

# Baromètre Consommation de soins de santé mentale : Données 2021

*Leila Maron, Bénédicte Vos et Jérôme Vrancken*



Service Etudes  
Octobre 2022

ETUDE

**Baromètre**  
**Consommation de soins**  
**de santé mentale**  
Données 2021

**Service Études**

## **Table des matières**

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>6</b>
<b>1. Données et méthodologie .....</b>	<b>7</b>
<b>2. Résultats .....</b>	<b>9</b>
2.1 Etat de la situation en 2021 .....	9
2.2 Situation selon le profil des affiliés .....	10
2.2.1 Selon l'âge.....	11
2.2.2 Selon le sexe.....	11
2.2.3 Selon la situation familiale : le cas des familles monoparentales .....	13
2.2.4 Selon le profil socioéconomique .....	13
2.3 Identification des groupes à risque.....	17
2.4 Evolution générale 2011-2019-2021 .....	19
2.5 Evolution selon le profil des affiliés .....	19
2.5.1 Selon l'âge.....	21
2.5.2 Selon la situation familiale : le cas des familles monoparentales .....	22
2.5.3 Selon le profil socioéconomique .....	23
2.6 Prescription de médicaments.....	25
<b>CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>28</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>30</b>

## **Table des figures**

Figure 1 : Set d'indicateurs de consommation de soins de santé mentale .....	7
Figure 2 : Proportion d'affiliés pris en charge pour un problème de santé mentale, 2021 .....	10
Figure 3 : Proportion d'affiliés pris en charge pour un problème de santé mentale selon la catégorie d'âge, 2021 .....	11
Figure 4 : Proportion d'affiliés pris en charge pour un problème de santé mentale selon le sexe, 2021 .....	12
Figure 5 : Proportion d'affiliés pris en charge pour un problème de santé mentale par type de soins selon le sexe, 2021 .....	12
Figure 6 : Proportion d'affiliés pris en charge pour un problème de santé mentale parmi les personnes à la tête d'une famille monoparentale, 2021 .....	13
Figure 7 : Proportion d'affiliés pris en charge pour un problème de santé mentale, selon le statut socioéconomique, 2021 .....	14
Figure 8 : Proportion d'affiliés pris en charge pour un problème de santé mentale selon les facteurs cumulatifs (femme, BIM, titulaire d'une famille monoparentale), 2021 .....	15
Figure 9 : Proportion d'affiliés pris en charge pour un problème de santé mentale selon les facteurs cumulatifs (jeune, BIM, personne à charge famille monoparentale), 2021 .....	16
Figure 10 : Proportion d'affiliés pris en charge pour un problème de santé mentale, selon le revenu dans le quartier statistique, 2021 .....	17
Figure 11 : Profil de risque des affiliés ayant au moins 1 PEC en santé mentale et au moins 1 médicament (antidépresseurs/antipsychotiques), 2021 .....	18
Figure 12 : Profil de risque pour contacts ambulatoires et hospitalisation pour problème de santé mentale, 2021 .....	18
Figure 13 : Evolution de la proportion d'affiliés pris en charge pour un problème de santé mentale, 2011-2019-2021 .....	19
Figure 14 : Evolution de la proportion d'affiliés pris en charge pour un problème de santé mentale par catégorie d'âge, 2011-2019-2021 .....	21
Figure 15 : Evolution de la proportion d'affiliés pris en charge pour un problème de santé mentale parmi les personnes à la tête d'une famille monoparentale, 2011-2019-2021 .....	22
Figure 16 : Evolution de la proportion d'affiliés à charge dans une famille monoparentale pris en charge pour un problème de santé mentale, 2011-2019-2021 .....	23
Figure 17 : Evolution de la proportion d'affiliés pris en charge pour un problème de santé mentale selon le statut BIM, 2011-2019-2021 .....	24
Figure 18 : Evolution de la proportion d'affiliés pris en charge pour un problème de santé mentale selon le quartile des revenus fiscaux dans le quartier statistique, 2011-2019-2021 .....	25
Figure 19 : Evolution de la proportion de prescripteurs d'antidépresseurs et antipsychotiques, 2011-2019-2021 .....	26
Figure 20 : Prescripteur initiant le traitement médicamenteux (antidépresseurs et antipsychotiques), 2021 .....	27

## **Table des tableaux**

Tableau 1 : Proportion d'affiliés pris en charge pour un problème de santé mentale selon le profil, 2021 .....	10
Tableau 2 : Evolution de la proportion d'affiliés pris en charge pour un problème de santé mentale selon le profil (pourcentage pour 2011, 2019 et 2021 et pourcentage d'évolution entre 2011-2019 et 2019-2021), 2011-2019-2021 .....	20
Tableau 3 : Evolution des doses journalières moyennes prescrites pour les antidépresseurs et antipsychotiques et pourcentage d'évolution, 2011-2019-2021.....	25

### Remerciements

**Nous remercions tout particulièrement  
le Comité d'accompagnement**

Delphine Ancel (Institut Solidaris)  
 Mélanie De Schepper, (Association Socialiste de la Personne Handicapée)  
 Anissa d'Ortenzio (Femmes Prévoyantes Socialistes)  
 Valérie Fabri (Direction médicale, Union Nationale des Mutualités Socialistes)  
 Anne Hendrickx (Service Etudes, Union Nationale des Mutualités Socialistes)  
 Lucie Hubinon (Service Promotion de la santé, Union Nationale des Mutualités Socialistes)  
 Danièle Lontsi (Institut Solidaris)  
 Ermelinde Malcotte (Espace Seniors)  
 Xavier Malisoux (Un pass dans l'impasse)  
 Jihan Seniora (Fédération des Centres de Planning Familial des Femmes Prévoyantes Socialistes)

## INTRODUCTION

La crise sanitaire liée à la Covid-19 a mis en exergue les enjeux en matière de santé mentale et a démontré l'importance de prendre soin de la santé mentale de la population au même titre que sa santé physique. Elle a permis des avancées en termes d'accessibilité des soins en santé mentale : des budgets importants ont été dégagés par les autorités fédérales et régionales dans cet objectif. La nouvelle convention INAMI qui vise à une meilleure accessibilité financière<sup>1</sup> aux soins psychologiques en ambulatoire en est un exemple.

Mais la crise a également pointé le manque crucial de données permettant d'objectiver la situation en Belgique. Alors qu'un certain nombre d'enquêtes ont vu le jour pour évaluer la santé mentale de la population suite à la pandémie de coronavirus, force est de constater que ces enquêtes n'ont pas pour autant continué au fur et à mesure que la situation se stabilisait. En outre, ces enquêtes étaient basées sur de l'auto-évaluation et non sur des diagnostics médicaux.

Aujourd'hui, il existe toujours peu d'analyses quantitatives et d'information exhaustive disponible pour traiter la question de la santé mentale alors que les besoins de monitoring restent bien présents. Solidaris avait déjà pointé ce problème il y a un an<sup>2</sup> et avait alors réalisé une analyse exploratoire du secteur en Belgique. Solidaris proposait par ailleurs de lancer un Baromètre sur la santé mentale pour monitorer régulièrement la situation en Belgique sur base des données quantitatives dont la Mutualité dispose.

Cette étude constitue la deuxième édition du « Baromètre - Consommation de soins de santé mentale » de Solidaris. Elle s'appuie sur les données de prestations de soins remboursés par la Mutuelle dans le cadre de l'assurance obligatoire à ses 3,3 millions d'affiliés.

Ce Baromètre a pour objectif d'analyser de manière approfondie la consommation de soins de santé mentale ou encore la prise en charge des problèmes de santé mentale par les affiliés<sup>3</sup> sur base des données de 2021. Cette consommation est analysée à travers un set d'indicateurs (consultations, médicaments et hospitalisations) et est également ventilée selon le profil socioéconomique de la population afin d'identifier les groupes plus à risque ou du moins qui consomment davantage de soins de santé mentale. Nous mettons également les résultats de 2021 en perspective avec la situation observée en 2011 afin de pouvoir analyser les évolutions de la consommation de soins de santé mentale ces dix dernières années.

Ce Baromètre complète les enquêtes de l'Institut Solidaris et son « Baromètre Confiance et Bien-être »<sup>4</sup> qui aborde des questions de santé mentale en sondant régulièrement les Belges francophones. Il a également été couplé cette année à la réalisation d'une enquête (menée en juin 2022 auprès de la population francophone âgée de 18 ans et plus) portant sur la santé mentale des Belges et leur perception et connaissance du secteur dans l'objectif d'évaluer l'évolution en 10 ans<sup>5</sup>. Solidaris entend ainsi à la fois contribuer à l'amélioration de la connaissance de la situation de la santé mentale en Belgique mais également d'en améliorer la prise en charge.

---

<sup>1</sup> Dans le cadre de la convention INAMI, le ticket modérateur est de 4€ pour les bénéficiaires de l'intervention majorée et 11€ pour les bénéficiaires ordinaires (le psychologue ne pouvant pas facturer de suppléments) alors que le montant à charge du patient s'élève en moyenne à 60 euros lorsque le patient s'adresse à un psychologue n'ayant pas signé la convention.

<sup>2</sup> Maron et Vrancken (2021).

<sup>3</sup> A noter que cette consommation de soins de santé mentale n'est pas forcément équivalente aux besoins en la matière.

<sup>4</sup> Voir le site de l'Institut [Institut Solidaris \(institut-solidaris.be\)](https://www.institut-solidaris.be).

<sup>5</sup> Les résultats de l'Enquête « Comment allons-nous ? La santé mentale des Belges francophones à la loupe » (Institut Solidaris, 2022) sont disponibles sur [Institut Solidaris \(institut-solidaris.be\)](https://www.institut-solidaris.be).

. A noter qu'une première édition de cette enquête a été réalisée en 2012. Voir Institut Solidaris (2012) pour plus d'informations.

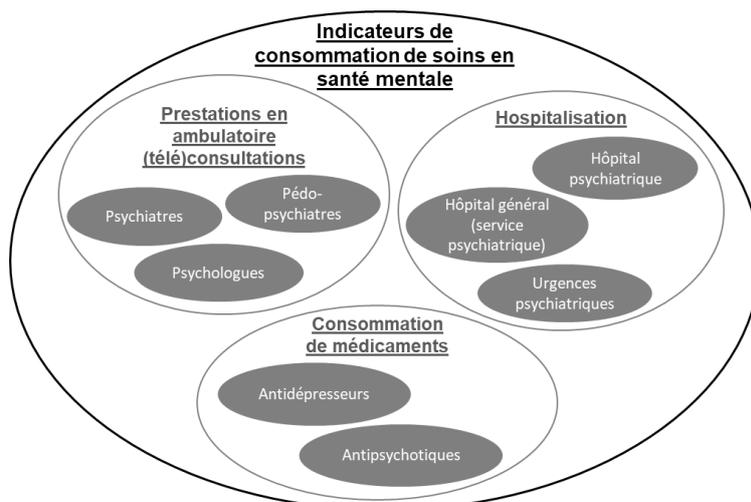
## 1. DONNÉES ET MÉTHODOLOGIE

Pour réaliser ce baromètre, Solidararis s'est appuyé sur les données de prestations de soins pour lesquelles il y a une intervention de l'assurance maladie (INAMI), via un remboursement de la mutuelle dans le cadre de l'assurance obligatoire (AO). Ces données reflètent la consommation des soins de 3,3 millions d'affiliés de Solidararis, ce qui représente plus d'un tiers des Belges.

La prise en charge consommation de soins des affiliés est analysée à travers un set d'indicateurs couvrant trois secteurs (voir Figure 1) :

- Les médicaments via la consommation d'antidépresseurs et d'antipsychotiques<sup>6</sup>.
- Le secteur ambulatoire, via les consultations et téléconsultations<sup>7</sup> des psychiatres et pédopsychiatres ainsi que des psychologues à partir de 2019 suite à l'introduction du remboursement en AO (bien que cela concerne encore une minorité de personnes)<sup>8</sup>.
- Le secteur hospitalier via les admissions pour des raisons de santé mentale, que ce soit dans un service psychiatrique d'un hôpital général ou dans un hôpital psychiatrique ; avec un focus également sur les urgences, à savoir un passage aux urgences pour raison psychiatrique, les hospitalisations urgentes référencées par un médecin ou non ainsi que les hospitalisations sous contrainte en psychiatrie (c'est à-dire la possibilité d'internement ou de mise en observation d'une personne, telle qu'elle existe depuis 2017).

