

Santé mentale : une cartographie de la situation belge

Analyse basée sur les données de
remboursement des membres des Mutualités
Libres

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

—
Rédaction > Ludo VANDENTHOREN, Güngör KARAKAYA, Renata VAN WOENSEL,
Dominique DE TEMMERMAN, Regina DE PAEPE
www.mloz.be

(©) Mutualités Libres / Bruxelles, mai 2022
(Numéro d'entreprise 411 766 483))

Santé mentale : une cartographie de la situation belge

Analyse basée sur les données de remboursement des
membres des Mutualités Libres

Table des matières

01	Introduction.....	4
02	Méthodologie	5
	Conception de l'étude	5
	Population	5
	Indicateurs étudiés.....	6
03	Résultats et discussion.....	8
	Antidépresseurs	8
	Antipsychotiques.....	14
	Délivrances	19
	Prescripteurs.....	21
	Psychothérapie chez le psychiatre	21
	Aide psychologique	26
	Séjour psychiatrique.....	27
	Comorbidité.....	29
	Maladies chroniques spécifiques aux utilisateurs des soins de santé mentale	29
	Combinaisons les plus courantes chez les utilisateurs des soins de santé mentale	30
	Mortalité	31
04	Recommandations	33
	Limitations de l'étude.....	34
05	Conclusion	35
06	Bibliographie.....	36
07	Annexe	39
	Notes.....	40

01 Introduction

Environ 30 % de la population mondiale sera confrontée à un trouble mental à un moment donné de sa vie. De plus, 50 % de tous les troubles mentaux apparaissent autour de l'âge de 14 ans (Auerbach et al., 2018 ; Maenhout et al., 2020). Dans le monde, environ 8 millions de personnes meurent chaque année des suites de troubles mentaux (Walker, McGee, & Druss, 2015) et présentent un taux de mortalité 2 à 3 fois plus élevé (Gronholm et al., 2021). L'Organisation mondiale de la santé prévoit dès lors que les troubles mentaux seront la principale cause de la charge de morbidité d'ici 2030 (cité dans Forgarty et al., 2020).

La prévalence des troubles psychiatriques dans la population dépend de certaines variables démographiques, qui peuvent ou non constituer un facteur de risque. Les recherches ont ainsi mis en évidence des différences en fonction du statut socio-économique (Auerbach et al., 2018 ; Maenhout et al., 2020), mais aussi, par exemple, en fonction du sexe (Auerbach et al., 2018 ; Beghi et al., 2021). Au niveau belge, Sciensano (2020) a également constaté des différences régionales dans l'utilisation, notamment, de produits psychopharmaceutiques. Cette étude récente de Sciensano (2020) rapportait toutefois qu'en 2018, sur la base d'une enquête subjective sur la santé, un Belge sur trois avait fait état d'un mal-être mental et que 20 % de l'ensemble des participants éprouvaient des sentiments de dépression et de mal-être. Cette enquête a également établi qu'un Belge sur dix souffrait d'un trouble mental à cette époque, dont 11 % d'anxiété et 9 % de dépression. Cette prévalence a encore augmenté pendant la pandémie (Sciensano, 2021 ; Sciensano, 2022) et c'est surtout le bien-être mental des jeunes qui a été affecté (par exemple Ezpleta, Navarro, de la Osa, Trepas, & Penelo, 2020 ; De Man, Buffel, van de Velde, Bracke, Van Hal, & Wouters, 2021 ; Rens et al., 2021).

L'enquête a montré que les personnes atteintes de troubles mentaux souffrent souvent de troubles mentaux ou physiques comorbides et présentent un risque accru à cet égard (par exemple, Kessler et al., 2005 ; Vancampfort et al., 2017). De plus, les personnes souffrant de ces troubles comorbides ont également de moins bonnes perspectives d'avenir, comme une plus grande chronicité du trouble après 2 ans, davantage de symptômes pendant 2 ans et un temps médian plus long avant la première rémission du trouble (ter Meulen et al., 2021). La littérature fait principalement état de troubles mentaux comorbides (Kessler et al., 2005), mais aussi d'une forte occurrence de maladies cardiométaboliques, de maladies respiratoires chroniques et de diabète chez les personnes souffrant de troubles mentaux (Dias de Lima, Teixeira, de Oliveira Silva, & Camaz Deslandes, 2020 ; Fogarty et al., 2020 ; Gronholm et al., 2021). En outre, il a également été constaté que cette relation est bidirectionnelle car les personnes atteintes de maladies physiques présentent à leur tour un risque accru de développer des troubles mentaux (De Hert et al., 2018).

Cette étude vise à dresser une cartographie du bien-être mental en Belgique. En ce qui concerne les produits psychopharmaceutiques, nous nous concentrerons sur les antidépresseurs et les antipsychotiques. Nous cartographierons également les admissions en psychiatrie, les consultations psychothérapeutiques et l'assistance psychologique. Enfin, cette étude comportera également une section sur les comorbidités et la mortalité chez les utilisateurs des soins de santé mentale.

02 Méthodologie

Conception de l'étude

L'étude utilise une exploration des données administratives au cours des années civiles 2018, 2019 et 2020. Cette méthode nous permet d'examiner si les mesures Covid ont eu un effet sur le remboursement des soins de santé mentale en 2020. Les données pour l'année 2021 n'étaient pas encore totalement consolidées au début de cette étude, elles n'ont donc pas été examinées.

Population

Le nombre de membres affiliés aux Mutualités Libres a augmenté de 1,5 % entre 2018 et 2020. Avec une moyenne de 50,4 %, les femmes sont un peu plus nombreuses que les hommes parmi les affiliés. L'âge moyen de nos membres était de 39,1 ans. La plupart des membres sont originaires de Flandre. Nos données montrent que 12,6 % de nos membres en moyenne bénéficient d'une intervention majorée.

Tableau 1 : Données démographiques des membres des Mutualités Libres

	2018		2019		2020	
	N	%	N	%	N	%
Population	2.270.934	100 %	2.295.236	100 %	2.305.259	100 %
Femme	1.144.347	50,39 %	1.157.643	50,44 %	1.163.493	50,47 %
Homme	1.126.587	49,61 %	1.137.593	49,56 %	1.141.766	49,53 %
0 à 11	328.250	14,45 %	328.235	14,30 %	324.396	14,07 %
12 à 18	200.857	8,84 %	202.845	8,84 %	204.710	8,88 %
19 à 24	168.269	7,41 %	171.149	7,46 %	171.978	7,46 %
25 à 39	471.908	20,78 %	476.579	20,76 %	476.455	20,67 %
40 à 54	493.735	21,74 %	493.762	21,51 %	492.394	21,36 %
55 à 65	289.700	12,76 %	299.047	13,03 %	306.024	13,28 %
65+	318.215	14,01 %	323.619	14,10 %	329.302	14,28 %
Étranger	88.490	3,90 %	89.752	3,91 %	84.875	3,68 %
Bruxelles	443.039	19,51 %	447.607	19,50 %	448.151	19,44 %
Flandre	941.488	41,46 %	955.875	41,65 %	967.812	41,98 %
Wallonie	797.917	35,14 %	802.002	34,94 %	804.421	34,90 %
Pas d'IM	1.982.475	87,30 %	2.004.208	87,32 %	2.020.683	87,66 %
IM	288.459	12,70 %	291.028	12,68 %	284.576	12,34 %

Note : Effectif en chiffres absolus (N) et en proportion de la catégorie (%). Les catégories d'âge sont exprimées en années. L'intervention majorée de l'assurance (IM) signifie que le membre a droit à un tarif social en raison de son statut socio-économique.

Indicateurs étudiés

Utilisation d'antidépresseurs et d'antipsychotiques

Ce sont les dépenses en soins de santé des membres affiliés aux Mutualités Libres pour les années civiles 2018, 2019 et 2020 qui ont été analysées. Les membres étaient considérés comme des utilisateurs d'antidépresseurs et/ou d'antipsychotiques lorsqu'il y avait au moins un remboursement d'un médicament de la classe ATC N05A (antipsychotiques) ou N06A (antidépresseurs). Les utilisateurs chroniques ont été identifiés sur la base de remboursements pour une utilisation dépassant 90 jours par année civile.

Prescripteur

La spécialisation d'un médecin a été déterminée à partir des trois derniers chiffres de son numéro d'agrément.

Mortalité

Les données de mortalité de nos membres ont été obtenues sur la base des données de population obtenues par nos mutualités.

Séances de psychothérapie

Pour cette analyse, nous distinguons deux types de psychothérapie :

- les séances de psychothérapie chez un psychiatre remboursées par l'assurance maladie obligatoire
- l'aide psychologique fournie par un psychologue et qui est partiellement remboursée par l'assurance maladie obligatoire depuis 2019 pour les 18 à 65 ans et depuis 2020, pour toutes les tranches d'âge. Les remboursements qui relèvent de l'assurance complémentaire n'ont pas été pris en compte.

Au cours de l'année 2020, les consultations en présentiel n'ont été possibles que dans une moindre mesure lors du premier confinement. Des téléconsultations ont alors été mises en place, pour lesquelles de nouveaux codes nomenclature ont été développés par l'INAMI.

Séjour psychiatrique

Chaque membre ayant passé une nuit dans un service psychiatrique d'un hôpital général ou d'un hôpital psychiatrique a été considéré comme un membre ayant effectué un séjour psychiatrique.

Maladie chronique

Notre étude vise à étudier la comorbidité chez les utilisateurs de soins de santé mentale (utilisateurs d'antidépresseurs, d'antipsychotiques et/ou de séjours psychiatriques). Pour ce faire, elle doit s'axer spécifiquement sur les maladies chroniques. Les membres souffrant d'une maladie chronique sont reconnus par

l'utilisation à long terme (> 90 jours) au cours d'une seule et même année civile d'un médicament typiquement associé à une maladie chronique bien précise. La première partie de l'étude se concentre sur l'hypertension artérielle, les maladies cardiaques, les MPOC, l'asthme, le diabète de type 2 (avec ou sans insulino-dépendance), la maladie de Parkinson, l'épilepsie, la polyarthrite rhumatoïde et le VIH, en raison des nombreuses descriptions qui en sont faites dans la littérature scientifique.

03 Résultats et discussion

Antidépresseurs

Utilisateurs

Les données relatives aux utilisateurs d'antidépresseurs parmi les membres des Mutualités Libres sont présentées dans le Tableau 2.

Chaque année, environ 9 % de nos membres se sont vu prescrire au moins un antidépresseur, ce qui correspond à la prévalence de la dépression dans la population (Sciensano, 2020). Le nombre d'utilisateurs était de 204.578 (9,01 %) en 2018, de 208.415 (9,08 %) en 2019 et de 207.614 (9,01 %) en 2020. Par rapport aux habitants de Bruxelles, les personnes qui résident en Wallonie sont plus susceptibles d'utiliser au moins un antidépresseur (ou pour être tout à fait exacts, les Wallons sont davantage représentés dans cette catégorie). La probabilité d'utilisation de la part des personnes qui résident en Flandre s'est avérée être au même niveau que celles des personnes qui résident à Bruxelles. Sciensano (2020) a également constaté une prévalence accrue des symptômes dépressifs chez les Wallons, mais contrairement à nos résultats, c'est en Flandre que cette étude avait constaté la plus faible prévalence de la dépression. Le risque de prise d'antidépresseurs est deux fois plus élevé pour les femmes que pour les hommes, ce qui est également décrit dans la littérature (par exemple, Auerbach et al. ; 2018, Kessler et al., 2018 ; Van de velde et al., 2019). L'utilisation d'antidépresseurs augmente progressivement avec l'âge. Les risques de prendre des antidépresseurs sont 100 fois plus faibles pour les enfants de 0 à 11 ans que pour les personnes de 25 à 39 ans. Toutefois, les personnes de plus de 65 ans sont plus de 3,5 fois plus susceptibles d'utiliser des antidépresseurs que les personnes âgées de 25 à 39 ans. Les recherches de Karakaya, Huygebaert et Macken (2014) montraient déjà une utilisation accrue chez les personnes âgées, principalement dans les centres de soins résidentiels où 1 résident sur 2 utilisait un antidépresseur. Au niveau socio-économique, nous constatons que le risque d'utiliser des antidépresseurs est deux fois plus élevé pour les membres qui ont droit à l'intervention majorée que pour les membres qui n'en bénéficient pas. L'étude menée par Auerbach et al. (2018) et Maenhout et al. (2020) a également relevé ce phénomène. La stabilité des chiffres indique que la pandémie de Covid-19 a eu peu d'impact sur le nombre de personnes prenant un antidépresseur.

