

## **Eerstelijnspsychologische zorg in België**

*Wetenschappelijke evaluatie en aanbevelingen tot een duurzame integratie in  
de Belgische gezondheidszorg*

**EPCAP-studie**

## **La psychologie de première ligne en Belgique**

*Évaluation scientifique et recommandations pour une intégration durable dans  
le système de soins de santé belge*

**L'étude EPCAP**

*30 juni 2023*

**LEONTIEN JANSEN**

**FABIENNE GLOWACZ**

**ANNABELLE KINARD**

**RONNY BRUFFAERTS**



## INHOUDSOPGAVE

---

SAMENSTELLING ONDERZOEKSTEAM .....	3
SAMENVATTING .....	4
LEESWIJZER.....	20
DEEL I - ACHTERGROND & DOELSTELLINGEN EPCAP STUDIE.....	22
HOOFDSTUK 1 - Eerstelijnspsychologische zorg in België: Stand van zaken.....	23
HOOFDSTUK 2 - Wetenschappelijke evaluatie van de eerstelijnspsychologische zorg in België: doelstellingen .....	30
DEEL II - METHODOLOGIE.....	32
HOOFDSTUK 3 - MICRO: Het klinisch profiel van de patiënt.....	33
HOOFDSTUK 4 - MESO : Plaats en functie van psychologische zorg in de eerste lijn .....	39
DEEL III – RESULTATEN: Het klinisch profiel van de patiënt.....	48
HOOFDSTUK 5 - Sociodemografische karakteristieken van behandelde patiënten .....	49
HOOFDSTUK 6 - Prevalentie van psychische problemen en comorbiditeit .....	52
HOOFDSTUK 7 - Kwaliteit van leven en lijdensdruk .....	58
HOOFDSTUK 8 - Toeleiding en behandeling.....	63
HOOFDSTUK 9 - Kwaliteit van leven en lijdensdruk bij patiënten na 3 en 6 maanden behandeling	75
HOOFDSTUK 10 Jongeren binnen de eerstelijnspsychologische conventie.....	85
DEEL IV – RESULTATEN: Plaats en functie van psychologische zorg in de eerste lijn .....	91
CHAPITRE 11 - Le processus d’implémentation de la nouvelle convention au travers des coordinateurs (de réseaux et locaux).....	92
CHAPITRE 12 - Etude des profils et des pratiques des psychologues/orthopédagogues conventionnés dans les réseaux de santé mentale – Données quantitatives .....	102
CHAPITRE 13 - Etude des profils et des pratiques des psychologues/orthopédagogues conventionnés dans les réseaux de santé mentale – Données qualitatives .....	120
CHAPITRE 14 - Etude par focus groups sur l’expérience des psychologues/orthopédagogues conventionné(e)s dans un réseau de santé mentale adulte ou enfant/adolescent.....	151
HOOFDSTUK 15 - Goede praktijken in de psychologische zorg in de eerste lijn.....	172
DEEL V - CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN .....	176
HOOFDSTUK 16 – Conclusies en aanbevelingen .....	177
REFERENTIES.....	183
DANKBETUIGING .....	194

## **SAMENSTELLING ONDERZOEKSTEAM**

---

### **Coördinator**

Prof. dr. Ronny Bruffaerts (KU Leuven)

### **Hoofdonderzoeker**

Prof. dr. Fabienne Glowacz (ULiège)

### **Onderzoekers**

Dr. Leontien Jansen (KU Leuven)

Lic. Annabelle Kinard (ULiège)

## SAMENVATTING

---

### INLEIDING

De structuur en de organisatie van de ambulante geestelijke gezondheidszorg in België is sinds 2011 fundamenteel veranderd. Die nieuwe structuur en organisatie is op het Belgische grondgebied al meer dan een decennium verankerd in netwerken, waarvan de verankering van de geestelijke gezondheidszorg op/in de eerste lijn een *Leitmotiv* is. Hiermee volgt het Belgische beleid de sterke aanbeveling van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, 2022). Deze verankering is eerste stap naar een verduurzaamde geïntegreerde zorg, en biedt hoofd aan twee problematische aspecten in de Belgische geestelijke gezondheidszorg. Er is ten eerste de *hoge unmet need*, uitgedrukt als een lage proportie personen met psychische problemen die op korte termijn in behandeling komt; of uitgedrukt als de lange uitsteltijd vóór iemand in de zorg komt (grosso modo 10-15 jaar) (Bruffaerts et al., 2011). Ten tweede is er het probleem van de *overmet need*, uitgedrukt als een hoge mate van hooggespecialiseerde zorg, ook voor patiënten met milde psychische problemen (Mistiaen et al., 2017). Dit leidt onder andere tot het hoge gebruik van psychofarmaca in de Belgische algemene bevolking, of een snelle doorstroom naar een psychiatrische hospitalisatie. De conventie eerstelijnspsychologische zorg dient te worden beschouwd ten aanzien van deze twee kenmerken van de Belgische geestelijke gezondheidszorg in de 21<sup>ste</sup> eeuw. Dit leidt tot twee vragen. Ten eerste kan de vraag gesteld in welke mate de conventie eerstelijnspsychologische zorg patiënten sneller naar de zorg leidt. Een lang uitstel tussen start van de emotionele problemen en het moment waarop effectief professionele hulp wordt gezocht leidt immers tot een progressie van de aanwezige problemen. Een laagdrempelige en snelle toegang tot de zorg zijn hierbij noodzakelijk, met inbegrip van een richting (of indicatiestelling) waarin de zorg voor deze of gene patiënt dient te gebeuren. Ten tweede dient de vraag gesteld in welke mate de conventie een rol kan spelen in de snelle doorstroom naar hooggespecialiseerde psychiatrische zorg. Tegenover deze achtergrond is het belangrijk de psychologische zorg vroeg en ‘dichtbij de mensen’ aan te bieden. De conventie kan dus worden beschouwd als een systemische, maatschappelijke innovatie: het is een systeem van terugbetaalde zorgverstrekking dat wordt toegevoegd aan de al bestaande organisatie van de zorg en niet zozeer een specifieke behandeling die bij patiënten wordt toegepast.

Tegen deze achtergrond situeert huidige studie zich; meer specifiek worden de volgende onderzoeksvragen behandeld: (1) welke specifieke patiëntenprofielen worden toegeleid naar de eerstelijnspsychologische zorg?; (2) welke plaats heeft de geconventioneerde psycholoog/orthopedagoog in de organisatie van de zorg, i.c. het netwerk?; en (3) welke voorstellen kunnen er aan de hand van de studie worden geformuleerd die een duurzaam beleidskader bieden voor de eerstelijnspsychologische zorg in België?

### WELKE KLINISCHE PROFIELEN WORDEN BEHANDELD IN DE CONVENTIE EERSTELIJNSPSYCHOLOGISCHE ZORG?

Op jaarbasis worden ongeveer 147.000 patiënten behandeld in het kader van de conventie eerstelijnspsychologische zorg in België, die op jaarbasis ongeveer 850.000 sessies genereert (equivalent aan 6 sessies per zorgtraject). Vanuit deze groep werd via *convenience sampling* een steekproef van 2.750 patiënten getrokken (met datacollectie tussen november 2020 en maart 2023) en werden patiënten geïnccludeerd in een vragenlijstonderzoek dat polste naar de klinische profielen (i.c. sociodemografische karakteristieken, diagnose van psychische stoornissen, kwaliteit-van-leven, absentieïsme en veerkracht) en zorggebruik in het verleden (Jansen et al., 2022). Patiënten werden opgevolgd na 3, 6 en 12 maanden na de index-behandeling. De gemiddelde leeftijd van de patiënten betrof 39 jaar; de gegevens van de steekproef werden statistisch gewogen om representatief te zijn

voor de populatie behandelde patiënten (N~147.000) aan de hand van populatieparameters verkregen door het RIZIV.

#### *Klinische profielen van behandelde patiënten*

Met betrekking tot het klinische profiel van de patiënten behandeld zijn er vijf specifieke bevindingen: (1) 3/10 behandelde patiënten voldoet niet aan de criteria van een psychische stoornis; dit percentage is bovendien stijgend in functie van de tijd van inclusie; (2) patiënten hebben een heterogeen klinisch profiel maar voldoen in de meerderheid van de gevallen aan de criteria van zogenaamde *common mental disorders*: angst- en stemmingsstoornissen en externaliserende problemen, met een duurtijd van ongeveer 10 jaar. Ongeveer de helft van deze stoornissen hebben een ernstige impact op het dagelijkse leven; (3) 1/10 behandelde patiënten heeft een stoornis die het laatste jaar is ontstaan en komt dus vroeg in behandeling; (4) 3/10 behandelde patiënten komt uit een zogenaamde kwetsbaren groep (bijvoorbeeld werkzoekend, lage socio-economische status,...) en (5) in de klinische profielen is er weinig onderscheid tussen patiënten behandeld binnen een eerstelijnspsychologische (ELP) versus gespecialiseerde psychologische zorg (GPZ).

#### *Hoe worden patiënten toegeleid tot zorg in de eerstelijnspsychologische conventie?*

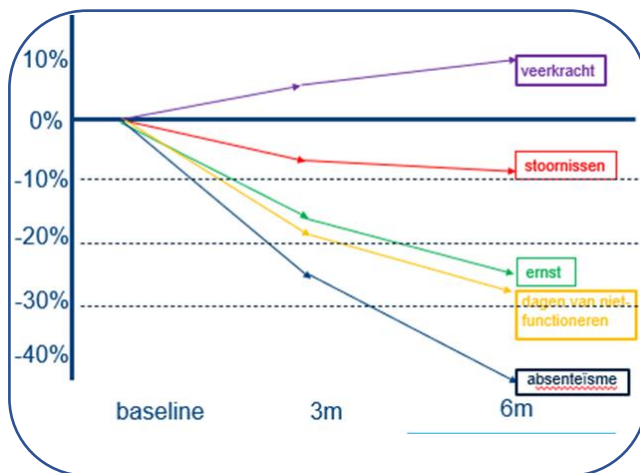
Binnen deze onderzoeksvraag zijn er drie belangrijke bevindingen. (1) Voor 4/10 patiënten is de huidige behandeling de eerste ooit; (2) Ongeveer de helft van de behandelde patiënten rapporteert een voorgeschiedenis van behandeling voor psychische problemen. Een derde van de behandelde patiënten heeft al een (medicamenteuze) behandeling gekregen binnen het jaar waarin ook de eerstelijnspsychologische behandeling plaatsvond. Eén patiënt op vier had al minstens twee behandeltrajecten binnen de conventie. (3) De mediane duur tussen start van de psychische problemen en het moment waarop patiënten hulp zochten binnen de conventie bedraagt 4 jaar voor diegenen die nog nooit eerder in behandeling waren en 3 jaar voor diegenen die wel al ooit in behandeling waren. In vrijwel alle gevallen wordt de zorg uitgesteld omwille van cognitieve en attitudinale redenen, zoals de wens de problemen zelf te willen oplossen (>50%), financiële redenen (30-40%) en de hoop dat de problemen uit zichzelf zullen oplossen (30-40%).

#### *Kenmerken van het behandeltraject in de conventie eerstelijnspsychologische zorg*

**Baseline-gegevens.** Met betrekking tot de plaats van behandeling kunnen we stellen dat minder dan 10% van alle sessies effectief plaatsvindt in groep en 1/6 op een vindplaats. We vonden evenwel dat bij kwetsbare patiënten niet 1/6 van de sessies plaatsvond op een vindplaats, maar ¼, een gegeven dat sterk suggereert dat vindplaatsgericht werken belangrijk is teneinde psychologische zorg te kunnen bieden aan kwetsbare groepen. Hoewel de groepsinterventies een minderheid zijn van de uitgevoerde zorg, is het profiel van de patiënten behandeld in de groepsinterventies niet triviaal: het zijn vooral patiënten met een lagere prevalentie van stoornissen (i.c. 74% lager dan individueel behandelde patiënten) en een lage impact van de psychische problemen (met 4/5 geen ernstige impact). Verder is het zo dat minder dan 25% van de sessies effectief plaatsvond in het thuismilieu van de patiënt. Deze gegevens gecombineerd schetsen dat 8/10 sessies effectief plaatsvinden in het eigen kabinet van de psycholoog/orthopedagoog.

**Longitudinale gegevens na 3 en 6 maanden na de start van de behandeling.** Na 6 maanden na de start van de behandeling hebben patiënten 6 sessies gehad. Na een termijn van 3 en 6 maanden zijn nog respectievelijk 8/10 en 2/3 patiënten in behandeling. Tussen 1/10 en 4/10 patiënten continueert nog de sessie nadat de geconventioneerde sessies zijn afgelopen; dit betekent dat 6/10 à 9/10 effectief stopt met de zorg na het maximaal aantal sessies. Ongeveer ¼ heeft nog nood aan een verdere ambulante of residentiële behandeling. Eén derde van de patiënten heeft al op een wachtlijst gestaan voorafgaand aan de behandeling; gemiddeld ging het over één wachtlijst.

Na respectievelijk 3 en 6 maanden (de meting van 12 maanden loopt momenteel nog) na de start van de behandeling werden de volgende outcomes gemeten: psychische stoornissen, ernst van de psychische problemen, dagen van niet-functioneren, absentieïsme en veerkracht.



Er zijn drie centrale bevindingen: (1) globaal genomen zijn de outcomes na respectievelijk 3 en 6 maanden met 17 en 26% gedaald en is veerkracht met respectievelijk 5 en 10% gestegen (zie figuur 1); (2) na 3 en 6 maanden na de start van de behandeling zijn het vooral de maatschappelijke en participatieve outcomes (i.c. absentieïsme en dagen waarop de patiënt helemaal niet kan functioneren) gedaald (met respectievelijk 22 en 37%) ten aanzien van de meer klinische outcomes (8% minder psychische stoornissen en een daling van 25% van de ernst van de psychische

problemen na 6 maanden na de behandeling); (3) de comparatieve gegevens verschillen in functie van het aantal en het type stoornissen: zo is bijvoorbeeld de daling van het aantal maandelijkse absentieïsmedagen bij studenten en werkenden het grootst in deze groep die een hoog absentieïsme had bij aanvang van de behandeling. Bovendien is het zo dat de daling in outcomes het grootst is bij specifieke types psychische stoornissen, voornamelijk bij angst- en stemmingsstoornissen en suïcidaliteit.

## DE PLAATS EN DE FUNCTIE VAN EERSTELIJNSPSYCHOLOGISCHE ZORG IN DE ORGANISATIE VAN DE ZORG EN DE NETWERKEN

Momenteel zijn er ongeveer 3000 geconventioneerde psychologen/orthopedagogen. Teneinde een beeld te verkrijgen van hun mening rond de functie en de plaats van eerstelijnspsychologische zorg werden, via *convenience sampling*, 793 psychologen/orthopedagogen (Kinard et al., 2023), 270 artsen geïnccludeerd in een online vragenlijst-interview (2021-2023). Er werden ook 20 focusgroepen gehouden met 62 netwerkcoördinatoren en lokale coördinatoren. De belangrijkste outcomes betroffen de gehanteerde praktijken en de samenwerking met verschillende stakeholders in het netwerk. Naast dit kwantitatieve luik werd een *case study design* doorgevoerd in twee locaties (i.c. het netwerk van Namen, mei 2023, en alle netwerken werkzaam in de provincie Limburg, februari 2023). De specifieke outcomes in dit kwalitatieve luik betroffen vooral ideeën, voorwaarden en 'good practices' met betrekking tot een vlotte toeleiding tot en doorstroom van patiënten op netwerkniveau.