**Figure 1 : Set d'indicateurs de consommation de soins de santé mentale**



Source : Solidararis (2021)

Ces différents indicateurs nous donnent la proportion d'affiliés consommant des soins (remboursés) dans le secteur considéré.

<sup>6</sup> Il s'agit des médicaments délivrés en officine publique ou en maison de repos.

<sup>7</sup> Reprend également les téléconsultations (cf. prestations à distance, via téléphone ou vidéo) rendues possibles lors du premier confinement lié à la crise sanitaire de la Covid-19 en 2019 afin de permettre d'assurer la continuité des soins tout en limitant les risques de propagation du virus. L'INAMI a autorisé leur facturation en tiers-payant et prévu une prise en charge de 100% par l'assurance maladie (donc pas de ticket modérateur, ni de supplément facturable au patient).

<sup>8</sup> Pour plus d'informations sur les conditions d'accès et le remboursement : [Vos soins psychologiques de 1re ligne ou spécialisés : remboursés via les réseaux de santé mentale - INAMI \(fgov.be\)](https://www.fgov.be/fr/themes/santee/soins-psychologiques-de-1re-ligne-ou-specialises-rembourses-via-les-reseaux-de-sante-mentale-inami).

Nous avons par ailleurs calculé un indicateur synthétique permettant de connaître la proportion de la population prise en charge au moins une fois sur l'année pour un problème de santé mentale, quelle que soit la modalité de la prise en charge : consultation ambulatoire chez un professionnel de la santé mentale (psychiatre, pédopsychiatre, psychologue), consommation de médicaments (antidépresseurs ou antipsychotiques) ou hospitalisation. Dans la suite du document, cet indicateur synthétique sera nommé "≥1 PEC" qui signifie au moins une prise en charge. De manière générale, on parlera de la santé mentale de la population pour désigner la consommation de soins ou la prise en charge de la santé mentale.

Afin de rendre compte de l'hétérogénéité de la problématique, nous avons calculé ces différents indicateurs spécifiquement pour différentes sous-populations. Nous tenons compte du profil socioéconomique des affiliés en analysant la situation en fonction d'une série de facteurs tels que :

- l'âge ;
- le sexe ;
- la situation familiale (cf. le fait d'être titulaire ou personne à charge d'une famille monoparentale) ;
- la situation socioéconomique approchée soit par le fait de bénéficier de l'intervention majorée (statut BIM)<sup>9</sup> soit par une échelle de stratification sociale construite à partir des revenus fiscaux dans le quartier statistique<sup>10</sup> ;
- etc.

Outre les analyses statistiques descriptives, nous réalisons une analyse économétrique sur base de régressions logistiques afin de pouvoir identifier quels sont les facteurs intervenant dans la consommation de soins de santé mentale et les groupes plus à risque.

Ces analyses nous permettent de dresser un état des lieux sur base des données disponibles les plus récentes et qui sont relatives à l'année 2021. Afin de pouvoir analyser les évolutions de la consommation de soins de santé mentale ces dix dernières années, nous mettons les résultats de 2021 en perspective avec la situation observée en 2011 et en 2019, cette dernière année permettant de prendre en compte les évolutions depuis le début de la crise sanitaire liée à la Covid-19.

Seules les prestations pour lesquelles la mutualité intervient dans le cadre de l'assurance obligatoire sont reprises ici. Nos données nous permettent ainsi d'objectiver la prise en charge médicale par les psychiatres mais aussi de plus en plus de données sur la prise en charge par les psychologues

---

<sup>9</sup> Ce statut est octroyé aux personnes à bas revenus et leur permet de bénéficier d'un remboursement majoré des soins de santé et d'autres avantages.

<sup>10</sup> Cette échelle de stratification sociale permet de répartir la population en différents sous-groupes sur base des revenus fiscaux déclarés (revenu total net imposable du ménage) disponibles au niveau des quartiers statistiques de résidence (cf. Statistiques fiscales du SPF Economie). Il s'agit ici des quartiles qui séparent la population en 4 sous-groupes de 25%. Cela nous permet ensuite de distinguer le quartile inférieur qui représente les 25% des affiliés habitant dans les quartiers statistiques dont les revenus sont les plus faibles et à l'inverse le quartile supérieur qui représente les 25% des affiliés habitant dans les quartiers statistiques dont les revenus sont les plus élevés. Plus d'informations sur la méthodologie utilisée dans notre étude sur les inégalités sociales (Laasman, Maron et Vrancken, 2019).

<sup>11</sup> Il s'agit des statistiques fiscales du Service Public Fédéral (SPF Economie) qui concernent le revenu total net imposable du ménage. <sup>12</sup> Le quartier statistique (ou le secteur statistique) est la plus petite unité territoriale de base du territoire belge – de la taille d'un quartier comme son nom l'indique – pour laquelle les statistiques sont collectées par le Service Public Fédéral (SPF) Economie. L'ensemble du territoire belge est ainsi découpé en 20.000 quartiers statistiques.

cliniciens (cf. nouvelle convention INAMI)<sup>11</sup> mais elles ne couvrent pas l'ensemble des soins en santé mentale. Par exemple les consultations chez un psychologue n'entrant pas dans le cadre des conditions de remboursement par l'assurance maladie ne sont pas intégrées de même que le suivi en santé mentale par le médecin généraliste (au-delà des prescriptions de médicaments) ou encore les soins prodigués par les psychothérapeutes, les sophrologues, les kinésithérapeutes, les hypnothérapeutes, etc. qui constituent d'autres formes de la prise en charge de la santé mentale.

Nous mesurons de la sorte la consommation de soins de santé mentale à travers une certaine "lorgnette". Il est par ailleurs important de préciser que cette consommation ne reflète pas pour autant les besoins en soins de santé mentale<sup>12</sup> en raison de report de soins, de considérations individuelles (pas de souhait du patient de consulter, stigmatisation, etc.), d'un problème d'offre, etc.

Cela étant dit, les données à notre disposition nous permettent de documenter la problématique et de mieux objectiver la santé mentale des Belges grâce à un état des lieux approfondi et le suivi de l'évolution de la consommation de soins (remboursés par l'assurance maladie) des affiliés dans le temps.

## 2. RÉSULTATS

### 2.1 Etat de la situation en 2021

La Figure 1 présente les principaux indicateurs de consommation de soins de santé mentale. D'une manière générale, 14,3% des affiliés ont bénéficié d'au moins une prise en charge ( $\geq 1$  PEC) relative à leur santé mentale en 2021. C'est près d'un affilié sur sept !

Une analyse plus détaillée de la consommation par catégorie (Figure 2) montre que :

- 12,9 % des affiliés ont pris des médicaments, que ce soit des antidépresseurs ou des antipsychotiques ;
- 3,8% des affiliés ont eu au moins un contact ambulatoire avec un spécialiste de la santé mentale (psychologues et psychiatres) ;
- moins de 1% des affiliés ont été hospitalisés en raison d'un problème de santé mentale.

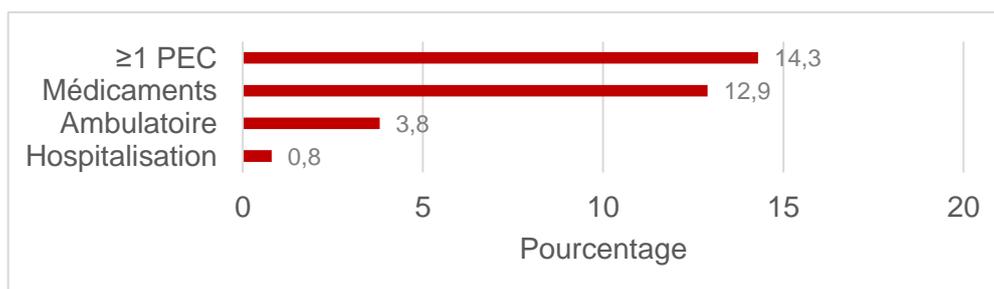
A noter que ces résultats sont à mettre en rapport avec les données à notre disposition pour étudier la consommation de soins de santé mentale, ces dernières ayant une vue partielle sur la consommation de soins en ambulatoire<sup>13</sup>.

---

<sup>11</sup> A noter que nous disposons également de données relatives aux psychologues ayant conclu une convention avec les mutualités dans le cadre de l'AC (incluant les CPF) mais celles-ci ont été analysées à part et feront l'objet d'une étude spécifique.

<sup>12</sup> A cet égard, la dernière enquête sur le report de soins réalisée par l'Institut Solidaris montre qu'en 2021, plus d'une personne sur quatre (27,6%) a dû renoncer au cours des 12 derniers mois à aller chez un professionnel de la santé mentale pour des raisons financières (Institut Solidaris, 2021).

<sup>13</sup> Pour plus d'informations, voir le chapitre consacré aux données et à la méthodologie.

**Figure 2 : Proportion d'affiliés pris en charge pour un problème de santé mentale, 2021**

Source : Solidaris (2021)

## 2.2 Situation selon le profil des affiliés

Si la Figure 2 (cf. supra) représente la situation globale au niveau de la population, elle masque des réalités qui peuvent différer en fonction du profil, comme en témoigne le Tableau 1.

**Tableau 1 : Proportion d'affiliés pris en charge pour un problème de santé mentale selon le profil, 2021**

	Nombre d'affiliés	≥1 PEC (%)	Médic.* (%)	Ambu.* (%)	Hospit.* (%)	Urg.* (%)
<b>Population</b>	3.234.436	14,3	12,9	3,8	0,8	0,2
<b>Sexe</b>						
Femmes	1.658.850	17,6	16,2	4,2	0,8	0,2
Hommes	1.575.586	10,9	9,4	3,4	0,8	0,2
<b>Age (années)</b>						
<12	466.199	2,5	0,5	2,2	0,2	0,0
12-17	248.667	5,4	2,2	4,4	0,6	0,1
18-23	222.098	6,8	5,0	3,4	0,9	0,3
24-30	276.473	9,1	7,5	3,7	1,0	0,3
31-45	640.854	14,5	12,9	5,2	1,2	0,3
46-64	789.806	21,2	19,9	5,2	1,0	0,3
65-74	321.854	21,2	20,8	2,0	0,5	0,1
≥75	268.485	26,1	25,9	1,0	0,2	0,1
<b>Statut professionnel</b>						
Indépendant	208.860	8,9	7,8	2,3	0,3	0,1
Fonctionnaire	41.405	16,0	14,5	4,1	0,5	0,1
Ouvrier	1.292.025	12,5	10,8	4,5	0,9	0,2
Employé	815.445	11,8	10,0	4,4	0,6	0,1
Pensionné	660.609	22,8	22,4	1,8	0,5	0,1
<b>Situation familiale</b>						
Tit. monoparental	78.685	25,7	23,2	8,8	1,6	0,4
A charge monop.	136.702	6,5	3,2	4,7	0,7	0,1
<b>Statut socioéconomique**</b>						
BIM	874.977	19,8	17,8	6,1	1,6	0,4
Bénéf. ordinaire	2.359.459	12,3	11,0	2,9	0,5	0,1
Revenus faibles	807.130	14,2	12,5	4,5	1,0	0,2
Revenus élevés	809.647	13,5	12,1	3,2	0,6	0,1

\* : Medic. = médicaments, Ambu. = ambulatoire, Hospit. = hospitalisation, Urg. = urgences

\*\* : voir section Données et méthodologie

Source : Solidaris (2011-2021)

