

Le rôle du contexte familial dans le recours aux soins de santé mentale

Une analyse menée auprès des membres des Mutualités Libres entre 2017 et 2024

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

—

Rédaction > Ludo VANDENTHOREN, Katrien DE REU, Agnès LECLERCQ, Thomas OTTE,
Ruud SAERENS

www.mloz.be
(©) Mutualités Libres / Bruxelles, mars 2026
(numéro d'entreprise 411.766.483)

Le rôle du contexte familial dans le recours aux soins de santé mentale

Une analyse menée auprès des membres des Mutualités
Libres entre 2017 et 2024

01	Introduction	3
02	Méthodologie	5
	Population	5
	Recours aux soins	6
	Conception	7
03	Résultats.....	8
	Consommation chronique d'antidépresseurs	8
	Consommation chronique d'antipsychotiques	10
	Consultations chez le psychiatre	12
04	Discussion.....	14
05	Conclusion	16
06	Recommandations.....	17
07	Références.....	19
08	Annexes	20

01 Introduction

Les problèmes de santé mentale constituent un défi croissant dans notre société. On sait que le contexte social - notamment la présence d'un partenaire ou d'enfants - joue un rôle important dans le bien-être mental. À l'inverse, les personnes présentant une vulnérabilité psychique éprouvent plus souvent des difficultés à se construire un réseau, ce qui augmente le risque de solitude. Afin de mieux comprendre cette dynamique, nous avons mené une analyse auprès des membres des Mutualités Libres sur le recours aux soins de santé mentale chez les personnes ayant des enfants et/ou un partenaire, par rapport aux personnes sans enfants et/ou sans partenaire connu. En comparant ces deux groupes, nous obtenons un aperçu des effets potentiellement protecteurs ou, au contraire, aggravants de la structure familiale et du soutien social sur le recours aux psychotropes et aux soins psychiatriques.

Les chiffres de Statbel (2025) montrent que le degré de solitude varie fortement en fonction de la composition familiale. Au troisième trimestre 2025, 15 % des isolés sans enfant se sentaient toujours, ou la plupart du temps, seuls. Cette proportion était de 12 % chez les isolés avec enfant(s), tandis qu'elle était nettement plus faible chez les couples sans enfants (5 %) et chez les couples ayant au moins un enfant de moins de 25 ans (4 %). Ces données montrent que certaines structures familiales sont plus exposées à la solitude que d'autres.

Perlman et Peplau (1998) définissent la solitude comme une expérience subjective et désagréable, caractérisée par un décalage entre le besoin de contacts sociaux et les contacts sociaux réellement vécus, tant sur le plan quantitatif que qualitatif. Cela ne correspond pas à l'isolement social, qui fait référence à la présence ou à l'absence objective et limitée de contacts sociaux.

Les résultats de l'enquête belge BELHEALTH vont dans ce sens. Ils indiquent que la solitude s'accompagne d'un état de santé mentale plus fragile. Selon le rapport de l'étude, la solitude est liée à davantage de symptômes de dépression, d'anxiété généralisée et à une moindre satisfaction dans la vie. De plus, les chercheurs ont mis en évidence un lien entre la perception d'une stigmatisation publique autour des problèmes de santé mentale et la solitude. La direction de cette relation ne peut toutefois pas être déduite des données disponibles : tant une solitude accrue peut contribuer à la perception de la stigmatisation, que la perception de la stigmatisation peut renforcer les sentiments de solitude (Verhaegen et al., 2024).

Des recherches internationales soulignent l'importance des relations familiales et conjugales en matière de solitude et de santé mentale. Une étude récente d'Akinyemi et al. indique que le statut marital joue un rôle important dans le sentiment de solitude. Les personnes mariées déclarent ressentir nettement moins de solitude que les personnes divorcées ou les veufs/veuves. En outre, l'étude montre que la solitude est un facteur prédictif - fort et indépendant - de la dépression et des problèmes de santé mentale et physique.

Chez les personnes ayant des enfants également, le fait d'avoir ou non un partenaire et la présence d'un réseau social plus large jouent également un rôle important dans

leur santé mentale. Le soutien social agit alors comme un facteur de protection contre les problèmes de santé mentale pendant la parentalité. Ainsi, Seo & Kim (2022) ont démontré qu'un manque de soutien de la part du partenaire peut entraîner un burn-out plus important chez les mères. Une étude de Cox et al. (2025) révèle qu'il existe également un lien entre la restriction spatiale (faible mobilité hors du domicile), un facteur souvent associé à une diminution des contacts sociaux, et la dépression chez les parents. Ainsi, les parents qui restaient à la maison toute la journée présentaient des scores plus élevés en matière de symptômes dépressifs. Les pères semblaient particulièrement sensibles à ce phénomène. Selon Kareem et al. (2024), les parents isolés courent un risque beaucoup plus élevé de dépression, de stress et d'anxiété que les parents vivant en couple. Les difficultés financières, un soutien social limité et un niveau d'éducation moins élevé jouent ici un rôle important.

Par ailleurs, le fait d'avoir ou non des enfants peut également exercer une influence sur la santé mentale. Une étude de Ribeiro et al. (2024) a ainsi démontré que les femmes définitivement stériles présentaient des niveaux de dépression plus élevés que les femmes présumées fertiles et celles suivant un parcours de fertilité. De plus, une revue de la littérature de Xu et al. (2025) montre que l'expérience de l'absence d'enfants au cours de la vie adulte et de la vieillesse est fortement influencée par les normes sociales. Ces normes peuvent entraîner des sentiments d'exclusion, de perturbation de l'identité et de pression sociale, bien que certaines personnes âgées développent justement des identités positives indépendamment des attentes liées au rôle parental. Les adultes sans enfants s'inquiètent régulièrement des soins et du soutien qu'ils recevront à l'avenir, en particulier dans des contextes où les systèmes de protection sociale sont limités. Il existe en outre un manque important de recherches sur les groupes sous-représentés, tels que les personnes LGBTQ+, les hommes et les personnes d'origine non occidentale ou en situation de vulnérabilité sociale.

Enfin, une étude récente de Kailaheimo-Lönnqvist et al. (2025) met en lumière que toutes les formes de troubles mentaux réduisent les chances d'avoir des enfants, les effets les plus marqués étant observés dans le cas de troubles mentaux graves tels que la schizophrénie. Une part importante de cette variation s'explique par le statut conjugal, surtout chez les hommes. Les personnes souffrant de troubles mentaux graves sont moins susceptibles d'être en couple, ce qui renforce à son tour la probabilité de rester sans enfants. Lorsque les deux partenaires présentent un trouble psychique, la probabilité de ne pas avoir d'enfants est encore plus élevée que lorsque seul l'un des partenaires en souffre.

Le fait d'habiter avec un partenaire explique en partie ce lien, surtout chez les hommes. Lorsque les deux partenaires souffrent d'un trouble mental, le risque de ne pas avoir d'enfants est encore plus élevé que lorsqu'un seul partenaire en est atteint.

Sur la base de la littérature existante, notre recherche se concentre sur le rôle des situations familiales et conjugales dans le recours aux soins de santé mentale. Plus précisément, nous examinons dans quelle mesure la présence d'enfants et/ou d'un partenaire est associée à la consommation de soins tant pharmacologiques que psychiatriques.

Nos questions de recherche sont les suivantes :

1. **Dans quelle mesure l'utilisation d'antidépresseurs diffère-t-elle entre les personnes avec et sans enfants et/ou avec et sans partenaire ?**
2. **Dans quelle mesure l'utilisation d'antipsychotiques diffère-t-elle entre les personnes avec et sans enfants et/ou avec et sans partenaire ?**
3. **En quoi le nombre de consultations psychiatriques diffère-t-il entre les personnes avec et sans enfants et/ou avec et sans partenaire ?**

À travers ces questions de recherche, nous visons à mieux comprendre comment la situation familiale et conjugale peut agir comme facteur de protection ou de risque dans le recours aux soins de santé mentale. Ces connaissances peuvent contribuer à identifier les groupes susceptibles d'avoir besoin d'un soutien supplémentaire ou d'interventions préventives plus ciblées.

02 Méthodologie

Population

La population de l'étude comprend toutes les personnes **affiliées sans interruption** aux Mutualités Libres (Partenamut, Freie Krankenkasse et Helan) **entre le 1^{er} janvier 2017 et le 31 décembre 2024**. Seules les personnes ayant le statut de **titulaire indemnisable au plus tard le 1^{er} janvier 2017** ont été incluses, afin de ne retenir que les personnes susceptibles de bénéficier d'indemnités d'incapacité de travail de l'assurance maladie-invalidité. Ce statut concerne les ouvriers, les employés, les indépendants, les chômeurs indemnisés et les invalides. Les fonctionnaires et les inactifs non couverts par l'assurance chômage sont donc exclus de notre population.

En outre, seules les personnes n'ayant connu **aucun changement dans la composition de leur ménage** pendant toute la période d'observation ont été prises en considération.

Situation familiale concernant les enfants

En ce qui concerne la présence d'enfants, deux situations stables et strictement délimitées ont été retenues :

1. **Les personnes ayant cohabité sans interruption avec au moins un enfant de moins de 25 ans pendant toute la période d'observation (2017-2024)**. Cette catégorie comprenait à la fois les personnes qui avaient déjà un enfant le **1^{er} janvier 2017** et celles qui ont eu leur premier enfant en **2017**.
2. **Les personnes qui, pendant toute la période (2017-2024), n'ont jamais cohabité avec un enfant**, quel que soit l'âge d'un enfant potentiel.