Tableau 2 : Nombre de membres à qui au moins un antidépresseur a été prescrit

	2018			2019			2020		
	N	%	OR (95 % CI)	N	%	OR (95 % CI)	N	%	OR (95 % CI)
Population	204.578	9,01 %		208.415	9,08 %		207.614	9,01 %	
Femme	134.586	11,76 %	2,01 (1,99-2,03)	136.914	11,83 %	2,00 (1,98-2,02)	137.084	11,78 %	2,03 (2,01-2,04)
Homme	69.992	6,21 %	Référence	71.501	6,29 %	Référence	70.530	6,18 %	Référence
0 à 11	187	0,06 %	0,01 (0,01-0,01)	219	0,07 %	0,01 (0,01-0,01)	159	0,05 %	0,01 (0,01-0,01)
12 à 18	2.079	1,04 %	0,16 (0,15-0,17)	2.296	1,13 %	0,17 (0,17-0,18)	2.237	1,09 %	0,17 (0,16-0,18)
19 à 24	5.355	3,18 %	0,51 (0,49-0,52)	5.488	3,21 %	0,50 (0,49-0,52)	5.687	3,31 %	0,53 (0,51-0,54)
25 à 39	28.836	6,11 %	Référence	29.570	6,20 %	Référence	29.053	6,10 %	Référence
40 à 54	61.060	12,37 %	2,17 (2,14-2,20)	61.354	12,43 %	2,14 (2,11-2,18)	59.936	12,17 %	2,13 (2,10-2,17)
55 à 65	45.719	15,78 %	2,88 (2,83-2,92)	47.235	15,80 %	2,84 (2,79-2,88)	47.844	15,63 %	2,85 (2,81-2,90)
65+	61.342	19,28 %	3,67 (3,62-3,72)	62.253	19,24 %	3,60 (3,55-3,65)	62.698	19,04 %	3,62 (3,57-3,68)
Bruxelles	36.830	8,31 %	Référence	37.030	8,27 %	Référence	36.769	8,20 %	Référence
Flandre	76.011	8,07 %	0,97 (0,96-0,98)	79.284	8,29 %	1,00 (0,99-1,02)	80.217	8,29 %	1,01 (1,00-1,02)
Wallonie	89.778	11,25 %	1,40 (1,38-1,42)	90.171	11,24 %	1,40 (1,39-1,42)	88.857	11,05 %	1,40 (1,37-1,41)
Pas d'IM	159.431	8,04 %	Référence	162.573	8,11 %	Référence	162.815	8,06 %	Référence
IM	45.147	15,65 %	2,12 (2,09-2,15)	45.842	15,75 %	2,12 (2,09-2,14)	44.799	15,74 %	2,13 (2,11-2,17)

Note : Nombres en chiffres absolus (N) et en pour cent de la catégorie (%). L'odds ratio (OR) est donné avec l'intervalle de confiance à 95 % (95 % CI) entre parenthèses. Les catégories d'âge sont exprimées en années. L'intervention majorée de l'assurance (IM) signifie que le membre a droit à un tarif social en raison de son statut socio-économique.

Les données relatives aux utilisateurs chroniques d'antidépresseurs parmi les membres des Mutualités Libres sont présentées dans le Tableau 3.

Parmi les personnes à qui l'on a délivré au moins un antidépresseur, environ 2/3 ont utilisé ces médicaments de manière chronique, ce qui avait également été relevé lors d'un étude précédente de Karakaya, Lona et Bruyneel (2020). Le nombre d'utilisateurs chroniques d'antidépresseurs était de 154.327 (6,80 %) en 2018, 156.145 (6,80 %) en 2019 et 157.488 (6,83 %) en 2020. La distribution des probabilités pour les différentes variables démographiques montre le même schéma que pour les utilisateurs non chroniques. Les femmes sont également deux fois plus susceptibles que les hommes d'être des utilisatrices chroniques d'antidépresseurs. Ici aussi, la probabilité d'un usage chronique augmente avec l'âge. Les 0-11 ans ont 100 fois moins de chances d'être des utilisateurs chroniques d'antidépresseurs que les 25-39 ans. En revanche, les plus de 65 ans sont environ quatre fois plus susceptibles d'être des consommateurs chroniques que les 25-39 ans. Le risque d'utilisation chronique était similaire pour les personnes qui résident en Flandre et à Bruxelles. Par contre, celles qui résident en Wallonie sont légèrement plus susceptibles d'utiliser des antidépresseurs de façon chronique que celles qui habitent à Bruxelles. Enfin, nos chiffres montrent à nouveau que les membres bénéficiant de l'intervention majorée sont environ deux fois plus susceptibles d'être des utilisateurs chroniques d'antidépresseurs par rapport aux membres qui ne bénéficient pas de cette intervention majorée. Toujours dans le cas de l'utilisation chronique, les chiffres montrent une certaine stabilité au fil des ans, ce qui indique que la pandémie de Covid-19 n'a pas non plus affecté le nombre de membres des Mutualités Libres utilisateurs chroniques d'antidépresseurs.

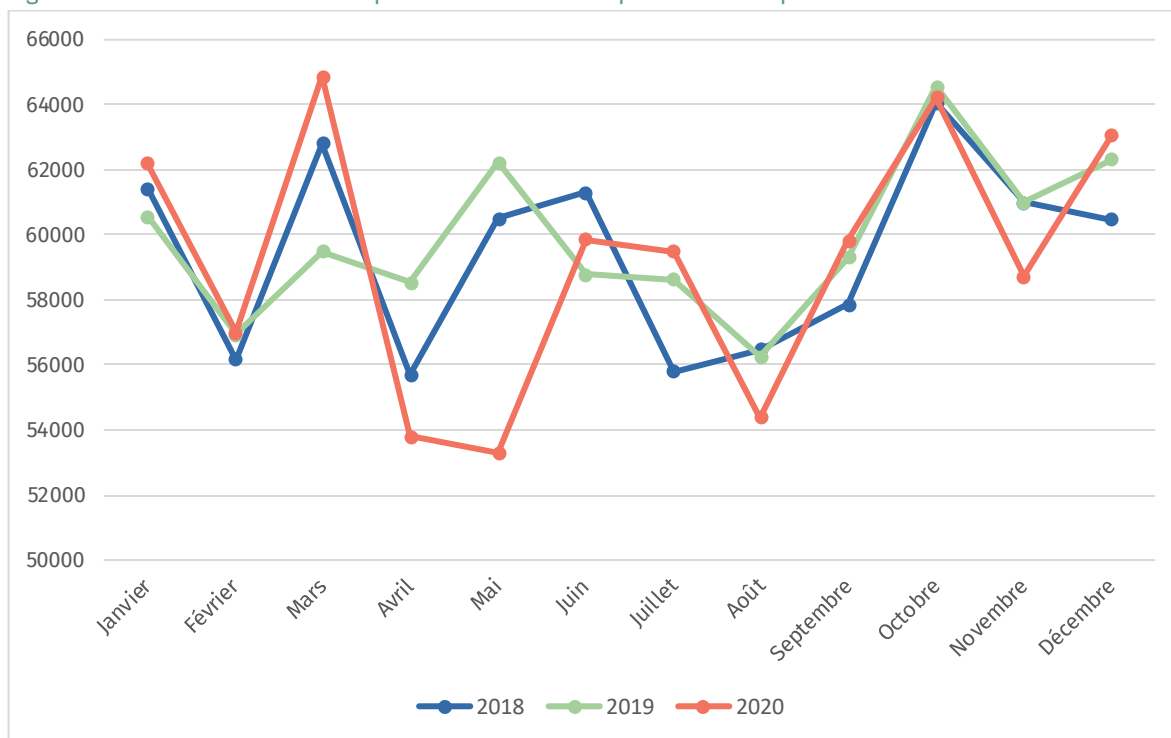
Tableau 3 : Nombre de membres qui utilisent les antidépresseurs de manière chronique

	2018			2019			2020		
	N	%	OR (95 % CI)	N	%	OR (95 % CI)	N	%	OR (95 % CI)
Population	154.327	6,80 %		156.145	6,80 %		157.488	6,83 %	
Femme	103.334	9,03 %	2,09 (2,07-2,12)	104.419	9,02 %	2,08 (2,06-2,10)	105.736	9,09 %	2,11 (2,08-2,13)
Homme	50.993	4,53 %	Référence	51.726	4,55 %	Référence	51.752	4,53 %	Référence
0 à 11	86	0,03 %	0,01 (0,00-0,01)	93	0,03 %	0,01 (0,01-0,01)	75	0,02 %	0,01 (0,00-0,01)
12 à 18	1.219	0,61 %	0,14 (0,13-0,15)	1.368	0,67 %	0,15 (0,14-0,16)	1.408	0,69 %	0,15 (0,15-0,16)
19 à 24	3.423	2,03 %	0,47 (0,46-0,49)	3.542	2,07 %	0,48 (0,46-0,49)	3.749	2,18 %	0,50 (0,48-0,52)
25 à 39	19.833	4,20 %	Référence	20.272	4,25 %	Référence	20.418	4,29 %	Référence
40 à 54	46.178	9,35 %	2,35 (2,31-2,39)	46.179	9,35 %	2,32 (2,28-2,36)	45.731	9,29 %	2,29 (2,25-2,33)
55 à 65	36.251	12,51 %	3,26 (3,20-3,32)	37.221	12,45 %	3,20 (3,14-3,26)	38.059	12,44 %	3,17 (3,12-3,23)
65+	47.337	14,88 %	3,98 (3,92-4,05)	47.470	14,67 %	3,87 (3,80-3,94)	48.048	14,59 %	3,82 (3,75-3,88)
Bruxelles	27.509	6,21 %	Référence	27.310	6,10 %	Référence	27.375	6,11 %	Référence
Flandre	56.312	5,98 %	0,96 (0,95-0,98)	58.356	6,10 %	1 (0,99-1,02)	59.754	6,17 %	1,01 (1,00-1,03)
Wallonie	69.180	8,67 %	1,43 (1,41-1,45)	69.112	8,62 %	1,45 (1,43-1,47)	69.107	8,59 %	1,44 (1,42-1,47)
Pas d'IM	119.251	6,02 %	Référence	120.745	6,02 %	Référence	122.540	6,06 %	Référence
IM	35.076	12,16 %	2,16 (2,14-2,19)	35.400	12,16 %	2,16 (2,13-2,19)	34.948	12,28 %	2,17 (2,14-2,20)

Note : Nombres en chiffres absolus (N) et en pour cent de la catégorie (%). L'odds ratio (OR) est donné avec l'intervalle de confiance à 95 % (95 % CI) entre parenthèses. Les catégories d'âge sont exprimées en années. L'intervention majorée de l'assurance (IM) signifie que le membre a droit à un tarif social en raison de son statut socio-économique. L'utilisation chronique correspond à une utilisation d'au moins 90 jours par année civile.

Nous constatons dans nos données un effet possible du premier confinement en raison de la Covid-19 en Belgique. En mars 2020, on dénombre davantage de personnes pour lesquelles au moins un antidépresseur a été délivré, ce qui a été suivi d'une forte baisse aux mois d'avril et mai. Les chiffres commencent à se stabiliser à partir de juin. Nous constatons également un effet saisonnier, la délivrance d'antidépresseurs étant plus importante en automne et plus faible pendant les mois d'été. Notre constat qu'il y a eu des pics de délivrances aux moments où la pandémie était la plus forte a également été relevé dans l'enquête de santé Covid-19 de Sciensano (2021).

Figure 1 : Nombre de membres à qui au moins un antidépresseur a été prescrit



Délivrances

Le Tableau 4 reprend les données relatives aux délivrances d'antidépresseurs.