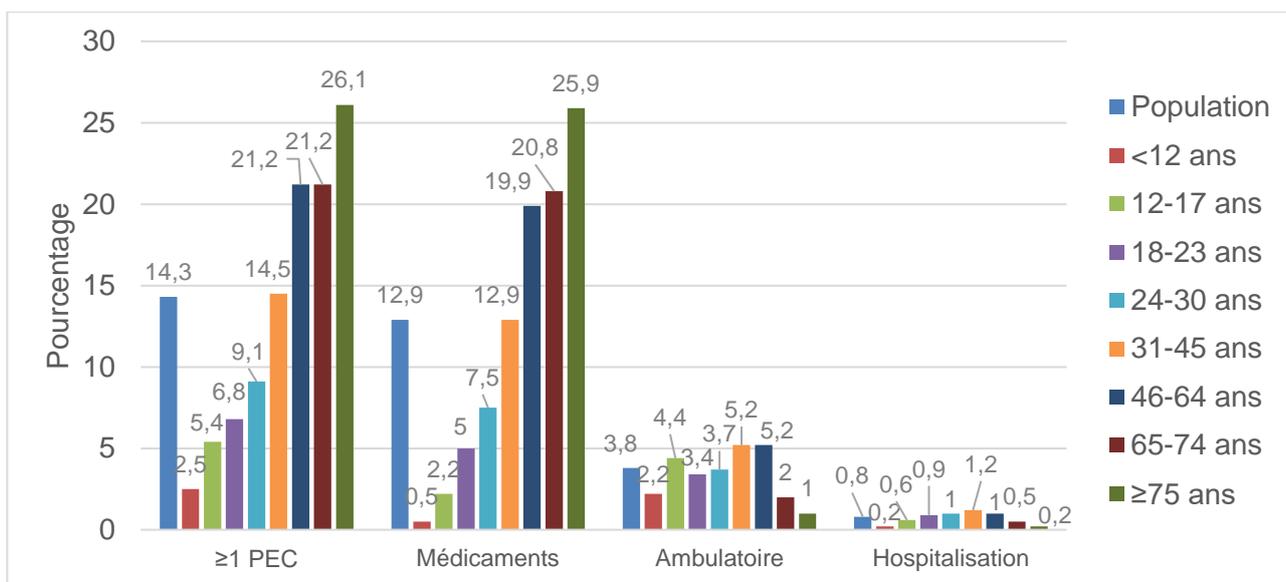
On observe ainsi une certaine hétérogénéité des situations selon le profil des affiliés. C’est pourquoi nous analysons de plus près certains chiffres et nous penchons en particulier sur la consommation de soins de santé mentale en fonction de l’âge, du sexe, du profil socioéconomique ou encore de la situation familiale comme le fait d’être titulaire d’une famille monoparentale ou personne à charge de la famille monoparentale.

### 2.2.1 Selon l’âge

D'une manière générale, la proportion d’affiliés consommant des soins de santé mentale augmente avec l’âge (Figure 3). Elle est ainsi de 2,5% chez les moins de 12 ans, avoisine les 10% chez les 24-30 ans et les 15% chez les 31-45 ans, pour être supérieure à 20% chez les plus de 45 ans. Les personnes âgées de 75 ans et plus sont en tête du peloton : 26% d’entre elles, soit une personne sur quatre, ont été prises en charge pour un problème de santé mentale en 2021.

Une analyse par catégorie de soins de santé mentale montre la même tendance au niveau de la consommation de médicaments. Quant à la consommation de soins de santé mentale en ambulatoire et à l’hôpital, elle augmente globalement avec l’âge jusque 64 ans et diminue après 65 ans.

**Figure 3 : Proportion d’affiliés pris en charge pour un problème de santé mentale selon la catégorie d’âge, 2021**

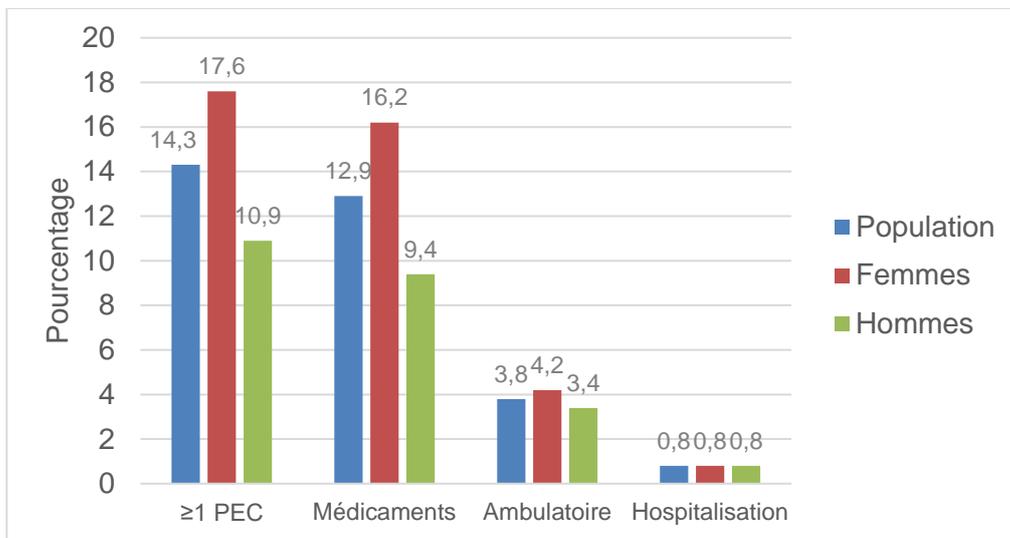


Source : Solidaris (2021)

### 2.2.2 Selon le sexe

Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à être prises en charge pour des problèmes de santé mentale que les hommes. Cela concerne 17,6% d’entre elles contre 10,9% d’hommes ; la moyenne au niveau de la population étant de 14,3% en 2021 (Figures 2 et 4). En d’autres mots, la prise en charge de la santé mentale est 1,6 fois supérieure chez les femmes que chez les hommes.

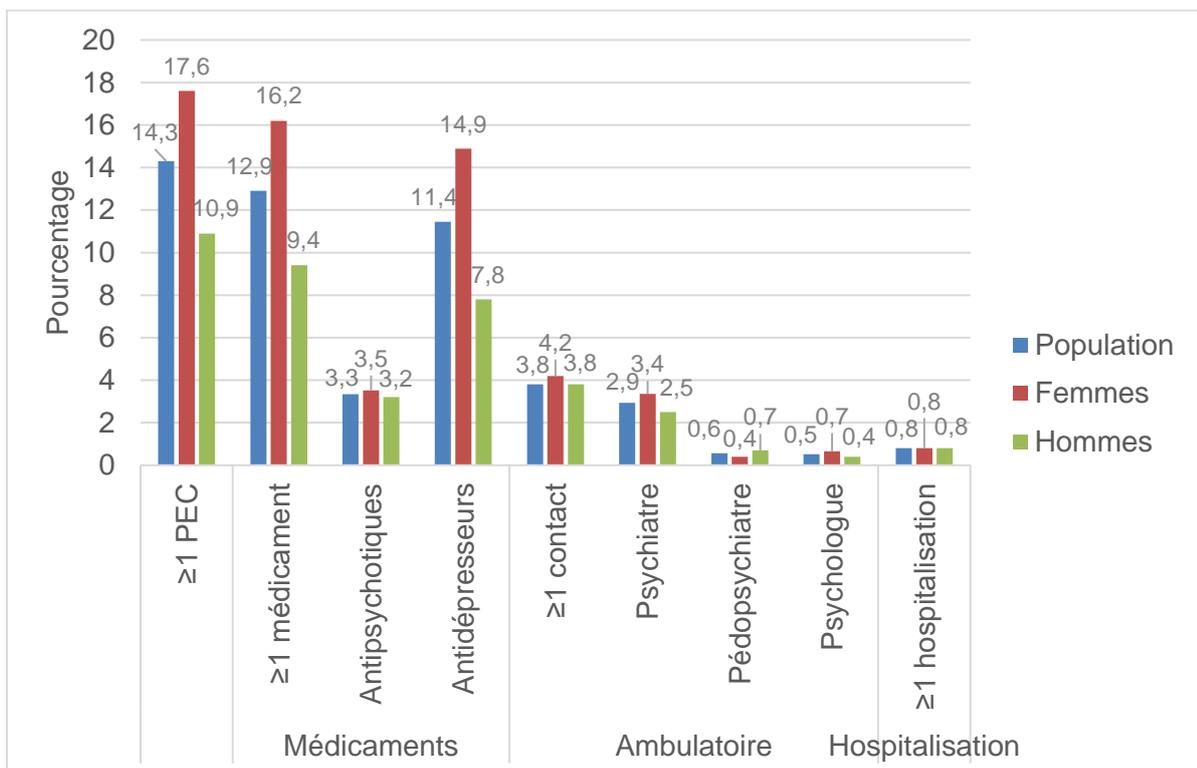
**Figure 4 : Proportion d'affiliés pris en charge pour un problème de santé mentale selon le sexe, 2021**



Source : Solidaris (2021)

Une analyse plus détaillée des chiffres montre que cela s’explique principalement par une plus grande consommation de médicaments, en particulier d’antidépresseurs pour lesquels l’écart femmes-homme est sensiblement élevé (Figures 4 et 5). Ainsi, 14,9% des femmes en ont pris au moins une fois en 2021 contre 7,8% des hommes ; c’est près de deux fois plus. Cela s’explique également par le fait qu’elles sont relativement plus nombreuses que les hommes à avoir un contact avec un psychiatre (3,4% versus 2,5%) et un psychologue (0,7% versus 0,4%).

**Figure 5 : Proportion d'affiliés pris en charge pour un problème de santé mentale par type de soins selon le sexe, 2021**



Source : Solidaris (2021)

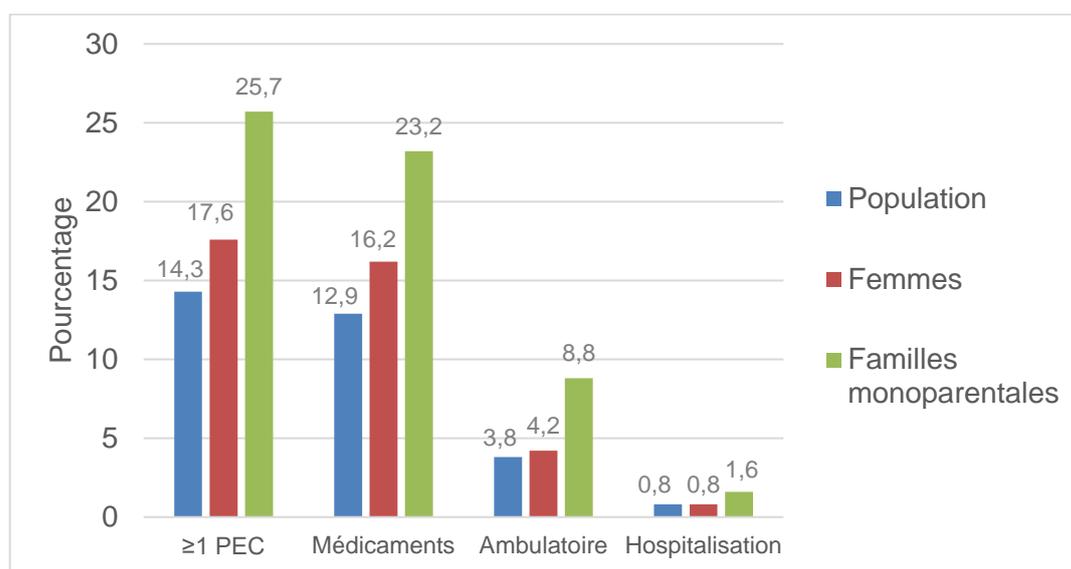
### 2.2.3 Selon la situation familiale : le cas des familles monoparentales

Le recours aux soins de santé mentale apparaît clairement élevé parmi les familles monoparentales (dont les femmes sont à la tête dans 82% des cas).

Parmi les personnes titulaires d'une famille monoparentale, une sur quatre (25,7%) a été prise en charge pour un problème de santé mentale en 2021 (Figure 6). D'une manière générale, la consommation de soins de santé mentale est 1,8 fois plus importante chez ces personnes par rapport à la moyenne observée au niveau de la population (14,3%).