Structure familiale : couples et célibataires

En ce qui concerne la structure familiale, seules les personnes ayant conservé une **situation de ménage stable** pendant toute la période d'observation ont été prises en compte, indépendamment d'éventuels changements de partenaire.

- **Couples :**

Les personnes qui ont été enregistrées sans interruption en tant que couple dans le Registre national entre le 1^{er} janvier 2017 et le 31 décembre 2024. La classification de « *couple* » était basée sur la domiciliation officielle avec :

- un conjoint,
- un partenaire cohabitant légal, ou
- un partenaire sans cohabitation légale mais avec une adresse de domicile commune.

- **Célibataires :**

Personnes enregistrées en tant que ménages isolés pendant toute la période d'observation, avec ou sans enfants, selon les données du Registre national.

La population finale de l'étude comprenait **312.543 personnes** (voir Tableau 1).

Tableau1 : Répartition des individus selon leur sexe, leur statut parental et leur statut relationnel.

	Couple	Célibataire	Total	Répartition
Femme avec enfants	85.127	29.387	114.514	36,64 %
Femme sans enfants	17.576	16.731	34.307	10,98 %
Homme avec enfants	98.850	17.066	115.916	37,09 %
Homme sans enfants	20.143	27.663	47.806	15,30 %
Total	221.696	90.847	312.543	100,00 %
Répartition	70,93 %	29,07 %	100,00 %	

Données à caractère personnel

Les données à caractère personnel suivantes ont été utilisées dans le cadre des analyses :

- Sexe (homme/femme)
- Statut relationnel (célibataire/en couple)
- Parentalité (parent/non-parent)
- Statut professionnel (ouvrier/employé/indépendant/autre (= invalide, etc.)
- Région (Bruxelles/Flandre/Wallonie)
- Statut socio-économique (droit à l'intervention majorée/pas de droit à l'intervention majorée)
- Tranche d'âge (29 ans et moins/30-39 ans/40-49 ans/50 ans et plus)

Recours aux soins

L'utilisation des soins a été calculée par année civile. Une variable binaire (1/0) a été attribuée à la personne au cours d'une année civile si elle répondait aux critères suivants :

- Consommation chronique d'antidépresseurs : délivrances du code ATC-4 N06A avec une dose définie par jour (Daily Defined Dose - DDD) d'au moins 90 jours par année civile
- Consommation chronique d'antipsychotiques : délivrances du code ATC-4 N05A avec une DDD d'au moins 90 jours par année civile
- Consultation psychiatrique : consultation générale ou psychothérapeutique chez un psychiatre¹

Conception

L'analyse s'est appuyée sur deux modèles complémentaires. Dans un premier temps, une analyse descriptive a été réalisée, au cours de laquelle les différences entre les groupes ont été testées à l'aide d'un test χ^2 afin de déterminer la signification statistique.

Dans un deuxième temps, un cadre d'analyse longitudinale a été appliqué. À cette fin, un modèle logistique d'équations d'estimation généralisées (GEE) a été utilisé pour modéliser la probabilité d'occurrence de la variable de résultat binaire ($Y = 1$) sur des moments de mesure successifs. Le modèle utilisait une fonction de liaison logit et supposait une distribution binomiale de la variable dépendante.

Le choix d'une approche GEE permet de modéliser de manière adéquate la corrélation intra-individuelle entre les mesures répétées et d'obtenir des estimations robustes des moyennes de la population.

Le modèle comprenait les variables explicatives suivantes : année (year), sexe (sexe), statut relationnel (couple), parentalité (parent), statut professionnel (catsoc), région (region), statut socio-économique (BIM), tranche d'âge (agecat) et leurs interactions. Les catégories de référence étaient les suivantes : sexe = homme, statut relationnel = en couple, parentalité = parent, statut professionnel = indépendant, région = Bruxelles, statut socio-économique = pas d'intervention majorée, tranche d'âge = 29 ans et moins.

La comparaison statistique est la suivante :

$$\text{logit}(\text{Pr}(Y=1)) = \beta_0 + \beta_1 \text{year} + \beta_2 \text{sexe} + \beta_3 \text{couple} + \beta_4 \text{parent} + \beta_5 \text{catsoc} + \beta_6 \text{region} + \beta_7 \text{bim} + \beta_8 \text{agecat} + \beta_9 (\text{sexe} \times \text{parent}) + \beta_{10} (\text{sexe} \times \text{couple}) + \beta_{11} (\text{couple} \times \text{parent}) + \beta_{12} (\text{sexe} \times \text{couple} \times \text{parent})$$

Les résultats sont présentés sous forme de rapports de cotes ajustés² avec des intervalles de confiance à 95 %, calculés à partir des moyennes marginales estimées (LS Means).

¹Pour les consultations psychiatriques, les analyses se sont arrêtées à l'année 2023 car les données complètes pour 2024 faisaient défaut. L'utilisation chronique d'antidépresseurs et d'antipsychotiques s'est arrêtée en 2024.

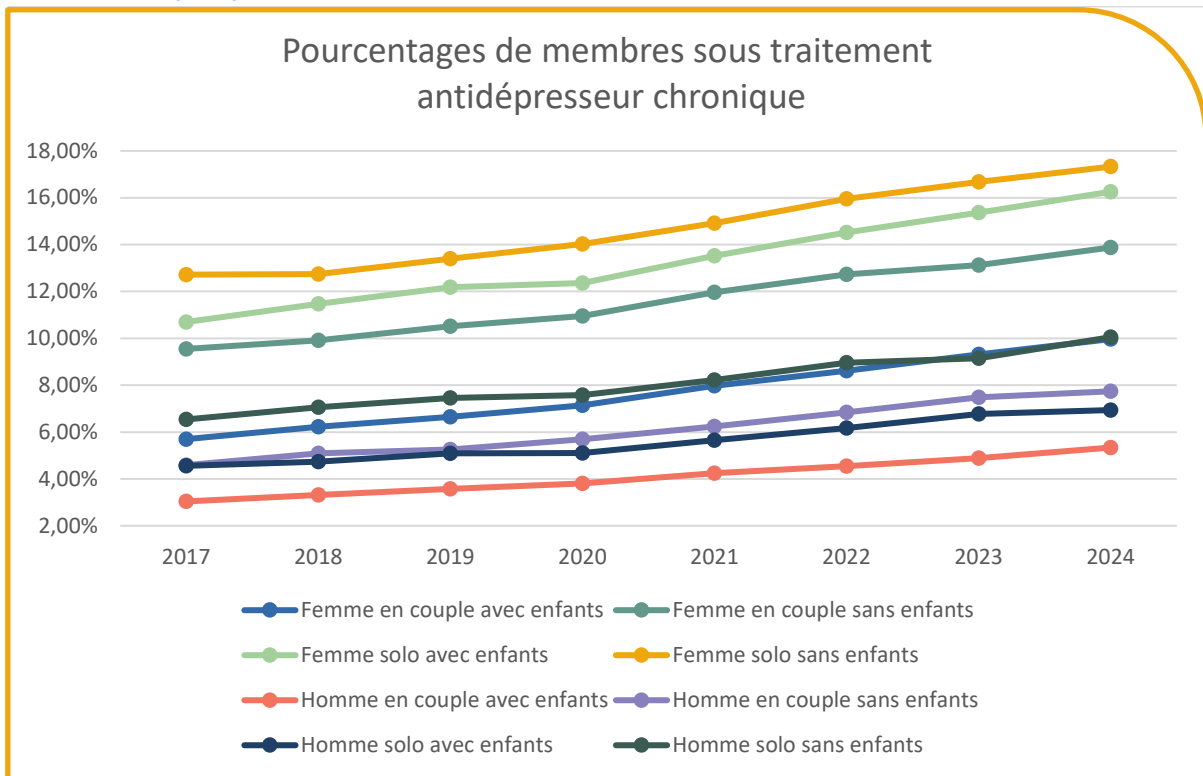
² Corrigé pour toutes les variables explicatives