Le nombre d'antidépresseurs délivrés a diminué au fil des ans. On observe par exemple une diminution de 9,95 % de l'utilisation des antidépresseurs entre 2018 et 2020. Entre 2018 et 2019, l'évolution a été estimée à une baisse de 7,42 %. Tandis qu'entre 2019 et 2020, elle représente une baisse de 2,73 %. Cette baisse s'explique principalement par une forte diminution du nombre de délivrances chez les personnes de plus de 65 ans. Dans les centres de soins résidentiels par exemple, les délivrances ne sont pas calculées par boîte, mais à l'unité. Un nombre plus faible d'utilisateurs dans les centres de soins résidentiels peut donc entraîner une modification importante du nombre de délivrances.

Lorsque l'on se concentre sur les catégories d'âge, on remarque que les délivrances pour les 12 à 18 ans et les 19 à 24 ans ont augmenté respectivement de 5,65 % et 12,58 % entre 2018 et 2020. Pour les 12 à 18 ans, l'augmentation a été la plus forte entre 2018 et 2019 avec 4,79 %. Pour les 19 à 24 ans, l'augmentation a été la plus forte entre 2019 et 2020 avec 10,54 %. Pour les 0 à 11 ans et les plus de 65 ans, l'évolution

entre 2018 et 2020 s'est caractérisée par une diminution de respectivement 23,82 % et 11,58 %. Pour les 0 à 11 ans, c'est principalement entre 2019 et 2020 que les délivrances ont diminué, avec une baisse de 19,17 %. En revanche, pour les plus de 65 ans, la diminution a été la plus marquante entre 2018 et 2019, avec une baisse de 8,25 %. L'évolution entre 2019 et 2020 indique un effet de la pandémie sur le nombre de délivrances.

Nous avons analysé l'évolution basée sur le nombre moyen de délivrances par utilisateur afin de vérifier si la pandémie de coronavirus avait eu un effet réel sur la consommation. Nos données montrent qu'entre 2018 et 2020, seul le groupe des 19-24 ans a connu une augmentation de 6,01 % du nombre de délivrances par utilisateur. Toutes les autres catégories sont caractérisées par une diminution du nombre moyen de délivrances par utilisateur. Cette diminution est la plus flagrante chez les enfants de 0 à 11 ans et chez les plus de 65 ans, avec respectivement 10,40 % et 13,50 %. Alors que tous les nombres moyens de délivrances par utilisateur ont baissé entre 2018 et 2019, nous constatons une augmentation dans toutes les catégories d'âge entre 2019 et 2020, à l'exception des plus de 65 ans. Cette augmentation est la plus marquée chez le 0-24 ans. On constate par exemple pour les enfants de 0 à 11 ans une augmentation de 11,33 % du nombre moyen de délivrances par an. Pour les 12-18 ans et les 19-24 ans, ce pourcentage était respectivement de 3,48 % et 6,67 %. Ces chiffres indiquent un effet Covid-19 sur l'utilisation d'antidépresseurs parmi les membres des Mutualités Libres. L'évolution de ces délivrances s'inscrit dans la lignée des résultats des recherches d'Ezpleta et al. (2021) et de Rens et al. (2021), qui ont montré que la santé mentale des jeunes était la plus affectée par la pandémie.

Tableau 4 : Nombre de délivrances d'antidépresseurs par catégorie d'âge

	Nombre de délivrances					
	2018	2019	2020	Evolution 2018-2019	Evolution 2019-2020	Evolution 2018-2020
0 à 11	487	459	371	-5,75 %	-19,17 %	-23,82 %
12 à 18	6.247	6.546	6.600	4,79 %	0,82 %	5,65 %
19 à 24	16.463	16.767	18.534	1,85 %	10,54 %	12,58 %
25 à 39	101.586	101.068	101.246	-0,51 %	0,18 %	-0,33 %
40 à 54	297.174	283.261	281.400	-4,68 %	-0,66 %	-5,31 %
55 à 65	419.348	402.429	411.889	-4,03 %	2,35 %	-1,78 %
65+	3.820.423	3.505.228	3.377.855	-8,25 %	-3,63 %	-11,58 %
Total	4.661.728	4.315.758	4.197.895	-7,42 %	-2,73 %	-9,95 %
	Nombre moyen de délivrances par utilisateur					
	2018	2019	2020	Evolution 2018-2019	Evolution 2019-2020	Evolution 2018-2020
0 à 11	2,60	2,10	2,33	-19,52 %	11,33 %	-10,40 %
12 à 18	3,00	2,85	2,95	-5,12 %	3,48 %	-1,81 %
19 à 24	3,07	3,06	3,26	-0,62 %	6,67 %	6,01 %
25 à 39	3,52	3,42	3,48	-2,98 %	1,96 %	-1,08 %
40 à 54	4,87	4,62	4,70	-5,14 %	1,69 %	-3,53 %
55 à 65	9,17	8,52	8,61	-7,11 %	1,05 %	-6,14 %
65+	62,28	56,31	53,88	-9,59 %	-4,32 %	-13,50 %

Prescripteurs

Les données relatives aux prescripteurs sont présentées dans le Tableau 5.

Près de 3/4 des antidépresseurs sont prescrits par un médecin généraliste. Viennent ensuite les psychiatres, avec environ 1 prescription sur 5, puis les neurologues et les internes, qui en prescrivent dans une moindre mesure. Enfin, environ 1 prescription sur 25 est réalisée par des médecins d'autres spécialités que celles mentionnées ci-dessus. Angermeyer, van der Auwera, Carta en Schomerus (2017) ont également constaté que la plupart des prescriptions étaient réalisées par des médecins généralistes, car ils sont souvent le premier point de contact du patient.

Tableau 5 : Principaux prescripteurs d'antidépresseurs

	2018	2019	2020
Médecin généraliste	73,28 %	73,29 %	74,94 %
Psychiatre	18,73 %	18,85 %	17,67 %
Neurologue	2,38 %	2,33 %	2,12 %
Interne	1,43 %	1,32 %	1,29 %
Autres	4,19 %	4,20 %	3,98 %

Note : La catégorie « Autres » comprend les médecins d'une autre spécialité que les généralistes, psychiatres, neurologues et internes.

Récapitulatif

- 9 % des membres ont pris un antidépresseur au moins une fois.
- 6 % des membres ont pris un antidépresseur de façon chronique.
- Le risque d'utiliser des antidépresseurs était plus élevé lorsque la personne habitait en Wallonie, était de sexe féminin, était plus âgée ou avait droit à une intervention majorée de la part de l'assurance.
- L'utilisation d'antidépresseurs a augmenté en 2020, principalement chez les jeunes de moins de 24 ans.
- Les principaux prescripteurs d'antidépresseurs sont les médecins généralistes.

Antipsychotiques

Les données relatives aux utilisateurs d'antipsychotiques parmi les membres des Mutualités Libres sont présentées dans le Tableau 6.

L'utilisation annuelle d'antipsychotiques est d'environ 2,40 %, ce qui est nettement inférieur à l'utilisation d'antidépresseurs. 55.145 membres ont utilisé des antipsychotiques en 2018, 55.549 en 2019 et 54.750 en 2020. Les personnes qui résident en Wallonie sont plus susceptibles de consommer des antipsychotiques que les résidents de Bruxelles. En ce qui concerne celles qui résident en Flandre, la probabilité qu'elles y aient recours est plus faible par rapport aux habitants de Bruxelles. Ces différences régionales ont déjà été constatées par Morrens et Dom (2015). Le risque d'utiliser des antipsychotiques est légèrement plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Cependant, Seifert et al. (2021) n'ont trouvé aucune différence significative entre les hommes et les femmes dans l'utilisation des

antipsychotiques. Par ailleurs, ce risque augmente avec l'âge. Ainsi, les 0-11 ans sont 6,5 fois moins susceptibles d'utiliser des antipsychotiques que les 25-39 ans, mais les plus de 65 ans sont 3 fois plus susceptibles d'en utiliser que les 25-39 ans. Karakaya et al. (2014) ont montré qu'en plus d'une plus grande utilisation des antidépresseurs, il y avait également une augmentation de l'utilisation des antipsychotiques lorsque la population est plus âgée, en particulier dans les centres de soins résidentiels. Les personnes dont le statut socio-économique est moins élevé, c'est-à-dire les membres qui ont droit à une intervention majorée de la part de l'assurance, sont environ 4,5 fois plus susceptibles d'utiliser des antipsychotiques que les membres qui n'ont pas droit à cette intervention majorée. La recherche a déjà indiqué une prévalence accrue de problèmes de santé mentale chez les personnes ayant un statut socio-économique inférieur (Auerbach et al., 2018), la pauvreté s'avérant souvent être un déclencheur de psychose (Read, 2010). Les chiffres sont stables au fil des ans et nous ne pouvons pas retrouver d'effet de la pandémie de Covid-19 sur le nombre d'utilisateurs d'antipsychotiques pour l'année 2020.

Tableau 6 : Le nombre de membres qui ont consommé au moins une fois un antipsychotique et la répartition de leur probabilité de le faire

	2018			2019			2020		
	N	%	OR (95 % CI)	N	%	OR (95 % CI)	N	%	OR (95 % CI)
Population	55.145	2,43 %		55.549	2,42 %		54.750	2,38 %	
Femme	30.198	2,64 %	1,19 (1,18-1,22)	30.267	2,61 %	1,18 (1,16-1,20)	29.929	2,57 %	1,19 (1,17-1,21)
Homme	24.947	2,21 %	Référence	25.282	2,22 %	Référence	24.821	2,17 %	Référence
0 à 11	926	0,28 %	0,16 (0,15-0,17)	1.033	0,31 %	0,17 (0,16-0,19)	1.025	0,32 %	0,18 (0,17-0,19)
12 à 18	1.982	0,99 %	0,20 (0,19-0,21)	2.053	1,01 %	0,56 (0,54-0,59)	2.043	1,00 %	0,57 (0,55-0,60)
19 à 24	2.069	1,23 %	0,69 (0,66-0,72)	2.113	1,23 %	0,69 (0,66-0,73)	2.101	1,22 %	0,70 (0,67-0,74)
25 à 39	8.378	1,78 %	Référence	8.454	1,77 %	Référence	8.221	1,73 %	Référence
40 à 54	14.386	2,91 %	1,66 (1,62-1,70)	14.397	2,92 %	1,66 (1,62-1,71)	14.040	2,85 %	1,67 (1,62-1,72)
55 à 65	10.104	3,49 %	2,00 (1,94-2,06)	10.315	3,45 %	1,98 (1,92-2,04)	10.292	3,36 %	1,98 (1,92-2,04)
65+	17.300	5,44 %	3,18 (3,10-3,27)	17.184	5,31 %	3,10 (3,02-3,19)	17.028	5,17 %	3,11 (3,02-3,18)
Bruxelles	10.977	2,48 %	Référence	10.909	2,44 %	Référence	10.820	2,41 %	Référence
Flandre	19.993	2,12 %	0,85 (0,83-0,87)	20.599	2,15 %	0,88 (0,86-0,90)	20.669	2,14 %	0,88 (0,86-0,90)
Wallonie	23.161	2,90 %	1,18 (1,15-1,20)	23.163	2,89 %	1,19 (1,16-1,22)	22.374	2,78 %	1,16 (1,13-1,18)
Pas d'IM	34.172	1,72 %	Référence	34.423	1,72 %	Référence	33.997	1,68 %	Référence
IM	20.973	7,27 %	4,47 (4,39-4,55)	21.126	7,26 %	4,48 (4,40-4,56)	20.753	7,29 %	4,60 (4,52-4,68)

Note : Nombres en chiffres absolus (N) et en pour cent de la catégorie (%). L'odds ratio (OR) est donné avec l'intervalle de confiance à 95 % (95 % CI) entre parenthèses. Les catégories d'âge sont exprimées en années. L'intervention majorée de l'assurance (IM) signifie que le membre a droit à un tarif social en raison de son statut socio-économique.

Les données relatives aux utilisateurs chroniques d'antipsychotiques parmi les membres des Mutualités Libres sont présentées dans le Tableau 7.