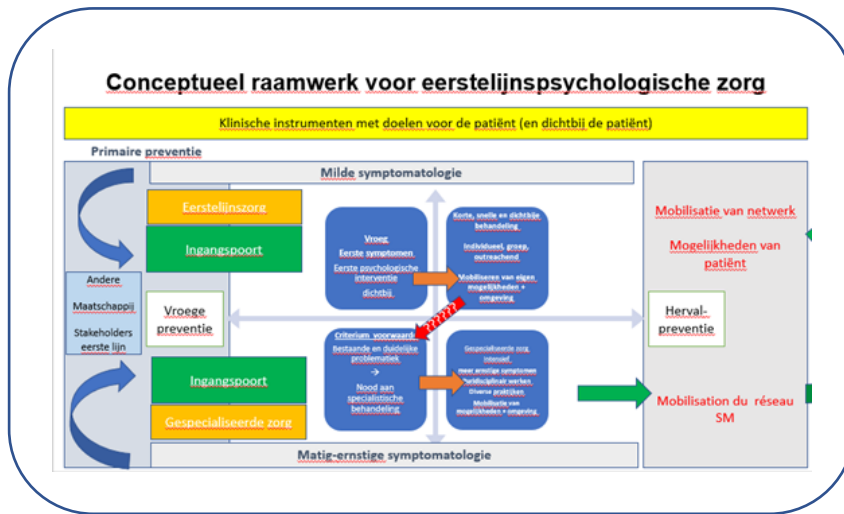
### *Profielen en gevoegde klinische praktijken van geconventioneerde psychologen/orthopedagogen*

Uit de kwantitatieve bevraging bleek een groot vertrouwen in de gevoerde klinische praktijken, vooral dan met betrekking tot individuele sessies en behandelingen. Driekwart van de psychologen / orthopedagogen heeft een klinische ervaring van ongeveer 10 jaar; 8/10 doet zowel ELP- als GPZ-behandelingen in het kader van de conventie. Specifieke noden bevinden zich op het niveau van opleiding (bijvoorbeeld met betrekking tot groepssessies), duidelijke communicatie met stakeholders in het netwerk en versteviging van dat netwerk, maar ook met betrekking tot autonomie, administratieve ondersteuning, en terugbetaling van gemaakte kosten (bijvoorbeeld bij no-shows).

Met betrekking tot de **samenwerkingspraktijken** kunnen we zeggen dat 51% van de geconventioneerde psychologen/orthopedagogen nooit overleg pleegt met stakeholders uit het netwerk. Van diegenen die wel overleg plegen is het opvallend dat dit overleg niet vaak gebeurt, i.c. minder dan éénmaal per week. Het overleg gebeurt dan het vaakst met collega-psychologen, mobiele

teams, huisarts en psychiaters, maar vrijwel niet met bijvoorbeeld Kind en Gezin, buurtwerk, CLB of geriater (in het geval van geriatrische patiënten).

**Conceptueel model van psychologische zorg in de eerste lijn.** Psychische problemen binnen de eerste lijn kunnen gekaderd worden op twee dimensies: (1) de ernst en (2) de duurtijd van psychische problemen.



Deze dimensies kaderen de eerstelijns- (ELP) en gespecialiseerde zorg (GPZ) binnen het GGZ-landschap. Waar ELP zich situeert in de bovenste twee kwadranten bij psychische symptomen van milde tot matige intensiteit, richt de GPZ zich op de ernstige psychische symptomen.

Zowel de eerstelijns- als gespecialiseerde

psychologische zorg kan zich richten op vroeginterventie en een laagdrempelige toegang vormen voor recent ontstane psychische problemen. De eerstelijnspsychologische zorg zal zich echter per definitie situeren dichtbij de patiënt, bij voorkeur op vindplaatsen als eerste toegangspoort naar professionele hulpverlening bij milde tot matige impact op dagelijks functioneren. Gespecialiseerde psychologische zorg heeft deze functie ook maar spitst deze zorg zich meer toe op de meer verankerde problematiek met ernstigere impact. In tegenstelling tot vroegdetectie richt de conventie zich ook op terugvalpreventie door (1) het versterken van veerkracht en mobiliseren van hulpbronnen in de vorm van kortdurende individuele of groepsinterventies in het geval van eerstelijnspsychologische zorg en door (2) intensievere individuele of groepsbehandeling gericht op de specificiteit en ernst van de problemen in het geval van gespecialiseerde psychologische zorg. Centraal staan de behoeften en doelen van de patiënt waarbij beide behandelvormen op beide dimensies als doel hebben zowel het individuele als professionele netwerk te activeren en door te verwijzen of te heroriënteren wanneer dat aangewezen is, zowel binnen de conventie als daarbuiten.

### Een 'good practices' case study in twee netwerken

Inzake werkmodellen van toeleiding tot behandeling en effectieve behandeling werden in het kwalitatieve luik van deze studie vier centrale voorwaarden geformuleerd: (1) duidelijkheid rond de rol van de eerstelijnspsychologische zorg; (2) werkbare samenwerkingsverbanden tussen netwerken; (3) het herbekijken van het doel en de functie van het functioneel bilan en (4) het waarborgen van de kwaliteit van behandeling binnen de conventie.

Er is **nood aan duidelijkheid aan datgene wat de conventie nu effectief borgt**: een specifieke interventie voor een specifiek profiel van patiënten (met andere woorden: een interventie op micro-niveau) en/of een interventievorm in de organisatie van de zorg, of een systemische interventie (op meso-niveau). Momenteel gelden, afhankelijk van de individuele psychologen, zijn/haar samenwerkingsverbanden en specifieke preferenties van het netwerk, beide conceptualisaties. Het is duidelijk dat de conventie een doelpubliek kent dat benoemd kan worden als 'sociaal en maatschappelijk kwetsbaar'; er is geen twijfel aan het gegeven dat precariteit van de patiënt en zijn/haar systeem een leidraad is ter inclusie van de patiënt. Er is daarentegen meer onduidelijkheid die zich reflecteert in de vraag of er specifieke klinische profielen zijn die een voorkeur genieten om

binnen de conventie te worden behandeld. Deze vraag creëert een spanningsveld inzake criteria voor inclusie/exclusie enerzijds en oriëntatie/heroriëntatie anderzijds.

De tweede voorwaarde betreft een **optimale samenwerking binnen netwerken**. Deze samenwerking dient twee specifieke elementen te borgen: ten eerste het vergemakkelijken van communicatie tussen de stakeholders, en het organiseren van een duurzame opleiding met betrekking tot de klinische praxis van het werken binnen een eerstelijnspsychologische zorgvorm (zowel op individueel als groepsessie-niveau). Ten tweede is de duurzame verankering van de eerstelijnspsychologische zorg op netwerkniveau een cruciale voorwaarde.

De derde voorwaarde betreft het **doel en de functie van het functioneel bilan**. Het doel van het functioneel bilan zou erin moeten bestaan een communicatiemiddel te zijn op het niveau van de organisatie van de zorg, en tegelijkertijd een middel ter reflectie en verdere planning van de zorg. De kwalitatieve gegevens tonen echter aan dat in de huidige praktijkvoering het bilan enkel pro forma wordt gebruikt, erg onpopulair is en sterke weerstand kent. Het doel van het bilan moet in de eerste plaats patiëntgecentreerd te zijn als onderdeel van geïntegreerde zorg.

Een laatste voorwaarde voor good practice wordt geformuleerd in termen van het vastleggen van een kader dat de **kwaliteit van de zorg binnen de conventie borgt**: opleiding, infosessies, persoonlijk contact tussen de psychologen/orthopedagogen onderling en met de stakeholders binnen het netwerk en de mogelijkheden tot intervisie en supervisie. Een laatste element betreft de monitoring van patiënten (op microniveau) en de plaats van de conventie binnen de zorg (op mesoniveau).

## CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

De wetenschappelijke gegevens vergaard binnen het EPCAP-project (januari 2020 en juni 2023) tonen duidelijk aan dat, met bijna 150.000 behandelde patiënten op jaarbasis, het kader van geconventioneerde psychologische zorg op de eerste lijn maatschappelijk gevalideerd wordt: er is een progressief stijgende influx van patiënten die nog nooit eerder in behandeling zijn geweest. We zien bovendien dat patiënten minder lang het zoeken van zorg uitstellen: personen met psychische problemen/ psychische stoornissen komen dus opmerkelijk sneller in de zorg. De toeleiding van de patiënt tot de zorg gebeurt dus vlotter en sneller. De gegevens tonen ook klinische validiteit: na een periode van gemiddeld 4 jaar van psychische problemen of psychische stoornissen dalen na gemiddeld 6 sessies de psychische klachten en stijgt de dagelijkse kwaliteit van leven en veerkracht van behandelde patiënten, en dit tot minstens 6 maanden na de start van de behandeling.

Op het **niveau van de patiënt en de samenleving** zijn er de volgende bevindingen: (1) 34% van de patiënten behandeld binnen de conventie zijn patiënten zonder psychische stoornissen of met psychische stoornissen die minder dan een jaar geleden zijn ontstaan; (2) voor 44% van de patiënten is de behandeling de eerste ooit en bedraagt de uitsteltijd tussen start van de psychische problemen en het moment waarop men effectief hulp zoekt, 4 jaar; (3) 28% van de behandelde patiënten bevindt zich in een precare kwetsbare socio-economische of socio-demografische positie; (4) voor ongeveer kwart van de patiënten is er na de geconventioneerde behandeling nog verdere ambulante of residentiële zorg nodig; (5) 10% van alle sessies vindt plaats in een groep en 1 op 6 sessies op een vindplaats; (6) vindplaatsgericht werken verhoogt de toegankelijkheid tot zorg, zeker voor het bereiken van kwetsbare doelgroepen (met name voor personen in een meer precare situatie); (7) 6 maanden na de start van de behandeling met gemiddeld 6 sessies is er een daling van 41% absentisme op het werk (van 5 naar 2 dagen per maand) en verbetering op het algemene dagelijks functioneren.

Op het **niveau van de klinisch psycholoog/-orthopedagoog** zijn er de volgende bevindingen: (1) de klinische praktijk van de geconventioneerde eerstelijnspsychologische zorg wordt gevoerd door klinische psychologen/-orthopedagogen die gemiddeld 10 jaar ervaring hebben; (2) de samenwerking



met actoren in de eerste lijn is belangrijk en wordt als erg waardevol geacht maar dient nog verder te worden gestimuleerd. Dit is overigens een expliciete vraag van zowel de geconventioneerde psychologen/ -orthopedagogen als van de netwerken; (3) klinisch psychologen/-orthopedagogen staan open voor maar zijn nog vaak niet voldoende vertrouwd met groepsinterventies, werken op vindplaatsen of werken in de eerstelijnszorg in algemeen en hebben een daarmee samenhangende nood aan opleiding, vorming, intervisie/supervisie; (4) geconventioneerde psychologen / -orthopedagogen staan, anno 2023, mits een aantal voorwaarden, open om de shift te maken naar werken op de eerste lijn en op vindplaatsen. De *mindset* lijkt te veranderen naar een meer maatschappelijk verankerde behandeling waarin de noden van patiënten en dus de noden van de maatschappij centraal staan.

#### *Aanbevelingen op hulpverleningsniveau*

Er zijn vier aanbevelingen voor duurzame integratie van eerstelijnspsychologische zorg op het niveau van de hulpverlening. Het onderscheid tussen eerstelijnszorg en gespecialiseerde zorg is voor professionals in de praktijk moeilijk te maken omdat de klinische profielen van ELP vs. GPZ-patiënten niet zijn te onderscheiden. Toch dient dit **onderscheid tussen ELP en GPZ niet te worden opgegeven**: op conceptueel niveau zijn immers twee vormen van interventie naar voren gekomen, zowel uit onze onderzoeksbevindingen als uit de gevoerde klinische praktijken. Deze hebben minder te maken met de ernst van de symptomen of stoornissen dan wel met het soort interventie dat is geïndiceerd voor de patiënt. De eerste vorm van zorg is gebaseerd (ELP) op een vroege interventie die een preventief karakter heeft en verwijst naar een generalistische zorgaanpak op korte termijn. Het gaat om een beperkte reeks van sessies gefocust op het mobiliseren van hulpbronnen van de patiënt en het voorkomen dat de symptomen verergeren. De tweede vorm (GPZ) leunt dichter aan bij het klinische profiel en de noden van patiënten met een bestaande psychiatrische voorgeschiedenis, met meer klinische doelstellingen die verder gaan dan het mobiliseren van hulpbronnen. De behandelaar gebruikt vervolgens het toegewezen aantal sessies voor middellange termijn follow-up, waarbij de sessies worden gespreid over een langere periode zodat middellange termijn follow-up mogelijk is.

Tegen de achtergrond dat een breed palet aan psychische problemen en stoornissen wordt behandeld is het, ten tweede, noodzakelijk te werken met **klinische instrumenten en vragenlijsten ('klinische tools') voor de patiënt**. Deze hebben níet tot doel een triage te zijn voor een eventuele inclusie/exclusie van de patiënt, maar helpen de professional in een adequate indicatiestelling van de aangemelde patiënt (zoals ELP, GPZ, psychotherapie en - daarna - individuele/groepsinterventie). Deze aanbeveling omvat drie centrale elementen. Ten eerste zal het doel van de klinisch instrumenten liggen in het beschrijven van de doelen van de patiënt, alsook psychiatrische elementen (zoals psychische stoornissen), veerkracht en kwaliteit-van-leven (McDaniel et al.,2014). Op deze wijze kan een dergelijke tool ook worden gebruikt als een verloopinstrument, dat inzicht geeft in de evolutie van de desbetreffende patiënt. Ten tweede zal deze klinische tool een gepersonaliseerde indicatiestelling geven, met predictieve validiteit ten aanzien van de zorg die nodig is voor deze of gene patiënt. Bovenstaande creëert, ten derde, een kader voor datacollectie en monitoring van patiënten behandeld binnen de conventie, zowel op netwerk- als beleidsniveau. Een dergelijk monitoringsysteem biedt een antwoord op de noodzakelijkheid om brede patiënt-gecentreerde en - gerapporteerde gegevens van behandelingen op populatie- en netwerkniveau in beeld te brengen en dus concreet te werken aan een value-based gezondheidsbeleid (Porter & Teisberg 2006).