03 Résultats

Consommation chronique d'antidépresseurs

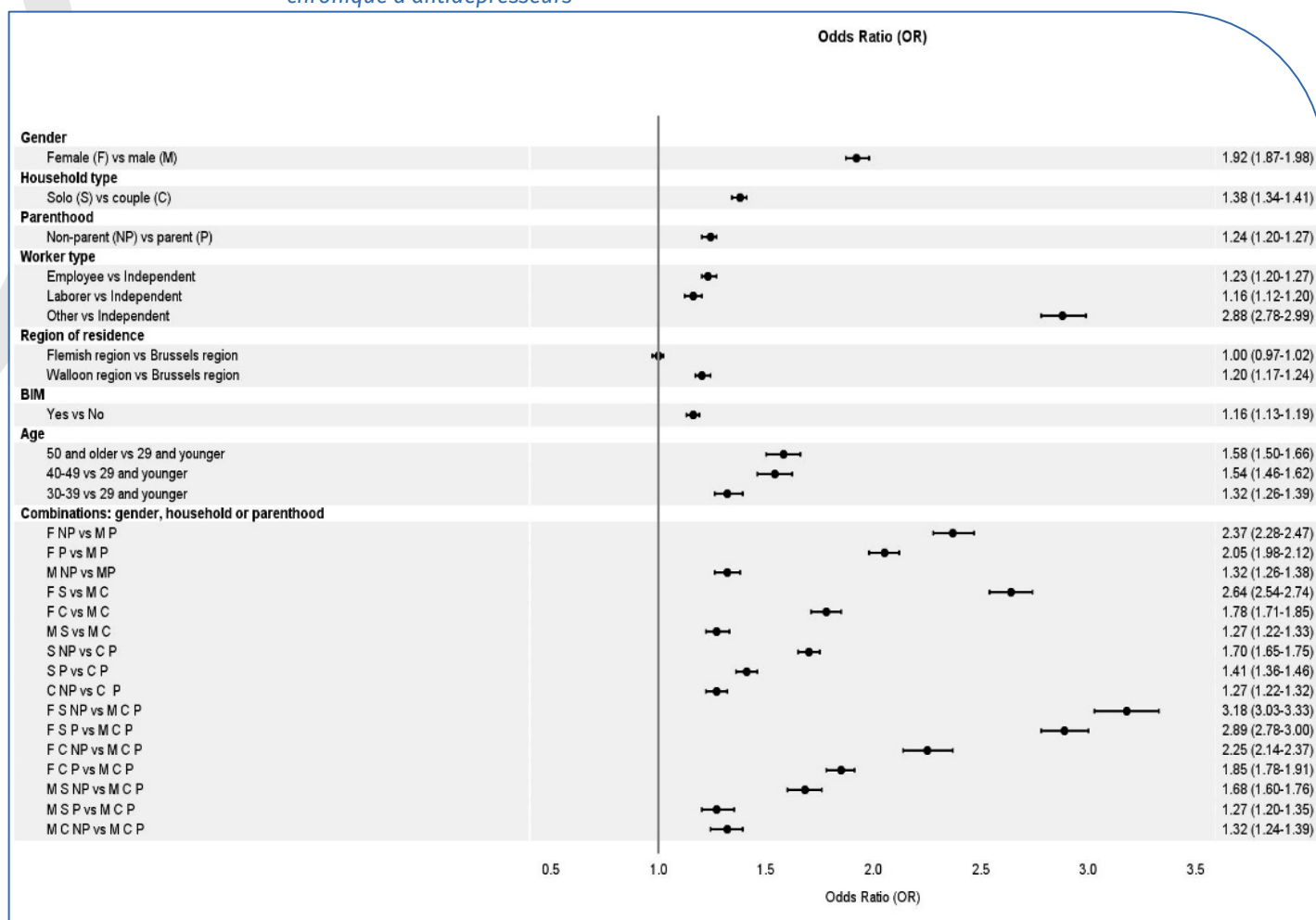
Nos chiffres bruts (voir Figure 1) montrent que la consommation chronique d'antidépresseurs dans la population de notre étude a augmenté de manière significative de 60,58 % entre 2017 et 2024 (2017 = 5,86 %, 2024 = 9,41 %, $\chi^2 = 3224,60$, $df = 1$, $p < 0,001$). Lorsque l'on examine les sous-populations (voir Figure 1), on constate que la plus forte augmentation de consommation concerne les femmes ayant un partenaire et des enfants (+74,91 %, 2017 = 5,70 %, 2024 = 9,97 %, $\chi^2 = 1340,29$, $df = 1$, $p < 0,001$) et la plus faible augmentation, les femmes sans partenaire et sans enfants (+ 36,24 %, 2017 = 12,72 %, 2024 = 17,33 %, $\chi^2 = 148,48$, $df = 1$, $p < 0,001$), bien que ce dernier groupe présente également la consommation la plus élevée de tous les groupes.

Figure 1 : Évolution de la proportion de consommateurs chroniques d'antidépresseurs sur la période 2017-2024



Les rapports de cotes ajustés (voir Figure 2) donnent des résultats intéressants. Ainsi, les femmes sont presque deux fois plus susceptibles d'utiliser des antidépresseurs que les hommes (OR = 1.92, 95 % CI = 1.87-1.98, $p < 0.001$). Les personnes sans partenaire sont également 38 % plus susceptibles de consommer ces médicaments que celles qui ont un partenaire (OR = 1.38, 95 % CI = 1.34-1.41, $p < 0.001$). En ce qui concerne la présence d'enfants, on constate que les personnes sans enfant sont environ 24 % plus susceptibles de consommer des antidépresseurs de manière chronique que les personnes ayant des enfants (OR = 1.24, CI = 1.20-1.27, $p < 0.001$). Les effets d'interaction montrent également que le sexe, la situation relationnelle et le fait de ne pas avoir d'enfants constituent des facteurs de risque. Par rapport aux hommes ayant un partenaire et des enfants, les femmes sans partenaire et sans enfants ont environ 218 % plus de chances de consommer des antidépresseurs (OR = 3.18, 95 % CI = 3.03-3.33, $p < 0.001$), alors que ce risque n'est que de 85 % plus élevé chez les femmes ayant un partenaire et des enfants (OR = 1.85, 95 % CI = 1.78-1.91, $p < 0.001$). Chez les hommes sans enfants et sans partenaire, le risque d'une prise chronique d'antidépresseurs était 68 % plus élevé (OR = 1.68, 95% CI = 1.60-1.76, $p < 0.001$).

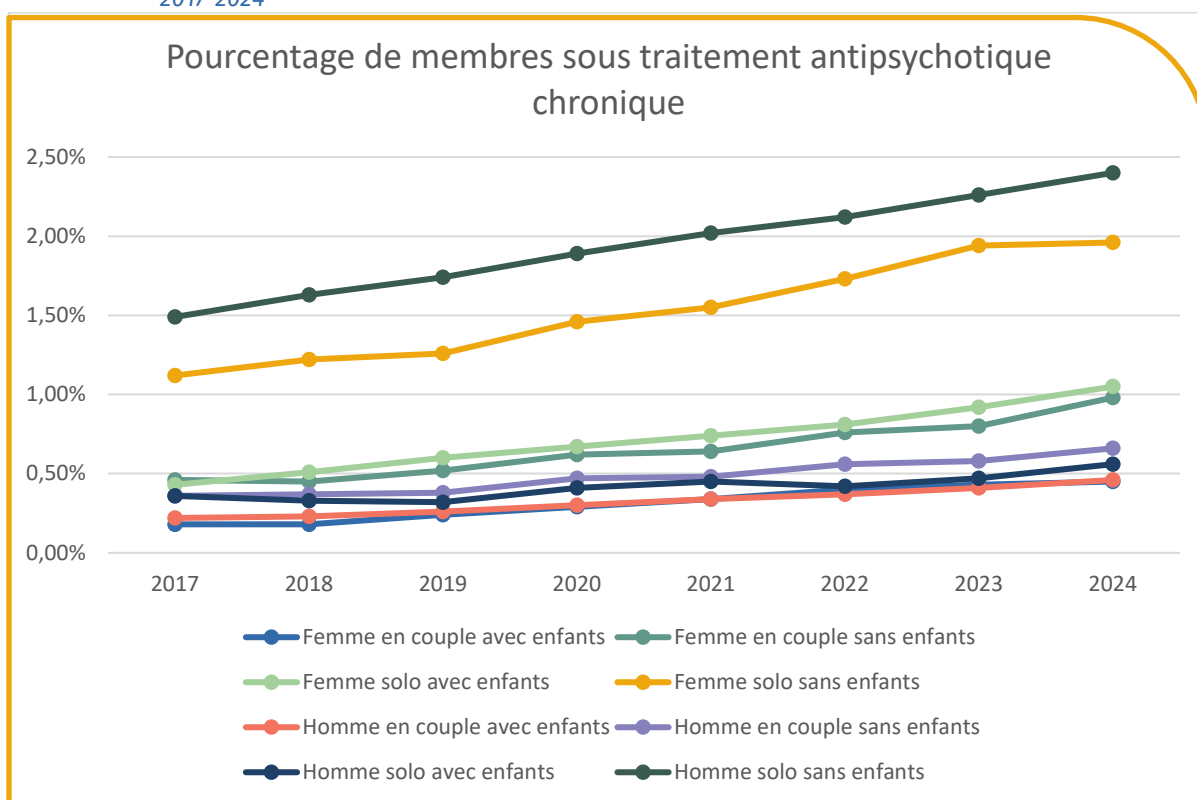
Figure 2: Odds ratios ajustés avec intervalle de confiance à 95% et valeur de signification pour l'usage chronique d'antidépresseurs