Cette tendance est observée quel que soit l'indicateur de consommation analysé, avec un ratio tournant autour de deux indiquant que la prise en charge par médicament, en ambulatoire ou encore à l'hôpital est deux fois plus élevée parmi les chefs de famille monoparentale en comparaison avec la population.

**Figure 6 : Proportion d'affiliés pris en charge pour un problème de santé mentale parmi les personnes à la tête d'une famille monoparentale, 2021**



Source : Solidaris (2021)

### 2.2.4 Selon le profil socioéconomique

La situation socioéconomique des affiliés peut être approchée par le fait de bénéficier du statut BIM (bénéficiaire de l'intervention majorée) ou le fait de résider dans un quartier statistique où les revenus sont généralement faibles/élevés<sup>14</sup>.

<sup>14</sup> Voir la Section consacrée aux données et à la méthodologie pour de plus amples informations.

## Statut BIM

La santé mentale est étroitement liée au profil socioéconomique, ce dernier étant mesuré par le fait de bénéficier du statut BIM qui est octroyé aux personnes à bas revenus et leur permet de bénéficier d'un remboursement majoré des soins de santé et d'autres avantages.

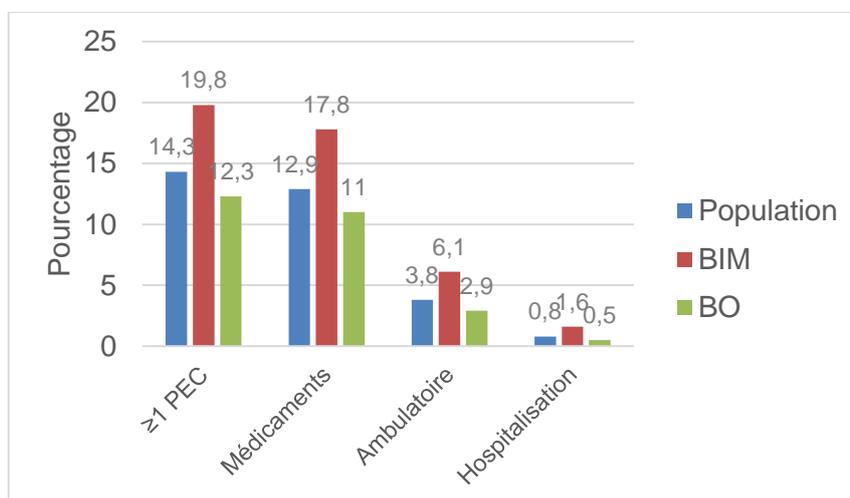
Près d'un affilié BIM sur cinq (19,8%) a été pris en charge pour un problème de santé mentale contre un sur dix environ (12,3%) parmi les bénéficiaires ordinaires (BO) (Figure 7). Autrement dit, les personnes socioéconomiquement plus défavorisées sont deux fois plus nombreuses à consommer des soins de santé mentale que les autres.

Les écarts entre BIM et BO sont d'ailleurs marqués quel que soit l'indicateur de consommation de soins de santé mentale analysé :

- 17,8% des BIM consomment des médicaments (antidépresseurs et/ou antipsychotiques) contre 11% des BO, soit 1,6 fois plus de BIM que les BO ;
- ils sont 6,1% à consulter un psychiatre ou psychologue contre 2,9% de BO ; c'est deux fois plus ;
- 1,6% des BIM ont été hospitalisés dans un service psychiatrique d'un hôpital général ou dans un hôpital psychiatrique, soit trois fois plus que les BO (0,5%).

Nos chiffres témoignent ainsi d'une consommation de soins de santé mentale particulièrement présente parmi les personnes plus précarisées et d'une prise en charge en ambulatoire et à l'hôpital respectivement deux et trois fois supérieure par rapport aux BO.

**Figure 7 : Proportion d'affiliés pris en charge pour un problème de santé mentale, selon le statut socioéconomique, 2021**



BO : bénéficiaire ordinaire  
Source : Solidaris (2021)

Statut BIM croisé avec le fait d'être une femme et/ou à la tête d'une famille monoparentale

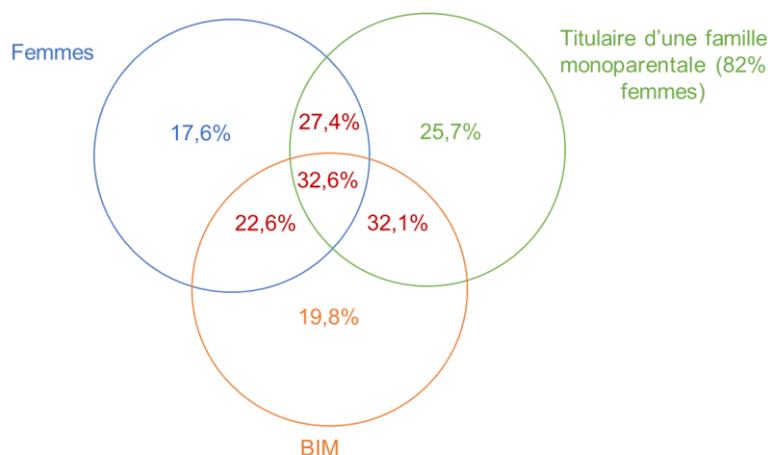
Le lien avec le profil socioéconomique est d'autant plus intéressant à analyser lorsque l'on met cette information en relation avec le fait d'être une femme et/ou à la tête d'une famille monoparentale.

Plus d'une femme BIM sur cinq (22,6%) a consommé des soins de santé mentale en 2021. Ce rapport est de plus d'une sur quatre (27,4%) parmi les femmes seules avec enfant(s) (Figure 8). En cumulant ces trois facteurs (soit le fait d'être une femme, BIM et titulaire d'une famille monoparentale), on

constate que près d'une femme sur trois (32,6%) a été prise en charge pour un problème de santé mentale.

En d'autres mots, nos chiffres témoignent de facteurs de risque cumulatifs du fait d'être une femme, qui plus est seule avec enfant et bénéficiaire du statut BIM.

**Figure 8 : Proportion d'affiliés pris en charge pour un problème de santé mentale selon les facteurs cumulatifs (femme, BIM, titulaire d'une famille monoparentale), 2021**



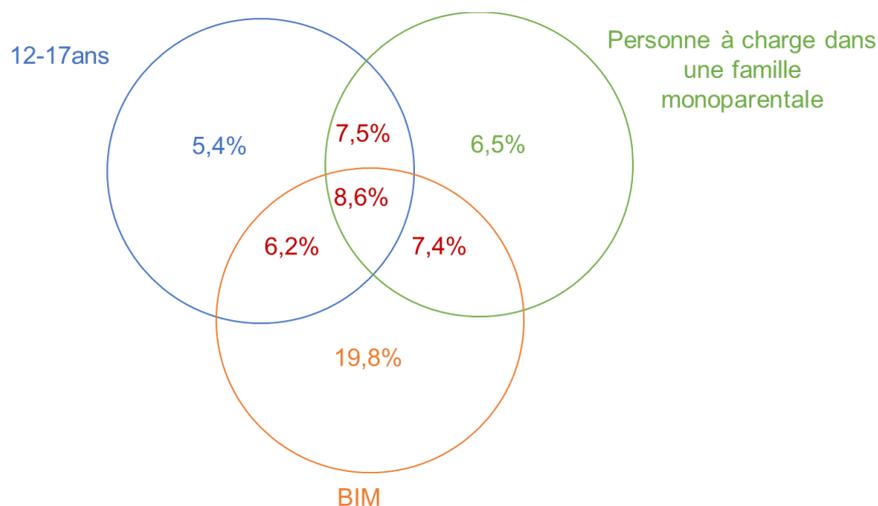
#### Statut BIM croisé avec le fait d'être un jeune et/ou à charge d'une famille monoparentale

Le même raisonnement peut être appliqué en croisant le fait d'être BIM avec le fait d'être un enfant âgé entre 12 et 17 ans<sup>15</sup> et/ou le fait d'être membre d'une famille monoparentale.

La proportion d'adolescents BIM pris en charge pour problème de santé mentale est de 6,2% et cette part monte à 8,6% lorsqu'il s'agit d'adolescents BIM vivant au sein d'une famille monoparentale (Figure 9). La consommation de soins est ainsi 1,6 fois plus importante chez les adolescents BIM issus d'une famille monoparentale par rapport aux adolescents en général, ce qui témoigne de facteurs de risque qui peuvent se cumuler et sont dès lors à prendre en compte en matière de santé mentale.

<sup>15</sup> Cette catégorie d'âge a été choisie dans la mesure où l'âge moyen des personnes à charge d'une famille monoparentale est de 13 ans.

**Figure 9 : Proportion d'affiliés pris en charge pour un problème de santé mentale selon les facteurs cumulatifs (jeune, BIM, personne à charge famille monoparentale), 2021**



Source : Solidaris (2021)

### **Revenus dans les quartiers statistiques**

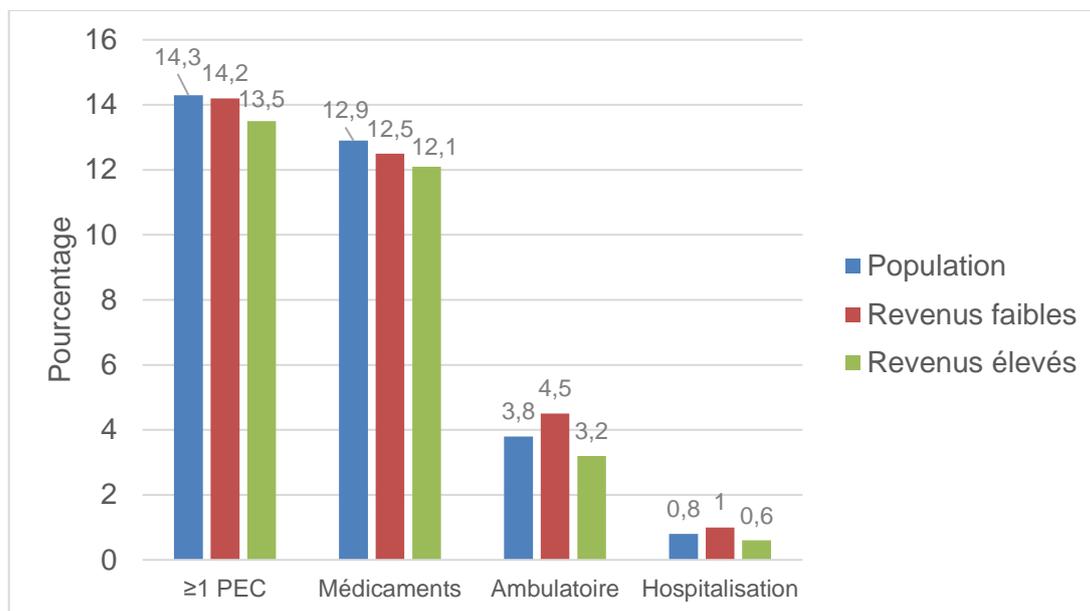
Si nous avons vu précédemment que la consommation de soins de santé mentale était sensiblement différente pour les BIM et les BO/la population (Figure 10), ce gradient ressort clairement moins lorsque le profil socioéconomique est approché par le revenu dans le quartier statistique.

En effet, la proportion d'affiliés ayant consommé des soins en santé mentale est de 14,3% parmi les 25% de la population résidant dans les quartiers les plus défavorisés contre 13,5% parmi les 25% de la population résidant dans les quartiers les plus favorisés et 14,2% au niveau de la population totale. On observe donc un faible écart de consommation de soins entre les personnes issues des quartiers les plus pauvres et celles issues des quartiers les plus riches.