Een derde aanbeveling heeft betrekking op het brede maatschappelijke voortraject van behandeling binnen een eerstelijnspsychologisch traject in termen van het ontwikkelen van een continuüm van interventies. Tegen de achtergrond van een maatschappelijke toeleiding tot de zorg (i.c. het voorzien van specifieke interventies in de maatschappij die in staat stellen personen met milde en/of

beginnende psychische problemen tijdig, laagdrempelig en kort te behandelen via vindplaatsen) en de gekende barrières ten aanzien van het zoeken van professionele hulp voor psychische problemen is de verdere stimulatie van **online interventies en zelfhulp** essentieel. Er is voldoende wetenschappelijke evidentie om te stellen dat zelfhulp en online interventies ‘voortrajecten’ van behandeling zijn (Andrews et al., 2018; Wright et al., 2019; Richards et al., 2020; Palacios et al., 2022; Timulak et al., 2022). Hier kan worden gewerkt aan een portfolio voor de individuele psycholoog met bestaande evidence-based online interventies en zelfhulpinitiatieven voor specifieke of brede probleemgebieden.

Een vierde aanbeveling volgt rechtstreeks uit de vaststelling dat de proportie **vindplaatsgerichte en outreachende interventies** niet ten volle wordt benut. Dergelijke interventies leiden nochtans tot de uptake van kwetsbare patiënten (bijvoorbeeld: 25% van de kwetsbare patiënten wordt behandeld op een vindplaats in vergelijking met 17% in het algemeen). Ook de **groepsinterventies** zijn onontgonnen mogelijkheden om laagdrempelige psychologische zorg te organiseren (Kaldo et al., 2019; Sundquist et al., 2020; Dolan et al., 2021; Rogiers et al., 2022).

#### *Aanbevelingen op netwerkniveau*

Onder **opleiding en vorming** worden drie elementen verstaan: (1) opleiding gericht op evidence-based behandelingen voor eerstelijnspsychologische zorg alsook specifieke opleidingen voor specifieke klinische problemen; (2) opleiding inzake het gebruik van klinische instrumenten in de eerstelijnspsychologische praktijk en (3) opleidingspakketten over evidence-based behandelmodellen in groepsinterventies (met inbegrip van de duiding van verschillen tussen groepsinterventie en -therapie), evidence-based behandelmodellen in de gespecialiseerde en eerstelijnspsychologische zorg (met inbegrip van de verschillen met behandelmodellen binnen een psychotherapeutisch kader), behandelmodellen voor vindplaatsgericht en outreachend, en multidisciplinair werken (i.c. met stakeholders).

Een tweede aanbeveling op het niveau van de netwerken gaat over het creëren van hefboomen die de **samenwerking binnen de netwerken verder stimuleren** om meer outreachend te kunnen werken (bijvoorbeeld het voorzien van een verzuimvergoeding bij een no-show), een betere kennis te hebben omtrent doorverwijsmogelijkheden binnen het eigen netwerk, de mogelijkheden tot uitwisseling van good practices en de mogelijkheden tot optimale communicatie tussen de stakeholders. Hier dient te worden gedacht aan alternatieven voor het functioneel bilan in functie van het creëren van optimale communicatie tussen stakeholders en patiënt.

#### *Aanbevelingen op macroniveau*

De aanbevelingen op beleidsniveau situeren zich op twee doelstellingen. De eerste doelstelling is de doorontwikkeling van een **populatiemanagement-tool**: een beleid dat op een inhoudelijke en kwantificeerbare wijze de plaats van eerstelijnspsychologische zorg in de samenleving duidt en klinisch valideert. Binnen deze aanbeveling is het cruciaal te werken aan (1) populatiegegevens rond voorkomen en zorggebruik van psychische stoornissen en emotionele problemen op populatie- en netwerkniveau, welke de noden van de bevolking en haar kwetsbare groepen articuleren, (2) zorgtrajecten die zich afspelen binnen netwerken en (3) een verduurzaming van populatiegebaseerde verdeling van financiële middelen waarin kwetsbaarheid en precariteit op regionaal, lokaal en gemeentelijk niveau leidende principes zijn.

Een tweede aanbeveling op beleidsniveau is de ontwikkeling van een **stap-voor-stap leidraad voor de doorontwikkeling van de eerstelijnspsychologische zorg**, gearticuleerd in het ontwikkelen en nastreven van (1) standaarden in implementatietrajecten van eerstelijnspsychologische zorg, (2) standaarden in de eerstelijnspsychologische zorg (inclusief good/best practices, evidence-based interventies op individueel en groepsniveau) en monitoring en (3) standaarden in

samenwerkingsverbanden en doorverwijstrajecten binnen netwerken. Naar analogie met de HIC- en ART-monitor (een gelijkaardige monitor voor de behandeling van personen met ernstige psychiatrische problematieken – zie Van Melle et al., 2019; Zomer et al., 2022) zou een Belgische versie voor de eerstelijnspsychologische zorg (**een ELP-monitor**) kunnen dienen als een leidraad voor implementatie, kwaliteit en modelgetrouwheid, het waarborgen van een aantal *standards-of-care* en het identificeren en evalueren van kwaliteitsindicatoren voor de uitoefening en de organisatie van de zorg. Om deze input te monitoren en om motivatie te genereren en te behouden voor het implementeren van een aantal standaarden is een betrouwbare modelgetrouwheidsschaal nodig. Omdat het model vele facetten heeft - het bestaat uit verschillende componenten die elk belangrijk zijn voor de kwaliteit van de zorg in brede zin – is het van cruciaal belang te kunnen meten in hoeverre modelgetrouwheid en standaarden effectief zijn geïmplementeerd binnen netwerken. Na ontwikkeling heeft dergelijke monitor een functie als beoordelingschaal ten behoeve van de kwaliteit en modelgetrouwheid van de interventies en de organisatie van de eerstelijnspsychologische zorg in België. De monitor zal netwerken in staat stellen het eigen functioneren in beeld te brengen door het eigen functioneren te kunnen bekijken ten aanzien van een aantal standaarden. Zo kunnen netwerken naar aanleiding van hun scores op de ELP-monitor de kwaliteit van zorg en modelgetrouwheid van interventies verder optimaliseren en bijsturen. (4) Een laatste standaard betreft een standaard in allocatie van financiële middelen op niveau van netwerken, rekening houdend met de specifieke kenmerken van de bevolking van gemeenschappen, gewesten en netwerken in termen van precariteit, kwetsbaarheden en ongelijkheden van de bevolking, teneinde een verdeelsleutel te ontwikkelen volgens een solidariteitsprincipe.

## RÉSUMÉ

---

### INTRODUCTION

La structure et l'organisation des soins ambulatoires en santé mentale en Belgique ont fondamentalement changé depuis 2011. Cette nouvelle structure et organisation est ancrée sur le territoire belge depuis plus d'une décennie dans des réseaux, dont l'ancrage des soins de santé mentale en première ligne est un *Leitmotiv*. Ce faisant, la politique belge suit la forte recommandation de l'Organisation mondiale de la santé (WHO, 2022). Cet ancrage est une première étape vers des soins intégrés durables et permet d'aborder deux aspects problématiques des soins de santé mentale en Belgique. Premièrement, il y a l'importance des *unmet need*, qui se traduit par un long délai avant qu'une personne souffrant de problèmes de santé mentale n'entre en traitement (environ 10-15 ans) (Bruffaerts et al., 2011). Deuxièmement, il y a le problème de l'*overmet need*, qui se traduit par un niveau élevé de soins hautement spécialisés, même pour les patients souffrant de problèmes de santé mentale légers (Mistiaen et al., 2017). Cela conduit, entre autres, à l'utilisation élevée de produits psychopharmaceutiques dans la population générale belge, ou à une progression rapide vers l'hospitalisation psychiatrique. La convention des soins psychologiques primaires doit être envisagée au regard de ces deux caractéristiques des soins de santé mentale belges au 21e siècle. Deux questions se posent alors. Tout d'abord, on peut se demander dans quelle mesure la convention des soins psychologiques de première ligne conduit les patients vers des soins plus précoces. En effet, un long délai entre le début des problèmes psychologiques et le moment où une aide professionnelle est effectivement recherchée conduit à une progression ou une intensification et aggravation de ces problèmes. Dès lors, un accès rapide et à bas seuil aux soins est nécessaire, y compris une orientation et des indications dans laquelle les soins doivent être fournis au patient. Deuxièmement, il convient de se demander dans quelle mesure la convention peut jouer un rôle dans l'acheminement rapide vers des soins psychiatriques hautement spécialisés. Dans ce contexte, il est important d'offrir des soins psychologiques précoces et "proches des gens" (WHO, 2022). La convention peut donc être considérée comme une intervention systémique : il s'agit d'un système de soins remboursés qui s'ajoute à l'organisation des soins déjà existante, plutôt que d'un traitement spécifique appliqué aux patients.

C'est dans ce contexte que se situe la présente étude. Plus précisément, les questions de recherche suivantes sont abordées : (1) quels profils de patients spécifiques sont admis aux soins psychologiques de première ligne ; (2) quelle est la place du psychologue/orthopédagogue conventionné dans l'organisation des soins, c'est-à-dire le réseau ; et (3) quelles propositions peuvent être formulées sur la base de l'étude qui fournissent un cadre politique durable pour les soins psychologiques de première ligne en Belgique ?

### QUELS SONT LES PROFILS CLINIQUES COUVERTS PAR LA CONVENTION DE PSYCHOLOGIE DE PREMIÈRE LIGNE?

Sur une base annuelle, environ 147.000 patients sont traités dans le cadre de la convention soins psychologiques de première ligne en Belgique, ce qui génère environ 850.000 séances sur une base annuelle (équivalent à 6 séances par parcours de soins). Dans ce groupe, un échantillon de 2750 patients a été constitué par échantillonnage de commodité (avec une collecte de données entre novembre 2020 et mars 2023) et les patients ont été inclus dans une enquête par questionnaire qui sondait les profils cliniques (c'est-à-dire les caractéristiques sociodémographiques, le diagnostic de troubles psychiques, la qualité de vie, l'absentéisme et la résilience) et le recours antérieur aux soins (Jansen et al., 2022). Les patients ont été suivis 3, 6 et 12 mois après le traitement de référence. L'âge moyen des patients était de 39 ans ; les données de l'échantillon ont été statistiquement pondérées

pour être représentatives de la population des patients traités (N~147 000) en utilisant les paramètres de population obtenus par l'INAMI.

### *Profils cliniques des patients traités*

En ce qui concerne le profil clinique des patients traités, cinq constats spécifiques s'imposent : (1) 3/10 patients traités ne répondent pas aux critères d'un trouble psychique ; ce pourcentage augmente également en fonction du temps d'inclusion ; (2) les patients ont un profil clinique hétérogène mais répondent dans la majorité des cas aux critères des troubles psychiques dits communs : troubles anxieux et de l'humeur et problèmes d'externalisation, avec une durée d'environ 10 ans. Environ la moitié de ces troubles ont un impact sérieux sur la vie quotidienne; (3) 1/10 des patients traités ont un trouble qui s'est développé au cours de la dernière année et entrent donc en traitement de manière précoce ; (4) 3/10 des patients traités proviennent d'un groupe dit vulnérable (par exemple, chômeurs, faible statut socio-économique,...) et (5) dans les profils cliniques, il y a peu de distinction entre les patients traités dans un cadre de soins psychologiques de première ligne (PPL) et ceux traités dans un cadre de soins psychologiques spécialisés.

### **Comment les patients sont-ils admis dans la convention de soins psychologiques de première ligne ?**

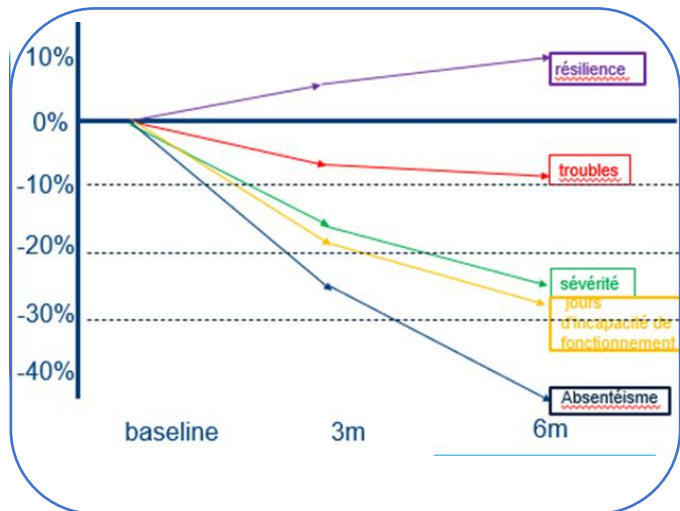
Cette question de recherche a donné lieu à trois résultats principaux. (1) pour 4 patients sur 10, le traitement actuel est le tout premier pour des raisons (ou motifs) de santé mentale; (2) environ la moitié des patients traités font état d'antécédents de traitement pour des problèmes psychologiques. Un tiers des patients traités avaient déjà reçu un traitement (médicamenteux) au cours de l'année pendant laquelle le traitement psychologique primaire a également eu lieu. Un patient sur quatre avait déjà suivi au moins deux traitements dans le cadre de la convention. (3) La durée médiane entre l'apparition des problèmes de santé mentale et le moment où les patients ont cherché de l'aide dans le cadre de la convention était de 4 ans pour ceux qui n'avaient jamais été en traitement auparavant, et de 3 ans pour ceux qui avaient été en traitement auparavant. Dans presque tous les cas, les soins sont retardés pour des raisons cognitives et attitudinales, telles que le désir de vouloir résoudre les problèmes soi-même (>50%), des raisons financières (30-40%) et l'espoir que les problèmes se résoudront d'eux-mêmes (30-40%).

### *Caractéristiques des trajectoires de traitement dans les soins psychologiques primaires conventionnés*

**Données de base.** En ce qui concerne le lieu de traitement, nous pouvons affirmer que moins de 10 % de toutes les séances se déroulent effectivement en groupe et 1/6 dans un lieu d'accroche. Cependant, nous avons constaté que parmi les patients vulnérables, c'est une séance sur 4 qui se déroule dans un lieu d'accroche et non pas 1/6, ce qui suggère fortement que travailler dans un lieu d'accroche est important pour fournir des soins psychologiques aux groupes vulnérables. Bien que les interventions de groupe représentent une minorité des soins prodigués, le profil des patients traités dans le cadre d'interventions de groupe n'est pas anodin : il s'agit principalement de patients présentant une prévalence de troubles plus faible (c.-à-d. 74% de moins que les patients traités individuellement) et un faible impact des problèmes psychologiques (4/5 n'ayant pas d'impact sévère). En outre, moins de 25 % des séances se sont effectivement déroulées au domicile du patient. L'ensemble de ces données montre que 8/10 séances se déroulent effectivement dans le cabinet du psychologue/orthopédagogue.

**Données longitudinales à 3 et 6 mois après le début du traitement.** Six mois après le début du traitement, les patients ont bénéficié de six séances. Après 3 et 6 mois, 8/10 et 2/3 des patients sont toujours en traitement, respectivement. Entre 1/10 et 4/10 patients continuent la session après la fin des sessions conventionnées ; cela signifie que 6/10 à 9/10 arrêtent effectivement les soins après le nombre maximum de sessions. Environ ¼ des patients ont encore besoin d'un traitement ambulatoire ou résidentiel. Un tiers des patients ont déjà été sur une liste d'attente avant le traitement.