Consommation chronique d'antipsychotiques

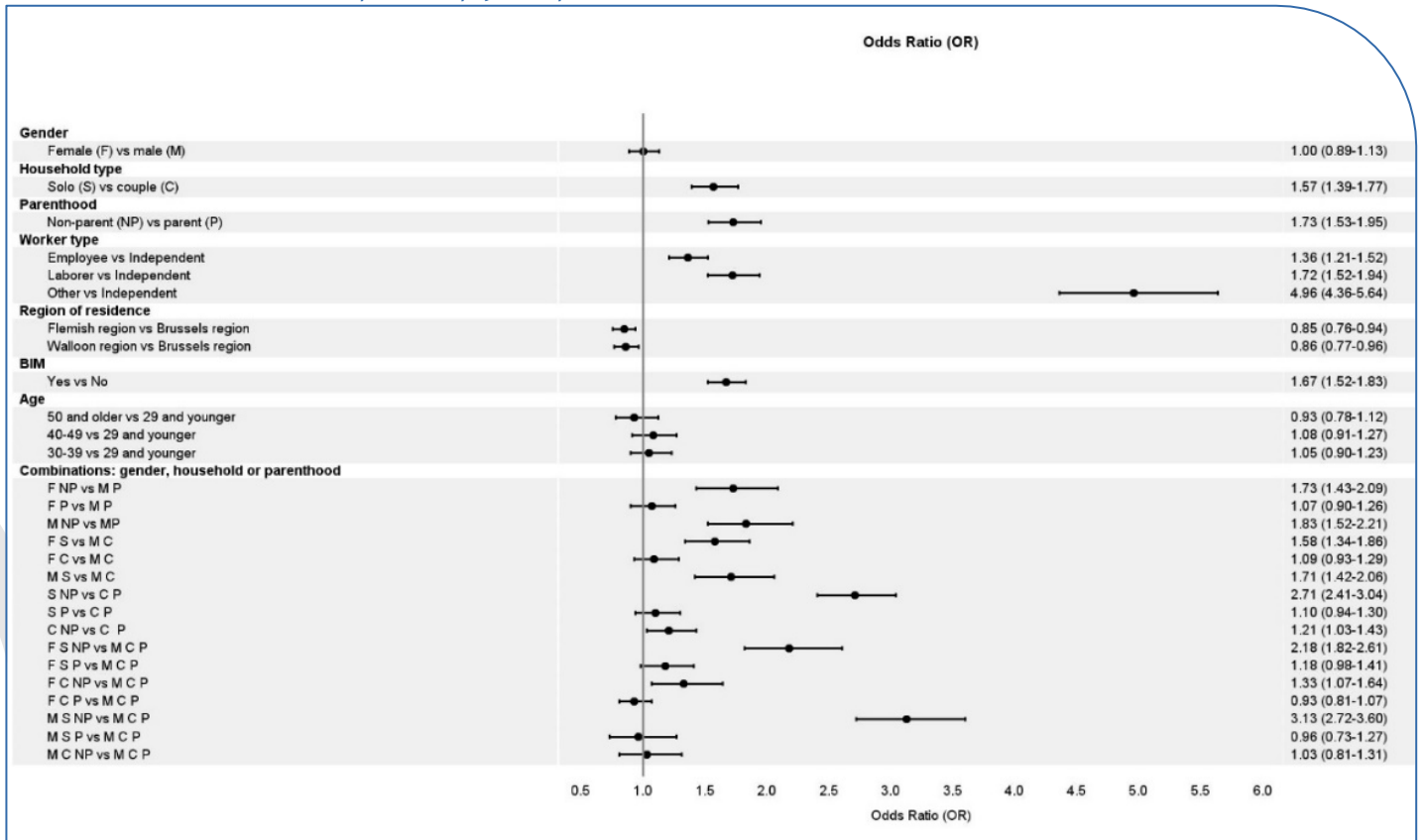
Les chiffres bruts (voir Figure 3) montrent que la consommation chronique d'antipsychotiques a augmenté de 92,86 % entre 2017 et 2024 (2017 = 0,42 %, 2024 = 0,81 %, $\chi^2 = 399,81$, $df = 1$, $p < 0,001$). Pour les différentes sous-populations (voir Figure 3), nous constatons à nouveau que la plus forte augmentation de la consommation chronique d'antipsychotiques concerne les femmes ayant un partenaire et des enfants (+150 %, 2017 = 0,18 %, 2024 = 0,45 %, $\chi^2 = 32,97$, $df = 1$, $p < 0,001$). La plus faible augmentation a été observée chez les hommes ayant des enfants mais pas de partenaire (+55,56 %, 2017 = 0,36 %, 2024 = 0,56 %, $\chi^2 = 7,35$, $df = 1$, $p = 0,01$).

Figure 3 : Évolution de la proportion de consommateurs chroniques d'antipsychotiques sur la période 2017-2024



Les rapports de cotes ajustés (voir Figure 4) montrent que les personnes sans enfants ont environ 73 % plus de chances d'être des consommateurs chroniques d'antipsychotiques que celles qui ont des enfants (OR = 1.73, 95 % CI = 1.53-1.95, $p < 0.001$). Le fait d'être célibataire augmente également de 57 % le risque de prendre ces médicaments par rapport aux personnes ayant un partenaire (OR = 1.57, 95 % CI = 1.39-1.77, $p < 0.001$). Il n'y avait toutefois pas de différences significatives entre les hommes et les femmes (OR = 1.00, 95 % CI = 0.89-1.13, $p = 0.95$). Par rapport aux hommes ayant un partenaire et des enfants, les hommes sans partenaire et sans enfants présentaient un risque de 213 % plus élevé de prendre des antipsychotiques (OR = 3.13, 95 % CI = 2.72-3.60, $p < 0.001$) et les femmes sans partenaire ni enfants, un risque de 118 % plus élevé (OR = 2.18, 95% CI = 1.82-2.61, $p < 0.001$).

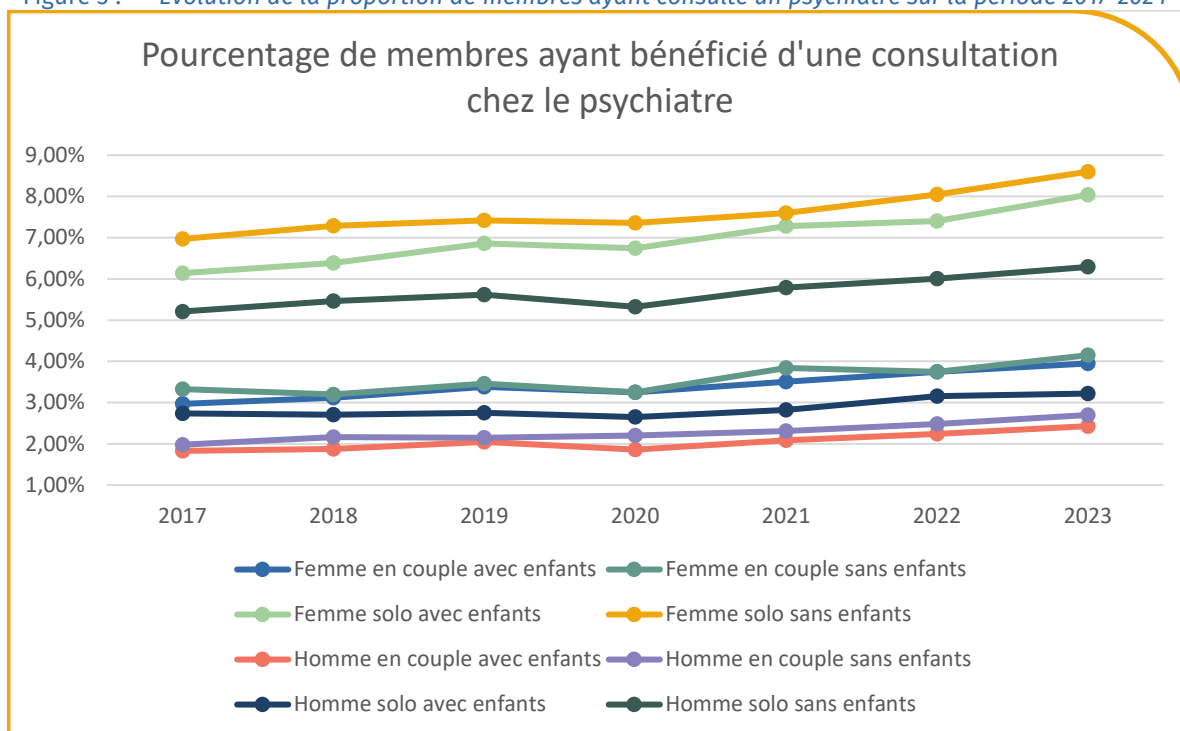
Figure 4: Odds ratios ajustés avec intervalle de confiance à 95% et valeur de signification pour l'usage chronique d'antipsychotiques