Ce résultat est interpellant et nous amène à nous interroger sur la situation dans la mesure où la littérature montre clairement des besoins en soins de santé mentale plus importants parmi la population plus précarisée. Le dernier "Baromètre Report de soins" de l'Institut Solidaris<sup>16</sup> montre ainsi qu'en 2021, le report de soins au cours des 12 derniers mois chez un professionnel de la santé mentale pour raisons financières est de 32,3% pour les groupes sociaux les plus défavorisés contre 20,9% parmi les plus favorisés, soit 1,5 fois plus élevé. Autrement dit, ce résultat peut être le marqueur d'une moins bonne prise en charge des personnes en situation précaire, entre autres dus à des freins financiers, alors que les besoins sont censés être plus importants.

<sup>16</sup> Institut Solidaris (2021).

**Figure 10 : Proportion d'affiliés pris en charge pour un problème de santé mentale, selon le revenu dans le quartier statistique, 2021**



Quartile inf. : les 25% de la population résidant dans les quartiers statistiques ayant les revenus fiscaux les plus faibles

Quartile sup. : les 25% de la population résidant dans les quartiers statistiques ayant les revenus fiscaux les plus élevés

Source : Solidaris (2021)

### 2.3 Identification des groupes à risque

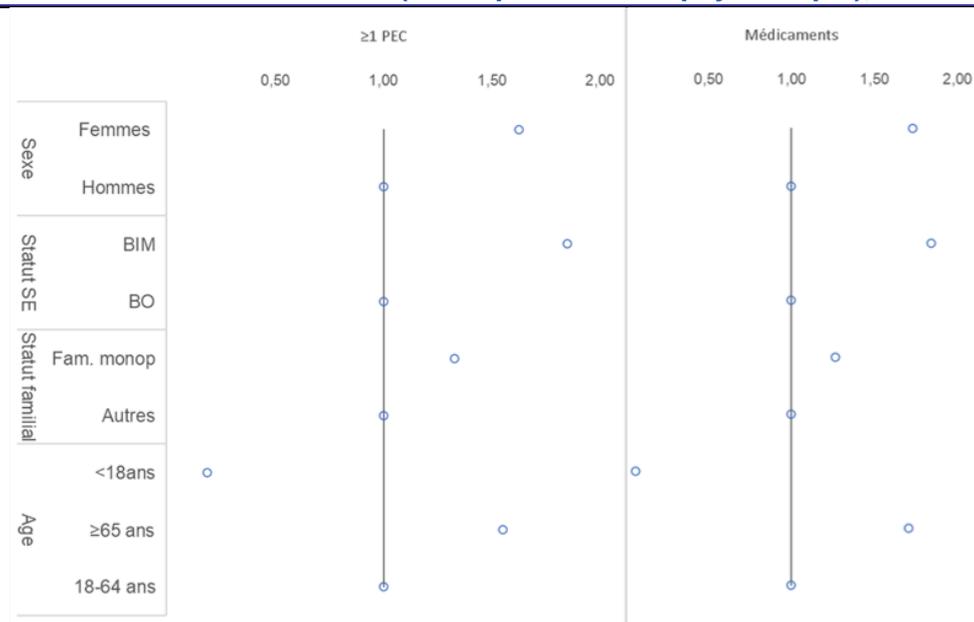
En intégrant ensemble dans l'analyse différents facteurs, des groupes particuliers présentant des risques plus importants de consommer des soins ou médicaments liés à la santé mentale peuvent être identifiés.

En ce qui concerne la consommation de médicaments antipsychotiques et/ou antidépresseurs, nous constatons que (Figure 11) :

- les femmes présentent entre 1,5 et 2 fois plus de risque de consommer un/des antidépresseur(s)/antipsychotique(s) que les hommes, tout comme les BIM par rapport aux bénéficiaires ordinaires et les personnes âgées de 65 ans et plus par comparaison aux 18-64 ans ;
- les titulaires de famille monoparentale et les affiliés de 65 ans et plus présentent également un risque majoré de consommer des médicaments ;
- par contre, les jeunes de moins de 18 ans présentent un risque nettement moindre de prendre des antidépresseurs et/ou antipsychotiques, par comparaison aux adultes de 18 à 64 ans.

L'analyse du fait de consommer des soins (médicaments et/ou contacts ambulatoires et/ou hospitalisation) met en évidence les mêmes profils de risque que pour la consommation de médicaments : les femmes, les personnes de 65 ans et plus, les BIM, les titulaires de famille monoparentale (Figure 11). Ceci s'explique par le fait que la consommation des médicaments pèse fortement dans l'indicateur global de consommation de soins en santé mentale et par le fait que les médicaments couvrent des pathologies moins graves et plus répandues que dans le cas d'hospitalisations par exemple.

**Figure 11 : Profil de risque des affiliés ayant au moins 1 PEC en santé mentale et au moins 1 médicament (antidépresseur/antipsychotique), 2021**

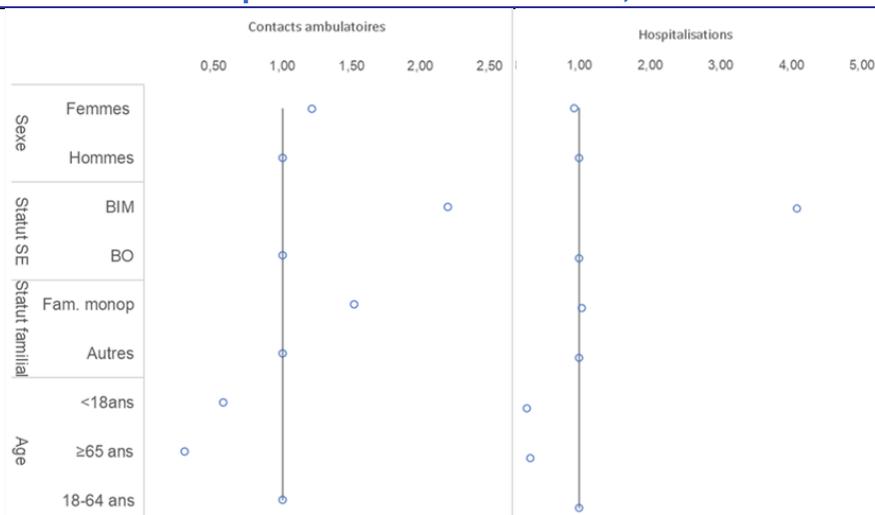


La ligne verticale (valeur 1) correspond à l'absence de risque et sert de référence pour le groupe de contrôle (les intervalles de confiance ne sont pas présentés car particulièrement petits vu le grand nombre d'affiliés sur lequel les analyses portent) (Variable "région" non présentée mais incluse dans le modèle)

Source : Solidaris (2021)

Les BIM ont 2 fois plus de risque d'avoir des contacts en ambulatoire pour un suivi en santé mentale, et 1,5 fois plus pour les titulaires de famille monoparentale. Les femmes sont également plus à risque que les hommes. Par contre, les personnes âgées de moins de 18 ans et surtout les 65 ans et plus sont nettement moins susceptibles d'avoir des contacts en ambulatoire (Figure 12). Nous constatons également que les BIM présentent un risque particulièrement élevé d'être hospitalisé : jusqu'à 4 fois plus élevé que le groupe de référence. Par contre, tant les moins de 18 ans que les 65 ans et plus présentent un moindre risque d'être hospitalisé pour raison de santé mentale que les 18-64 ans (Figure 12).

**Figure 12 : Profil de risque des affiliés pour contacts ambulatoires et hospitalisation pour problème de santé mentale, 2021**



La ligne verticale (valeur 1) correspond à l'absence de risque et sert de référence pour le groupe de contrôle (les intervalles de confiance ne sont pas présentés car particulièrement petits vu le grand nombre d'affiliés sur lequel les analyses portent) (Variable "région" non présentée mais incluse dans le modèle)

Source : Solidaris (2021)

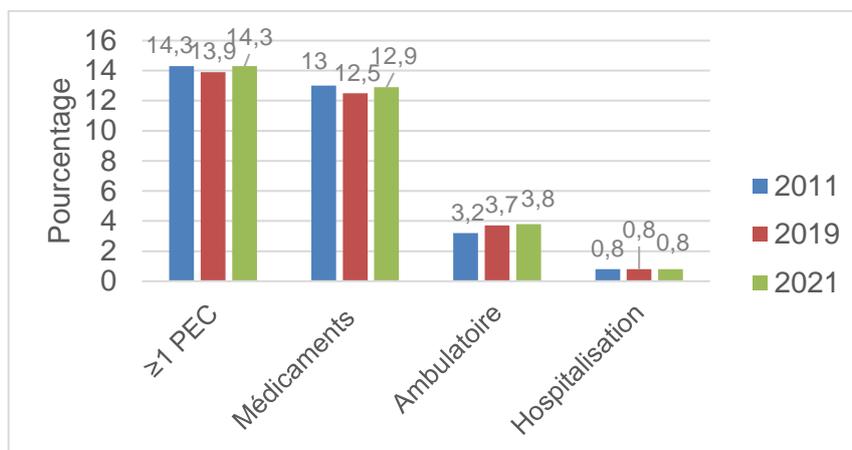
## 2.4 Evolution générale 2011-2019-2021

Si la proportion d'affiliés ayant consommé des soins et/ou médicaments liés à la santé mentale est similaire en 2011 et 2021, une analyse plus approfondie montre que cette proportion a quelque peu diminué entre 2011 et 2019, passant de 14,3% à 13,9%, pour ensuite augmenter entre 2019 et 2021 et revenir à la situation de 2011 (Figure 13).

Les évolutions observées sur la période dépendent du type de prise en charge comme le montre la Figure 13.

- Au niveau des médicaments, la proportion d'affiliés sous antidépresseurs et/ou antipsychotiques passe de 13% à 12,5% entre 2011 et 2019 pour atteindre à nouveau près de 13% en 2021.
- Au niveau des consultations en ambulatoire, la proportion d'affiliés ayant consulté un psychiatre ou un psychologue augmente de manière au cours des 10 années, passant de 3,2% en 2011 à 3,8% en 2021, soit une hausse qui n'est proportionnellement pas négligeable (+15 pour cent).
- La proportion d'affiliés hospitalisés pour raison de santé mentale est stable sur la période. Cependant les chiffres (non présentés ici) relatifs à un passage aux urgences<sup>17</sup> augmentent quant à eux sensiblement sur la période, passant de 0,12% à 0,2% d'affiliés pris en charge aux urgences entre 2011 et 2021, soit quasi le double même si cela concerne une minorité d'entre eux.

**Figure 13 : Evolution de la proportion d'affiliés pris en charge pour un problème de santé mentale, 2011-2019-2021**



Source : Solidaris (2011-2021)

## 2.5 Evolution selon le profil des affiliés

Si la situation globale semble relativement stable entre 2011 et 2021, une analyse plus approfondie des chiffres montre que la consommation de soins de santé mentale évolue différemment dans le temps en fonction du profil des affiliés (Tableau 2).

<sup>17</sup> Il s'agit d'un passage aux urgences suivi d'une hospitalisation pour raison psychiatrique, d'une hospitalisation urgente référencée ou non référencée par un médecin ou encore d'une hospitalisation sous contrainte (telle qu'elle existe depuis 2017).