Les résultats suivants ont été mesurés respectivement 3 et 6 mois (12 mois est encore en cours) après le début du traitement : troubles psychologiques, gravité des problèmes psychologiques, jours de non-fonctionnement, absentéisme et résilience.



Trois conclusions principales se dégagent : (1) en général, après 3 et 6 mois, respectivement, les problèmes ont diminué de 17 et 26 % et la résilience a augmenté de 5 et 10 %, respectivement (voir figure 1) ; (2) après 3 et 6 mois après le début du traitement, les outcomes sociaux et participatifs (c.-à-d. l'absentéisme et les jours de non-fonctionnement) ont diminué (de 22 et 37 %, respectivement) par rapport aux outcomes plus cliniques (8% de troubles psychiques en moins et une diminution de 25 % de la sévérité des problèmes six mois

après le début du traitement) ; (3) les données comparatives diffèrent en fonction du nombre et du type de troubles : par exemple, la diminution du nombre de jours d'absentéisme mensuel chez les étudiants et les travailleurs est plus importante dans ce groupe qui présentait un taux d'absentéisme élevé au début du traitement. En outre, la réduction des problèmes est plus importante pour certains types de troubles psychiques, principalement les troubles de l'anxiété et de l'humeur et la suicidalité.

## LA PLACE ET LA FONCTION DES SOINS PSYCHOLOGIQUES PRIMAIRES DANS L'ORGANISATION DES SOINS ET DES RÉSEAUX

Actuellement, il y a 3000 psychologues/orthopédagogues conventionnés. Afin d'obtenir une image de leurs points de vue et expériences sur la fonction et la place des soins psychologiques de première ligne, 793 psychologues/orthopédagogues et 270 médecins ont participé aux enquêtes (2021-2023) en ligne via un échantillonnage de commodité (Kinard et al., 2023). Vingt focus groups ont été menés avec 62 coordinateurs de réseaux et coordinateurs locaux. Les principaux résultats concernent les processus d'implémentation dans les réseaux, les pratiques utilisées et la collaboration avec les différents acteurs du réseau. Outre ce volet quantitatif, un *case study* a été mis en œuvre dans deux sites (i.e. le réseau Namur, Mai 2023 et dans tous les réseaux opérant dans la province du Limbourg, Février 2023). Les résultats spécifiques de ce volet qualitatif concernaient principalement les expériences des praticiens conventionnés dans les soins psychologiques de première ligne, les collaborations ainsi que les conditions et les bonnes pratiques liées à l'accès et au flux des patients au niveau du réseau.

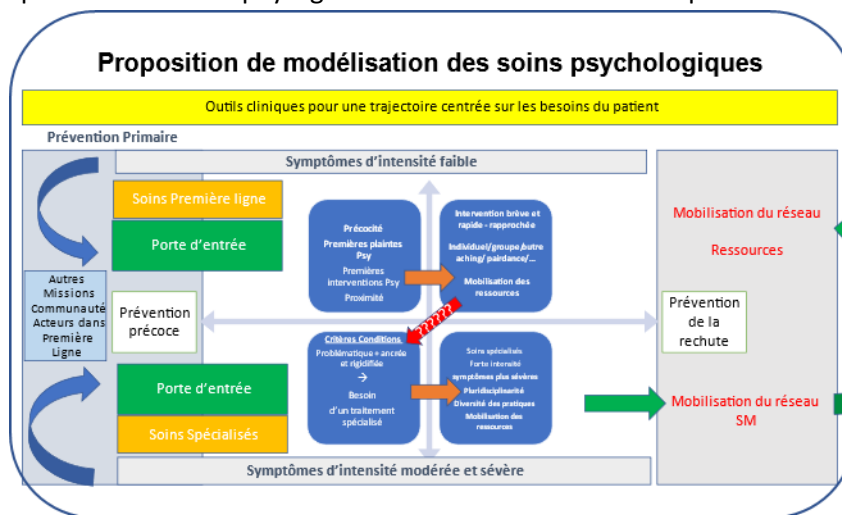
### *Profils et pratiques cliniques affiliées des psychologues/orthopédagogues convoqués*

L'enquête quantitative a révélé une grande confiance dans les pratiques cliniques menées, en particulier en ce qui concerne les séances et les traitements individuels. Les trois quarts des psychologues/orthopédagogues ont une expérience clinique d'environ 10 ans ; 8/10 font à la fois du PPL et des soins spécialisés dans le cadre de la convention. Les besoins spécifiques se situent au niveau de la formation (par exemple en ce qui concerne les séances de groupe), d'une communication claire avec les acteurs du réseau et du renforcement de ce dernier, ainsi que de l'autonomie, du soutien administratif et du remboursement des frais encourus (par exemple en cas de non-présentation).

En ce qui concerne les **pratiques de collaboration**, nous pouvons dire que 51% des psychologues/orthopédagogues conventionnés ne consultent jamais les partenaires du réseau. Parmi

ceux qui consultent, on remarque que ces contacts sont peu fréquents, c'est-à-dire moins d'une fois par semaine. Les contacts se font alors le plus souvent avec les collègues psychologues, les équipes mobiles, les médecins généralistes et les psychiatres, mais presque jamais avec, par exemple, l'ONE, le travail communautaire, les centres PMS ou le gériatre (dans le cas des patients gériatriques).

**Modèle conceptuel des soins psychologiques dans les soins primaires.** Les problèmes psychologiques dans le cadre des soins primaires peuvent être encadrés par deux dimensions : (1) la sévérité et (2) la durée des problèmes psychologiques. Ces dimensions définissent les soins primaires (PPL) et les soins spécialisés dans le paysage de la santé mentale. Alors que le PPL se situe dans les deux quadrants



supérieurs pour les symptômes mentaux d'intensité légère à modérée, les soins plus spécialisés se concentrent sur les symptômes psychiques sévères. Les soins psychologiques primaires et spécialisés peuvent tous deux se concentrer sur l'intervention précoce et l'accès à bas seuil pour les problèmes de santé mentale récemment apparus.

Par ailleurs, par définition, les soins psychologiques primaires seront situés à proximité (au plus proche) du patient, de préférence à des points de référence, comme première porte d'entrée vers des soins professionnels dans les cas d'impact léger à modéré sur le fonctionnement quotidien. Les soins psychologiques spécialisés ont également cette fonction, mais ils se concentrent davantage sur des problèmes plus enracinés ayant des répercussions plus graves. En plus de la détection précoce, la convention met également l'accent sur la prévention des rechutes par (1) le renforcement de la résilience et la mobilisation des ressources sous la forme d'interventions individuelles ou de groupe à court terme dans le cas des soins psychologiques primaires et par (2) un traitement individuel ou de groupe plus intensif axé sur la spécificité et la sévérité des problèmes dans le cas des soins psychologiques spécialisés. Les besoins et les objectifs du patient sont au centre des préoccupations, les deux formes de traitement, dans les deux dimensions, visent à activer le réseau individuel et professionnel et à orienter ou réorienter le cas échéant, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la convention.

### Un case study de "bonnes pratiques" dans deux réseaux

En ce qui concerne les modèles de travail viables en matière d'orientation vers un traitement et de traitement efficace, la partie qualitative de cette étude a formulé quatre conditions essentielles : (1) clarifier le rôle des soins psychologiques primaires ; (2) établir des partenariats viables entre les réseaux ; (3) revoir l'objectif et la fonction du bilan fonctionnel et (4) garantir la qualité du traitement dans le cadre de la convention.

Il est nécessaire de **clarifier ce que la convention garantit effectivement aujourd'hui**: une intervention spécifique pour un profil spécifique de patients (en d'autres termes, une intervention au niveau micro) et/ou une forme d'intervention dans l'organisation des soins, ou une intervention systémique (au niveau méso). Actuellement, en fonction des psychologues individuels, de leurs partenariats et des préférences spécifiques du réseau, les deux conceptualisations s'appliquent. Il est clair que la

convention vise un public que l'on peut qualifier de "socialement vulnérable" ; il ne fait aucun doute que la précarité du patient et de son système est un principe directeur pour l'inclusion des patients. En revanche, il existe une plus grande ambiguïté qui se reflète dans la question de savoir s'il existe des profils cliniques spécifiques qu'il est préférable de traiter dans le cadre de la convention. Cette question crée une tension entre les critères d'inclusion/exclusion d'une part et l'orientation/réorientation d'autre part.

La deuxième condition concerne **la collaboration optimale au sein des réseaux**. Cette collaboration doit garantir deux éléments spécifiques : premièrement, la facilitation de la communication entre les partenaires et l'organisation d'une formation durable concernant la pratique clinique du travail au sein d'une forme de soins psychologiques primaires (tant au niveau individuel qu'au niveau des séances de groupe). Deuxièmement, l'ancrage durable des soins psychologiques primaires au niveau du réseau est une condition essentielle. Les coordinateurs de réseaux et les coordinateurs locaux jouent un rôle essentiel dans ces processus.

La troisième condition concerne **l'objectif et la fonction du bilan fonctionnel**. L'objectif du bilan fonctionnel devrait être d'être un outil de communication au niveau de l'organisation des soins, et en même temps un outil de réflexion et de planification des soins. Cependant, les données qualitatives montrent que dans la pratique actuelle, le bilan n'est utilisé que pro forma, qu'il est très impopulaire et qu'il se heurte à une forte résistance. L'objectif du bilan devrait avant tout être centré sur le patient dans le cadre des soins intégrés.

Une dernière condition de bonne pratique est formulée en termes d'établissement d'un cadre garantissant **la qualité des soins** dans le cadre de la convention : formation, séances d'information, contacts personnels entre les psychologues/orthopédagogues entre eux et avec les partenaires, possibilités d'évaluation par les pairs et de supervision. Un dernier élément concerne le suivi des patients (au niveau micro) et la place de la convention dans les soins (au niveau méso).

## **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

Les données scientifiques accumulées dans le cadre du projet EPCAP (janvier 2020 et juin 2023) montrent clairement qu'avec près de 150 000 patients traités annuellement, le cadre des soins psychologiques conventionnés en soins primaires est en cours de validation sociale : on observe un afflux progressivement croissant de patients qui n'ont jamais été en traitement auparavant. On constate également que les patients tardent moins à se faire soigner : les personnes souffrant de problèmes de santé mentale/troubles mentaux entrent donc significativement plus rapidement dans le système de soins. L'admission du patient dans le système de soins est dès lors plus fluide et plus rapide. Les données montrent également une validité clinique : après une période moyenne de 4 ans de problèmes mentaux ou de troubles mentaux, après une moyenne de 6 séances, les symptômes mentaux diminuent et la qualité de vie quotidienne et la résilience des patients traités augmentent, et ce pendant au moins 6 mois après le début du traitement.

**Au niveau des patients et de la communauté**, les résultats sont les suivants : (1) 34% des patients traités dans le cadre de la convention sont des patients sans troubles mentaux ou avec des troubles mentaux apparus il y a moins d'un an ; (2) pour 44% des patients, le traitement est le tout premier et le délai entre l'apparition des problèmes mentaux et le moment de rechercher effectivement de l'aide est de 4 ans ; (3) 28% des patients traités sont dans une position socio-économique ou sociodémographique vulnérable et précaire ; (4) environ un quart des patients ont besoin d'une prise en charge ambulatoire ou résidentielle après un traitement conventionnel ; (5) 10% des séances se déroulent en groupe et 1 séance sur 6 dans un lieu ressource ; (6) le travail dans un lieu d'accroche augmente l'accessibilité aux soins, notamment pour atteindre les groupes cibles vulnérables (en



particulier ceux qui se trouvent dans des situations plus précaires) ; (7) 6 mois après le début du traitement avec une moyenne de 6 séances, il y a une diminution de 41% de l'absentéisme au travail (de 5 à 2 jours par mois) et une amélioration du fonctionnement général de la vie quotidienne.

**Au niveau du psychologue clinicien/orthopédagogue**, les résultats sont les suivants : (1) la pratique clinique des soins psychologiques conventionnels de première ligne est menée par des psychologues cliniciens/orthopédaogues qui ont en moyenne 10 ans d'expérience ; (2) la collaboration avec les acteurs des soins primaires est importante et est considérée comme très précieuse, mais devrait être davantage encouragée. Il s'agit d'ailleurs d'une demande explicite de la part des psychologues/orthopédaogues conventionnés et des réseaux ; (3) les psychologues/orthopédaogues cliniciens sont ouverts aux interventions de groupe, au travail sur les sites ou au travail dans les soins primaires en général, mais ne les connaissent pas encore suffisamment et ont besoin de formation, d'éducation, d'intervision/supervision à cet égard ; (4) les psychologues/orthopédaogues conventionnés sont, anno 2023, sous réserve d'un certain nombre de conditions, très ouverts à l'idée de travailler dans les soins primaires et dans les lieux d'accroche. L'état d'esprit semble évoluer vers un traitement plus ancré dans la société, dans lequel les besoins des patients et, partant, les besoins de la société sont au centre des préoccupations.

#### *Recommandations au niveau clinique*

Quatre recommandations ont été formulées en vue d'une intégration durable des soins psychologiques de première ligne. La distinction entre les soins de première ligne et les soins spécialisés est difficile à faire pour les professionnels dans la pratique, car les profils cliniques des patients du PPL et des patients qui reçoivent des soins spécialisés sont indiscernables. Néanmoins, **la distinction entre PPL et soins spécialisés ne doit pas être abandonnée**: en effet, au niveau conceptuel, deux formes d'intervention se dégagent, des résultats de notre recherche et des pratiques cliniques menées. Celles-ci sont à la fois liées à la sévérité des symptômes ou des troubles, à la fois au type d'intervention indiqué. Le premier type de prise en charge est basé (PPL) sur une intervention précoce à caractère préventif et renvoie à une prise en charge généraliste de courte durée. Il s'agit d'une série limitée de séances axées sur la mobilisation des ressources du patient et la prévention de l'aggravation des symptômes. La seconde forme, les soins spécialisés se rapproche du profil clinique et des besoins des patients ayant des antécédents psychiatriques, avec des objectifs plus cliniques au-delà de la mobilisation des ressources. Le praticien utilise alors le nombre de séances prévues pour le suivi à moyen terme, en répartissant les séances sur une période plus longue pour permettre un suivi à moyen terme.

Étant donné qu'un large éventail de problèmes et de troubles psychiques est traité, il est nécessaire de travailler avec des **instruments cliniques et des questionnaires** ("outils cliniques") pour le patient. Ceux-ci ne visent pas à trier les patients en vue d'une éventuelle inclusion/exclusion, mais à aider le professionnel à poser une indication adéquate pour le patient notifié (comme le PPL, les soins spécialisés, la psychothérapie et, par la suite, l'intervention individuelle/de groupe). Cette recommandation comprend trois éléments centraux. Premièrement, l'objectif des outils cliniques sera de décrire les besoins/ objectifs du patient, ainsi que les éléments psychiatriques (tels que les troubles psychiques), la résilience et la qualité de vie (McDaniel et al., 2014). Ainsi, un tel outil peut également être utilisé comme un outil qui démontre l'évolution du patient. Deuxièmement, cet outil clinique fournira des indications personnalisées, avec une validité prédictive concernant les soins nécessaires pour tel ou tel patient. Troisièmement, ce qui précède crée un cadre pour la collecte de données et le suivi des patients traités dans le cadre de la convention, tant au niveau du réseau qu'au niveau politique. Un tel système de suivi répond à la nécessité de recueillir des données générales sur les traitements, centrées sur le patient et déclarées par lui, au niveau de la population et du réseau, et donc de travailler concrètement à une politique de santé fondée sur la valeur (Porter & Teisberg 2006).