Consultations chez le psychiatre

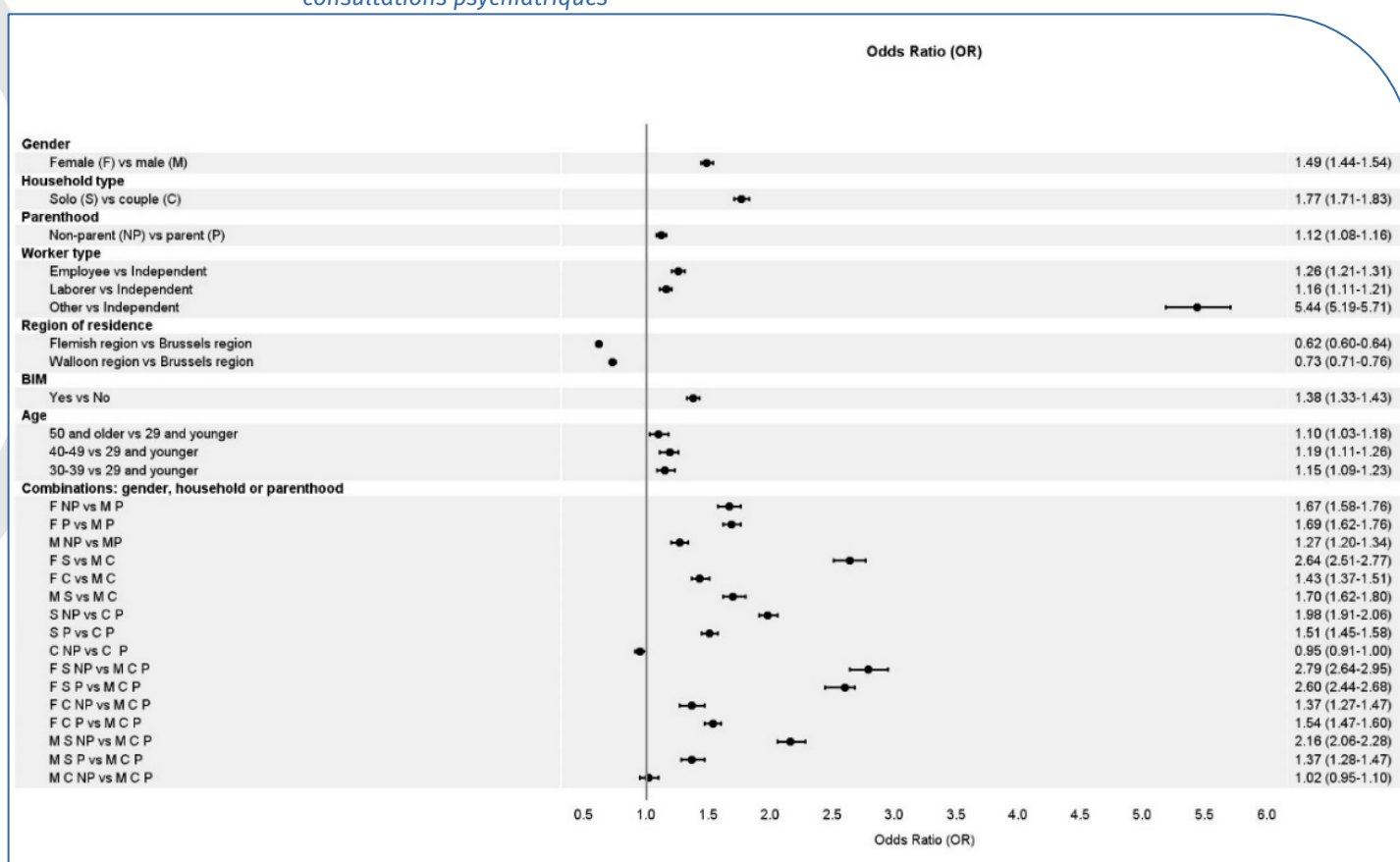
Les chiffres bruts (voir Figure 5) montrent que la proportion de consultations psychiatriques au sein de la population étudiée a augmenté de 28,83 % entre 2017 et 2024, ce qui constitue une hausse significative (2017 = 3,26 %, 2023 = 4,20 %, $\chi^2 = 379,95$, $df = 1$, $p < 0,001$). En ce qui concerne nos sous-populations (voir Figure 5), on observe la plus forte augmentation chez les hommes ayant un partenaire mais sans enfants (+36,36 %, 2017 = 1,98 %, 2023 = 2,70 %, $\chi^2 = 22,88$, $df = 1$, $p < 0,001$) et la plus faible chez les hommes sans partenaire mais avec des enfants (+17,52 %, 2017 = 2,74 %, 2023 = 3,22 %, $\chi^2 = 6,81$, $df = 1$, $p = 0,01$).

Figure 5 : Évolution de la proportion de membres ayant consulté un psychiatre sur la période 2017-2024



Les rapports de cotes ajustés (voir figure 6) montrent qu'il existe des différences entre les hommes et les femmes. Ainsi, les femmes ont environ 49 % plus de chances d'avoir une consultation chez le psychiatre (OR = 1.49, 95 % CI = 1.44-1.54, $p < 0.001$). Les célibataires ont 77 % plus de chances d'avoir une telle consultation que les personnes qui ont un partenaire (OR = 1.77, 95 % CI = 1.71-1.83, $p < 0.001$). Les personnes sans enfants ont environ 12 % plus de chances d'avoir une consultation chez le psychiatre que celles qui ont des enfants (OR = 1.12, 95 % CI = 1.08-1.16, $p < 0.001$). L'interaction de ces trois facteurs montre que les femmes sans partenaire et sans enfants ont environ 179 % plus de chances de consulter un psychiatre que les hommes avec partenaire et enfants (OR = 2.79, 95 % CI = 2.64-2.95, $p < 0.001$). De plus, les femmes sans partenaire mais avec des enfants ont également 156 % plus de chances que les hommes avec partenaire et enfants d'avoir une consultation chez un psychiatre (OR = 2.56, 95 % CI = 2.44-2.68, $p < 0.001$).

Figure 6 : Odds ratios ajustés avec intervalle de confiance à 95% et valeur de signification pour les consultations psychiatriques



04 Discussion

Dans notre analyse des soins de santé mentale parmi nos membres ayant le statut de titulaire indemnisable, nous constatons une augmentation claire et significative de la proportion d'utilisateurs chroniques d'antidépresseurs et d'antipsychotiques entre 2017 et 2024 pour tous les groupes. Pour les antidépresseurs, l'augmentation de la prévalence des utilisateurs s'élève à 60,58 %, tandis que pour les antipsychotiques, une hausse de 92,86 % a même été constatée, bien que cela concerne une partie nettement plus petite de la population étudiée. Cette évolution peut s'inscrire dans un cadre plus large où le comportement de recherche d'aide et l'accessibilité des soins peuvent jouer un rôle, et où des déterminants sociaux tels que la solitude ressentie et la stigmatisation sont associés à de moins bons résultats en matière de santé mentale (Bruggeman et al., 2023 ; Bruggeman & Nélis, 2023 ; Drieskens et al., 2024 ; Verhaegen et al., 2024). Le phénomène croissant de la consommation chronique de psychotropes au sein de notre population a des implications importantes pour la politique de santé. Cette augmentation peut refléter une évolution du comportement des prescripteurs, une augmentation des problèmes de santé mentale, un meilleur accès aux soins de santé mentale ou une combinaison de ces facteurs. Notre étude ne nous permet pas de clarifier les facteurs sous-jacents.

Nos résultats montrent que le genre et le contexte familial jouent un rôle important dans la consommation de psychotropes. Ainsi, les femmes sont près de deux fois plus susceptibles de consommer des antidépresseurs de manière chronique que les hommes (OR = 1,92), ce qui est conforme aux études précédentes (p. ex. Vandenthoren et al., 2024). Cette tendance est également cohérente avec la littérature soulignant l'importance des relations de couple et familiales dans le bien-être mental et le recours à l'aide : les personnes mariées font généralement état d'une solitude moindre que les personnes divorcées ou veuves (Akinyemi et al., 2025), et la solitude s'accompagne de symptômes dépressifs plus marqués et d'une satisfaction plus faible dans la vie en général (Verhaegen et al., 2024). En outre, le statut relationnel et le fait de vivre sans enfants s'avèrent également être des facteurs de risque significatifs. Les personnes qui n'ont pas de partenaire et/ou d'enfants présentent un risque accru d'utilisation chronique d'antipsychotiques et d'antidépresseurs. Ces résultats concordent avec la littérature qui fait état de davantage de vulnérabilité chez les parents isolés (Kareem et al., 2024) et qui démontre que l'infertilité définitive et non désirée chez les femmes est associée à des niveaux de dépression plus élevés (Ribeiro et al., 2024). Les normes sociales relatives à l'absence d'enfants à un âge plus avancé peuvent également jouer un rôle dans les sentiments d'exclusion et de pression (Xu et al., 2025).

Les effets d'interaction sont particulièrement frappants : les femmes sans partenaire et sans enfant sont plus de trois fois plus susceptibles de consommer des antidépresseurs (OR = 3,18) que les hommes ayant un partenaire et des enfants. Cela semble indiquer une possible accumulation de vulnérabilités. Parallèlement, des recherches récentes indiquent que la relation peut être bidirectionnelle : les troubles psychiques réduisent la probabilité d'avoir des enfants, et la cohabitation joue un rôle de médiation dans ce lien (surtout chez les hommes) ; lorsque les deux partenaires souffrent d'un trouble mental, la probabilité de ne pas avoir d'enfants augmente encore davantage (Kailaheimo-Lönnqvist et al., 2025). Pour les antipsychotiques, nous observons une tendance similaire, mais sans les différences entre les sexes. L'absence de partenaire et d'enfants est fortement associée à un

risque plus élevé de consommation chronique, mais nos données ne permettent pas d'établir un lien de causalité.

La proportion de consultations psychiatriques a augmenté en termes absolus (+28,83 %) entre 2017 et 2024. Ici aussi, les différences entre les sous-groupes sont restées présentes : les femmes et les personnes sans enfants et/ou sans partenaire ont clairement plus de chances de consulter, ce qui est cohérent avec les tendances observées dans la consommation de médicaments. Des travaux antérieurs de Sciensano ont montré que les femmes sont plus susceptibles de déclarer avoir besoin d'aide, ce qui peut expliquer en partie ce constat (Bruggeman et al., 2023 ; Bruggeman & Nélis, 2023 ; Drieskens et al., 2024). Cela rejoint en outre les données internationales selon lesquelles la solitude est un facteur prédictif important de la dépression et d'une santé mentale (et physique) plus fragile, les personnes mariées étant moins touchées par la solitude (Akinyemi et al., 2025).

