-satisfaction des besoins en matière de soins de santé mentale en Belgique [6] et une enquête chez des Flamands en 2014 montrait que les répondants qui ont des difficultés financières estiment la valeur de l'aide professionnelle plus bas [17].

L'enquête a été envoyée par mail uniquement, et exclusivement en français et en néerlandais, ce qui peut avoir entraîné un biais de sélection dans la population de l'étude (voir également les Limites de l'étude).

Une grande partie des variables étudiées peuvent être classées dans la catégorie « accès aux soins ». Pour rappel, la population de l'étude est constituée de personnes ayant eu recours à des soins de santé au cours des 12 derniers mois, ce qui traduit un certain degré d'accès aux soins de santé généraux. Au sein de cette catégorie, l'âge, l'auto-perception de la santé mentale et le sport jouent un rôle important. Le comportement de refus d'aide augmente également avec l'âge. Les personnes âgées sont moins enclines à recourir aux soins de santé ou à contacter un psychiatre pour des problèmes mentaux [21]. La littérature montre que d'autres barrières spécifiques jouent un rôle chez les personnes âgées, telles que les comorbidités, les difficultés de transport, la littératie en matière de santé mentale et la dépendance physique vis-à-vis de tiers [22], [23]. Néanmoins, le fait d'être atteint d'une maladie chronique et l'auto-perception de la santé physique ne jouent pas de rôle dans notre modèle. Étant donné que le taux de mortalité par suicide augmente avec l'âge, nous pouvons également identifier les personnes âgées comme un groupe à risque spécifique [20].

Les répondants ayant indiqué une excellente santé mentale sont plus susceptibles d'adopter un comportement de refus d'aide que les répondants ayant indiqué une santé mentale moyenne à mauvaise. Nous pourrions ici émettre l'hypothèse que les personnes dont la santé mentale est modérée à médiocre sont peut-être déjà mieux informées des

soins psychologiques ou psychiatriques qu'elles peuvent solliciter. Des recherches menées en Belgique ont montré que les personnes cherchent de l'aide surtout en cas de dépression ou de troubles anxieux graves, et moins en cas de problèmes modérés [21]. Pourtant, il est également frappant de constater que près d'1 personne interrogée sur 3 ayant déclaré avoir une santé mentale modérée ou médiocre fait preuve d'un comportement de refus d'aide envers les psychologues et psychiatres. Les sportifs réguliers sont moins susceptibles de manifester un comportement de refus d'aide que les répondants qui ne font jamais de sport.

En ce qui concerne la catégorie « connaissance de l'offre disponible », nous avons demandé aux personnes interrogées, entre autres, si elles savaient à quel prestataire de soins elles pouvaient s'adresser et comment se soigner elles-mêmes lorsqu'elles étaient malades. Ces variables n'ont pas été retenues dans le modèle final. Toutefois, les répondants qui préféreraient attendre de se sentir mieux ont fait preuve d'un plus grand comportement de refus d'aide que les répondants qui n'étaient pas d'accord avec cette affirmation. Il semble donc que, pour ces répondants, les soins auto-administrés couvrent non seulement la santé physique mais aussi la santé mentale.

Enfin, en ce qui concerne la « confiance dans les services et le système », nous constatons qu'« avoir peur à cause de la crise du coronavirus » et « suivre le schéma de vaccination » sont associés avec le comportement de refus d'aide. Les personnes qui déclarent suivre le schéma de vaccination sont moins enclines à refuser de l'aide que celles qui ne suivent pas le schéma de vaccination, tout comme les personnes qui n'ont pas peur de la crise sanitaire. La confiance dans les services et le système semble donc conduire à moins de comportements de refus d'aide.

06

RECOMMANDATIONS

Nous formulons les recommandations suivantes sur la base de nos constats et de la littérature disponible [9], [19], [21], [24].