**Tableau 2 : Evolution de la proportion d'affiliés pris en charge pour un problème de santé mentale selon le profil (pourcentage pour 2011, 2019 et 2021 et pourcentage d'évolution entre 2011-2019 et 2019-2021), 2011-2019-2021**

	<u>≥1 PEC</u>					<u>Médicaments</u>					<u>Contacts ambulatoires</u>					<u>Hospitalisations</u>				
	2011	2019	2021	11-19	19-21	2011	2019	2021	11-19	19-21	2011	2019	2021	11-19	19-21	2011	2019	2021	11-19	19-21
Population	14,3	13,9	14,3	-3	3	13,0	12,5	12,9	-4	3	3,2	3,7	3,8	15	4	0,8	0,8	0,8	3	-5
<b><u>Sexe</u></b>																				
Hommes	17,8	17,0	17,6	-4	4	16,7	15,7	16,2	-5	3	3,4	3,9	4,2	15	7	0,8	0,8	0,8	5	-3
Femmes	10,6	10,6	10,9	0	2	9,2	9,1	9,4	-1	3	2,9	3,4	3,4	15	0	0,8	0,8	0,8	1	-6
<b><u>Age (années)</u></b>																				
<12	2,2	2,4	2,5	11	3	0,5	0,5	0,5	-4	2	1,8	2,1	2,2	18	4	0,1	0,2	0,2	14	7
12-17	4,7	4,9	5,4	6	9	2,3	2,0	2,2	-10	8	3,2	3,9	4,4	23	11	0,5	0,6	0,6	11	-3
18-23	5,8	6,0	6,8	3	13	4,6	4,6	5,0	-2	11	2,2	2,8	3,4	28	22	0,7	0,9	0,9	29	5
24-30	8,8	8,5	9,1	-4	7	7,6	7,1	7,5	-6	5	3,0	3,3	3,7	11	12	0,9	1,0	1,0	9	-2
31-45	15,2	14,3	14,5	-6	2	13,7	12,7	12,9	-7	1	4,7	5,0	5,2	7	3	1,2	1,3	1,2	5	-7
46-64	20,8	20,9	21,2	1	1	19,7	19,6	19,9	0	1	4,3	5,3	5,2	22	0	1,1	1,1	1,0	0	-6
65-74	21,6	20,7	21,2	-4	2	21,2	20,3	20,8	-4	2	1,7	1,9	2,0	13	1	0,5	0,5	0,5	-6	-2
≥75	29,1	25,6	26,1	-12	2	28,9	25,4	25,9	-12	2	0,9	1,0	1,0	14	0	0,3	0,2	0,2	-25	-1
<b><u>Statut professionnel</u></b>																				
Indépendant	10,3	8,8	8,9	-15	2	9,2	7,6	7,8	-17	2	2,2	2,3	2,3	5	1	0,4	0,4	0,3	1	-8
Fonctionnaire	14,4	15,2	16,0	5	5	13,0	13,7	14,5	5	6	3,7	3,9	4,1	6	6	0,4	0,4	0,5	1	8
Ouvrier	11,8	12,1	12,5	2	4	10,4	10,4	10,8	2	4	3,6	4,3	4,5	20	4	1,0	1,0	0,9	0	-6
Employé	11,5	11,3	11,8	-2	5	10,0	9,6	10,0	-4	4	3,6	4,1	4,4	11	8	0,6	0,6	0,6	11	-2
Pensionné	24,3	22,2	22,8	-9	3	23,8	21,7	22,4	-9	3	1,7	1,8	1,8	6	0	0,5	0,5	0,5	-10	-2
<b><u>Situation familiale</u></b>																				
Tit. monopar.	24,7	24,3	25,7	-1	6	22,3	21,9	23,2	-2	6	8,1	9,1	8,8	12	-2	1,6	1,7	1,6	5	-6
A charge monop.	4,9	5,6	6,5	14	16	2,3	2,5	3,2	9	24	3,3	4,1	4,7	24	15	0,5	0,7	0,7	28	13
<b><u>Statut socioéconomique</u></b>																				
BIM	21,3	19,2	19,8	-10	3	19,5	17,2	17,8	-11	3	5,2	6,0	6,1	14	2	1,8	1,6	1,6	-8	-4
Bénéf. ordinaire	12,2	11,9	12,3	-3	3	11,1	10,7	11,0	-4	3	2,6	2,8	2,9	8	6	0,5	0,5	0,5	1	-4
Revenus faibles	14,5	13,9	14,2	-4	2	13,1	12,3	12,5	-6	2	3,7	4,4	4,5	20	3	1,0	1,0	1,0	1	-5
Revenus élevés	13,1	12,9	13,5	-1	4	12,0	11,6	12,1	-3	4	2,8	3,1	3,2	11	5	0,6	0,6	0,6	0	-2

\* : voir section Données et méthodologie

Source : Solidaris (2011-2021)

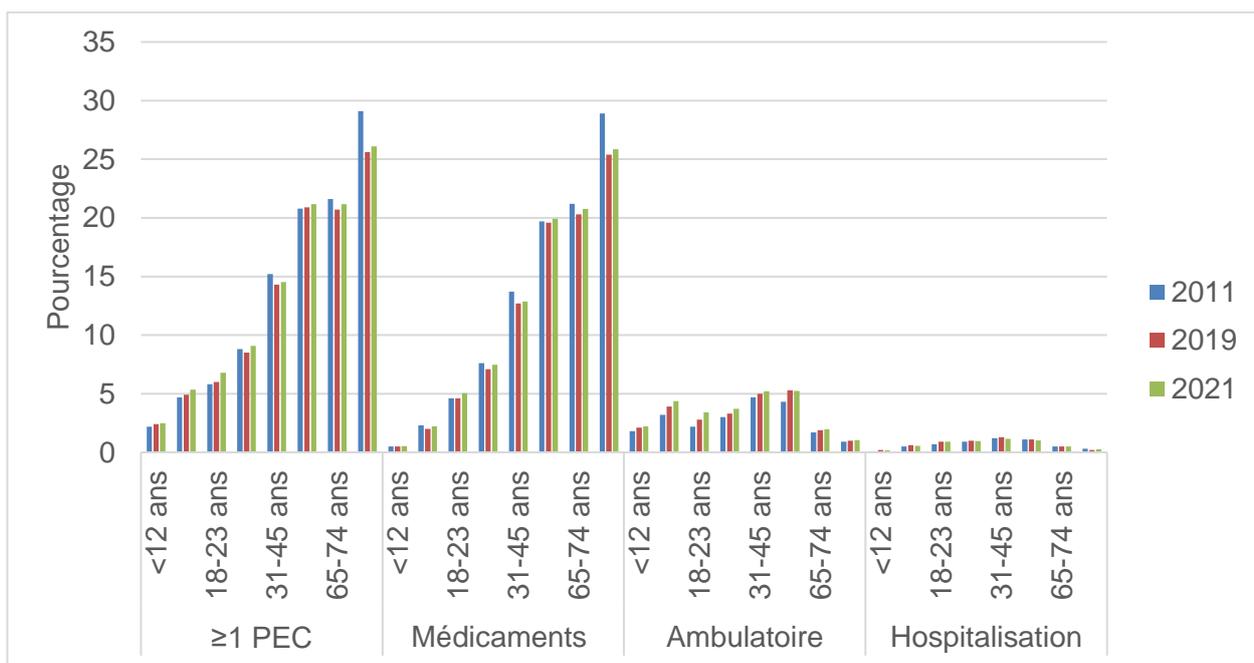
Nous nous penchons plus spécifiquement sur certains profils dont l'évolution se démarque sur la période par rapport à l'évolution moyenne observée au niveau de la population. Il s'agit en particulier de certains groupes de la population, notamment les jeunes de moins de 24 ans, les familles monoparentales et personnes à charge d'une famille monoparentale ou encore les personnes issues de quartiers défavorisés (Tableau 2). Nous analysons dès lors de plus près l'évolution entre 2011 et 2021 en fonction de l'âge, de la situation familiale ou encore la situation socioéconomique.

### 2.5.1 Selon l'âge

L'évolution de la proportion d'affiliés pris en charge pour un problème de santé mentale entre 2011 et 2021 varie en fonction de l'âge : elle s'écarte plus ou moins de ce qui est observé au niveau de la population en fonction de la tranche d'âge concernée (Figure 14).

Chez les plus de 65 ans, la proportion d'affiliés pris en charge pour un problème de santé mentale a diminué entre 2011 et 2021 – en particulier chez les 75 ans et plus – et c'est également le cas pour les 31-45 ans. A l'inverse, la proportion d'affiliés pris en charge pour un problème de santé mentale a augmenté de manière continue sur la période chez les moins de 30 ans (et dans une moindre mesure chez les 46-64 ans).

**Figure 14 : Evolution de la proportion d'affiliés pris en charge pour un problème de santé mentale par catégorie d'âge, 2011-2019-2021**



Source : Solidaris (2011-2021)

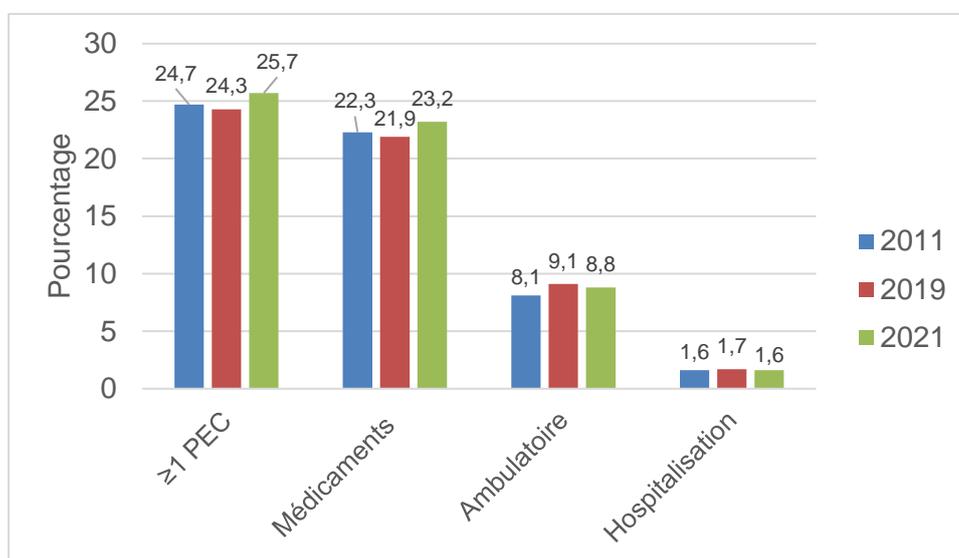
On constate ainsi une augmentation de la consommation de soins parmi les catégories d'âge les plus jeunes. La tranche d'âge 18-23 ans se distingue en particulier : la proportion d'entre eux soignés pour problème de santé mentale est passée de 5,8% à 6,8% entre 2011 et 2021 (soit +16,7 pour cent en dix ans). Cela s'explique par un plus grand nombre d'entre eux ayant consulté un psychiatre et/ou pédopsychiatre (respectivement +27,2 pour cent et +226,6 pour cent) et une plus grande proportion d'entre eux effectuant un passage aux urgences (+148 pour cent entre 2011 et 2021), mais il est à noter que cela concerne un petit nombre d'affiliés. On observe également une hausse, dans une moindre mesure, au niveau de la consommation d'antidépresseurs et d'antipsychotiques (respectivement +11,4 pour cent et +12,9 pour cent).

## 2.5.2 Selon la situation familiale : le cas des familles monoparentales

La proportion d'affiliés à la tête d'une famille monoparentale qui ont été pris en charge pour des problèmes de santé mentale augmente entre 2011 et 2021, passant de 24,7% à 25,7% (alors que cette proportion est stable au niveau de la population) (Tableau 2 et Figure 15).

On observe surtout des différences au niveau des médicaments : alors que la proportion de la population médiquée diminue sur la période (-1,5%), elle augmente de près de 4% parmi les personnes à la tête d'une famille monoparentale. On constate par ailleurs que la proportion de personnes à la tête d'une famille monoparentale ayant consulté pour raison psychologique (+8,9%) n'a pas augmenté aussi vite que ce que l'on observe au niveau de la population (+16,9%) (Tableau 2).