Le risque accru constaté de consommation chronique d'antidépresseurs, d'antipsychotiques et de consultations psychiatriques chez les personnes sans partenaire et/ou sans enfants peut difficilement être dissocié du rôle de la solitude en tant que facteur de risque sous-jacent des problèmes de santé mentale. La littérature montre que la solitude est plus fréquente chez les personnes qui vivent seules ou qui n'ont pas de partenaire et/ou d'enfants, et qu'elle est associée à davantage de symptômes dépressifs, d'anxiété et à un bien-être général moindre (Verhaegen et al., 2024 ; Akinyemi et al., 2025). Les chiffres relatifs à la population belge illustrent cette vulnérabilité différenciée : au troisième trimestre 2025, 15 % des isolés sans enfant ont déclaré se sentir seuls tout le temps ou la plupart du temps. Cette proportion était de 12 % chez les isolés avec enfant(s), contre 5 % chez les couples sans enfant et 4 % chez les couples ayant au moins un enfant < 25 ans (Statbel, 2025). D'un point de vue conceptuel, il est important de distinguer la solitude de l'isolement social : la solitude est un décalage subjectif et désagréable entre les contacts sociaux souhaités et ceux réellement vécus, tandis que l'isolement concerne l'absence objective de contacts (Perlman & Peplau, 1998). Même chez les parents, le soutien social reste un facteur de protection important et une liberté de mouvement réduite à l'extérieur - un indicateur de contacts sociaux moindres - peut être associée à des symptômes dépressifs, en particulier chez les pères (Seo & Kim, 2022 ; Cox et al., 2025).

Par ailleurs, le sentiment de stigmatisation lié à la vulnérabilité psychique joue également un rôle dans l'apparition et le renforcement de la solitude. Les personnes souffrant de troubles de santé mentale indiquent souvent qu'elles s'inquiètent du regard que les autres portent sur elles, ce qui peut les rendre réticentes à demander de l'aide ou à nouer des contacts sociaux. L'étude de Verhaegen et al. (2024) montre en outre qu'il existe un lien clair entre la solitude et la stigmatisation perçue liée aux problèmes de santé mentale. La direction de ce lien ne peut toutefois pas être établie de manière univoque. Cela met en évidence un cercle vicieux potentiel dans lequel l'isolement social et les perceptions négatives peuvent se renforcer mutuellement, ce qui pourrait s'avérer particulièrement problématique pour les personnes qui ont déjà un réseau social limité.

Une première limite de cette étude réside dans sa conception observationnelle, qui ne permet pas d'établir de causalité. De plus, les analyses s'appuient sur des données administratives de remboursement qui contiennent des informations cliniques limitées (elles n'incluent pas de diagnostics ni d'informations relatives à la prise de médicaments, notamment un éventuel usage hors autorisation de mise sur le marché). Les soins psychologiques ne peuvent pas non plus être entièrement

cartographiés en raison de la fragmentation de leur organisation et de leur financement. En outre, nous ne disposons de données que pour les membres qui ont effectivement cherché à se faire soigner, ce qui peut introduire un biais de sélection. L'opérationnalisation utilisée du statut relationnel sur la base du domicile constitue également une limite : certaines personnes isolées peuvent avoir un partenaire, tandis que les cohabitants n'ont pas nécessairement une relation amoureuse, ce qui peut conduire à des erreurs de classification.

En revanche, l'étude comporte des atouts importants. La très grande taille de l'échantillon augmente la puissance statistique et permet des estimations fiables dans divers sous-groupes. L'utilisation de données administratives objectives réduit le biais de rappel et reflète l'utilisation réelle des soins de santé. De plus, la longue période d'observation (2017-2024) permet de détecter des tendances dans le temps. Enfin, la combinaison d'informations sur le statut conjugal, la parentalité, la consommation de médicaments et les soins psychiatriques permet une compréhension large et nuancée de la relation entre la structure familiale et les soins de santé mentale.

05 Conclusion

Notre analyse montre que les caractéristiques sociodémographiques, telles que le sexe et le contexte familial, sont fortement associées à la consommation de psychotropes. Les femmes, en particulier, ainsi que les personnes sans partenaire et/ou sans enfants, présentent un risque nettement plus élevé de consommation chronique d'antidépresseurs, les effets les plus marqués étant observés chez les femmes qui n'ont ni partenaire ni enfants. En ce qui concerne les antipsychotiques, c'est chez les hommes isolés sans enfants que l'on constate la consommation la plus élevée. Ces résultats concordent avec la littérature qui souligne le risque accru de troubles psychiques chez les personnes sans partenaire ou sans enfants. Nos résultats montrent en outre que les personnes sans partenaire et/ou sans enfants ont plus souvent recours à des consultations psychiatriques, ce qui est cohérent avec leur consommation accrue de médicaments. Notre analyse ne permet pas de déduire la causalité de ces effets ; il s'agit probablement d'une relation bidirectionnelle. Le rôle de la solitude nous semble ici un élément important, car l'isolement social est lié à une augmentation des symptômes dépressifs et anxieux et peut ainsi accroître la consommation de psychotropes et le recours aux soins de santé mentale. De plus, la recherche montre que le sentiment de stigmatisation lié à la vulnérabilité psychique peut accentuer les sentiments de solitude, ce qui crée un cercle vicieux pour ceux dont le soutien social est déjà limité.

Par ailleurs, nous constatons de manière générale une nette augmentation de la consommation chronique d'antidépresseurs et d'antipsychotiques entre 2017 et 2024 parmi nos membres ayant le statut de titulaire indemnisable. Étant donné que nous suivons les mêmes personnes au fil du temps, cela suggère une augmentation réelle de la consommation chronique et non une simple hausse due à des changements démographiques. Parmi les explications possibles, on peut citer un changement dans les habitudes de prescription, une prévalence croissante des troubles psychiques ou

une meilleure accessibilité des soins, bien que notre étude ne puisse pas prouver ces hypothèses.

La combinaison de nos résultats avec les connaissances tirées de la littérature antérieure souligne la nécessité d'une politique qui tienne explicitement compte des groupes les plus vulnérables. Une approche intégrée tenant compte à la fois des facteurs sociaux, du contexte familial et des besoins en matière de santé mentale est essentielle pour répondre durablement au problème croissant de la vulnérabilité mentale et de la consommation de psychotropes.

06 Recommandations

1. **Le plan interfédéral Soins de santé mentale (SSM) - qui doit voir le jour en 2026 - doit accorder une attention particulière au groupe cible des isolés (avec ou sans enfants).**

Ce plan doit contribuer à une vision globale au niveau national et faciliter la collaboration entre les différentes compétences des différents niveaux de pouvoir et des différents ministres. Il ne doit pas se limiter aux soins, mais doit également mettre l'accent sur la promotion de la santé et la prévention des problèmes de santé mentale. Compte tenu du risque accru de vulnérabilité mentale chez les personnes isolées, il est important que ce groupe cible soit pleinement ancré dans le plan.

2. **Briser la stigmatisation liée à la vulnérabilité psychique afin de renforcer la participation sociale.**

Une réduction efficace de la stigmatisation liée à la vulnérabilité psychique nécessite une approche intégrée. Le recours à des patients-experts en est un exemple : ils peuvent fournir des indications précieuses sur les obstacles existants et les solutions possibles, tant au niveau politique que dans le cadre de l'aide individuelle. En outre, les campagnes de sensibilisation et d'information destinées au grand public restent primordiales pour lutter contre les préjugés et améliorer les connaissances en matière de santé mentale. Enfin, un engagement durable en faveur du développement des connaissances et des pratiques inclusives au sein des organisations et des services publics est nécessaire pour réduire structurellement la stigmatisation.

3. **Faire de la réduction de la solitude une priorité politique.**

La lutte contre la solitude doit occuper une place centrale dans les politiques publiques et s'inscrire pleinement dans le principe du *Health in All Policies*. Les pouvoirs publics doivent tenir compte de la diversité croissante des structures familiales. Les interventions politiques doivent viser des solutions à quatre niveaux : l'individu, le niveau relationnel, la communauté locale et la société. Cela implique notamment d'investir dans des lieux de rencontre de proximité, d'encourager le bénévolat et de soutenir les initiatives locales qui luttent contre

la solitude, comme les programmes de parrainage (*buddywerking*). Les organisations qui s'engagent à renforcer la cohésion sociale et la participation méritent un soutien structurel, tant sur le plan financier que politique. Il est important aussi que ces organisations aient une voix claire dans le débat politique, afin que les besoins des groupes qui, autrement, ont du mal à se faire entendre, reçoivent une attention suffisante.

4. Investir dans la formation et dans la recherche concernant la prise en charge de la solitude

Il est important de se pencher sur la problématique de la solitude, à la fois en sensibilisant davantage la société et en formant de manière ciblée les professionnels de santé à la reconnaître et à y remédier. Par ailleurs, il est essentiel d'investir dans la recherche scientifique afin de déterminer quelles interventions sont réellement efficaces contre la solitude. Ces travaux doivent s'accompagner d'évaluations en économie de la santé, permettant d'établir quelles mesures sont rentables et quelle valeur ajoutée elles apportent à notre système de soins. Dans une société où le rythme s'intensifie et où l'accent est trop souvent mis sur le travail rémunéré, nous ne pouvons pas négliger le développement de notre capital social. Sans action ciblée, nous risquons de voir les avancées économiques compromises par une augmentation des coûts liés à la santé et au bien-être.

5. Prendre des mesures pour favoriser les contacts sociaux.

Nous recommandons de développer des programmes - ou d'étendre les initiatives existantes - qui encouragent les gens, et en particulier les isolés, à participer à des activités sportives, artistiques, sociales et de loisirs. Ces initiatives visent non seulement à promouvoir le bien-être physique et mental, mais aussi à lutter contre la solitude et à renforcer les liens sociaux. Un exemple concret est le système de bons « UïTPAS », déjà utilisé dans certaines communes flamandes, qui encourage les personnes à participer à une activité en réduisant les frais d'inscription en fonction des revenus du ménage. Ces programmes doivent s'inscrire dans une approche de santé axée sur la communauté, qui mobilise les ressources locales pour renforcer la cohésion sociale et le bien-être mental.