- Il est capital de guider les personnes souffrant de problèmes psychiques vers une assistance formelle. Parallèlement aux consultations classiques, les interventions réalisées via internet (vidéo) ou par téléphone sont accessibles, flexibles, prennent moins de temps et peuvent même être anonymes. Elles peuvent être d'une grande valeur ajoutée, notamment pour les personnes qui ont peur en raison du coronavirus ou pour les personnes (âgées) qui sont peut-être limitées en matière de transport.
 - C'est pourquoi nous recommandons de mieux faire connaître au grand public les offres existantes et de les développer dans la mesure du possible. Les autorités flamandes proposent un aperçu de plusieurs initiatives qui donnent les aides facilement accessibles en cas de problèmes psychologiques : <https://www.vlaanderen.be/hulp-zoeken-bij-psychische-problemen>.
 - Nous soutenons pleinement l'augmentation du budget consacré à l'accompagnement professionnelle par des psychologues et des orthopédagogues.

- Les campagnes sur l'offre disponible de soins de santé mentale peuvent se concentrer spécifiquement sur les personnes âgées et les hommes. Les soins doivent être adaptés aux besoins des groupes spécifiques. Surtout pendant cette crise sanitaire : des soins adaptés peuvent être nécessaires pour certains groupes à risque, qui ont également moins de contacts sociaux qu'auparavant.
- Poursuivre la déstigmatisation des problèmes mentaux. C'est possible, par exemple, en donnant la parole aux personnes souffrant de problèmes mentaux afin que leurs autres rôles sociaux puissent également être mis en avant (conjoint, employé, voisin...).
- Le médecin généraliste a un rôle important à jouer pour orienter les personnes vers une aide spécialisée, en particulier les personnes à faibles revenus et à faible niveau d'éducation car elles ont plus de mal à trouver une aide spécialisée.
- Même si cette thématique n'est pas évoquée dans l'étude, on veut quand-même insister sur l'importance de l'aide informelle aussi. Cette aide peut aussi servir comme abaissement du seuil à la recherche de l'aide professionnelle.

07

LIMITATIONS DE L'ETUDE ET REFLEXIONS

Lors de l'interprétation des résultats, il convient de prendre en compte les limites possibles de l'étude :

1. L'enquête a été envoyée uniquement par voie électronique. Certains groupes cibles, qui peuvent inclure un groupe proportionnellement plus important de non-utilisateurs, sont plus difficiles à atteindre par voie électronique.
2. Le questionnaire a été envoyé uniquement en français, néerlandais ou allemand. Ces langues nationales officielles couvrent environ 95 % des langues parlées en Belgique. Cependant, il n'est pas inconcevable qu'il existe un groupe proportionnellement plus important de non-utilisateurs parmi les personnes qui parlent d'autres langues et que nous ne pouvons pas atteindre de cette manière.
3. Le questionnaire a été envoyé en début d'année 2021 et recouvre l'année civile 2020 en ce qui concerne l'identification des utilisateurs et des non-utilisateurs. Cette année 2020 a été fortement caractérisée par la situation exceptionnelle due à la Covid-19.
4. Les répondants ont été interrogés sur leur utilisation des soins au cours des 12 derniers mois. L'élément mémoire peut jouer un rôle ici.
5. Chacune des catégories de barrières aux soins de santé mentale identifiées par Arundell et al.(2020) comporte un grand nombre de variables qui ont été énumérées mais dont nous n'avons étudié que quelques-unes.