Environ 4 utilisateurs d'antipsychotiques sur 10 ont été identifiés sur une base annuelle comme des utilisateurs chroniques. En 2018, il y avait 21.606 (0,95 %) utilisateurs chroniques d'antipsychotiques, contre 20.924 (0,91 %) en 2019 et 21.980 (0,95 %) en 2020. Cependant, la répartition de la probabilité pour les utilisateurs chroniques d'antipsychotiques est différente de celle de l'ensemble des utilisateurs. Par exemple, les femmes présentent par rapport aux hommes une probabilité presque égale, voire très légèrement réduite, d'utilisation chronique d'antipsychotiques. Le risque d'utilisation chronique d'antipsychotiques augmente bel et bien avec l'âge. Les 0-11 ans ont ainsi 10 fois moins de risques que les 25-39 ans d'avoir une utilisation chronique d'antipsychotiques. En revanche, les plus de 65 ans sont deux fois plus susceptibles que les 25-39 ans d'utiliser des antipsychotiques de manière chronique. Les personnes qui résident en Flandre sont environ 1/3 moins susceptibles d'utiliser des antipsychotiques de manière chronique, par rapport aux habitants de Bruxelles. Le risque d'utilisation chronique est pratiquement similaire pour les personnes qui résident en Wallonie et à Bruxelles. Les membres bénéficiant de l'intervention majorée sont environ 7 fois plus susceptibles que ceux qui n'en bénéficient pas d'être des utilisateurs chroniques d'antipsychotiques. En ce qui concerne les utilisateurs chroniques, les chiffres restent stables au fil des ans. Nous ne voyons aucun effet Covid-19 sur le nombre d'utilisateurs chroniques pour l'année 2020.

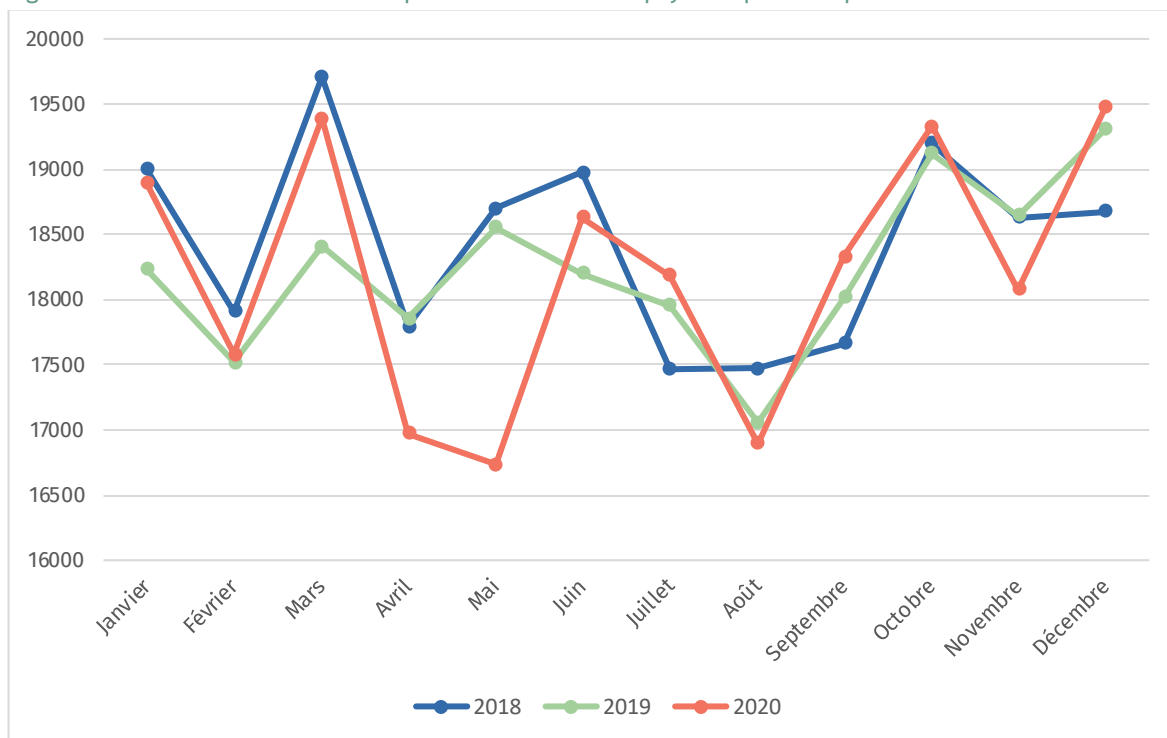
Tableau 7 : Nombre de membres qui utilisent des antipsychotiques de manière chronique

	2018			2019			2020		
	N	%	OR (95 % CI)	N	%	OR (95 % CI)	N	%	OR (95 % CI)
Population	21.606	0,95 %		20.924	0,91 %		21.980	0,95 %	
Femme	10.631	0,93 %	0,95 (0,92-0,98)	10.237	0,88 %	0,94 (0,92-0,97)	10.822	0,93 %	0,95 (0,93-0,98)
Homme	10.975	0,97 %	Référence	10.687	0,94 %	Référence	11.158	0,98 %	Référence
0 à 11	220	0,07 %	0,09 (0,07-0,10)	213	0,06 %	0,08 (0,07-0,10)	242	0,07 %	0,09 (0,08-0,11)
12 à 18	719	0,36 %	0,46 (0,42-0,50)	738	0,36 %	0,48 (0,44-0,52)	765	0,37 %	0,47 (0,43-0,51)
19 à 24	836	0,50 %	0,64 (0,59-0,69)	827	0,48 %	0,63 (0,59-0,68)	897	0,52 %	0,65 (0,61-0,70)
25 à 39	3.678	0,78 %	Référence	3.629	0,76 %	Référence	3.786	0,79 %	Référence
40 à 54	6.596	1,34 %	1,72 (1,66-1,80)	6.386	1,29 %	1,71 (1,64-1,78)	6.756	1,37 %	1,74 (1,671,81)
55 à 65	4.508	1,56 %	2,01 (1,92-2,10)	4.475	1,50 %	1,98 (1,89-2,07)	4.774	1,56 %	1,98 (1,90-2,07)
65+	5.049	1,59 %	2,05 (1,97-2,14)	4.656	1,44 %	1,90 (1,82-1,99)	4.760	1,45 %	1,83 (1,75-1,91)
Bruxelles	4.894	1,10 %	Référence	4.793	1,07 %	Référence	4.860	1,08 %	Référence
Flandre	6.935	0,74 %	0,66 (0,64-0,69)	6.798	0,71 %	0,66 (0,64-0,69)	7.423	0,77 %	0,70 (0,68-0,73)
Wallonie	9.242	1,16 %	1,05 (1,01-1,08)	8.875	1,11 %	1,03 (1,00-1,08)	9.235	1,15 %	1,06 (1,02-1,10)
Pas d'IM	10.742	0,54 %	Référence	10.242	0,51 %	Référence	11.073	0,55 %	Référence
IM	10.864	3,77 %	7,18 (6,99-7,38)	10.682	3,67 %	7,42 (7,22-7,62)	10.907	3,83 %	7,23 (7,04-7,43)

Note : Nombres en chiffres absolus (N) et en pour cent de la catégorie (%). L'odds ratio (OR) est donné avec l'intervalle de confiance à 95 % (95 % CI) entre parenthèses. Les catégories d'âge sont exprimées en années. L'intervention majorée de l'assurance (IM) signifie que le membre a droit à un tarif social en raison de son statut socio-économique. L'utilisation chronique correspond à une utilisation d'au moins 90 jours par année civile.

Tout comme pour les antidépresseurs, nous observons un effet du confinement sur la délivrance mensuelle d'antipsychotiques. Nous constatons une forte augmentation du nombre de personnes recevant au moins une délivrance d'antipsychotiques au cours du mois de mars, suivie d'une forte diminution en avril et mai. Nous constatons également un effet de vacances : moins de personnes reçoivent des antipsychotiques pendant les mois de juin à août. L'évolution du nombre d'utilisateurs avec une délivrance a également suivi les hauts et les bas de la pandémie, comme le montre de nouveau l'enquête de Sciensano.

Figure 2 : Nombre d'utilisateurs auxquels au moins un antipsychotique a été prescrit



Délivrances

Le Tableau 8 reprend les données relatives aux délivrances d'antipsychotiques.

Le nombre de délivrances d'antipsychotiques a diminué de 5,02 % entre 2018 et 2020. Entre 2018 et 2019, il a diminué de 5,80 %. Cependant, il a légèrement augmenté entre 2019 et 2020 (+ 0,83 %). La baisse est ici aussi principalement observée chez les plus de 65 ans, y compris parmi les résidents des centres de soins résidentiels. Ils reçoivent également leurs antipsychotiques à l'unité.

En termes de délivrances par catégorie d'âge, nous constatons entre 2018 et 2020 une augmentation de 4,54 % et 3,25 %, respectivement pour les 0-11 ans et les 19-24 ans. Les autres catégories d'âge affichent une diminution au cours de la même période, la baisse la plus importante concernant les 25-39 ans et les 40-54 ans. Fait remarquable, à l'exception d'une très légère baisse chez les 12-18 ans et les plus de 65 ans, le nombre de prestations augmente pour chaque catégorie d'âge entre 2019 et 2020. Ce sont les 19-24 ans qui connaissent la plus forte augmentation en termes de délivrances d'antipsychotiques.

Le nombre moyen annuel de délivrances par utilisateur reflète mieux les effets de la pandémie de Covid-19 sur l'utilisation des antipsychotiques, principalement parce que, dans nos données, le nombre d'utilisateurs reste stable tout au long des années 2018 à 2020. Alors que la tendance 2018-2020 indique une diminution du nombre moyen de délivrances par utilisateur, la tendance 2019-2020 montre une augmentation pour chaque groupe d'âge. Cette augmentation indique un besoin plus important de ces médicaments de la part des utilisateurs pendant la période de la Covid et doit faire l'objet d'un suivi lorsque les données de l'année 2021 seront disponibles. C'est surtout chez les 19-24 ans et les 40-54 ans que le besoin d'utiliser des antipsychotiques a augmenté. Ce constat pour cette catégorie d'âge des 19-24 ans correspond au résultat de Rens et al. (2021).

Tableau 8 : Nombre de délivrances d'antipsychotiques par catégorie d'âge

Nombre de délivrances						
	2018	2019	2020	Evolution 2018-2019	Evolution 2019-2020	Evolution 2018-2020
0 à 11	3.434	3.469	3.590	1,02 %	3,49 %	4,54 %
12 à 18	8.966	8.708	8.674	-2,88 %	-0,39 %	-3,26 %
19 à 24	12.118	11.739	12.512	-3,13 %	6,58 %	3,25 %
25 à 39	60.575	55.119	56.071	-9,01 %	1,73 %	-7,44 %
40 à 54	143.831	130.571	135.573	-9,22 %	3,83 %	-5,74 %
55 à 65	310.287	284.601	297.783	-8,28 %	4,63 %	-4,03 %
65+	1.754.143	1.666.233	1.664.097	-5,01 %	-0,13 %	-5,13 %
Total	2.293.354	2.160.440	2.178.300	-5,80 %	0,83 %	-5,02 %
Nombre moyen de délivrances par utilisateur						
0 à 11	3,71	3,36	3,50	-9,44 %	4,30 %	-5,55 %
12 à 18	4,52	4,24	4,25	-6,24 %	0,10 %	-6,15 %
19 à 24	5,86	5,56	5,96	-5,14 %	7,19 %	1,68 %
25 à 39	7,23	6,52	6,82	-9,83 %	4,61 %	-5,67 %
40 à 54	10,00	9,07	9,66	-9,29 %	6,47 %	-3,42 %
55 à 65	30,71	27,59	28,93	-10,15 %	4,87 %	-5,78 %
65+	101,40	96,96	97,73	-4,37 %	0,79 %	-3,62 %

Note : L'âge est exprimé en années.

Prescripteurs

Les données relatives aux prescripteurs sont présentées dans le Tableau 9.

Avec près de 1 prescription sur 2, les médecins généralistes sont les principaux prescripteurs d'antipsychotiques. Les psychiatres constituent le deuxième groupe le plus important de prescripteurs, avec un ratio d'environ 4 prescriptions sur 10. En troisième et quatrième position, on retrouve respectivement les neurologues et les internes. Les médecins de spécialités autres que les précédentes réalisent ensemble près de 2 % de toutes les prescriptions.