07 Références

- Akinyemi, O., Abdulrazaq, W., Fasokun, M., Ogunyankin, F., Ikugbayigbe, S., Nwosu, U., Michael, M., Hughes, K., & Ogundare, T. (2025). The impact of loneliness on depression, mental health, and physical well-being. *PLOS ONE*, 20(7 July). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0319311>
- Bruggeman, H., & Nélis, G. (2023). *Belgian health and well-being cohort (BELHEALTH) - Bulletin n°3*.
- Bruggeman, H., Nélis, G., & Gisle, L. (2023). *Belgische gezondheids- en welzijnscohort (BELHEALTH) - Bulletin n°2*.
- Cox, C., Vaerbak, N., & Parsons, C. (2025). *Depression is Associated with Spatial Restriction in Fathers and Mothers on Parental Leave: a GPS Tracking Study*.
- Drieskens, S., Duveau, C., Hermans, L., & Nélis, G. (2024). *Belgian health and well-being cohort (BELHEALTH) - Bulletin n°4*.
- Kareem, O. M., Oduoye, M. O., Bhattacharjee, P., Kumar, D., Zuhair, V., Dave, T., Irfan, H., Taraphdar, S., Ali, S., & Orbih, O. M. (2024). *Single parenthood and depression: A thorough review of current understanding*. *Health Science Reports*, 7(7), e2235. <https://doi.org/10.1002/hsr2.2235>
- Kailaheimo-Lönnqvist, S., Nisén, J., Metsä-Simola, N., Martikainen, P., & Myrskylä, M. (2025). *Different mental health disorders and childlessness: The importance of partnership status* (MPIDR Working Paper WP-2025-010). Max Planck Institute for Demographic Research. <https://doi.org/10.4054/MPIDR-WP-2025-010>
- Monitoring van levensomstandigheden | Statbel. (2025, December 19). <https://statbel.fgov.be/nl/themas/huishoudens/armoede-en-levensomstandigheden/driemaandelijkse-monitoring>
- Perlman, D., & Peplau, L. A. (1998). Loneliness. *Encyclopedia of Mental Health*, 571–581.
- Ribeiro, S., Pedro, J., & Martins, M. V. (2024). *Psychosocial experiences of involuntary definitive childless women: A comparative study based on reproductive status*. *Human Reproduction*, 39(3), 559–568. <https://doi.org/10.1093/humrep/deae001>
- Seo, J. H., & Kim, H. K. (2022). What Is the Burnout of Mothers with Infants and Toddlers during the COVID-19 Pandemic? In Relation to Parenting Stress, Depression, and Parenting Efficacy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7). <https://doi.org/10.3390/ijerph19074291>
- Vandenthoren, L., Saerens, R., Karakaya, G., van der Cruyssen, K., & de Backer, M. (2024). *Evoluties in mentale gezondheid - Een analyse op de leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen tussen 2019 en 2023*. www.mloz.be
- Verhaegen, K. A., Duveau, C., Gisle, L., Jonker, H., Charafeddine, R., Demarest, S., & Braekman, E. (2024). *EENZAAMHEID EN GEESTELIJKE GEZONDHEID IN BELGIË: ONDERZOEKSRESULTATEN*.
- Xu, W., Zhou, J., Previtali, F., & Teerawichitchainan, B. (2025). *Social aspects of childlessness experiences in midlife and late adulthood: A scoping review*. *European Journal of Ageing*, 22, Article 41. <https://doi.org/10.1007/s10433-025-00877-7>

08 Annexes

Tableau 2 : Proportion d'utilisateurs chroniques d'antidépresseurs par an

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
General	5,86 %	6,27 %	6,67 %	7,00 %	7,70 %	8,29 %	8,82 %	9,41 %

Tableau 3 : Proportion d'utilisateurs chroniques d'antipsychotiques par an

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
General	0,42 %	0,45 %	0,49 %	0,57 %	0,62 %	0,68 %	0,74 %	0,81 %

Tableau 4 : Proportion de la population étudiée ayant bénéficié d'une consultation chez un psychiatre par an

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
General	3,26 %	3,39 %	3,59 %	3,44 %	3,74 %	3,93 %	4,20 %

Tableau 5 : Proportion d'utilisateurs chroniques d'antidépresseurs par année et par sexe, statut relationnel et statut parental

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Female in couple with children	5,70 %	6,23 %	6,65 %	7,14 %	7,98 %	8,62 %	9,31 %	9,97 %
Female in couple without children	9,55 %	9,92 %	10,52 %	10,96 %	11,96 %	12,73 %	13,13 %	13,88 %
Female solo with children	10,70 %	11,47 %	12,18 %	12,36 %	13,52 %	14,52 %	15,37 %	16,26 %
Female solo without children	12,72 %	12,75 %	13,40 %	14,03 %	14,91 %	15,95 %	16,68 %	17,33 %
Male in couple with children	3,04 %	3,31 %	3,58 %	3,81 %	4,25 %	4,55 %	4,89 %	5,34 %
Male in couple without children	4,59 %	5,09 %	5,25 %	5,70 %	6,24 %	6,84 %	7,49 %	7,74 %
Male solo with children	4,56 %	4,74 %	5,09 %	5,10 %	5,65 %	6,17 %	6,77 %	6,94 %
Male solo without children	6,54 %	7,06 %	7,46 %	7,58 %	8,22 %	8,96 %	9,15 %	10,05 %

Tableau 6 : Proportion d'utilisateurs chroniques d'antipsychotiques par année et par sexe, statut relationnel et statut parental

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Female in couple with children	0,18 %	0,18 %	0,24 %	0,29 %	0,34 %	0,40 %	0,43 %	0,45 %
Female in couple without children	0,46 %	0,45 %	0,52 %	0,62 %	0,64 %	0,76 %	0,80 %	0,98 %
Female solo with children	0,43 %	0,51 %	0,60 %	0,67 %	0,74 %	0,81 %	0,92 %	1,05 %
Female solo without children	1,12 %	1,22 %	1,26 %	1,46 %	1,55 %	1,73 %	1,94 %	1,96 %
Male in couple with children	0,22 %	0,23 %	0,26 %	0,30 %	0,34 %	0,37 %	0,41 %	0,46 %
Male in couple without children	0,36 %	0,37 %	0,38 %	0,47 %	0,48 %	0,56 %	0,58 %	0,66 %
Male solo with children	0,36 %	0,33 %	0,32 %	0,41 %	0,45 %	0,42 %	0,47 %	0,56 %
Male solo without children	1,49 %	1,63 %	1,74 %	1,89 %	2,02 %	2,12 %	2,26 %	2,40 %

Tableau 7 : Proportion de la population étudiée ayant consulté un psychothérapeute, par année, par sexe, par statut relationnel et par statut parental

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Female in couple with children	2,97 %	3,12 %	3,38 %	3,25 %	3,51 %	3,75 %	3,95 %
Female in couple without children	3,33 %	3,20 %	3,46 %	3,25 %	3,84 %	3,75 %	4,15 %
Female solo with children	6,14 %	6,39 %	6,86 %	6,74 %	7,28 %	7,40 %	8,04 %
Female solo without children	6,97 %	7,29 %	7,42 %	7,36 %	7,60 %	8,05 %	8,60 %
Male in couple with children	1,83 %	1,88 %	2,05 %	1,86 %	2,09 %	2,24 %	2,43 %
Male in couple without children	1,98 %	2,16 %	2,15 %	2,20 %	2,31 %	2,48 %	2,70 %
Male solo with children	2,74 %	2,71 %	2,75 %	2,65 %	2,82 %	3,16 %	3,22 %
Male solo without children	5,21 %	5,46 %	5,62 %	5,32 %	5,79 %	6,01 %	6,29 %