Une troisième recommandation concerne le parcours sociétal général des troubles psychiques avant traitement, en termes de **développement d'un continuum d'interventions**. Dans le contexte d'un parcours sociétal de soins (c'est-à-dire la mise en place d'interventions spécifiques dans la société qui permettent aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale légers et/ou naissants de recevoir un traitement opportun, à bas seuil et bref par le biais de sites d'orientation) et des obstacles connus à la recherche d'une aide professionnelle pour les problèmes de santé mentale, il est essentiel de continuer à **promouvoir les e-interventions et des programmes/ interventions d'auto-assistance psychologique**. Il existe suffisamment d'évidence scientifique pour affirmer que les interventions sur le site web et des programmes d'auto-assistance sont des "précurseurs" du traitement (Andrews et al., 2018 ; Wright et al., 2019 ; Richards et al., 2020 ; Palacios et al., 2022 ; Timulak et al., 2022). Dans ce cas, un portfolio destiné au psychologue individuel et comprenant des interventions en ligne fondées sur des données probantes et des initiatives d'auto-assistance psychologique pour des domaines problématiques spécifiques ou généraux pourrait être élaboré.

Une quatrième recommandation découle directement de l'observation selon laquelle la proportion **d'interventions sur le terrain et l'outreach** n'est pas pleinement utilisée. Ces interventions permettent pourtant de prendre en charge les patients vulnérables (par exemple, 25 % des patients vulnérables sont traités dans des lieux d'accroche, contre 17 % dans l'ensemble). Les interventions de groupe sont également des occasions inexploitées d'organiser des soins psychologiques à bas seuil (Kaldo et al., 2019 ; Sundquist et al., 2020 ; Dolan et al., 2021 ; Rogiers et al., 2022).

#### *Recommandations au niveau de l'organisation et les réseaux*

**La formation et l'éducation** comprennent trois éléments : (1) une formation axée sur les traitements fondés sur des données probantes pour les soins psychologiques de première ligne, ainsi qu'une formation spécifique pour des problèmes cliniques particuliers ; (2) la formation à l'utilisation d'outils cliniques dans la pratique psychologique de première ligne et (3) des modules de formation sur les modèles de traitement fondés sur des données probantes dans les interventions de groupe (y compris l'interprétation des différences entre l'intervention de groupe et la thérapie), les modèles de traitement fondés sur des données probantes dans les soins psychologiques spécialisés et de première ligne (y compris les différences avec les modèles de traitement dans un cadre psychothérapeutique), les modèles de traitement pour le travail sur des lieux d'accroche et de proximité, et le travail multidisciplinaire.

Une deuxième recommandation au niveau des réseaux concerne **la création de leviers qui stimulent davantage la coopération au sein des réseaux** afin d'être en mesure de travailler davantage sur le terrain (par exemple en fournissant une compensation en cas d'absence), d'avoir une meilleure connaissance des possibilités d'orientation au sein de son propre réseau, des possibilités d'échange de bonnes pratiques et des possibilités de communication optimale entre les partenaires. Il convient ici d'envisager des alternatives au bilan fonctionnel en vue de créer une communication optimale entre les partenaires et le patient.

#### **Recommandations au niveau politique**

Les recommandations au niveau politique s'articulent autour de deux objectifs. Le premier objectif est **la poursuite du développement d'un outil de gestion de la population**: une politique qui opérationnalise et valide cliniquement la place des soins psychologiques de première ligne dans la société d'une manière substantielle et quantifiable. Dans le cadre de cette recommandation, il est essentiel de travailler sur (1) les données de la population sur la prévalence et l'utilisation des soins pour les troubles psychiques et les problèmes émotionnels au niveau de la population et du réseau, qui articulent les besoins de la population et de ses groupes vulnérables, (2) les trajectoires de soins qui se déroulent dans le cadre de ces données démographiques et au niveau du réseau, et (3) une distribution durable des ressources financières basée sur la population dans laquelle la vulnérabilité et la précarité sont des principes directeurs au niveau régional, local et municipal.

Une deuxième recommandation au niveau politique est **le développement d'une ligne directrice étape par étape pour la poursuite du développement des soins psychologiques de première ligne**, articulée autour du développement et de la poursuite (1) des standards dans les parcours de mise en œuvre des soins psychologiques de première ligne, (2) des standards dans les soins psychologiques de première ligne et le suivi (y compris les bonnes/meilleures pratiques, les interventions fondées sur des preuves au niveau individuel et collectif) et (3) des standards dans les parcours de collaboration et d'aiguillage au sein des réseaux. Par analogie avec les moniteurs HIC et ART (des moniteurs similaires pour le traitement résidentiel et ambulatoire des personnes souffrant de problèmes psychiatriques sévère - voir Van Melle et al., 2019 ; Zomer et al., 2022), une version adaptée belge pour les soins psychologiques de première ligne (un "moniteur PPL") pourrait servir de guide pour la mise en œuvre, la qualité et la fidélité au modèle, en garantissant un ensemble de standards de soins et en identifiant et en évaluant les indicateurs de qualité pour la pratique et l'organisation des soins. Pour ce faire, il est nécessaire de disposer d'une échelle fiable de fidélité au modèle. Le travail dans le domaine des soins de première ligne étant multiforme - il se compose de plusieurs éléments, dont chacun est important pour la qualité des soins au sens large - il est crucial de pouvoir mesurer le degré de fidélité du modèle et les standards effectivement mises en œuvre au sein des réseaux. Une fois développé, ce moniteur aura une fonction d'échelle d'évaluation de la qualité et de la fidélité au modèle des interventions et de l'organisation des soins psychologiques de première ligne en Belgique. Le moniteur permettra aux réseaux de visualiser leur propre fonctionnement par rapport à un certain nombre de standards. Cela permettra aux réseaux d'optimiser davantage la qualité des soins et la fidélité des interventions en fonction des résultats obtenus sur le moniteur du PPL. (4) Un dernier standard concerne l'allocation des ressources financières au niveau du réseau, en tenant compte des caractéristiques spécifiques de la population des communautés, des régions et des réseaux en termes de précarité, de vulnérabilité et d'inégalités, afin d'élaborer une clé de répartition selon un principe de solidarité.

## LEESWIJZER

---

Deze rapportage is de finale versie van de rapportage van de EPCAP (Evaluation of Primary Care Psychology) studie, welke ingediend werd op 30 juni 2023. De data verwerkt in deze rapportage, zowel kwalitatief als kwantitatief werd verzameld tussen april 2022 en juni 2023 aan de hand van zowel online vragenlijstonderzoek, bij psychologen en patiënten, als door middel van focusgroepen. Daarnaast werd gebruik gemaakt van data, beschikbaar gesteld door het InterMutualistisch Agentschap, inzake gefactureerde zorgverstrekingen in de periode 2018-2022, deze data werd ter beschikking gesteld voor analyse op 27 juni 2023. Deze data werd gekoppeld met de data verkregen uit online patiëntenbevraging van de EPCAP-studie.

De EPCAP-data uit de patiëntenbevraging bevat, naast onder andere socio-demografische karakteristieken en data inzake kwaliteit van leven en lijdensdruk, prevalentieschattingen van psychische stoornissen en gerelateerde psychische problemen. Deze zijn gebaseerd op gestandaardiseerde en gevalideerde screeningsvragenlijsten. Schattingen van voorkomen van psychische stoornissen werden níet door klinici aan de hand van een klinisch interview vastgesteld, waardoor de gerapporteerde prevalenties met enige terughoudendheid geïnterpreteerd dienen te worden. Ook al is een overschatting op basis van positieve screens niet uitgesloten, de prevalenties in deze patiëntenpopulatie zijn hoog ten opzichte van de beoogde doelgroep. Bovendien zien we per psychische stoornis of gerelateerd probleem hoge percentages patiënten met een ernstige tot zeer ernstige impact op het dagelijks leven functioneren, wat het vermoeden van aanwezigheid van een poliklinische patiëntenpopulatie met matige tot ernstige psychische problemen lijkt te bevestigen. Ten tweede kan er door het retrospectieve karakter van deze vragenlijst wellicht sprake zijn van recall bias: respondenten kunnen meer of minder geneigd om zich informatie over het voorkomen van psychische problemen te herinneren en deze in verband te brengen met het huidige psychische welzijn, of om zich informatie te herinneren over hun functioneren destijds afhankelijk van de ervaren psychische problemen of het hebben gekregen van behandeling (Prince, 2012). Ten derde, de uitsteltijd tot behandeling is gebaseerd op het aantal jaar tussen het ontstaan van de eerste psychische problemen en de eerste stap tot behandeling van een psychisch probleem en/of stoornis. We hebben geen informatie met betrekking tot de kwaliteit en de duurtijd van deze eerste behandelingen (als deze niet samenvalt met de huidige behandeling). Ten slotte betreft dit een studie met een relatief beperkt aantal deelnemers (N = 2.745) die via de eerstelijnspsycholoog/ -orthopedagoog op een online vragenlijst werden geattendeerd; slechts 1.6% van de naar schatting 147.000 behandelde cliënten heeft een online vragenlijst ingevuld. Het design van de studie brengt met zich mee dat door (1) selectie van de behandelaar (die de informatie verstrekke) of door (2) zelfselectie van de respondenten die de moeite namen de online vragenlijst in te vullen, de resultaten vertekend kunnen zijn. Onze resultaten zijn immers afhankelijk van de gegevens van patiënten die effectief hebben geparticipeerd aan de studie. Wel werd de data post-factum statistisch gewogen voor regio, leeftijd en geslacht van de patiënt om representatief te zijn voor de behandelde populaties. Tegen deze achtergrond is de opzet van deze studie zeker niet optimaal maar is het belangrijk startpunt voor verder en diepgaander onderzoek inzake de psychologische zorg binnen de eerste lijn in België.

*Leuven, 30 juni 2023*

## GUIDE DE LECTURE

---

Ce rapport est la version finale du rapport de l'étude EPCAP (Evaluation of Primary Care Psychology), qui a été remis le 30 juin 2023. Les données traitées dans ce rapport, tant qualitatives que quantitatives, ont été collectées entre avril 2022 et juin 2023 à l'aide d'enquêtes par questionnaire en ligne, auprès de psychologues et de patients, et par le biais de groupes de discussion. En outre, des données, mises à disposition par l'Agence InterMutuelle, sur les services de soins de santé facturés au cours de la période 2018-2022 ont été utilisées. Ces données ont été mises à disposition par l'agence pour l'analyse le 27 juin 2023. Ces données ont été mises en relation avec les données obtenues à partir de l'enquête en ligne auprès des patients dans le cadre de l'étude EPCAP.

Les données EPCAP issues de l'enquête auprès des patients comprennent des estimations de la prévalence des troubles psychiques et des problèmes psychologiques connexes, ainsi que des caractéristiques sociodémographiques et des données sur la qualité de vie et la charge de la souffrance, entre autres. Ces données sont basées sur des questionnaires standardisés et validés. Les estimations de la prévalence des troubles mentaux n'ont pas été déterminées par des cliniciens au moyen d'un entretien clinique, de sorte que les prévalences rapportées doivent être interprétées avec une certaine prudence. Même si une surestimation basée sur des dépistages positifs ne peut être exclue, les prévalences dans cette population de patients sont élevées par rapport au groupe cible visé. En outre, pour chaque trouble mental ou problème connexe, nous observons des pourcentages élevés de patients ayant un impact sévère à très sévère sur le fonctionnement de la vie quotidienne, ce qui semble confirmer le soupçon de la présence d'une population de patients ambulatoires souffrant de problèmes de santé mentale modérés à sévères. Deuxièmement, en raison de la nature rétrospective de ce questionnaire, il peut y avoir un biais de mémorisation : les répondants peuvent être plus ou moins susceptibles de se souvenir d'informations sur la survenue de problèmes de santé mentale et de les relier à leur bien-être mental actuel, ou de se souvenir d'informations sur leur fonctionnement à l'époque, en fonction des problèmes de santé mentale rencontrés ou du fait d'avoir reçu un traitement (Prince, 2012). Troisièmement, le délai de traitement est basé sur le nombre d'années entre l'apparition des problèmes psychologiques initiaux et la première étape du traitement d'un problème et/ou d'un trouble psychologique. Nous ne disposons d'aucune information concernant la qualité et la durée de ces premiers traitements (s'ils ne coïncident pas avec le traitement actuel). Enfin, il s'agit d'une étude avec un nombre relativement limité de participants (N = 2.745) qui ont été avertis de l'existence d'un questionnaire en ligne par le psychologue/orthopédagogue de premier recours ; seulement 1,6 % des quelque 147.000 clients traités ont rempli un questionnaire en ligne. La conception de l'étude implique qu'en raison (1) de la sélection du praticien (qui a fourni l'information) ou (2) de l'auto-sélection des répondants qui ont pris la peine de remplir le questionnaire en ligne, les résultats peuvent être biaisés. En effet, nos résultats dépendent des données des patients qui ont effectivement participé à l'étude. Cependant, les données ont été statistiquement pondérées post-factum pour la région, l'âge et le sexe des patients afin d'être représentatives des populations traitées. Dans ce contexte, la conception de cette étude n'est certainement pas optimale, mais elle constitue un point de départ important pour la poursuite et l'approfondissement de la recherche sur les soins psychologiques dans le cadre des soins primaires en Belgique.

*Louvain, 30 juin 2023*

## DEEL I

### ACHTERGROND & DOELSTELLINGEN EPCAP STUDIE

---

# HOOFDSTUK 1

## Eerstelijnspsychologische zorg in België: Stand van zaken

---

In de literatuur rond psychische stoornissen in de maatschappij staan twee bevindingen centraal. Een eerste gegeven betreft de bevinding dat psychische stoornissen vaak voorkomen. Grosso modo kan worden gesteld dat tussen 10 en 25% van de algemene bevolking wereldwijd aan de criteria van een psychische stoornis voldoet (Demyttenaere et al., 2004; Bruffaerts et al., 2008). Een tweede – en misschien belangrijker – bevinding heeft betrekking op het zoeken van hulp. Vaak spreekt men van een zogenaamde ‘treatment gap’ binnen de geestelijke gezondheidszorg. Daarmee bedoelt men dat hoewel psychische stoornissen vaak voorkomen, er erg weinig professionele hulp voor deze emotionele problemen wordt gezocht, ondanks hun impact op het dagelijkse leven en ondanks de lijdensdruk waarmee ze gepaard gaan. Hierbij aanleunend wordt vaak verteld dat het gros van de behandeling zou gaan naar personen die het in strikte zin niet nodig zouden hebben. Tussen een derde en de helft van de personen in behandeling voor psychische problemen zou geen psychische stoornis hebben wanneer hij of zij effectief in behandeling is.