- [1] L. Gisle, S. Drieskens, S. Demarest, and J. Van der Heyden, "Geestelijke gezondheid: gezondheidsenquête 2018," Brussel, België, 2018.
- [2] OECD, "New Benchmark for Mental Health Systems: Tackling the Social and Economic Costs of Mental Ill-Health," 2021.
- [3] "Zesde COVID-19-Gezondheidsenquête. Eerste resultaten,." Brussel, België; Depot nummer/2021/14.440/29. Beschikbaar op: <https://doi.org/10.25608/r4f5-1365>
- [4] N. Schnyder, R. Panczak, N. Groth, and F. Schultze-Lutter, "Association between mental health-related stigma and active help-seeking: Systematic review and meta-analysis," *Br. J. Psychiatry*, vol. 210, no. 4, pp. 261–268, 2017.
- [5] R. Kohn, S. Saxena, I. Levav, and B. Saraceno, "The treatment gap in mental health care," *Bull. World Health Organ.*, vol. 82, no. 11, pp. 858–866, 2004.
- [6] E. Rens, G. Dom, R. Remmen, J. Michielsens, and K. Van Den Broeck, "Unmet mental health needs in the general population: Perspectives of Belgian health and social care professionals," *Int. J. Equity Health*, vol. 19, no. 1, pp. 1–10, 2020.
- [7] E. Hewlett and V. Moran, *Making Mental Health Count*. 2014.
- [8] E. Meys, K. Hermans, and C. Van Audenhove, "Geestelijke gezondheidszorg en uitsluiting: Rapport KBS-project," 2014.
- [9] L. L. Arundell *et al.*, "Advancing mental health equality: A mapping review of interventions, economic evaluations and barriers and facilitators," *Syst. Rev.*, vol. 9, no. 1, pp. 1–21, 2020.
- [10] S. Clement *et al.*, "What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies," *Psychol. Med.*, vol. 45, no. 1, pp. 11–27, 2015.
- [11] L. Lynch, M. Long, and A. Moorhead, "Young Men, Help-Seeking, and Mental Health Services: Exploring Barriers and Solutions," *Am. J. Mens. Health*, vol. 12, no. 1, pp. 138–149, 2018.
- [12] RIZIV-INAMI, "Eerstelijns psychologische sessies bij een klinisch psycholoog of klinisch orthopedagoog." [Online]. Available: <https://www.inami.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/artsen/verzorging/Paginas/eerstelijns-psychologische-sessie-klinisch-psycholoog-klinisch-orthopedagoog.aspx>.
- [13] Onafhankelijke Ziekenfondsen, "Makkelijker toegang tot psychologische zorg," 2021. [Online]. Available: <https://www.mloz.be/nl/content/makkelijker-toegang-tot-psychologische-zorg>.
- [14] RIZIV-INAMI, "Start van een toegankelijker psychologisch zorgmodel met geleidelijke uitrol in het hele land," 2021. [Online]. Available: https://www.riziv.fgov.be/nl/nieuws/Paginas/versterkt-psychologisch-zorgaanbod-voor-iedereen-september.aspx?utm_source=alert&utm_medium=email&utm_campaign=FR20210727.
- [15] VRT News, "Voor 11 euro naar de psycholoog, maar hoe werkt dat in de praktijk? 'Het is nog niet voor iedereen.'"
- [16] R. Andersen and P. Davidson, "Improving access to care in America: Individual and contextual indicators," *Chang. US Heal. Care Syst. Key Issues Heal. Serv. Policy Manag.*, vol. 2007, Jan. 2014.
- [17] E. Coppens, B. Vermeulen, I. Neyens, and C. Van Audenhove, "Stigmatisering t.o.v. psychische problemen: Ervaringen en attitudes in Vlaanderen," 2014.
- [18] E. Pattyn, M. Verhaeghe, and P. Bracke, "The gender gap in mental health service use," *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, vol. 50, no. 7, pp. 1089–1095, 2015.
- [19] E. Pattyn, "Holding up a sociological mirror to the mental health treatment gap," 2014.
- [20] Statbel, "Doodsoorzaken," 2017. [Online]. Available: <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/sterfte-en-levensverwachting/doodsoorzaken>.
- [21] A. Gouwy, W. Christiaens, and P. Bracke, "Mental health services use in the general Belgian population: Estimating the impact of mental health and social determinants," *Arch. Public Heal.*, vol. 66, no. 2, pp. 50–68, 2008.
- [22] R. Lavingia, K. Jones, and A. A. Asghar-Ali, "A Systematic Review of Barriers Faced by Older Adults in Seeking and Accessing Mental Health Care.," *J. Psychiatr. Pract.*, vol. 26, no. 5, pp. 367–382, Sep. 2020.
- [23] S. E. Piper, P. E. Bailey, L. T. Lam, and I. I. Kneebone, "Predictors of mental health literacy in older people," *Arch. Gerontol. Geriatr.*, vol. 79, pp. 52–56, 2018.
- [24] Z. Xu *et al.*, "Effectiveness of interventions to promote help-seeking for mental health problems: Systematic review and meta-analysis," *Psychol. Med.*, vol. 48, no. 16, pp. 2658–2667, 2018.



Route de Lennik 788A - 1070 Bruxelles
T 02 778 92 11

Nos études sur
www.mloz.be

(©) Mutualités Libres/Bruxelles, octobre 2021
(Numéro d'entreprise 411 766 483)

Les Mutualités Libres regroupent :