Tableau 8 : Liste des codes nomenclature pour les consultations en psychiatrie

102196	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en psychiatrie, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant
102211	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en neuropsychiatrie, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant
102690	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en psychiatrie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant
102712	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en neuropsychiatrie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant
102933*	Bilan diagnostic spécialisé de la démence par un médecin spécialiste en neurologie, en psychiatrie ou en gériatrie, avec un rapport écrit
102992*	Bilan diagnostic spécialisé de la démence par un médecin spécialiste en neurologie, en psychiatrie ou en gériatrie, accrédité, avec un rapport écrit
101695*	Consultation vidéo par un médecin spécialiste
109012*	Avis
102491*	Majoration d'une consultation au cabinet par un médecin spécialiste si la consultation est effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié entre 8 heures et 21 heures
102513*	Majoration d'une consultation au cabinet par un médecin spécialiste si la consultation est effectuée entre 21 heures et 8 heures
103014*	Visite au domicile du malade par un médecin spécialiste sur demande écrite du médecin généraliste traitant ou du médecin généraliste sur base de droits acquis traitant, avec rapport écrit par le médecin spécialiste. La présence simultanée des deux médecins est obligatoire si elle est réclamée dans la demande écrite.
103051*	Visite en maison de repos ou en maison de repos et de soins par un médecin spécialiste sur demande écrite du médecin généraliste traitant ou du médecin généraliste sur base de droits acquis traitant, avec rapport écrit par le médecin spécialiste. La présence simultanée des deux médecins est obligatoire si elle est réclamée dans la demande écrite.
103073+	Visite en résidence communautaire de personnes handicapées par un médecin spécialiste sur demande écrite du médecin traitant, avec rapport écrit par le médecin spécialiste appelé. La présence simultanée des deux médecins est obligatoire si elle est réclamée dans la demande écrite.
106816*	Visite par un médecin spécialiste en psychiatrie ou en neuropsychiatrie chez un bénéficiaire résidant dans un centre d'hébergement et de soins (woonzorgcentrum) ou une maison de repos, sur demande écrite du médecin généraliste traitant ou du médecin généraliste sur base de droits acquis traitant, avec rapport médical obligatoire au médecin traitant.
106971*	Majoration d'une visite par un médecin spécialiste en gériatrie, en neurologie, en psychiatrie ou en neuropsychiatrie (106772, 106794 et 106816) à un bénéficiaire résidant dans un centre d'hébergement et de soins (woonzorgcentrum) ou une maison de repos, si la visite est effectuée entre 21 heures et 8 heures
106993*	Majoration d'une visite par un médecin spécialiste en gériatrie, en neurologie, en psychiatrie ou en neuropsychiatrie (106772, 106794 et 106816) à un bénéficiaire résidant dans un centre d'hébergement et de soins (woonzorgcentrum) ou une maison de repos, si la visite est effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié, entre 8 heures et 21 heures
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 spécialiste en psychiatrie accrédité, 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 spécialiste en psychiatrie accrédité, 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 minimum, 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
101894	Séance d'une durée de 30 minutes minimum, sans présence physique, en vue d'un diagnostic psychiatrique ou d'un traitement psychothérapeutique
101916	Séance d'une durée de 45 minutes minimum, sans présence physique, en vue de la poursuite d'un traitement psychothérapeutique débuté avant les mesures gouvernementales
101931	Séance d'une durée 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
109351	Evaluation psychiatrique approfondie et individuelle, d'une durée minimum de 120 minutes, d'enfant ou d'adolescent de moins de 18 ans, par un médecin spécialiste en psychiatrie, sur prescription du médecin traitant, avec rédaction du dossier et du rapport, par séance
109373	Concertation entre le médecin spécialiste en psychiatrie et le psychologue ou l'orthopédagogue, au sujet du traitement ambulatoire d'un patient âgé de moins de 18 ans
109395	Concertation entre le médecin spécialiste en psychiatrie accrédité et le psychologue ou l'orthopédagogue, au sujet du traitement ambulatoire d'un patient âgé de moins de 18 ans
109410	Evaluation psychiatrique approfondie et individuelle, d'une durée minimum de 120 minutes, d'enfant ou d'adolescent de moins de 18 ans, par un médecin spécialiste en psychiatrie accrédité, sur prescription du médecin traitant, avec rédaction du dossier et du rapport, par séance
109432	Honoraires pour une concertation pluridisciplinaire sous la supervision du médecin spécialiste en psychiatrie, pour un enfant ou un adolescent âgé de moins de 18 ans, avec la participation d'au moins 2 autres instances ou disciplines d'aide, en présence ou non du patient et/ou du ou des adultes qui assure(nt) l'éducation et l'encadrement quotidien, d'une durée de 90 minutes. Un rapport mentionnant les participants fait partie du dossier du patient.
109454	Honoraires pour une concertation pluridisciplinaire sous la supervision du médecin spécialiste en psychiatrie accrédité, pour un enfant ou un adolescent âgé de moins de 18 ans, avec la participation d'au moins 2 autres instances ou disciplines d'aide, en présence ou non du patient et/ou du ou des adultes qui assure(nt) l'éducation et l'encadrement quotidien, d'une durée de 90 minutes. Un rapport mentionnant les participants fait partie du dossier du patient. Un rapport mentionnant les participants fait partie du dossier du patient.

Note Les codes nomenclature marqués d'un astérisque (*) ont utilisé comme filtre les codes de compétence 076, 078, 119, 162, 192, 195, 592, 689, 692, 760, 764, 780, 784 et 788 pour ne reprendre que les médecins ayant une spécialisation en psychiatrie.

Tableau 9 : *Rapports de cotes corrigés avec intervalle de confiance à 95 % et valeur significative*

	Consommation chronique d'antidépresseurs		Consommation chronique d'antipsychotiques		Consultations psychiatriques	
	OR (95% CI)	Valeur p	OR (95% CI)	Valeur p	OR (95% CI)	Valeur p
Female (F)	1,92 (1,87-1,98)	< 0,001	1,00 (0,89-1,13)	0,95	1,49 (1,44-1,54)	< 0,001
Male (M)	Ref		Ref		Ref	
Solo (S)	1,38 (1,34-1,41)	< 0,001	1,57 (1,39-1,77)	< 0,001	1,77 (1,71-1,83)	< 0,001
Couple (C)	Ref		Ref		Ref	
Non-parent (NP)	1,24 (1,20-1,27)	< 0,001	1,73 (1,53-1,95)	< 0,001	1,12 (1,08-1,16)	< 0,001
Parent (P)	Ref		Ref		Ref	
Employee	1,23 (1,20-1,27)	< 0,001	1,36 (1,21-1,52)	< 0,001	1,26 (1,21-1,31)	< 0,001
Laborer	1,16 (1,12-1,20)	< 0,001	1,72 (1,52-1,94)	< 0,001	1,16 (1,11-1,21)	< 0,001
Other	2,88 (2,78-2,99)	< 0,001	4,96 (4,36-5,64)	< 0,001	5,44 (5,19-5,71)	< 0,001
Independent	Ref		Ref		Ref	

Flemish region	1,00 (0,97-1,02)	0,72	0,85 (0,76-0,94)	< 0,01	0,62 (0,60-0,64)	< 0,001
Walloon region	1,20 (1,17-1,24)	< 0,001	0,86 (0,77-0,96)	< 0,01	0,73 (0,71-0,76)	< 0,001
Brussels region	Ref		Ref		Ref	
BIM	1,16 (1,13-1,19)	< 0,001	1,67 (1,52-1,83)	< 0,001	1,38 (1,33-1,43)	< 0,001
No BIM	Ref		Ref		Ref	
50 and older	1,58 (1,50-1,66)	< 0,001	0,93 (0,78-1,12)	0,54	1,10 (1,03-1,18)	< 0,001
40-49	1,54 (1,46-1,62)	< 0,001	1,08 (0,91-1,27)	0,41	1,19 (1,11-1,26)	< 0,001
30-39	1,32 (1,26-1,39)	< 0,001	1,05 (0,90-1,23)	0,46	1,15 (1,09-1,23)	< 0,01
29 and younger	Ref		Ref		Ref	
F NP	2,37 (2,28-2,47)	< 0,001	1,73 (1,43-2,09)	< 0,001	1,67 (1,58-1,76)	< 0,001
F P	2,05 (1,98-2,12)	< 0,001	1,07 (0,90-1,26)	0,46	1,69 (1,62-1,76)	< 0,001
M NP	1,32 (1,26-1,38)	< 0,001	1,83 (1,52-2,21)	< 0,001	1,27 (1,20-1,34)	< 0,001
M P	Ref		Ref		Ref	
F S	2,64 (2,54-2,74)	< 0,001	1,58 (1,34-1,86)	< 0,001	2,64 (2,51-2,77)	< 0,001
F C	1,78 (1,71-1,85)	< 0,001	1,09 (0,93-1,29)	0,28	1,43 (1,37-1,51)	< 0,001
M S	1,27 (1,22-1,33)	< 0,001	1,71 (1,42-2,06)	< 0,001	1,70 (1,62-1,80)	< 0,001
M C	Ref		Ref		Ref	
S NP	1,70 (1,65-1,75)	< 0,001	2,71 (2,41-3,04)	< 0,001	1,98 (1,91-2,06)	< 0,001
S P	1,41 (1,36-1,46)	< 0,001	1,10 (0,94-1,30)	0,25	1,51 (1,45-1,58)	< 0,001
C NP	1,27 (1,22-1,32)	< 0,001	1,21 (1,03-1,43)	< 0,05	0,95 (0,91-1,00)	0,07
C P	Ref		Ref		Ref	
F S NP	3,18 (3,03-3,33)	< 0,001	2,18 (1,82-2,61)	< 0,001	2,79 (2,64-2,95)	< 0,001
F S P	2,89 (2,78-3,00)	< 0,001	1,18 (0,98-1,41)	0,08	2,56 (2,44-2,68)	< 0,001
F C NP	2,25 (2,14-2,37)	< 0,001	1,33 (1,07-1,64)	< 0,01	1,37 (1,27-1,47)	< 0,001
F C P	1,85 (1,78-1,91)	< 0,001	0,93 (0,81-1,07)	0,3	1,54 (1,47-1,60)	< 0,001
M S NP	1,68 (1,60-1,76)	< 0,001	3,13 (2,72-3,60)	< 0,001	2,16 (2,06-2,28)	< 0,001
M S P	1,27 (1,20-1,35)	< 0,001	0,96 (0,73-1,27)	0,78	1,37 (1,28-1,47)	< 0,001
M C NP	1,32 (1,24-1,39)	< 0,001	1,03 (0,81-1,31)	0,81	1,02 (0,95-1,10)	0,55
M C P	Ref		Ref		Ref	





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, mars 2026
(numéro d'entreprise 411.766.483)

Les Mutualités Libres regroupent :