Tableau 9 : Principaux prescripteurs d'antipsychotiques

	2018	2019	2020
Médecin généraliste	52,91 %	52,87 %	54,96 %
Psychiatre	42,49 %	42,43 %	40,62 %
Neurologue	2,05 %	2,16 %	2,00 %
Interne	0,65 %	0,61 %	0,63 %
Autres	1,89 %	1,93 %	1,80 %

Note : La catégorie « Autres » comprend les médecins d'une autre spécialité que les généralistes, psychiatres, neurologues et internes

Récapitulatif

- Environ 2,4 % des membres ont eu recours à au moins un antipsychotique.
- Près de 0,9 % des membres ont utilisé des antipsychotiques de manière chronique.
- Le risque d'utiliser des antipsychotiques augmente lorsque le membre est plus âgé ou bénéficie d'une intervention majorée de la part de l'assurance. Il diminue lorsque le membre réside en Flandre.
- Les 19-24 ans ont connu la plus forte augmentation de l'utilisation des antipsychotiques au cours de l'année 2020.
- Les principaux prescripteurs sont les médecins généralistes, directement suivis par les psychiatres.

Psychothérapie chez le psychiatre

Les données relatives aux membres des Mutualités Libres qui ont reçu une aide psychothérapeutique sont présentées dans le Tableau 10.

Au cours de la période 2018-2020, un peu plus de 2,70 % des membres ont reçu un remboursement annuel pour la psychothérapie. Ce chiffre est inférieur au nombre d'utilisateurs d'antidépresseurs et d'antipsychotiques. La littérature indique qu'il y a actuellement encore trop peu de base de soutien dans le secteur de la santé mentale, ce qui signifie que seule une partie des personnes ayant des problèmes de santé mentale sont en mesure d'obtenir de l'aide (Evans-Lacko et al., 2017). La probabilité de suivre une psychothérapie était la plus élevée à Bruxelles et, comparée à Bruxelles, la plus faible en Flandre. Cela ne correspond pas aux attentes qui découlent de l'enquête de Sciensano (2020), dans laquelle ce sont surtout les

résidents de Wallonie qui ont indiqué avoir un plus grand recours aux soins de santé mentale lors de leur auto-évaluation. A cet égard, nous ne pouvons pas exclure que nos différences soient liées aux différences de méthodologie entre notre étude et celle de Sciansano. Les femmes semblent également être plus susceptibles de recevoir une aide psychothérapeutique que les hommes, ce qui a également été constaté par Seifert et al. (2017). Par rapport aux 25-39 ans, il y avait nettement moins d'interventions pour la psychothérapie chez les 0-11 ans et les plus de 65 ans. C'est la catégorie des 40- 54 ans qui montre la plus grande probabilité d'avoir recours à une psychothérapie. De même, les personnes bénéficiant de l'intervention majorée ont une utilisation significativement plus importante de la psychothérapie, en comparaison avec les personnes qui n'en bénéficient pas. Cela ne correspond pas aux conclusions d'Evans-Lacko et al. (2017), qui ont constaté que l'utilisation était plus élevée chez les personnes ayant un statut socio-économique plus élevé. Les chiffres montrent une certaine stabilité au fil des ans.

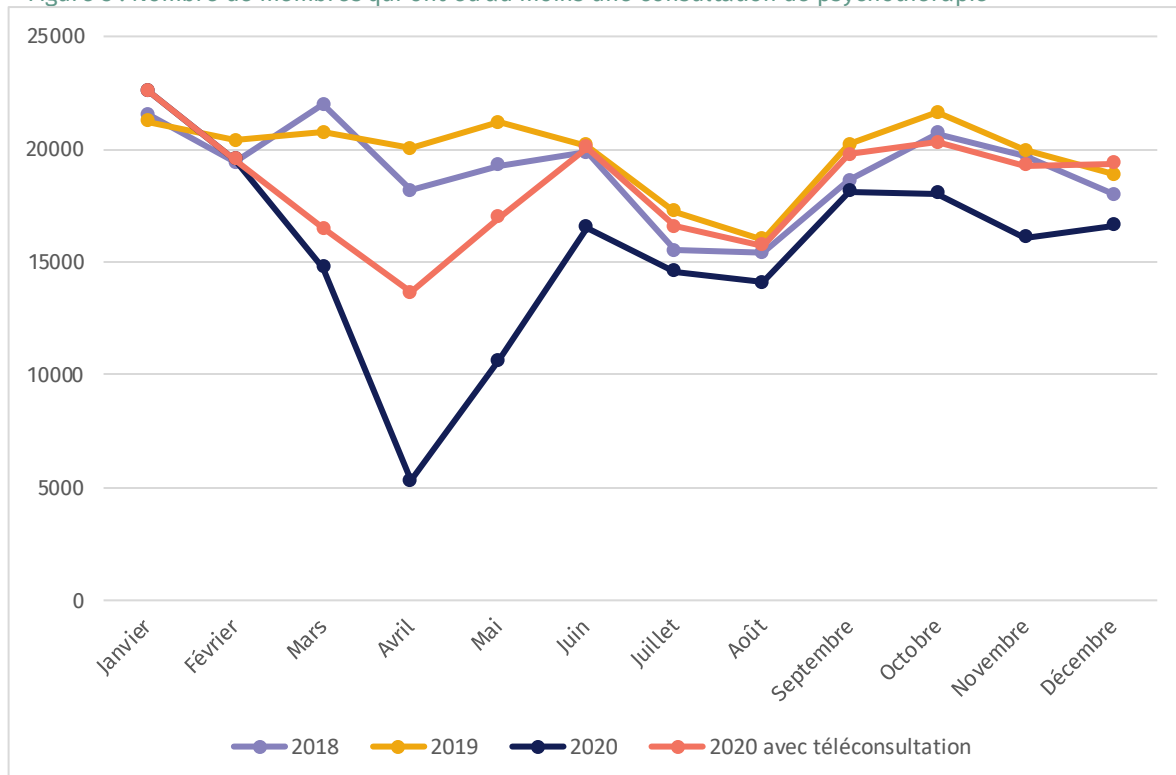
Tableau 10 : Nombre de membres qui ont eu au moins une consultation de psychothérapie chez un psychiatre

	2018			2019			2020		
	N	%	OR (95 % CI)	N	%	OR (95 % CI)	N	%	OR (95 % CI)
Population	62.210	2,74 %		63.723	2,78 %		62.160	2,70 %	
Bruxelles	15.798	3,57 %	Référence	16.239	3,63 %	Référence	15.956	3,56 %	Référence
Flandre	22.920	2,43 %	0,67 (0,66-0,69)	23.831	2,49 %	0,68 (0,67-0,69)	23.386	2,42 %	0,67 (0,66-0,68)
Wallonie	22.664	2,84 %	0,79 (0,77-0,81)	22.866	2,85 %	0,78 (0,76-0,80)	22.120	2,75 %	0,77 (0,75-0,78)
Femme	35.000	3,06 %	1,28 (1,26-1,30)	35.855	3,10 %	1,28 (1,26-1,30)	35.351	3,04 %	1,31 (1,29-1,33)
Homme	27.103	2,41 %	Référence	27.708	2,44 %	Référence	26.670	2,34 %	Référence
0 à 11	4.512	1,37 %	0,48 (0,47-0,50)	4.601	1,40 %	0,48 (0,47-0,50)	4.153	1,28 %	0,45 (0,44-0,47)
12 à 18	6.489	3,23 %	1,16 (1,12-1,19)	6.805	3,35 %	1,18 (1,15-1,22)	6.455	3,15 %	1,14 (1,11-1,18)
19 à 24	3.974	2,36 %	0,84 (0,81-0,87)	4.012	2,34 %	0,82 (0,79-0,85)	4.052	2,36 %	0,85 (0,82-0,88)
25 à 39	13.230	2,80 %	Référence	13.552	2,84 %	Référence	13.212	2,77 %	Référence
40 à 54	19.393	3,93 %	1,41 (1,39-1,45)	19.551	3,96 %	1,41 (1,38-1,44)	19.012	3,86 %	1,41 (1,38-1,44)
55 à 65	10.098	3,49 %	1,25 (1,22-1,29)	10.693	3,58 %	1,27 (1,23-1,30)	10.850	3,55 %	1,29 (1,26-1,32)
65+	4.514	1,42 %	0,49 (0,48-0,52)	4.509	1,39 %	0,48 (0,47-0,50)	4.431	1,35 %	0,48 (0,46-0,49)
Pas d'IM	46.942	2,37 %	Référence	47.874	2,39 %	Référence	46.317	2,29 %	Référence
IM	15.161	5,26 %	2,28 (2,24-2,33)	15.689	5,39 %	2,33 (2,29-2,37)	15.704	5,52 %	2,49 (2,44-2,54)

Note : Nombres en chiffres absolus (N) et en pour cent de la catégorie (%). L'odds ratio (OR) est donné avec l'intervalle de confiance à 95 % (95 % CI) entre parenthèses. Les catégories d'âge sont exprimées en années. L'intervention majorée de l'assurance (IM) signifie que le membre a droit à un tarif social en raison de son statut socio-économique. L'utilisation chronique correspond à une utilisation d'au moins 90 jours par année civile.

L'année 2020 a été une année particulière pour le secteur médical et les chiffres annuels concernant les séances de psychothérapie le reflètent sans équivoque. L'année 2020 compte aussi bien le nombre mensuel le plus élevé (janvier = 22.607) que le nombre mensuel le plus faible (avril = 13.666) de membres qui ont eu une séance de psychothérapie remboursée durant les 3 dernières années. Après une baisse initiale en avril en raison du confinement, les chiffres ont de nouveau augmenté pour se stabiliser en juin. Nous constatons également un effet de vacances : le nombre de membres qui ont eu une séance de psychothérapie remboursée est plus faible pendant les mois de juillet et août.

Figure 3 : Nombre de membres qui ont eu au moins une consultation de psychothérapie



Consultations

Le Tableau 11 reprend les données relatives aux consultations de psychothérapie.

Le nombre de consultations de psychothérapie a diminué de 4,31 % entre 2018 et 2020. La plus petite diminution (- 0,61 %) a eu lieu entre 2018 et 2019. Entre 2019 et 2020, la diminution était plus forte que l'année précédente (-3,72 %), ce qui correspond à la baisse générale dans les autres branches du secteur des soins.

Au cours de la période de 2018 à 2020, le nombre de consultations de psychothérapie a diminué pour toutes les catégories d'âge, à l'exception de celles des 19-24 ans et 55-65 ans. Les jeunes de 0 à 11 ans ont connu, avec une diminution de 14,14 %, la plus grande différence entre 2018 et 2020 dans le nombre de consultations de psychothérapie. Nous constatons également qu'il y a eu une rupture dans les soins psychothérapeutiques pendant la pandémie de Covid-19. Nous constatons en effet qu'entre 2019 et 2020, le nombre de consultations de psychothérapie a diminué pour toutes les catégories d'âge, à l'exception des 19-24 ans pour lesquels nous observons une augmentation de 4,68 %.

Afin de déterminer les catégories d'âge les plus touchées par cette pandémie, nous examinons le nombre moyen de consultations annuelles par utilisateur. Tout au long des années 2018 à 2020, toutes les catégories d'âge affichent un nombre réduit de consultations de psychothérapie. Les catégories les plus touchées sont les 0-11 ans et les 55-65 ans avec une diminution de respectivement 6,72 % et 6,49 %. Si nous examinons spécifiquement l'évolution entre 2019 et 2020, nous constatons également un schéma similaire pour ces catégories. Avec une diminution de 5,45 % pour les 0-11 ans et de 4,71 % pour les 55-65 ans, ces groupes semblent être les plus touchés par l'interruption des soins de psychothérapie. Cependant, pour les jeunes de 19 à 24 ans, nous constatons une augmentation du nombre moyen de consultations de psychothérapie entre 2019 et 2020. Ces constatations correspondent à celles de De man et al. (2021). Un suivi supplémentaire, basé sur les données de l'année 2021, est donc nécessaire.