**Figure 15 : Evolution de la proportion d'affiliés pris en charge pour un problème de santé mentale parmi les personnes à la tête d'une famille monoparentale, 2011-2019-2021**

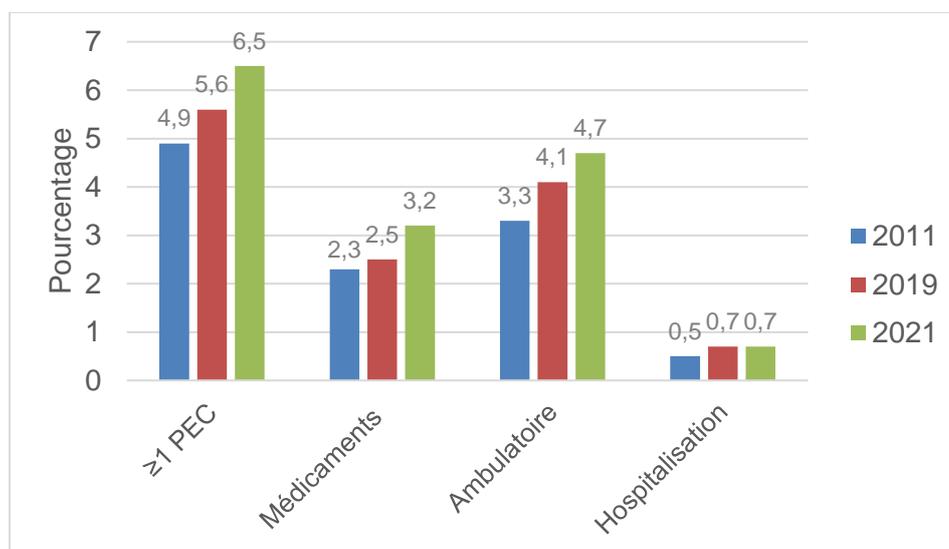


Source : Solidaris (2011-2021)

Il est également intéressant de constater que l'évolution de la prise en charge de la santé mentale dans les familles monoparentales n'a pas concerné uniquement les personnes qui en sont à la tête mais également les autres membres de la famille (cf. les personnes à charge ; il s'agit le plus souvent d'enfants dans la mesure où l'âge moyen des personnes à charge d'une famille monoparentale est de 13 ans) (Figure 16).

La proportion de personnes issues d'une famille monoparentale consommant des soins de santé mentale est ainsi passée de 4,9% à 6,5% entre 2011 et 2021 (soit + 31,5 pour cent). Cette tendance globale se retrouve quel que soit le type de soins concerné, montrant que la prise en charge a augmenté tant au niveau des consultations (+43,3 pour cent) que de la médication (+34,7%) ou encore de l'hospitalier (+44,7%). Ces constats rejoignent en partie ceux mis en évidence précédemment en ce qui concerne les évolutions observées parmi les tranches d'âge plus jeunes.

**Figure 16 : Evolution de la proportion d'affiliés à charge d'une famille monoparentale pris en charge pour un problème de santé mentale, 2011-2019-2021**



Source : Solidaris (2011-2021)

### 2.5.3 Selon le profil socioéconomique

Pour rappel, la situation socioéconomique des affiliés est approchée par le fait de bénéficier du statut BIM ou le fait de résider dans un quartier statistique où les revenus sont faibles/élevés<sup>18</sup>.

#### **Statut BIM**

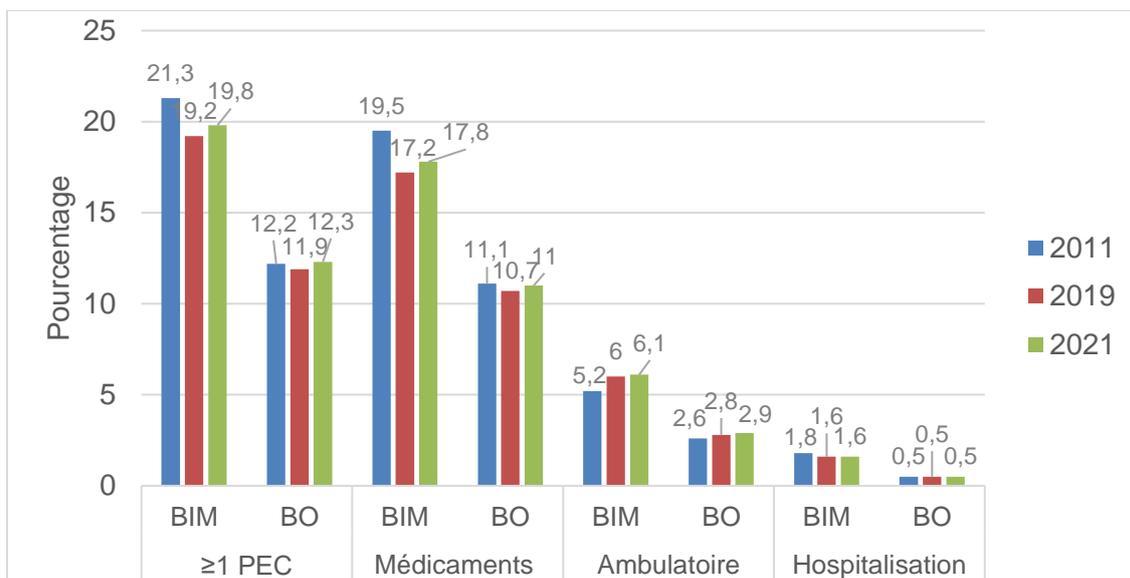
La consommation de soins de santé mentale a diminué pour les BIM entre 2011 et 2021, passant de 21,3% à 19,8% sur la période (-6,9%) alors que cela reste relativement stable parmi les bénéficiaires ordinaires (pour lesquels on observe les mêmes tendances qu'au niveau de la population) (Figure 17).

Une analyse par catégorie de soins montre des évolutions quelque peu différentes (Tableau 2). La proportion de BIM ayant des contacts hospitaliers a davantage diminué sur la période que ce que l'on observe au niveau de la population (respectivement -12,3% et -1,9%). Il en est de même au niveau de la médication (-8,8% versus 1,5%) tandis que les BO suivent globalement les mêmes tendances que la population.

Autrement dit, les BIM ont vu davantage leur consommation de soins de santé mentale, en particulier au niveau de la prise en charge médicamenteuse et hospitalière, se réduire qu'au niveau de la population.

<sup>18</sup> Voir la Section consacrée aux données et à la méthodologie pour plus amples informations.

**Figure 17 : Evolution de la proportion d'affiliés pris en charge pour un problème de santé mentale selon le statut BIM, 2011-2019-2021**



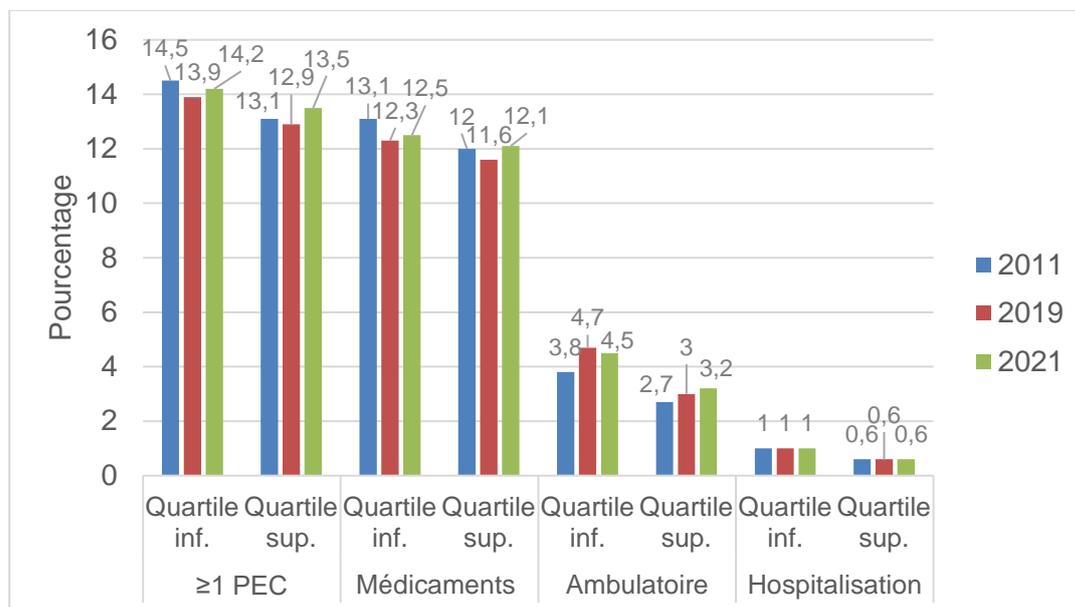
BO : bénéficiaire ordinaire  
 Source : Solidaris (2011-2021)

**Revenus dans le quartier statistique**

Lorsqu'on analyse la situation en tenant compte des revenus fiscaux pour distinguer les affiliés dont le profil socioéconomique est plus bas et ceux dont le profil est plus élevé, il ressort que les évolutions sont nettement moins marquées que dans le cas des BIM. Si la proportion de BIM pris en charge a diminué de près de 7% entre 2011 et 2021, cette baisse est de moins de 2% dans le cas des personnes habitant les quartiers les plus défavorisés (alors que pour rappel, cette proportion est relativement stable au niveau de la population) (Tableau 2).

Cette tendance est globalement la même lorsqu'on analyse les évolutions au niveau des différentes catégories de soins : les écarts à la moyenne semblent plus faibles lorsqu'on analyse le profil socioéconomique via la distribution des revenus fiscaux par quartier statistique que le statut BIM.

**Figure 18 : Evolution de la proportion d'affiliés pris en charge pour un problème de santé mentale selon le quartile des revenus fiscaux dans le quartier statistique, 2011-2019-2021**



Source : Solidaris (2011-2021)

## 2.6 Prescription de médicaments

Comme précisé dans la figure 2, en 2021, 12,9% des affiliés avaient consommé au moins un médicament lié à la santé mentale : plus précisément, pour 11,4% d'entre eux cela concernait des antidépresseurs et pour 3,3% des antipsychotiques. Nous observons par ailleurs qu'une grande partie de ceux qui ont pris des antipsychotiques en 2021 ont également consommé des antidépresseurs.

En terme d'évolution, la proportion d'affiliés ayant pris des antidépresseurs était similaire en 2011 et 2021, tout comme pour les antipsychotiques ; par contre, ces pourcentages étaient légèrement inférieurs en 2019. Toutefois, nous constatons une augmentation au niveau des doses prescrites, tant pour les antidépresseurs que les antipsychotiques, graduellement entre 2011, 2019 et 2021 (Tableau 3). Ces résultats montrent que la consommation de médicaments par affilié a augmenté sur les 10 années étudiées.

**Tableau 3 : Evolution des doses journalières moyennes prescrites pour les antidépresseurs et antipsychotiques et pourcentage d'évolution, 2011-2019-2021**

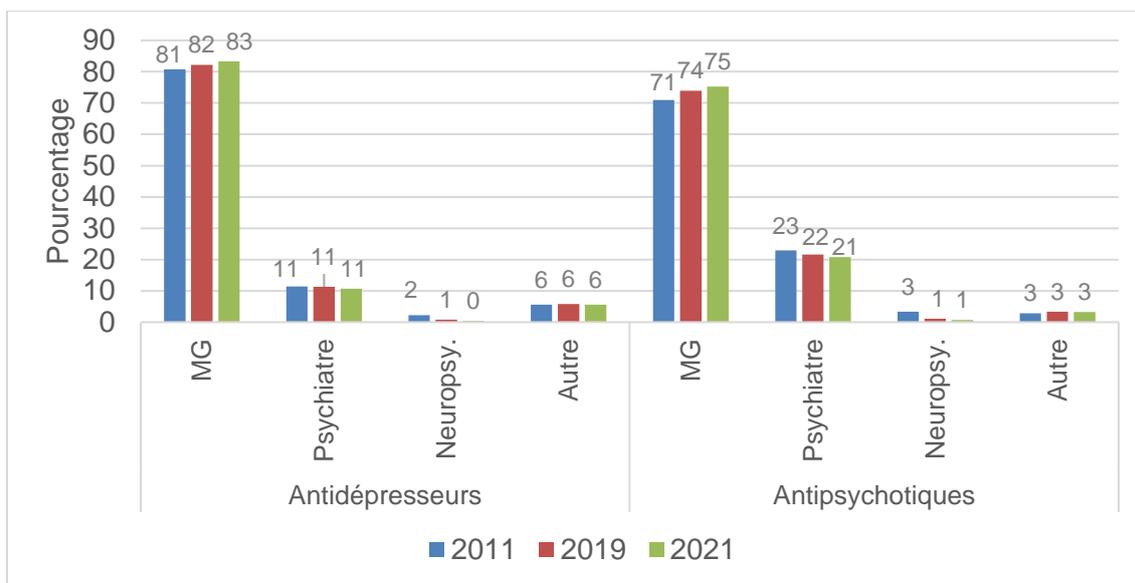
	Doses journalières moyennes			% d'évolution	
	2011	2019	2021	2011-2019	2019-2021
Antidépresseurs	235	272	279	16,0	2,4
Antipsychotiques	118	141	151	19,7	6,7

Source : Solidaris (2021)

Les antidépresseurs et les antipsychotiques sont majoritairement prescrits par les médecins généralistes, et nous observons une très légère augmentation entre 2011, 2019 et 2021 (Figure 19). Le rôle important des médecins généralistes dans les prescriptions peut s'expliquer par leur rôle en 1<sup>ère</sup> ligne ainsi qu'en tant que premier contact pour bon nombre d'affiliés mais aussi par le fait qu'ils peuvent être amenés à renouveler des médicaments prescrits précédemment par un psychiatre. Les psychiatres ont prescrit environ ¼ à 1/5 des antipsychotiques, et 1/10 des antidépresseurs. Le fait que

les psychiatres soient davantage prescripteurs d'antipsychotiques s'explique par le traitement lui-même, ces molécules étant destinées à des atteintes spécifiques, peu courantes et sérieuses. Nous constatons un lien fort entre le fait d'être suivi par un psychiatre et le fait de consommer des médicaments liés à la santé mentale. En effet, 74% des affiliés ayant consulté un psychiatre prennent soit un antidépresseur, soit un antipsychotique. Par contre, le fait de s'être fait prescrire ce type de médicament ne signifie pas particulièrement un suivi par un psychiatre.