### **Het voorkomen van psychische problemen in de algemene Belgische bevolking**

Ongeveer één Belg op vier (i.c. 24%) geeft aan zich in de laatste week emotioneel niet goed gevoeld te hebben terwijl 13-15% een periode heeft doorgemaakt lichte tot matige psychische problemen. Het vaakst gaat het over problemen met betrekking tot angst, depressie en het gebruik van alcohol. De psychische gezondheid is slechter in de leeftijdsgroep van 35-44-jarigen, bij de respondenten tussen 55 en 74 jaar vinden we minder psychische gezondheidsproblemen (Drieskens et al., 2010). Een vergelijking van de cijfers van het aantal personen dat zich niet goed voelt toont geen grote verschillen aan, een gegeven dat consistent is met internationaal onderzoek dat aantoont dat de prevalentie van zogenaamde common mental disorders (angst-, depressieve en alcoholgebonden stoornissen) redelijk stabiel is op het niveau van een populatie (Kessler et al., 2005). Het onwelvoelen binnen een algemeen populatiespectief is gestegen in de COVID-19-pandemie (WHO, 2022).

### **Het voorkomen van psychische stoornissen in de algemene Belgische bevolking**

Ongeveer 15-20% van de bevolking voldoet aan de criteria van minstens één psychische stoornis in de laatste twaalf maanden (‘12-maandenprevalentie’) (Bruffaerts et al., 2014; Bruffaerts, 2021). Op jaarbasis zijn angststoornissen en stemmingsstoornissen de meest voorkomende stoornissen, met een stijging van impulscontrolestoornissen de laatste jaren. Er zijn geen epidemiologische gegevens voorhanden van psychotische en bipolaire stoornissen op het niveau van de Belgische algemene bevolking, maar op basis van buitenlandse schattingen wordt het voorkomen van schizofrenie – als één van de psychotische stoornissen met de grootste impact – geschat op een lifetime-prevalentie van 1-2% van de algemene bevolking. Bipolaire stoornissen hebben een 12-maanden- en lifetime-prevalentie van respectievelijk 1-2% (Bruffaerts et al., 2014).

Wanneer we kijken naar de ernst van de stoornissen is het zo dat tot 70% van de stoornissen niet ernstig is. Psychische stoornissen zijn chronisch: ongeveer 4 op de 10 personen die ooit een stoornis heeft gehad, heeft deze nog steeds of heeft een terugval gekend. Een interessante vraag is hoeveel Belgen ooit een psychische stoornis zullen hebben gehad (‘lifetime-risico’). Vanuit een statistische simulatie stellen Bonnewyn et al., (2007) dat 37% van de Belgen op de leeftijd van 75 jaar ooit in hun leven zullen hebben voldaan aan de criteria van een stoornis volgens DSM-IV. De vaakst voorkomende stoornissen zijn, in orde van voorkomen, stemmingsstoornissen (23%), angststoornissen (16%) en alcoholgerelateerde stoornissen (11%). Een laatste kerngegeven betreft de ontstaansleeftijden. Impulscontrolestoornissen hebben een vroege ontstaansperiode (gemiddeld rond de leeftijd van 9 jaar), gevolgd door angststoornissen die hun oorsprong vinden in de adolescentie (gemiddeld rond 14

jaar). Alcoholgebonden stoornissen ontstaan dan weer tijdens de jongvolwassenheid (gemiddeld rond 23 jaar) en stemmingsstoornissen ontstaan gemiddeld rond de leeftijd van 38 jaar.

### **Behandelaspecten van psychische stoornissen en psychische problemen**

#### *12-maanden en lifetime zorggebruik voor psychische stoornissen en problemen*

Op jaarbasis en onafhankelijk van de aanwezigheid van een psychische stoornis consulteerde, op basis van oudere schattingen, 7-9% van de algemene bevolking een professionele hulpverlener omwille van emotionele redenen (Bruffaerts et al., 2014). De proportie die hulp zoekt binnen de periode van één jaar (of het zogenaamde '12-maandenzorggebruik') is 6% voor diegenen zonder een 12-maandenstoornis, 33% voor diegenen met minstens een stoornis (24% voor diegenen met één stoornis en 56% voor diegenen met twee of meer stoornissen). Van de volwassen Belgen zonder stoornis maar met emotionele problemen zocht in 2001-2002 11% professionele hulp in het laatste jaar, waarvan 10% bij de klinisch psycholoog (Bruffaerts et al., 2015). Ook binnen de groepen van psychische stoornissen bleef deze proportie erg laag: 17% bij alcoholgerelateerde, 38% bij angst- en 43% bij stemmingsstoornissen. Een boeiend gegeven rond het zorggebruik is dat het aantal personen dat op jaarbasis professionele hulp zoekt lijkt te stijgen. In navolging van buitenlands onderzoek tonen de Nationale Gezondheidsenquêtes van 2001, 2004, 2008, 2013 en 2018 inderdaad dat – ten minste voor de contacten met een psycholoog – het zorggebruik is gestegen tussen 2001 en 2018 met 58% (i.c. van 2.4% in 2001 en 3.8% in 2008 naar 4.2% in 2013). Het zorggebruik tussen 2013 en 2018 is zelfs vertweevoudigd maar heeft dit ook met uitbreiding van de vraagstelling in de enquête te maken (Drieskens et al., 2018). Een vollediger beeld van het zorggebruik krijgen we wanneer we ook kijken naar de proportie personen die ooit hulp zoekt voor hun psychische stoornis (of het zogenaamde 'lifetime-zorggebruik'). Uit analyses blijkt dat de meerderheid van personen met een angst- en stemmingsstoornis uiteindelijk toch de stap zet naar professionele hulpverlening, respectievelijk 84 en 94%. Een ander patroon vinden we bij de alcohol gerelateerde stoornissen, waar 6/10 uiteindelijk naar een hulpverlener stapt.

#### *Uitsteltermijnen voor het zoeken van hulp voor psychische stoornissen*

Wanneer we het 12-maanden- en lifetime-zorggebruik in ogenschouw nemen, zien we dat het dus een hele tijd duurt vooraleer personen met psychische stoornissen professionele hulp zoeken. De mediane duur tussen de start van de stoornis en het moment waarop personen een eerste behandelingscontact maken, schommelt tussen 1 jaar (voor stemmingsstoornissen) en 18 jaren (voor alcoholgerelateerde stoornissen). De mediane duur voor het zoeken van professionele hulp bedraagt 16 jaren voor angststoornissen. Slechts 48% van de personen met een stemmingsstoornis zoekt professionele hulp in hetzelfde jaar waarin de stoornis ontstaat. Dit percentage ligt aanzienlijk lager voor personen met angststoornissen (20%) en alcoholstoornissen (13%). Deze data wijzen ons op het gegeven dat het zoeken van hulp voor emotionele problemen en psychische stoornissen geen eenduidig of lineair proces is (Bruffaerts et al., 2007). Dit is geen uniek Belgisch of een historisch gegeven: wereldwijd wordt uitstel tot het zoeken voor zorg gerapporteerd en blijft de lange uitsteltermijn tot het zoeken van hulp een zorg voor kliniek en beleid (Stagnaro et al., 2019; Fikretoglu et al., 2010; Havinga et al., 2018). Klassieke redenen tot uitstel van de zorg zijn eerder van cognitieve aard: de overtuiging dat men zelf de problemen moet oplossen, de idee dat psychische problemen wel zullen overwaaien of niet goed weten waar naartoe (Ten Have et al., 2013; Andrade et al., 2014).

### **Evoluties binnen het zorggebruik 2000-2020**

In het zorggebruik zijn er drie grote verschuivingen geweest de laatste twee decennia. Waar de prevalentie van psychische stoornissen op populatieniveau relatief stabiel blijft, stijgt het aantal personen dat effectief hulp zoekt met ongeveer 5% per jaar, specifiek in laagdrempelige en eerstelijnssettings maar ook in spoedgevallendiensten. Ten tweede komen personen met psychische stoornissen steeds vaker in behandeling naar aanleiding van een crisis, crisogene situatie of een acuut voorval. Bovendien is het zo dat in 2018 ongeveer 93% van alle Belgen een huisarts heeft, en die huisarts de eerste plaats is voor de toeleiding van de patiënt met emotionele problemen (76% van de



patiënten die hulp zoekt voor emotionele problemen doet dit via de huisarts). Ten derde is de plaats en de rol van de klinisch psycholoog prominenter geworden in de laatste twee decennia: in het begin van de 21ste eeuw nam de klinisch psycholoog een eerder beperkte rol op in de behandeling van emotionele problemen op het niveau van de algemene bevolking. Het aandeel van de klinisch psycholoog in de behandeling van de patiënt met emotionele problemen is meer dan verdubbeld ten aanzien van het begin van de 20ste eeuw.

### **Les modèles de soins primaires**

La Belgique tout comme les Pays-Bas (Derksen et al.,2009), l'Irlande (Corcoran et al.,2017), l'Australie (Winefield et al.,2004), l'Angleterre (Clark et al.,2018) et les Etats-Unis (McDaniel et al.,2014 ; Jacob et al.,2016) se sont orientés vers un modèle de santé publique basé sur une approche communautaire afin de renforcer l'accès aux soins psychologiques. La conférence « Global conference on Primary Care » tenue à Astana (Kazakhstan) les 25 et 26 Octobre 2018, a rassemblé 1200 délégués de plus de 120 pays pour réitérer leur engagement envers les soins de santé primaires comme mentionné dans la déclaration d'Alma-Ata (Kluge et al.,2020).

Cette déclaration rédigée par l'Organisation mondiale de la santé en 1978 était la première à décrire les soins primaires comme étant le moyen d'offrir un niveau de santé le plus élevé possible à l'ensemble de la population empreint d'un véritable esprit de justice sociale. Afin d'atteindre cette description dans les années 2000, celle-ci recommandait aux états membres de promouvoir des soins primaires à un coût que la population puisse assumer quel que soit leur niveau socio-économique au sein du pays et d'envisager ces soins comme le premier niveau de contact des individus en se rapprochant le plus possible du lieu où les gens vivent et travaillent. (Déclaration d'Alma Ata, OMS, 1978). Force est de constater que cette déclaration reste d'actualité et que le réengagement des états envers celle-ci souligne que ces objectifs ne sont aujourd'hui toujours pas atteints.

À leur origine les soins primaires se sont inspirés des modèles de soins intégrés et collaboratifs, tels que ceux implémentés dans le contexte des maladies chroniques pour les patients qui souffrent à la fois de symptômes somatiques et psychologiques (Beacham et al.,2012 ; McGough et al.,2016). Afin d'apporter une réponse face à la grande variabilité régnant autour du concept des soins intégrés (Pomerantz et al.,2009), une définition récente a été développée par un consensus d'experts selon laquelle les soins intégrés sont « a service delivery model that combines care for physical, mental and substance use disorders in a collaborative manner in order to address problems identified during primary care visits » (Peek et al.,2014 ; Ramanuj et al.,2019 p.2).

Ainsi, les soins primaires ressortent de facto comme des soins intégrés pour lesquels certaines caractéristiques sont constantes entre les études lorsqu'il s'agit de les évaluer. Sur base d'un Delphi composé de 22 experts (principalement des médecins généralistes et infirmiers), Haggerty et al. (2007) ont défini les soins primaires au Canada selon cinq critères : l'accessibilité au premier point de contact, la continuité relationnelle, les soins centrés sur la famille, une orientation vers la population, un travail d'équipe intersectoriel.

Des critères similaires sont ressortis d'une étude (Kringos et al.,2015) réalisée pour mesurer la solidité des soins primaires dans différents pays d'Europe : la structure du système de soin, son accessibilité, sa continuité, la coordination et son aspect holistique. De ces deux études, il ressort donc que l'accessibilité des soins primaires comme étant le premier point de contact pour le patient, l'assurance d'une continuité des soins, l'aspect holistique du soin tenant compte du patient dans son milieu de vie ainsi que son aspect coordonné et intersectoriel sont des caractéristiques intrinsèques et essentielles des soins primaires.

L'implémentation de soins intégrés prenant en compte une vision globale du patient a engendré la prise en compte des aspects psychosociaux dans les soins primaires qui s'est progressivement intensifiée au niveau international comme une façon de répondre aux besoins de la population. Ainsi, les soins primaires s'inscrivent donc clairement dans une perspective biopsychosociale plutôt que

biomédicale (Blount et al.,2003 ; Bluestein et Cubic, 2009). Dans cette optique, le patient est mis en lien avec ses différents contextes de socialisation et son symptôme est envisagé comme un produit complexe des interactions entre le psychologique, le biologique et le social, plutôt que seulement comme la manifestation d'un trouble essentiellement somatique. Cependant, l'implémentation des soins psychologiques dans les soins primaires reste relativement récente et a été promue par le travail de recherches cliniques ayant décrit la nécessité d'intégrer la santé mentale dans leur pratique (Kaitz et al.,2020). Cette intégration a donné lieu à une variété de modèles favorisant les soins psychologiques dans les soins primaires (Elder et al.,2009).

### **Continuum des modèles de soins primaires**

Les modèles de soins primaires sont habituellement présentés selon un continuum basé sur l'intensité de la collaboration interprofessionnelle entre les praticiens ainsi que l'aspect co-localitif de leur environnement de travail (Careau et al.,2018). Au sein de notre recherche, nous avons élaboré un autre continuum basé sur l'approche communautaire dans lesquels les soins primaires s'inscrivent comme développé dans le point précédent. Notre continuum va donc d'un extrême décrivant une approche distale du dispositif de soin développé comme les soins actuels sont habituellement élaborés, centré en un lieu distinct relativement éloigné du lieu de vie des patients puis nous décrivons des programmes de soins se rapprochant d'une approche proximale telle que souhaitée dans le développement des soins primaires assurant une proximité et une accessibilité des soins au plus proche du lieu de résidence de celui qui en bénéficie et qui s'ancre davantage dans son milieu de vie. Les trois modèles d'intervention favorisant l'accessibilité des soins psychologiques présentés seront les suivants : les soins d'équipe centralisés, des soins psychologiques étendus, un psychologue de première ligne individualisé.

#### **Les soins d'équipe centralisés**

Le modèle PCBH est un dérivé des "patient-centered medical home" (PCMH) introduit aux Etats-Unis par l'American Association of Pediatrics en 1967 pour coordonner les soins et centraliser l'information pour les enfants qui requièrent des soins spécialisés (McDaniel et al.,2009). Leur implémentation représentait la première étape dans cette transformation vers les soins primaires et avait pour objectif d'atteindre le Quadruple Aim défini dans le 'Patient Protection and Affordable Care Act' (Sandoval et al.,2018).

Aux Etats-Unis, The Primary Care Behavioral Health Services (PCBH) sont vus comme un modèle pour repenser les soins primaires ciblés sur une approche basée sur une équipe interdisciplinaire (Reiter et al.,2018 ; Runyan et al.,2011 ; Cubic et al.,2012). Reiter et ses collègues (2018) définissent les PCBH comme '*a team-based approach to managing biopsychosocial issues that present in primary care, with the overarching goal of improving primary care in general*'. Dans ce modèle, les professionnels de soins primaires offrent des soins dans un même système, au sein d'un même endroit physique et de façon plus importante, ils fonctionnent comme des membres d'une même équipe clinique avec un soutien partagé entre les membres. Une philosophie de soin commune et d'intégration est sous-jacente au fonctionnement de l'équipe (Fisher et al.,2014 ; Vogel et al.,2017).