Tableau 11 : Nombre de consultations de psychothérapie par catégorie d'âge

	Nombre de consultations de psychothérapie					
	2018	2019	2020	Evolution 2018-2019	Evolution 2019-2020	Evolution 2018-2020
0 à 11	16.820	16.921	14.441	0,60 %	-14,66 %	-14,14 %
12 à 18	27.136	26.572	25.498	-2,08 %	-4,04 %	-6,04 %
19 à 24	17.466	16.978	17.773	-2,79 %	4,68 %	1,76 %
25 à 39	69.573	68.649	67.578	-1,33 %	-1,56 %	-2,87 %
40 à 54	111.285	109.066	103.851	-1,99 %	-4,78 %	-6,68 %
55 à 65	59.148	61.464	59.431	3,92 %	-3,31 %	0,48 %
65+	21.455	21.258	20.388	-0,92 %	-4,09 %	-4,97 %
Total	322.883	320.908	308.960	-0,61 %	-3,72 %	-4,31 %
	Nombre moyen de consultations de psychothérapie par utilisateur					
0 à 11	3,73	3,68	3,48	-1,35 %	-5,45 %	-6,72 %
12 à 18	4,18	3,90	3,95	-6,63 %	1,16 %	-5,54 %
19 à 24	4,40	4,23	4,39	-3,71 %	3,65 %	-0,20 %
25 à 39	5,26	5,07	5,11	-3,67 %	0,97 %	-2,74 %
40 à 54	5,74	5,58	5,46	-2,79 %	-2,08 %	-4,81 %
55 à 65	5,86	5,75	5,48	-1,87 %	-4,71 %	-6,49 %
65+	4,75	4,71	4,60	-0,81 %	-2,40 %	-3,19 %

Note : L'âge est exprimé en années.

Récapitulatif

- Environ 2,75 % des membres ont bénéficié d'une psychothérapie remboursée chez un psychiatre.
- Le risque d'avoir bénéficié d'une psychothérapie remboursée est plus grand lorsque le membre réside à Bruxelles, est de sexe féminin, appartient à la tranche d'âge des 40 - 54 ans ou bénéficie de l'intervention majorée de la part de l'assurance.
- Les 19-24 ans ont connu la plus forte augmentation de l'utilisation d'une consultation en psychothérapie remboursée au cours de l'année 2020.

Aide psychologique

Les données relatives aux membres des Mutualités Libres qui ont reçu une aide psychologique sont présentées dans le Tableau 12.

Le recours à l'aide psychologique est très faible en raison de l'introduction récente des remboursements en assurance obligatoire et pour cette étude, nous n'avons pas utilisé les données de l'assurance complémentaire, où un remboursement partiel est possible. Il est dès lors impossible de tirer des conclusions. Les données pourront toutefois être interprétées dans un avenir proche.

Tableau 12 : Nombre de membres qui ont bénéficié au moins une fois d'une aide psychologique

	2018		2019		2020	
	N	%	N	%	N	%
Population	0	0,00 %	1.287	0,06 %	4.179	0,18 %
Bruxelles	0	0,00 %	204	0,05 %	611	0,14 %
Flandre	0	0,00 %	555	0,06 %	1.570	0,16 %
Wallonie	0	0,00 %	526	0,07 %	1.966	0,24 %
Femme	0	0,00 %	881	0,08 %	2.831	0,24 %
Homme	0	0,00 %	406	0,04 %	1.336	0,12 %
0 à 11	0	0,00 %	0	0,00 %	122	0,04 %
12 à 18	0	0,00 %	9	0,00 %	184	0,09 %
19 à 24	0	0,00 %	128	0,07 %	395	0,23 %
25 à 39	0	0,00 %	544	0,11 %	1.533	0,32 %
40 à 54	0	0,00 %	464	0,09 %	1.325	0,27 %
55 à 65	0	0,00 %	135	0,05 %	495	0,16 %
65+	0	0,00 %	7	0,00 %	125	0,04 %
Pas d'IM	0	0,00 %	1.057	0,05 %	3.368	0,17 %
IM	0	0,00 %	230	0,08 %	799	0,28 %

Note : Nombres en chiffres absolus (N) et en pour cent de la catégorie (%). L'odds ratio (OR) est donné avec l'intervalle de confiance à 95 % (95 % CI) entre parenthèses. Les catégories d'âge sont exprimées en années. L'intervention majorée de l'assurance (IM) signifie que le membre a droit à un tarif social en raison de son statut socio-économique. Le tableau ne prend en compte que les membres qui ont bénéficié d'un remboursement par l'assurance maladie obligatoire.

Séjour psychiatrique

Les données relatives aux séjours psychiatriques parmi les membres des Mutualités Libres sont présentées dans le Tableau 13.

Chaque année, près de 1 membre sur 200 est admis dans un service psychiatrique. Par rapport aux Bruxellois, les risques d'admission des résidents de Wallonie et de Flandre sont plus élevés. Les recherches menées par Umbach et Vanrillaer (2014) indiquaient déjà qu'en Flandre, avec 14.485 lits, la disponibilité était plus grande qu'en Wallonie où l'on comptait 6.582 lits. Il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes, contrairement à nos constatations en matière de produits psychopharmaceutiques. Les membres les plus susceptibles d'être admis dans un service ou un hôpital psychiatrique se trouvent dans la tranche d'âge 40-54 ans. Toutefois, le risque d'admission pour les membres bénéficiant de l'intervention majorée est 5 fois plus élevé que pour les membres n'en bénéficiant pas, un phénomène confirmé dans la littérature scientifique (p. ex. Lepière, Reynaert, Jacques, & Zdanowicz, 2015).

Tableau 13 : Nombre de membres avec au moins une nuitée en service psychiatrique ou en hôpital psychiatrique

	2018			2019			2020		
	N	%	OR (95 % CI)	N	%	OR (95 % CI)	N	%	OR (95 % CI)
Population	11.552	0,51 %		11.782	0,51 %		10.685	0,46 %	
Bruxelles	1.897	0,43 %	Référence	1.947	0,43 %	Référence	1.727	0,39 %	Référence
Flandre	5.127	0,54 %	1,27 (1,21-1,34)	5.431	0,57 %	1,30 (1,24-1,38)	5.043	0,52 %	1,35 (1,28-1,43)
Wallonie	4.237	0,53 %	1,24 (1,18-1,31)	4.127	0,51 %	1,18 (1,12-1,25)	3.694	0,46 %	1,19 (1,13-1,26)
Femme	5.851	0,51 %	1,02 (0,98-1,06)	5.997	0,52 %	1,03 (0,99-1,07)	5.402	0,46 %	1,01 (0,98-1,01)
Homme	5.657	0,50 %	Référence	5.726	0,50 %	Référence	5.232	0,46 %	Référence
0 à 11	300	0,09 %	0,15 (0,13-0,17)	324	0,10 %	0,16 (0,14-0,18)	322	0,10 %	0,17 (0,16-0,20)
12 à 18	887	0,44 %	0,73 (0,68-0,79)	908	0,45 %	0,72 (0,67-0,78)	856	0,42 %	0,74 (0,68-0,80)
19 à 24	946	0,56 %	0,93 (0,87-1,00)	1.015	0,59 %	0,96 (0,90-1,03)	902	0,52 %	0,93 (0,86-1,00)
25 à 39	2.844	0,60 %	Référence	2.938	0,62 %	Référence	2.693	0,57 %	Référence
40 à 54	3.744	0,76 %	1,26 (1,20-1,32)	3.733	0,76 %	1,23 (1,17-1,29)	3.319	0,67 %	1,19 (1,13-1,26)
55 à 65	1.864	0,64 %	1,07 (1,00-1,13)	1.913	0,64 %	1,03 (0,98-1,10)	1.735	0,57 %	1,00 (0,94-1,07)
65+	967	0,30 %	0,50 (0,47-0,54)	951	0,29 %	0,48 (0,44-0,51)	860	0,26 %	0,46 (0,42-0,50)
Pas d'IM	6.565	0,33 %	Référence	6.841	0,34 %	Référence	6.132	0,30 %	Référence
IM	4.943	1,71 %	5,24 (5,06-5,45)	4.879	1,68 %	5,24 (5,06-5,45)	4.502	1,58 %	5,28 (5,08-5,49)

Note : Nombres en chiffres absolus (N) et en pour cent de la catégorie (%). L'odds ratio (OR) est donné avec l'intervalle de confiance à 95 % (95 % CI) entre parenthèses. Les catégories d'âge sont exprimées en années. L'intervention majorée de l'assurance (IM) signifie que le membre a droit à un tarif social en raison de son statut socio-économique.

Comorbidité

Généralités

Les données relatives aux maladies chroniques parmi les membres des Mutualités Libres sont présentées dans le Tableau 14.

Près de 1 membre des Mutualités Libres sur 4 souffre d'au moins une maladie chronique. Les données montrent qu'il existe une augmentation linéaire entre le nombre de maladies chroniques dont souffre une personne et son recours aux soins de santé mentale. Cette augmentation est significative pour les années 2018 ($p < 0,001$) et 2019 ($p < 0,001$). Les données pour l'année 2020 n'étaient pas encore disponibles lorsque cette étude a débuté.

Tableau 14: Répartition des maladies chroniques parmi les membres des Mutualités Libres

		2018		2019	
		N	%	N	%
0 maladie chronique	Aucun soin de santé mentale	1.683.541	97,09 %	1.663.814	96,17 %
	Soins de santé mentale	50.380	2,91 %	66.320	3,83 %
1 maladie chronique	Aucun soin de santé mentale	260.758	75,86 %	271.463	78,39 %
	Soins de santé mentale	82.960	24,14 %	74.834	21,61 %
2 maladies chroniques	Aucun soin de santé mentale	77.395	57,34 %	83.698	61,19 %
	Soins de santé mentale	57.588	42,66 %	53.079	38,81 %
3 maladies chroniques	Aucun soin de santé mentale	16.071	37,36 %	18.149	42,29 %
	Soins de santé mentale	26.947	62,64 %	24.764	57,71 %
4 maladies chroniques	Aucun soin de santé mentale	2.824	23,90 %	3.321	28,64 %
	Soins de santé mentale	8.993	76,10 %	8.276	71,36 %
> 5 maladies chroniques	Aucun soin de santé mentale	482	13,86 %	626	19,47 %
	Soins de santé mentale	2.995	86,14 %	2.590	80,53 %

Note : Les membres ont été répartis d'après leur nombre de maladies chroniques et leur recours ou non aux soins de santé mentale. Nombres en chiffres absolus (N) et en pourcentages (%) relatifs au nombre d'utilisateurs par rapport aux non-utilisateurs d'après le nombre de maladies chroniques.

Maladies chroniques spécifiques aux utilisateurs des soins de santé mentale

Les données relatives aux maladies chroniques parmi les utilisateurs des soins de santé mentale affiliés aux Mutualités Libres sont présentées dans le Tableau 15.

Les membres qui ont recours aux soins de santé mentale sont significativement plus susceptibles que ceux qui n'y ont pas recours de souffrir d'hypertension artérielle, de maladies cardiaques, de MPOC, d'asthme, de diabète sucré sans dépendance à l'insuline, de diabète sucré avec dépendance à l'insuline, de la maladie de Parkinson, d'épilepsie, de polyarthrite rhumatoïde et de VIH. Ces résultats sont cohérents par rapport aux données de Kessler et al. (2005) et de Gronholm et al. (2021), qui ont également signalé un risque accru de troubles comorbides chez les personnes ayant des problèmes de santé mentale. L'augmentation des risques de souffrir de la maladie de Parkinson est particulièrement frappante. Des recherches ont déjà montré qu'environ 20 à 40 % des personnes souffrant de cette maladie connaîtront à un moment donné une dépression ou une psychose (association Parkinson, n.d.).

Tableau 15 : La répartition des probabilités de souffrir d'une maladie chronique parmi les membres ayant eu recours au moins une fois aux soins de santé mentale par rapport aux membres qui n'y ont pas eu recours

	2018	2019
	OR (95 % CI)	OR (95 % CI)
Hypertension artérielle	3,82 (3,78-3,85)	3,39 (3,36-3,43)
Cardiopathie	3,56 (3,47-3,65)	3,12 (3,04-3,21)
MPOC	3,88 (3,81-3,96)	3,66 (3,59-3,73)
Asthme	1,86 (1,81-1,90)	1,78 (1,73-1,82)
Diabète sucré sans dépendance à l'insuline	2,92 (2,83-3,02)	2,72 (2,63-2,81)
Diabète sucré avec dépendance à l'insuline	2,86 (2,80-2,91)	2,73 (2,68-2,78)
Parkinson	10,53 (10,03-11,05)	9,48 (9,03-9,95)
Epilepsie	9,21 (9,00-9,43)	8,43 (8,23-8,63)
Polyarthrite rhumatoïde	2,23 (2,13-2,34)	2,05 (1,95-2,15)
VIH	1,59 (1,45-1,74)	1,57 (1,43-1,72)

Note : L'odds ratio (OR) est donné avec l'intervalle de confiance à 95 % (95 % CI).