**Figure 19 : Evolution de la proportion de prescripteurs d'antidépresseurs et antipsychotiques, 2011-2019-2021**



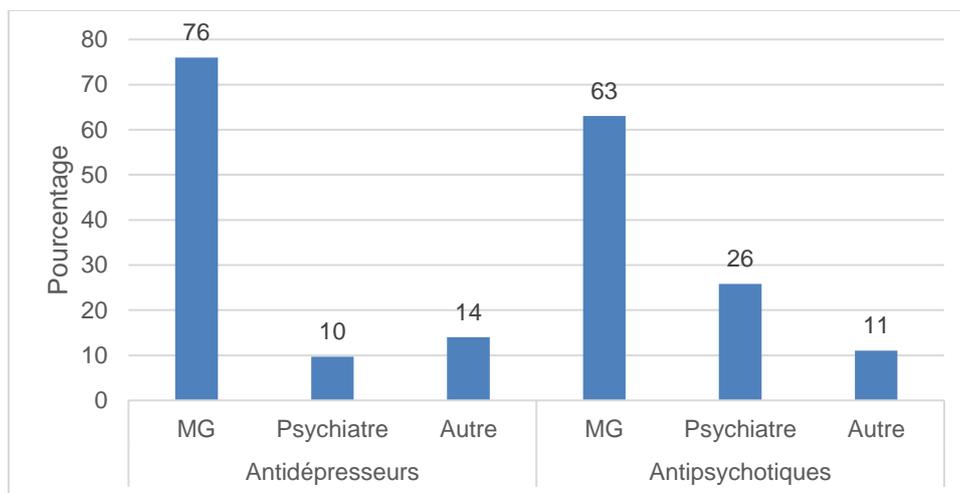
MG = médecin généraliste ; neuropsychiatre = neuropsychiatre ; autre = autre spécialiste

Source : Solidaris (2011-2021)

Si on analyse en particulier la situation lors de l'initiation du traitement par antidépresseur ou antipsychotique, les résultats sont relativement similaires. Nous constatons que les traitements médicamenteux sont très largement initiés par le médecin généraliste<sup>19</sup>: dans 76% pour les antidépresseurs et dans 63% des cas pour les antipsychotiques. Le psychiatre initie, quant à lui, le traitement médicamenteux par antidépresseurs dans 10% des cas et par antipsychotiques dans 26% des cas (Figure 20). Le rôle du médecin généraliste dans l'initiation d'un traitement médicamenteux par antipsychotiques était davantage prononcé en 2011, où 71% des traitements avaient été initiés par les MG (contre 63% en 2021).

<sup>19</sup> A noter qu'il s'agit ici de la première prescription depuis au moins 12 mois.

**Figure 20 : Prescripteur initiant le traitement médicamenteux (antidépresseurs et antipsychotiques), 2021**



MG = médecin généraliste

Source : Solidaris (2021)

Ce constat sur l'initiation de traitements antipsychotiques par les médecins généralistes nous a amené à investiguer les profils des patients concernés. Par comparaison aux patients dont le traitement antipsychotique est initié par un psychiatre, ceux débutant un traitement à l'initiative du médecin généraliste sont :

- plus âgés (âge moyen : 58 ans vs 39 ans) ;
- plus nombreux à résider en MR/MRS (15% vs 1%), ce qui peut s'expliquer par le fait que le MG effectue des visites en MR/MRS pour les résidents ayant des difficultés de mobilité, ce qui n'est pas nécessairement le cas pour le psychiatre ;
- traités par des molécules antipsychotiques pour des problèmes moins graves ou moins aigus que les patients du psychiatre (la molécule la plus prescrite par les psychiatres est indiquée dans le traitement de la schizophrénie).

## CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Cette deuxième édition du “Baromètre Consommation de soins de santé mentale” permet de dresser un état des lieux des soins de santé mentale remboursés prodigués en Belgique et d’analyser l’évolution en la matière ces dix dernières années, sur base des données de prestations de plus de 3 millions d’affiliés de Solidaris en 2021.

Plusieurs grands enseignements peuvent en être tirés :

### 1) Au niveau de la prise en charge

- En 2021, près d’un affilié sur 7 (14,3%) a été pris en charge au moins une fois sur l’année pour un problème de santé mentale. Cette proportion apparaît relativement stable dans le temps lorsqu’on compare à la situation dix ans plus tôt.
- La prise en charge de la santé mentale, via ce qui est remboursé par l’assurance maladie, reste majoritairement liée à un traitement médicamenteux, par antidépresseurs ou antipsychotiques : en 2021, cela concerne 12,9% des affiliés alors qu’ils sont 3,8% à avoir consulté un psychologue ou un psychiatre et moins de 1% à avoir été hospitalisé en raison d’un problème de santé mentale<sup>20</sup>.

### 2) Au niveau du profil des personnes prises en charge

- On observe des différences importantes dans la prise en charge selon le profil socio-économique des affiliés (sexe, âge, situation familiale, etc.). Par exemple, les femmes ont 1,6 fois plus de probabilité d’être prises en charge pour un problème de santé mentale que les hommes et c’est 1,8 fois plus pour les personnes en situation de précarité (statut BIM) par rapport aux autres (BO). Certains groupes consomment ainsi davantage de soins de santé mentale et c’est d’autant plus le cas lorsque certains facteurs de risque se cumulent comme le fait d’être une femme, d’être en situation de précarité (statut BIM), d’être dans une famille monoparentale ou encore d’être jeune.
- L’évolution en 10 ans montre par ailleurs que la proportion de personnes de moins de 30 ans prises en charge pour un problème de santé mentale a augmenté de manière continue sur la période ; en particulier, chez les 18-23 ans (+ 16,7%) pour lesquels on observe une hausse des consultations chez un psychiatre (+27,2%) et pédopsychiatre (+226,6%), plus de passages aux urgences (+148% mais cela concerne une minorité d’entre eux) et dans une moindre mesure, une hausse, de la consommation d’antidépresseurs et d’antipsychotiques (respectivement +11,4% et +12,9%).
- Cette tendance se retrouve également chez les familles monoparentales pour lesquelles on constate une plus grande part de personnes prises en charge parmi les personnes à leur tête mais surtout parmi les personnes à charge (+31,5% entre 2011 et 2021).

### 3) Au niveau du rôle du médecin généraliste

- Le médecin généraliste joue un rôle central dans la prise en charge de la santé mentale. C’est lui qui initie la prise d’antidépresseurs dans 3 cas sur 4 et d’antipsychotiques dans 6 cas sur 10. Ces chiffres sont respectivement de 1 cas sur 10 pour les antidépresseurs et 1 cas sur 4 pour les antipsychotiques quand on analyse le rôle des psychiatres dans l’initiation de la prescription.

---

<sup>20</sup> Ce résultat est cependant à nuancer au vu des données utilisées : elles ne tiennent pas compte des prestations ne donnant pas lieu à un remboursement de l’assurance maladie. Nous avons donc une vue partielle de la consommation de soins de santé mentale avec un focus particulier sur les soins pris en charge par l’INAMI.

- Ceci peut s'expliquer par leur rôle en 1<sup>ère</sup> ligne ainsi qu'en tant que premier contact pour bon nombre d'affiliés mais aussi par le fait qu'ils peuvent être amenés à renouveler des médicaments prescrits précédemment par un psychiatre.

En parallèle à ce Baromètre, nous avons interrogé plus de 900 Belges francophones âgés de 18 ans et plus (en juin 2022) sur leur santé mentale et leur perception et connaissance du secteur. Nous avons par ailleurs mis les résultats en perspective avec l'enquête que nous avons déjà menée sur cette thématique en 2012 afin d'analyser les évolutions en 10 ans.

Cette approche complémentaire et inédite, alliant les données quantitatives à celles de l'enquête, nous a ainsi permis de dresser un état des lieux<sup>21</sup> et d'apporter un éclairage nuancé sur le secteur de manière à mieux rendre compte la prise en charge des soins de santé mentale et des besoins en la matière (sur base de la consommation de soins remboursés de nos affiliés et sur base des déclarations des personnes interrogées dans le cadre de l'enquête). Face aux constats, Solidararis plaide pour répondre aux évolutions du secteur et émet les 4 recommandations suivantes (celles-ci étant davantage explicitées dans la Synthèse) :

1. Renforcer l'offre en santé mentale pour la rendre plus accessible notamment financièrement ; en particulier pour les groupes de population manifestant plus de besoins ;
2. Analyser le rôle des médecins généralistes dans la prise en charge de la santé mentale, notamment dans le cadre de la prescription de médicaments ;
3. Poursuivre l'amélioration de la connaissance du secteur de la santé mentale par la population ;
4. Développer la promotion et la prévention en santé mentale en agissant notamment sur les déterminants sociaux de la santé.

---

<sup>21</sup> « Santé mentale : connaissance, perception du secteur et consommation de soins – Synthèse » (Ancel et al., 2022) disponible sur [Institut Solidararis \(institut-solidaris.be\)](https://www.institut-solidaris.be).

## BIBLIOGRAPHIE

Ancel, Lontsi, Maron, Vos et Vrancken (2022), « Santé mentale : connaissance, perception du secteur et consommation de soins », Direction Etudes et Politique, Solidararis, Octobre 2022, p. 6.

Institut Solidararis (2022), « Comment allons-nous ? La santé mentale des Belges francophones à la loupe », Septembre 2022, p. 41.

Institut Solidararis (2021), « Le report de soins de santé – Edition 2021 », Octobre 2021, p. 17.

Institut Solidararis (2012), « Thermomètre : Comment allons-nous ? – L'état de bien-être psychologique de la population », Juin 2012, p. 196.

Laasman, Maron et Vrancken (2019), « Les inégalités sociales dans le domaine de la santé », Direction Etudes et Politique, Solidararis, Octobre 2019, p. 146.

Maron et Vrancken (2021), « Vers un monitoring de la santé mentale », *Policy Brief*, Direction Etudes et Politique, Solidararis, Juillet 2021, p. 8.

LES PUBLICATIONS DU SERVICE ETUDES DE SOLIDARIS MUTUALITÉ SONT  
TÉLÉCHARGEABLES SUR LE SITE DE L'INSTITUT SOLIDARIS

[Institut Solidaris \(institut-solidaris.be\)](http://institut-solidaris.be)



SERVICE ETUDES DE SOLIDARIS MUTUALITÉ  
RUE SAINT-JEAN, 32/38 - 1000 BRUXELLES  
Téléphone : 02/515.03.93. – mail : [Etudes@solidaris.be](mailto:Etudes@solidaris.be)

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