La littérature ne précise pas si ce sont des psychologues ou d'autres professionnels de la santé mentale qui doivent faire partie de ces équipes, mais cette dernière renseigne la présence d'un « behavioral health professionals/consultants » comme nécessaire (McDaniel et al.,2009 ; Cubic et al.,2012 ; Fisher et al., 2014; Reiter et al.,2018). Cependant, les patients qui se présentent au sein d'un de ces dispositifs sont pris en charge par un médecin qui coordonne l'équipe et centralise l'ensemble des besoins du patient (Runyan et al.,2011). Les PMCHs doivent fournir des soins en lien avec la prise de substance et la santé mentale et doivent disposer de protocoles evidence-based (Cubic et al.,2012). Actuellement, ces pratiques tendent à s'étendre à une diversité de symptômes pour des soins préventifs, actuels et chroniques pour l'ensemble des patients (Runyan et al.,2011 ; Vogel et al.,2017).

Un nombre important de revues systématiques et d'études ont analysé ce modèle en montrant un impact positif léger à modéré de ce dernier sur certains outcomes, tels que la qualité des soins, l'expérience des patients et la satisfaction de l'équipe (Hoff et al.,2012 ; Jackson et al.,2013). Plus récemment, une revue systématique menée par Possemato et al. (2018) indique, sur base de la majorité des études incluses (14 sur 15) ciblée sur des patients adultes, des améliorations statistiquement significatives concernant le statut de santé des patients dans au moins un des domaines suivants : la diminution des symptômes psychologiques tels que la dépression ou l'anxiété et un bon voire excellent niveau de satisfaction du patient. Cependant, des limites dans les études (l'absence de groupe contrôle et un seul service étudié) ne peuvent pas mener à une généralisation des résultats. L'évaluation du PCMH ou PCBH reste difficile dû au manque de définition partagée ainsi qu'à son implémentation diverse sur le terrain (Friedberg et al.,2009 ; Hoff et al.,2012 ; Jackson et al.,2013 ; Possemato et al.,2018).

### **Des soins psychologiques étendus**

Dans une perspective moins localisée, le gouvernement anglais et australien promeuvent des programmes qui ont pour but de répondre aux besoins des patients et des médecins généralistes avec l'« Improving Access to Psychological Therapies programme » (IAPT) en Angleterre et l'« Access to Allied Psychological Services » (ATAPS) en Australie.

Ces deux programmes sont liés à un système de financement public du système de soins de santé the National Health Services (NHS) en Angleterre et Medicare en Australie qui sont influencés de façon importante par la politique gouvernementale (Prins et al.,2011). Le programme IAPT a été mis en place en Angleterre en 2007 et a permis de former plus de 10 500 psychologues en 2021 à des modèles thérapeutiques recommandés par l'organisation gouvernementale appelée the UK National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

En Australie, l'ATAPS a été introduit pour améliorer l'accès aux services psychologiques pour les jeunes (12-25 ans) en accord avec le programme Better Outcomes in Mental Health Care (BOiMHC) qui était dédié, en partie, à améliorer la formation des médecins généralistes dans le domaine de la santé mentale (Thomas et al.,2006 ; Bassilios et al.,2017). Ces deux programmes ont pour particularité d'adopter une approche stepped-care et des pratiques evidence-based avec un focus sur la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) pour fournir des soins psychologiques adaptés aux troubles anxio-dépressifs (Clark et al.,2011 ; Winefield et al.,2004). Le modèle anglais des soins psychologiques de première ligne se cible sur une action préventive avec une intervention de faible intensité. L'évolution du patient est analysée session après session sur base de résultats à des échelles validées et ceux-ci peuvent recevoir une thérapie digitale ou une auto-assistance guidée quand leurs symptômes sont de faible intensité (Clark et al.,2018). L'ATAPS adopte une approche plus flexible des soins primaires avec comme objectif principal d'atteindre des populations à risque ou difficile à atteindre et des contacts fréquents avec le médecin généraliste sont formalisés comme une partie de ce programme de soin (Bassilios et al.,2017).

Pour mesurer l'efficacité de ce programme, plusieurs études quantitatives et/ou qualitatives avec une dimension locale ou nationale ont été publiées. Alors que le modèle IAPT tend à montrer des résultats encourageant avec une diminution des symptômes au fil du temps, les résultats entre les différents services peuvent varier de façon importante même si l'intensité des symptômes des patients est relativement similaire (Clark et al.,2018). Plus particulièrement, les services situés dans une zone plus socialement défavorisée avaient de moins bon résultats.

Sur base d'enquêtes et d'entretiens, les résultats de l'étude de Gyani et al. (2012) dans le sud-est de l'Angleterre démontre aussi l'importance de la connaissance des médecins généralistes et de leur capacité à fournir un soutien dans l'efficacité des services. En effet, les médecins généralistes qui ont rapporté avoir lu les guidelines du NICE étaient plus susceptibles de suggérer une TCC à un large nombre de patients. Cependant, la médication reste la forme la plus fréquente de traitement pour la dépression modérée. Une autre préoccupation importante des services IAPT est la non présentation

des patients aux séances, qui peut s'élever à 47%. Les entretiens semi-structurés avec les patients mettent en évidence les difficultés auxquelles sont confrontés ceux qui souhaitent utiliser ces services, les listes d'attente étant souvent longues estimées de deux semaines à neuf mois (Marshall et al.,2016).

#### *Un psychologue de première ligne individualisé*

En Belgique comme aux Pays-Bas, des psychologues de première ligne sont intégrés au système public de soins de santé au travers de modèles hybrides basés sur les soins collaboratifs (de Bakker et al.,2009; Derksen et al.,2009). Ce dispositif s'inscrit lui-même dans un système de soins de santé basé sur la sécurité sociale et un régime d'assurance unique qui a été introduit en 2006 aux Pays-Bas et existe en Belgique depuis les 75 dernières années (Prins et al.,2011). Une conférence interministérielle s'est tenue le 28 septembre 2009 en Belgique et souligne la volonté du gouvernement belge à promouvoir l'accès à la santé mentale en implémentant un nouveau modèle basé sur l'établissement de réseaux au sein desquels coexistent cinq fonctions essentielles comprenant les acteurs de première ligne, les équipes mobiles, les équipes de réhabilitation, les unités intensives de traitement résidentiel et les services de soins à domicile (Jacob et al.,2016).

La Belgique a établi vingt réseaux de santé mentale adultes sous la gestion de coordinateurs qui sont chargés d'implémenter ces différentes fonctions. Les psychologues et orthopédagogues de première ligne, en améliorant l'accès aux soins répondent à la fonction une qui a pour but d'augmenter la prévention secondaire, la promotion de la santé, la détection précoce en collaboration avec les maisons médicales, les médecins généralistes et d'autres services de soins primaires existants tels que les centres de planning familial (Jacob & Lucassen, 2011). Chaque réseau doit engager un nombre de PPL défini et calculé sur base des soins à offrir en fonction de la population résidant sur chacun des territoires concernés.

#### **Conventie van terugbetaling van eerstelijnspsychologische zorg**

Op 1 januari 2019 is de conventie eerstelijnspsychologische zorg van kracht gegaan. De terugbetaling is geregeld in een overeenkomst tussen het Verzekeringscomité van het RIZIV en de 20 netwerken voor geestelijke gezondheid van volwassenen. Elk van deze netwerken heeft een bepaald werkingsgebied en heeft een overeenkomst afgesloten met een aantal klinische psychologen en klinische orthopedagogen uit het gebied van het netwerk. Alleen deze psychologen en orthopedagogen kunnen de vergoedbare sessies realiseren. Per patiënt en per jaar zijn er maximum 8 sessies vergoedbaar en worden deze per reeks van 4 voorgeschreven door de huisarts of psychiater.

De behandeling omvat eerstelijns zorg en bestaat uit een reeks individuele gespreksessies. Vooral de eerste sessie omvat de diagnosestelling van de psychische problemen van de patiënt. Deze sessie kan 60 minuten duren. De volgende sessies duren 45 minuten en omvatten algemene psychologische zorg, oplossingsgerichte behandeling, begeleide zelfhulp, psycho-educatie of interventies die erop gericht zijn de zelfredzaamheid te versterken. Als de patiënt een intensievere, meer langdurige begeleiding nodig heeft, kan de behandelaar ook doorverwijzen naar een andere zorgverlener (die geen eerstelijnsessies geeft en al dan niet werkt aan een voordelig tarief).

De conventie van terugbetaling van eerstelijnspsychologische zorg voorziet 22.5M€ per jaar om in het federale België 242FTE te laten gebruikmaken van de conventie, met een doelpopulatie van 55K à 110K patiënten per jaar. Hoewel de zogenaamde niet-ingevulde zorgnood erg hoog is (en in België wordt geschat op ongeveer 6% van de algemene volwassen bevolking), is het niet geweten in welke mate de conventie voor terugbetaling van eerstelijnspsychologische sessies effectief zal worden gebruikt door patiënten met vaak voorkomende emotionele problemen. Bovendien is het niet geweten in welke mate de eerstelijnspsychologische zorg is ingebed in de psychiatrische netwerken en welke mate probleemoplossend werken effectief is in de zorg die is beperkt tot 4-8 sessies.

In navolging van de coronacrisis heeft minister De Block van Volksgezondheid op 2 april 2020 besloten om de conventie tot terugbetaling van eerstelijns psychologische zorg uit te breiden naar zowel

kinderen (jonger dan 18 jaar) en hun gezin als ouderen (65 jaar en ouder). Ook de overeenkomst van deze uitbreiding verloopt tussen het RIZIV en de 20 netwerken voor geestelijke gezondheidszorg. Dezelfde voorwaarden gelden maar in het geval van kinderen kunnen de sessies ook voorgeschreven worden door de kinderarts, kinderpsychiater of CLB-arts. Bijkomend worden, in het kader van de huidige coronacrisis, ook digitale consultaties terugbetaald voor alle leeftijdscategorieën.

Waar we reeds stelden dat de huidige geestelijke gezondheidszorg onderhevig is aan continue hervormingen, werd ook de conventie tot terugbetaling van eerstelijnspsychologische zorg aangepast op 1 september 2021. In deze vernieuwde conventie wordt naast eerstelijnspsychologische zorg ook gespecialiseerde psychologische zorg vergoed, en dit zowel in de vorm van individuele sessies als groepsinterventies. Dit resulteerde bijgevolg in de hertekening van de EPCAP-studie (EPCAP 2.0), welke verder bouwt op de reeds gelegde methodologische fundamenten inzake o.a. een epidemiologische mapping van de patiënten die gebruik maken van de conventie en gezondheidseconomische analyse van de conventie maar waar meer nog de nadruk gelegd zal worden gelegd op het klinische effect van de conventie, namelijk op het welzijn, zorgen en noden van de patiënt én zijn/haar zorgverleners binnen de eerste lijn.

## HOOFDSTUK 2

### Wetenschappelijke evaluatie van de eerstelijnspsychologische zorg in België: doelstellingen

---

Tegen de bovenstaande achtergronden articuleerde het onderzoeksvorstel de Evaluation of Primary Care Psychology studie (EPCAP) welke evaluatie voorzag van de conventie tot terugbetaling van psychologische zorg in de eerste lijn. Deze studie kan worden opgedeeld in twee delen: EPCAP 1.0: Evaluatie van de conventie tot terugbetaling van eerstelijnspsychologische zorg (*Januari 2020 – maart 2022*) en EPCAP 2.0: Evaluatie van de conventie tot terugbetaling van psychologische zorg in de eerste lijn (*april 2022 – juni 2023*). De studie bestond uit vijf workpackages, beantwoordend aan gold-standard criteria inzake datastructuur en -beveiliging, maar ook in de specifieke instrumenten en variabelen die worden geïncludeerd, de standaarden rond meetbaarheid van zorgprocessen (zie Porter & Teisberg, 2006; Sorel, 2013; International Consortium for Health Outcome Measurement, 2019) en de complexe statistische processen die nodig zijn om een evaluatie accuraat te kunnen doorlopen.

Met de invoering van de hernieuwde conventie op 1 september 2021 waarbij een geïntegreerd zorgmodel wordt nagestreefd en geïmplementeerd, bestaande uit zowel eerstelijnspsychologische zorg als gespecialiseerde zorg, hoorde ook een hertekening van de wetenschappelijke evaluatie hiervan. Waar het kader van de quintuple aim het motief was voor de nieuwe conventie, werd ook de wetenschappelijke evaluatie hierop afgestemd.

De doelstellingen met bijbehorende objectieven zijn de volgende: (a) een brede evaluatie van de zorg op het niveau van een kwantitatieve epidemiologische mapping van alle patiënten die worden behandeld in het kader van de conventie in België, waaronder gedetailleerde specifieke patiëntenpopulatie in termen van klinisch-psychologisch en –psychiatrische karakteristieken, sociodemografische kenmerken en huidig en vorige behandeltrajecten voor emotionele problemen. Ook wordt een specifieke analyse gemaakt van de lijdensdruk (onder andere absenteïsme en presenteïsme) van de patiënten die worden behandeld binnen het kader van de conventie; (b) een kwalitatieve studie rond de wederzijdse visies en samenwerking van de eerstelijnspsychologische- en gespecialiseerde zorg in de psychiatrische netwerken in België, met onder meer aandacht voor een analyse van specifieke psycholoogprofielen, het gebruik van specifieke behandelmodellen, de wijze waarop de psychologen geïntegreerd zijn in de psychiatrische netwerken; (c) een gezondheidseconomische afweging van de psychologische functies in de eerste lijn op het federale niveau, waarin de investering van 150M/jaar zal worden afgewogen ten aanzien van het aantal behandelde patiënten en de verandering van hun klinische toestand (onder andere absenteïsme en presenteïsme); (d) het in kaart brengen van de implementatie van de verschillende opdrachten en de toepassing van diens *evidence-*, *practice-* en *experienced-based* richtlijnen inzake de hernieuwde conventie door middel van een casestudie in zowel een Vlaams als Waals netwerk voor geestelijke gezondheidszorg. Doel is, aan de hand van het implementatieproces in de desbetreffende netwerken, het uitwerken van scenario's van good practices op netwerk niveau en mogelijkheden die optimaal zijn in hoe de zorg wordt uitgevoerd (op microniveau), op niveau van de samenwerking tussen de psycholoog en de andere actoren (met specifieke aandacht voor een optimaal samenwerkingsverband met de huisarts - mesoniveau) en hoe een duurzaam beleidskader er zou kunnen uitzien (op macroniveau). Daarnaast wordt ook gefocust op de prioritaire doelgroepen en in welke mate zij bereikt worden door identificatie en outreachend werk op de vindplaatsen; (e) een integratie van bovenstaande doelstellingen en het formuleren van aanbevelingen op het microniveau (het niveau van de behandeling van de individuele patiënt), mesoniveau (de organisatie van de eerstelijnspsychologische zorg binnen de netwerken GGZ) en macroniveau (aanbevelingen op

beleidsniveau die voor de maatschappij leiden tot een snellere en adequate behandeling van lichtmatige emotionele problemen).