Combinaisons les plus courantes chez les utilisateurs des soins de santé mentale

Les données relatives aux maladies chroniques les plus courantes parmi les utilisateurs des soins de santé mentale affiliés aux Mutualités Libres sont présentées dans le Tableau 16.

Une analyse des maladies chroniques les plus fréquentes chez les utilisateurs des soins de santé mentale montre qu'environ 1 utilisateur sur 2 ne souffre que de son trouble de santé mentale. 1 utilisateur sur 5 environ souffre d'une hypertension artérielle comorbide. Près de 1 utilisateur des soins de santé mentale sur 30 présente une hypertension artérielle et un diabète sucré sans insulino-dépendance concomitants. 1 utilisateur sur 30 environ souffre d'épilepsie comorbide. Enfin, le top 5 est complété par près de 1 utilisateur sur 40 qui souffre à la fois d'un trouble mental, d'hypertension artérielle et d'une bronchopneumopathie chronique obstructive. Le lien entre les troubles cardiovasculaires, le diabète sucré et la dépression a déjà été largement démontré dans la littérature scientifique. Walker et Druss (2018) ont ainsi indiqué qu'un probable lien génétique prédisposant avait été

trouvé entre la dépression et le diabète, mais aussi entre la dépression et les maladies cardiovasculaires.

Tableau 16 : Top 5 des comorbidités chez les utilisateurs des soins de santé mentale

	2018		2019	
	N	%	N	%
Aucun trouble comorbide	122.005	53,08 %	125.270	53,63 %
Hypertension artérielle	49.639	21,60 %	49.435	21,17 %
Hypertension artérielle et DSSI	7.456	3,24 %	7.603	3,26 %
Epilepsie	6.365	2,77 %	6.532	2,80 %
Hypertension artérielle et MPOC	5.493	2,39 %	5.521	2,36 %

Note : Nombres en chiffres absolus (N) et en pour cent de la prévalence (%). DSSI signifie diabète sucré sans dépendance à l'insuline. MPOC signifie maladies pulmonaires obstructives chroniques.

Mortalité

Les données relatives à la mortalité parmi les membres des Mutualités Libres sont présentées dans le Tableau 17.

Les données montrent que le nombre de décès pour mille (NDPM) parmi les utilisateurs des soins de santé mentale est plus de 5 fois supérieur à celui des non-utilisateurs. Ce chiffre est plus élevé que les probabilités trouvées dans la littérature. Gronholm et al. (2020), par exemple, parlent d'un taux de mortalité 2 à 3 fois plus élevé. Des données intéressantes apparaissent pour les différentes catégories d'âge. En 2018 et 2019, les membres âgés de 12 à 18 ans ont présenté un NDPM plus de dix fois supérieur lorsqu'ils avaient eu recours à des soins de santé mentale par rapport aux non-utilisateurs des soins de santé mentale. En 2020, le NDPM des utilisateurs de soins de santé mentale était par contre d'un peu moins de deux fois supérieur à celui des non-utilisateurs. En 2018, les utilisateurs de soins de santé mentale âgés de 19 à 24 ans présentaient un NDPM environ 5 fois plus élevé, alors qu'en 2019 et 2020, il s'agissait d'un NDPM presque 9 fois plus élevé. Pour la catégorie d'âge de 25-39 ans, les NDPM des années 2018, 2019 et 2020 étaient environ 4 fois moins élevés chez les non-utilisateurs de soins de santé mentale. Des chiffres similaires ont été constatés pour les personnes âgées de 40 à 54 ans. Pour les catégories d'âge de 55-65 ans et 65 ans et plus, les NDPM des années 2018, 2019 et 2020 étaient environ 2 fois moins élevés chez les non-utilisateurs de soins de santé mentale.

Tableau 17 : Mortalité des membres avec et sans recours aux soins de santé mentale, corrigée d'après l'âge

2018						
Age	Soins de santé mentale			Aucun soin de santé mentale		
	Population	Nombre de décès	Nombre de décès par 1.000	Population	Nombre de décès	Nombre de décès par 1.000
0 à 11	1.281	0	0,00	326.969	160	0,49
12 à 18	3.973	4	1,01	196.884	16	0,08
19 à 24	6.700	8	1,19	161.569	40	0,25
25 à 39	32.930	50	1,52	438.978	153	0,35
40 à 54	66.489	271	4,08	427.246	503	1,18
55 à 65	49.600	544	10,97	240.100	1.101	4,59
65+	68.890	5.372	77,98	249.325	8.113	32,54
Total	229.863	6.249	27,19	2.041.071	10.086	4,94
2019						
0 à 11	1.436	1	0,70	326.799	165	0,50
12 à 18	4.151	5	1,20	198.694	22	0,11
19 à 24	6.841	11	1,61	164.308	30	0,18
25 à 39	33.589	51	1,52	442.990	135	0,30
40 à 54	66.759	271	4,06	427.003	415	0,97
55 à 65	51.107	589	11,52	247.940	1.080	4,36
65+	69.681	5.254	75,40	253.938	8.147	32,08
Total	233.564	6.182	26,47	2.061.672	9.994	4,85
2020						
0 à 11	1.338	0	0,00	323.058	116	0,36
12 à 18	4.046	1	0,25	200.664	27	0,13
19 à 24	6.983	13	1,86	164.995	35	0,21
25 à 39	32.967	57	1,73	443.488	122	0,28
40 à 54	65.120	289	4,44	427.274	500	1,17
55 à 65	51.664	642	12,43	254.360	1.143	4,49
65+	70.061	6.639	94,76	259.241	9.560	36,88
Total	232.179	7.641	32,91	2.073.080	11.503	5,55

Note : L'âge est exprimé en années.

04 Recommandations

En tant que Mutualités Libres, nous souhaitons formuler les recommandations suivantes :

Le **secteur de la santé mentale doit être mis sur le même plan que celui de la santé somatique**. En investissant davantage dans les soins de santé mentale, nous pouvons augmenter la base de soutien, qui est actuellement trop faible (Evans-Lacko et al., 2017), et ainsi garantir un accès plus large. Pour y parvenir, il faut tout d'abord **dépenser davantage que le budget actuel des soins de santé**. Ces dépenses peuvent être utilisées principalement pour des initiatives **axées sur la prévention, la détection précoce et le traitement en temps opportun**, qui sont essentiels pour prévenir les problèmes graves de santé mentale. Pensez ici non seulement à la prévention primaire, mais aussi à la prévention secondaire et tertiaire pour éviter les rechutes et/ou la détérioration. La prévention doit être axée sur la **littératie en santé mentale**, la connaissance des problèmes de santé mentale et les compétences en matière de santé, afin de démanteler la stigmatisation. C'est particulièrement important chez les jeunes qui font preuve, malgré un pic de problèmes de santé mentale (Auerbach et al., 2018), de peu de comportements de recherche d'aide en raison de la stigmatisation (Fischbein & Bonfine, 2019 ; Turosak & Siwierke, 2019). Les jeunes ont indiqué que l'éducation publique, la défense de leurs droits et une plus grande empathie au sein de la population sont des moyens possibles de lutter contre cette stigmatisation (Turosak & Siwierke, 2019). En outre, il faudrait consacrer plus d'énergie aux campagnes menées sur les campus des hautes écoles et des universités pour lutter contre la stigmatisation, afin que les personnes souffrant de problèmes de santé mentale puissent également s'épanouir sur leur campus (Fischbein et Bonfine, 2019 ; Turosak et Siwierke, 2019). Les mesures préventives peuvent également être facilement abordées dans le contexte des écoles primaires et secondaires en mettant en place un programme d'éducation à la santé mentale. Ce faisant, les enseignants guident les élèves dans le paysage de la santé mentale (Kutcher, Wei, & Morgan, 2015 ; Morgado et al., 2021). Bien entendu, il est également important que **le secteur de la santé mentale se concentre sur les groupes plus vulnérables**, en adaptant les politiques et les traitements à leurs besoins spécifiques.

Deuxièmement, le budget fédéral des soins de santé doit être utilisé pour **promouvoir et étendre les soins psychothérapeutiques et psychologiques fournis par des prestataires agréés**. Les listes d'attente sont longues, ce qui fait que certaines personnes ne reçoivent pas l'aide dont elles ont besoin. De plus, des recherches ont indiqué que l'investissement dans ces formes de traitement peut réduire le nombre de prescriptions de produits psychopharmaceutiques (Kendrick, 2020). Kendrick (2020) a également indiqué que la psychothérapie peut aider à **prévenir les rechutes** et a aussi un effet positif sur les barrières à l'abandon des substances (tels que l'anxiété de sevrage et le manque d'autonomie sans produits psychopharmaceutiques). Le budget disponible peut également être investi dans des **programmes combinant sport et psychothérapie**. Cette forme de thérapie semble très efficace, principalement en raison des preuves que l'activité physique joue un rôle protecteur sur le développement des troubles de santé mentale (Bird, McCarthy, & O'Sullivan, 2019).

Troisièmement, le budget peut être consacré à la **formation continue du personnel d'accompagnement et du personnel soignant**. Certains processus de soins doivent également être numérisés, afin que les prestataires de soins puissent se concentrer moins sur les tâches administratives et davantage sur les soins proprement dits.

Quatrièmement, il faut **investir dans un nombre suffisant d'équipes mobiles, de centres de revalidation, d'unités de crise et de lits d'hôpitaux**. Les problèmes budgétaires actuels entraînent un nombre insuffisant de lits disponibles et agréés. En investissant dans la mise à disposition de ces lits, nous pourrions apporter plus rapidement de l'aide aux personnes qui en ont besoin, ce qui tombe à point nommé en Belgique, toujours l'un des leaders européens en matière de suicide (Eurostat, 2018 ; OCDE, 2018). Ces investissements doivent être réalisés tant au niveau fédéral que régional, avec une **meilleure collaboration entre les deux niveaux politiques et le déblocage de budgets complémentaires**.

Limitations de l'étude

Selon nous, notre analyse comporte les limites suivantes :

- Une limitation importante de cette étude concerne la nature de nos données. Nous ne disposons en effet que des données de remboursement de l'assurance maladie obligatoire. Cela signifie que nous ne disposons ni des diagnostics pour lesquels les médicaments ont été pris, ni des données sur les médicaments qui ne sont pas remboursés par l'assurance obligatoire (par exemple, les benzodiazépines). Par conséquent, les résultats de nos analyses peuvent sous-estimer la réalité. De plus, nos données ne nous permettent pas d'examiner une quelconque causalité, seulement une corrélation.
- En tant qu'organisme assureur, nous ne disposons que des variables démographiques nécessaires pour identifier nos membres. Des données supplémentaires, identifiées dans la littérature comme facteurs prédisposants (par exemple, la préférence sexuelle, l'origine ethnique, l'identité de genre, etc.), ne peuvent être collectées sans demande directe ou enquête auprès de nos membres.
- Le volet consacré aux soins psychologiques est faible en raison de la récente modification de la loi. Ces soins ne sont remboursés que depuis peu par l'assurance maladie obligatoire. Ce fut d'abord le cas à partir de 2019 pour les adultes de moins de 65 ans. La mesure a ensuite été élargie à l'ensemble de la population en 2020 suite à la pandémie de coronavirus. En raison de cette nouvelle modification de la loi, le remboursement de ces services de soins n'est pas encore suffisamment ancré dans la société. Peu de données représentatives peuvent donc être mises en avant.

05 Conclusion

Cette étude indique que davantage de personnes utilisent des produits psychopharmaceutiques que d'autres formes de traitement. Sur une base annuelle, quelque 9 % des membres utilisent un antidépresseur au moins une fois et 2,5 % utilisent un antipsychotique au moins une fois. C'est nettement plus que les 2,7 % qui ont eu une consultation en psychothérapie auprès d'un psychiatre ou que les 0,5 % qui ont été admis en hôpital psychiatrique. Nos recherches confirment également le risque accru de mortalité et de troubles physiques comorbides chez les personnes ayant un problème de santé mentale par rapport à une population normale. Plus précisément, nous avons constaté une combinaison fréquente de problèmes de santé mentale avec des maladies cardiovasculaires et/ou du diabète. Nos recommandations portent principalement sur l'importance à accorder au secteur de la santé mentale et sur une meilleure utilisation du budget disponible pour les soins. Il faut investir davantage dans la prévention, dans la promotion des formes de traitement psychothérapeutique par des prestataires de soins de santé agréés, dans les possibilités de formation des prestataires de soins de santé et, enfin, dans la mise à disposition de davantage de lits psychiatriques.

06 Bibliographie

- Angermeyer, M. C., van der Auwera, S., Carta, M. G., & Schomerus, G. (2017). Public attitudes towards psychiatry and psychiatric treatment at the beginning of the 21st Century: A systematic review and meta-analysis of Population Surveys. *World Psychiatry*, 16(1), 50–61. <https://doi.org/10.1002/wps.20383>
- Auerbach, R., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Ebert, D., Green, J., Hasking, P., Murray, E., Nock, M., Pinder-Amaker, S., Sampson, N., Stein, D., Vilagut, G., Zaslavsky, A., & Kessler, R. (2018). Supplemental material for WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and distribution of mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology*. <https://doi.org/10.1037/abn0000362.supp>
- Beghi, M., Butera, E., Cerri, C. G., Cornaggia, C. M., Febbo, F., Mollica, A., Berardino, G., Piscitelli, D., Resta, E., Logroscino, G., Daniele, A., Altamura, M., Bellomo, A., Panza, F., & Lozupone, M. (2021). Suicidal behaviour in older age: A systematic review of risk factors associated to suicide attempts and completed suicides. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 127, 193–211. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.04.011>
- Bird, N., McCarthy, G., & O'Sullivan, K. (2019). Exploring the effectiveness of an integrated mixed martial arts and psychotherapy intervention for Young Men's Mental Health. *American Journal of Men's Health*, 13(1), 155798831983212. <https://doi.org/10.1177/1557988319832121>
- De Hert, M., Detraux, J., & Vancampfort, D. (2018). The intriguing relationship between coronary heart disease and mental disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(1), 31–39.
- de Lima, J. D., Teixeira, I. A., Silva, F. de, & Deslandes, A. C. (2020). The comorbidity conditions and polypharmacy in elderly patients with mental illness in a middle income country: A cross-sectional study. *IBRO Reports*, 9, 96–101. <https://doi.org/10.1016/j.ibror.2020.07.008>
- De Man, J., Buffel, V., van de Velde, S., Bracke, P., Van Hal, G. F., & Wouters, E. (2021). Disentangling depression in Belgian higher education students amidst the first COVID-19 lockdown (April-May 2020). *Archives of Public Health*, 79(1). <https://doi.org/10.1186/s13690-020-00522-y>
- Eurostat. (2018). Suicide death rate by age group. European Commission. Retrieved February 22, 2022, from <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00202/default/table?lang=en>
- Evans-Lacko, S., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Benjet, C., Bruffaerts, R., Chiu, W. T., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., Hu, C., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lund, C., Kovess-Masfety, V., Levinson, D., ... Thornicroft, G. (2017). Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: Results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Psychological Medicine*, 48(9), 1560–1571. <https://doi.org/10.1017/s0033291717003336>
- Ezpeleta, L., Navarro, J. B., de la Osa, N., Trepal, E., & Penelo, E. (2020). Life conditions during COVID-19 lockdown and mental health in Spanish adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 7327. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197327>

- Fischbein, R., & Bonfine, N. (2019). Pharmacy and medical students' mental health symptoms, experiences, attitudes and help-seeking behaviors. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 83(10), 7558. <https://doi.org/10.5688/ajpe7558>
- Fogarty, F., McCombe, G., Brown, K., Van Amelsvoort, T., Clarke, M., & Cullen, W. (2020). Physical health among patients with common mental health disorders in primary care in Europe: A scoping review. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 38(1), 76–92. <https://doi.org/10.1017/ipm.2020.2>
- Gronholm, P. C., Chowdhary, N., Barbui, C., Das-Munshi, J., Kolappa, K., Thornicroft, G., Semrau, M., & Dua, T. (2021). Prevention and management of physical health conditions in adults with severe mental disorders: Who recommendations. *International Journal of Mental Health Systems*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00444-4>
- Karakaya, G., Huyghebaert, C., & Macken, E. (2014). Analyse de la consommation des médicaments en maison de repos.
- Kendrick, T. (2020). Strategies to reduce use of antidepressants. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 87(1), 23–33. <https://doi.org/10.1111/bcp.14475>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kutcher, S., Wei, Y., & Morgan, C. (2015). Successful application of a Canadian mental health curriculum resource by usual classroom teachers in significantly and sustainably improving student mental health literacy. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(12), 580–586. <https://doi.org/10.1177/070674371506001209>
- Lepière, B., Reynaert, C., Jacques, D., & Zdanowicz, N. (2015). Poverty and mental health: what should we know as mental health professionals? *Psychiatria Danubina*, 27(1), 92–96.
- Maenhout, L., Peuters, C., Cardon, G., Compennolle, S., Crombez, G., & DeSmet, A. (2020). The Association of Healthy Lifestyle Behaviors with mental health indicators among adolescents of different family affluence in Belgium. *BMC Public Health*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09102-9>
- Morgado, T., Loureiro, L., Rebelo Botelho, M. A., Marques, M. I., Martínez-Riera, J. R., & Melo, P. (2021). Adolescents' empowerment for Mental Health Literacy in school: A pilot study on ProLiSMental Psychoeducational Intervention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15), 8022. <https://doi.org/10.3390/ijerph18158022>
- Morrens, M., & Dom, G. (2015). Voorschrijven van antipsychotica; landelijke vergelijking van de Belgische gewesten, 2004-2012. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 57(3), 161–170.
- OECD. (2018). Health status - suicide rates - OECD data. The OECD. Retrieved February 22, 2022, from <https://data.oecd.org/healthstat/suicide-rates.htm>
- Parkinson vereniging. (n.d.). Mentale gevolgen van Parkinson(isme). WMO en Parkinson(Ismen).
- Read, J. (2010). Can poverty drive you mad? 'Schizophrenia', socio-economic status and the case for primary prevention. *New Zealand Journal of Psychology*, 39(2), 7–19.
- Rens, E., Smith, P., Nicaise, P., Lorant, V., & Van den Broeck, K. (2021). Mental distress and its contributing factors among young people during the first wave of covid-19: A belgian survey study. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.575553>

- Sciensano. (2020). Geestelijke gezondheid: gezondheidsenquête 2018.
- Sciensano. (2021). Achtste COVID-19-gezondheidsenquête: eerste resultaten.
- Sciensano (2022). Belgium COVID-19 dashboard - Sciensano. Google. Retrieved April 15, 2022, from https://datastudio.google.com/reporting/c14a5cfc-cab7-4812-848c-0369173148ab/page/p_j1f02pfnpc
- Seifert, J., Führmann, F., Reinhard, M. A., Engel, R. R., Bernegger, X., Bleich, S., Stübner, S., Rüther, E., Toto, S., Grohmann, R., Sieberer, M., & Greil, W. (2021). Sex differences in pharmacological treatment of major depressive disorder: Results from the AMSP Pharmacovigilance program from 2001 to 2017. *Journal of Neural Transmission*, 128(6), 827–843. <https://doi.org/10.1007/s00702-021-02349-5>
- Starace, F., Mungai, F., Baccari, F., & Galeazzi, G. M. (2017). Excess mortality in people with mental illness: Findings from a Northern Italy psychiatric case register. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(3), 249–257. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1468-8>
- ter Meulen, W. G., Draisma, S., van Hemert, A. M., Schoevers, R. A., Kupka, R. W., Beekman, A. T. F., & Penninx, B. W. J. H. (2021). Depressive and anxiety disorders in concert—a synthesis of findings on comorbidity in the NESDA study. *Journal of Affective Disorders*, 284, 85–97. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.004>
- Turosak, A., & Siwierka, J. (2019). Mental health and stigma on campus: Insights from students' lived experience. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 49(3), 266–281. <https://doi.org/10.1080/10852352.2019.1654264>
- Umbach, I., & Vanrillaer, V. (2014). Hospitalisaties in de psychiatrie: te veel en te lang?
- Vancampfort, D., Firth, J., Schuch, F. B., Rosenbaum, S., Mugisha, J., Hallgren, M., Probst, M., Ward, P. B., Gaughran, F., De Hert, M., Carvalho, A. F., & Stubbs, B. (2017). Sedentary behavior and physical activity levels in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: A global systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 16(3), 308–315. <https://doi.org/10.1002/wps.20458>
- Walker, E. R., & Druss, B. G. (2018). Mental and addictive disorders and medical comorbidities. *Current Psychiatry Reports*, 20(10). <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0956-1>
- Walker, E. R., McGee, R. E., & Druss, B. G. (2015). Mortality in mental disorders and global disease burden implications. *JAMA Psychiatry*, 72(4), 334. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2502>

07 Annexe

Tableau 18 : Codes nomenclature pour la psychothérapie remboursée par l'assurance maladie obligatoire

Code nomenclature	Description
109513	Séance d'un traitement psychothérapeutique à son cabinet, du médecin spécialiste en psychiatrie, d'une durée de 45 minutes minimum, y compris un rapport écrit éventuel
109631	Séance d'un traitement psychothérapeutique à son cabinet du médecin accrédité spécialiste en psychiatrie, d'une durée de 45 minutes minimum, y compris un rapport écrit éventuel.
109535	Séance d'un traitement psychothérapeutique à son cabinet, du médecin spécialiste en psychiatrie, d'une durée de 60 minutes minimum, avec prise en charge d'un groupe de patients appartenant à une famille, y compris un rapport écrit éventuel : deux personnes, par personne
109550	Séance d'un traitement psychothérapeutique à son cabinet, du médecin spécialiste en psychiatrie, d'une durée de 60 minutes minimum, avec prise en charge d'un groupe de patients appartenant à une famille, y compris un rapport écrit éventuel : à partir de la 3e personne, par personne
109653	Séance d'un traitement psychothérapeutique à son cabinet du médecin accrédité spécialiste en psychiatrie d'une durée de 60 minutes minimum, avec prise en charge d'un groupe de patients appartenant à une famille, y compris un rapport écrit éventuel : deux personnes, par personne
109572	Séance d'un traitement psychothérapeutique à son cabinet, du médecin spécialiste en psychiatrie, d'une durée de 90 minutes, avec prise en charge d'un groupe de 8 patients maximum, y compris un rapport écrit éventuel, par personne
109336	Traitement psychothérapeutique d'enfant ou d'adolescent de moins de 18 ans par le médecin spécialiste en psychiatrie, d'une durée minimum de 60 minutes, par une thérapie de médiation, en la présence et avec la collaboration d'un ou de plusieurs adultes, qui assure(nt) l'éducation et l'encadrement quotidien et dont le(s) nom(s) est (sont) mentionné(s) dans le rapport écrit, par séance de psychothérapie
109675	Traitement psychothérapeutique d'enfant ou d'adolescent de moins de 18 ans par le médecin spécialiste en psychiatrie accrédité, d'une durée minimum de 60 minutes, par une thérapie de médiation, en la présence et avec la collaboration d'un ou de plusieurs adultes, qui assure(nt) l'éducation et l'encadrement quotidien et dont le(s) nom(s) est (sont) mentionné(s) dans le rapport écrit, par séance de psychothérapie
101916	Séance de 45 minutes minimum, sans présence physique, en vue de poursuivre un traitement psychothérapeutique avec un patient ayant débuté un traitement régulier avant le 14 mars 2020
101931	Séance de 60 minutes minimum en vue d'une thérapie de médiation d'un enfant ou adolescent de moins de 18 ans avec la participation d'un ou plusieurs adultes assurant l'éducation et l'encadrement quotidien, sans présence physique

Note : Description reprise telle quelle des archives de l'INAMI



Route de Lennik 788 A - 1070 Bruxelles

T 02 778 92 11 – F 02 778 94 04

Nos études sur www.mloz.be

(©) Mutualités Libres / Bruxelles, mai 2022

(Numéro d'entreprise 411 766 483)

Les Mutualités Libres regroupent :