Deze work packages vormden de methodologische basis van deze exploratieve wetenschappelijke evaluatiestudie van de conventie tot terugbetaling van psychologische zorg in de eerste lijn. Deze evaluatiestudie resulteert dan ook in een aantal aanbevelingen ter optimalisatie van een getrapte geestelijke gezondheidszorg in België, zowel op vlak van preventie, detectie en implementatie van zorg als op vlak van populatiemanagement en duurzame integratie van de psychologische zorg (eerstelijns- en gespecialiseerde zorg) in de algemene Belgische gezondheidszorg. In deel II zal de gebruikte methodologie op deze drie niveaus besproken worden, waarna in deel III de resultaten volgen om af te sluiten in deel IV met de conclusies en aanbevelingen van deze eindrapportage.

## DEEL II

### METHODOLOGIE

---

*Hoofdstuk 3. Micro: Het klinisch profiel van de patiënt*

*Hoofdstuk 4. Meso: Plaats en functie van psychologische zorg in de eerste lijn*



## HOOFDSTUK 3

### MICRO: Het klinisch profiel van de patiënt

---

#### Doelstelling

Het centrale doel is het in beeld brengen van gedetailleerde klinische en sociodemografische profielen van patiënten die gebruik maken van de conventie. Hierbij lag de focus op:

1. De klinische karakteristieken van patiënten die gebruikmaken van de conventie met als resultaat een klinisch profiel van de patiënt;
2. Het sociodemografische profiel van de patiënt die gebruikmaakt van de conventie, resulterend in een gedetailleerde analyse van de patiënten in functie van hun sociodemografische kenmerken zoals gender, leeftijd, opleidingsgraad, werkomstandigheden, burgerlijke staat, inkomen en de plaats die ze innemen op de maatschappelijke ladder;
3. Het zorgtraject van de patiënt, resulterend in een gedetailleerd beeld van de specifieke sectoren waar én van de specifieke disciplines waar de patiënt is het verleden (lifetime) en recent in behandeling is geweest. Bijkomend zal informatie worden opgeleverd rondom wachttijden voor zorg, wachtlijsten, continuïteit van zorg en gekregen behandeling;
4. De lijdensdruk van de huidige psychische problemen op verschillende aspecten van het persoonlijke, sociale en maatschappelijke niveau van de patiënt.

#### Study design

##### *Inclusie van patiënten*

Deze studie richtte zich op de patiënten die gebruik maakten van de conventie tot terugbetaling van psychologische functies in de eerste lijn, onderverdeeld in de volgende categorieën : jongeren (11-17 jaar); volwassenen (18-64 jaar) en ouderen (65 jaar en ouder). De inclusie van patiënten werd opgestart door de eerstelijns-/ gespecialiseerde klinisch psychologen/ -orthopedagogen nadat het instrument, de software en datastructuur volledig operationeel waren. De patiënten werden door hun behandeld geconventioneerd psycholoog/ -orthopedagoog geïnformeerd over de studie en er werd hen gevraagd of diens e-mailadres mocht doorgegeven worden aan het onderzoeksteam. Na toestemming kreeg de patiënt een vrijblijvende e-mail met meer informatie over de studie inclusief link naar de online geïnformeerde toestemming. Na het geven van hun informed consent (en door hun ouders/voogden, indien <18 jaar), werd de patiënt doorgeleid naar de online vragenlijst, waarin de hieronder opgenoemde instrumenten geïnccludeerd zijn. De invultijd bedroeg gemiddeld 25 minuten (dit was mogelijk door subsampling van specifieke vragenlijsten). Voor elke participerende patiënt werd een meting net na de eerste sessie bij de eerstelijns- of gespecialiseerde psycholoog/ -orthopedagoog en telkens na 3, 6 en 12 maanden.

Daarnaast werden de patiëntendata gekoppeld, mits toestemming van de patiënt, met de data van het InterMutualistisch Agentschap (IMA/AIM). Hierdoor zijn we in staat zicht te geven op o.a., het aantal contacten met de huisarts, medicatiegebruik, hospitalisatie en behandelverleden in de vijf jaar voorafgaand aan de eerstelijns- of gespecialiseerde psychologische behandeling. We zijn hierdoor in staat een nog vollediger beeld te verkrijgen van de drie hierboven beschreven doelgroepen. Daarnaast vergroot het in belangrijke mate de representativiteit van de studiepopulatie. Het uiteindelijke doel van de bevraging was een klinisch en demografisch beeld van de patiëntenpopulatie van de eerstelijns- en gespecialiseerde psychologische zorg in België en de evolutie van de klinische problemen doorheen de tijd, en dit in functie van de gekregen behandeling. De datastructuur beantwoordt aan golden-standard voorschriften inzake technieken van de dataopslag.

Voor alle leeftijdscategorieën golden dezelfde inclusiecriteria: 11 jaar of ouder op de datum van de eerste sessie en in staat om zelfstandig vragenlijsten in te vullen; een goed begrip van de Nederlandse,

Franse of Engelse taal. Alle patiënten kregen per leeftijdscategorie dezelfde vragenlijsten voorgelegd op dezelfde gestandaardiseerde wijze. Alle patiënten ontvingen, indien zij dit wensten, persoonlijke feedback vanuit de vragenlijst. De patiënten ontvingen deze persoonlijke feedback, in de vorm van een beknopt overzicht van hun psychisch welzijn, per e-mail nadat zij de vragenlijst hadden ingevuld. De patiënten die ervoor kozen om de vragenlijst tijdens de sessie in te vullen, kregen hun feedbackrapport ook te zien op hun beeldscherm na het invullen van de vragenlijst, zodat dit overzicht rechtstreeks gebruikt kon worden in hun eerstelijns- of gespecialiseerde psychologische begeleiding.

### Steekproef

De gegevens werden verzameld via de 31 netwerken voor geestelijke gezondheidszorg voor zowel volwassenen als kinderen en adolescenten in België. Door tussenkomst van eerstelijns- en gespecialiseerde psychologen en -orthopedagogen werden alle startende patiënten gevraagd om deel te nemen aan de studie. In totaal namen 458 patiënten deel aan de online vragenlijst tussen november 2020 en maart 2022 ("EPCAP 1.0") en 2.350 patiënten tussen juli 2022 en maart 2023 ("EPCAP 2.0"). De inclusie van patiënten in deze naturalistische studie betreft ~1.6% à 2.5% procent van de totale patiëntenpopulatie (N=147.000 in periode mei 2022 - maart 2023 en N=18,162 in boekjaar 2021, RIZIV). Het is niet geweten hoeveel patiënten effectief werden geïnformeerd over de studie, waardoor het onmogelijk is een correcte responsgraad te berekenen. De bekomen gegevens zijn gewogen voor de sociodemografische opbouw van de behandelde patiëntenpopulatie. Hierdoor zijn we, op basis van deze gewogen resultaten, in staat om uitspraken te doen welke representatief zijn voor de gehele patiëntenpopulatie.

Tabel 3.1. Steekproefgrootte per leeftijdscategorie

		Baseline			Follow-up	Follow-up
		Totaal	ELP	GPZ	3 maanden	6 maanden
<b>EPCAP 1.0</b>	Volwassenen (18-64 jaar)	371		/	132	71
	Ouderen (≥65 jaar)	12		/	5	2
	Jongeren (11-17 jaar)	12		/	1	0
	Transitieleeftijd (15-25 jaar)	13		/	0	0
<b>EPCAP 2.0</b>	Volwassenen (18-64 jaar)	2.143	1220	595	807	289
	Ouderen (≥65 jaar)	86	49	23	41	18
	Jongeren (11-17 jaar)	121	78	31	26	7
	Transitieleeftijd (15-25 jaar)	396	220	113	101	32
	<b>Totaal</b>	2.745	1.742	649	1.012	387

We rapporteren enkel over de volwassenen (≥18 jaar, inclusief de doelgroepen ouderen) patiënten binnen EPCAP 2.0 die de vragenlijst volledig invulden of waarbij in beperkte mate data geïmputeerd diende te worden (n=1.889 80.4%). De resultaten gerapporteerd door de jongeren zullen in deze voorlopige rapportage beknopt besproken worden in hoofdstuk 10. Het meetmoment na 12 maanden werd niet meegenomen in deze rapportage omdat deze online bevraging binnen EPCAP 2.0 zal starten in juli 2023.

Vermits het een niet-gerandomiseerde steekproef betrof, zullen kalibratiegewichten (Deville et al., 1993) geschat op basis van geslacht, leeftijd en regio van verblijf van de gehele populatie (RIZIV 2023)

worden toegevoegd. De resultaten zullen vervolgens gekalibreerd worden op basis van deze gewichten. Hierdoor zijn we, op basis van deze gewogen resultaten, in staat om uitspraken te doen welke representatief zijn voor de gehele patiëntenpopulatie behandeld door middel van psychologische zorg in de eerste lijn. Het studieprotocol werd goedgekeurd door de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (goedkeuring #S64034).

### **Uitkomstmaten en instrumenten**

De volgende uitkomstmaten werden bevraagd per leeftijdsgroep aan de hand van de bijbehorende instrumenten.

#### *Volwassenen (18-64 jaar)*

##### Psychische stoornissen en psychische problemen

De vragenlijst is gebaseerd op het instrument van de World Mental Health (WMH) surveys van de WHO, het Composite International Diagnostic Interview, versie 3.0 (CIDI-3.0) én de (recent) geüpdatete versie voor DSM-5 van de WMH-International College Survey initiative (zie <https://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/>). De vragenlijstenbatterij is een inclusief screeningsinstrument voor het bestaan van zowel psychische stoornissen als (subklinische) psychische problemen die (nog) niet de diagnostische drempel halen. Grosso modo zijn er twee grote voordelen inzake het gebruik van deze testbatterij. Ten eerste includeert ze zowel diagnostische als subklinische criteria; het is, met andere woorden, met voldoende betrouwbaarheid en validiteit, dat het onderscheid kan worden gemaakt tussen klinische problemen die een diagnostische drempel halen of niet. Een tweede voordeel van deze testbatterij is dat deze is opgebouwd met instrumenten die ook verloopinstrumenten zijn. Met andere woorden, ze kunnen worden gebruikt om veranderingen in het klinische beeld van de patiënt te detecteren. Het onderzoeksinstrument bestaat uit een aantal gevalideerde zelfrapportagevragenlijsten (Kessler & Üstün, 2004), waaronder de CIDI Screening Scales (CIDI-SC - Kessler et al., 2013) voor lifetime en 12-maanden vaak voorkomende stoornissen ('common mental disorders'): majeur depressieve episode, mania/hypomania, gegeneraliseerde angststoornis, paniekstoornis en stoornissen in het middelengebruik (zowel misbruik als afhankelijkheid). De CIDI-SC heeft een hoge concordantie ten aanzien van psychiatrische diagnoses op basis van klinische interviews (AUC tussen 0.70-0.78 - Kessler et al., 2013). De CIDI scoringsregels werden gebruikt om een onderscheid te maken tussen angstige, depressieve en alcoholgerelateerde problemen enerzijds en een angst-, depressieve en/of middelenstoornis anderzijds (Bruffaerts et al., 2018). De Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Saunders et al., 1993) werd gebruikt voor het in beeld brengen van alcoholgerelateerde problemen. De ADHD Self-Report Scale (ASRS-6 - (Kessler et al., 2005) is een screeningsinstrument voor ADHD-gerelateerde problemen op volwassen leeftijd. Het instrument bestaat uit 6 items die DSM-IV symptomen (4 aandachtstekort- en 2 hyperactiviteitsymptomen) bevragen over het verloop van de voorbije 6 maanden. We gebruikten de scoring die ADHD-problemen identificeert zonder dat deze de diagnostische drempel voor ADHD haalt. We includeerden ook standaardscreeningsvragen naar eetproblemen, psychotische symptomen, niet-suïcidaal zelfverwondend gedrag en impulsiviteit. In elk van bovenstaande schalen werd ook de aanvangsleeftijd ingeschat. Psychiatrische comorbiditeit werd gedefinieerd aan de hand van het voldoen aan diagnostische criteria van meer dan één psychische stoornis. Comorbide psychische problemen werden gedefinieerd aan de hand van de criteria van meer dan één psychisch probleem. In december 2022 werd besloten een verkorte vragenlijst te implementeren tijdens de ELP- of GPZ- sessie, met daarin enkel de meest voorkomende psychische stoornissen en gerelateerde problemen.

##### Psychologische crisis

We gebruikten de Crisis Triage Rating Scale (CTRS, Bengelsdorf et al., 1984) voor het inschatten van de mate waarin patiënten niet enkel psychische problemen hadden, maar zich ook in een toestand van crisis bevonden. Essentieel wordt crisis gedefinieerd aan de hand van drie elementen: de mate van suïcidaliteit(gevaar), motivatie voor behandeling en aanwezig sociaal steunsysteem. Scoring gebeurde aan de hand van zogenaamde anchored items, die een betere inschatting geven van de aanwezig crisis

dan Likert-items (Bruffaerts et al., 2011) en een betere inschatting geven van het verder verloop van de behandeling (Henckens et al., 2015).

#### Suïcidaliteit

De Columbia Suicidal Severity Rating Scale (Posner et al., 2011) werd gebruikt voor het in beeld brengen van suicidaliteit van patiënten. De volgende niveaus van suicidaliteit werden geïnccludeerd: suicide-ideatie, suicideplannen en suicidepogingen in een 12-maanden en lifetimeperspectief.

#### Motivatie tot verandering

Waar in de CTRS de mate werd geschat waarin de patiënt gemotiveerd was tot behandeling, werd de Readiness to Change Questionnaire (RCQ - Defuentes-Merillas et al., 2002) gebruikt om de mate van motivatie tot verandering in beeld te brengen. De RCQ bevat 12 items en bestaat uit drie hoofdschalen die elk uit vier items bestaan en een stadia van verandering representeren: precontemplatie, contemplatie en actie. De RCQ is aanvankelijk ontwikkeld voor het inschatten van de motivatie tot verandering bij alcoholgebonden problemen, maar is gaandeweg aangepast voor het inschatten van motivatie bij andere vaak voorkomende emotionele problemen (Mander et al., 2012).

#### Zorggebruik

We gebruikten de zorgmodule van de CIDI-3.0 (Kessler & Üstün, 2004) gecombineerd met toevoegingen met betrekking tot specifieke attitudes en motivationele aspecten ten aanzien van behandeling (Bruffaerts et al., 2019). Met “zorggebruik” wordt bedoeld op minstens één contact met een professionele hulpverlener omwille van emotionele problemen of geestelijke gezondheid in de vorige 12 maanden of ooit. Bij diegenen die aangaven professionele hulp te hebben gezocht omwille van emotionele redenen werd de soort formele professionele hulpverlening (huisarts, psychiater, psycholoog, andere – bijvoorbeeld zelfhulp) nagegaan en de soort gekregen behandeling (medicamenteus, psychologisch, combinatie van beide). “Medicamenteuze behandeling” wordt gedefinieerd als minstens één voorgeschreven dosis medicatie omwille van emotionele problemen in de afgelopen 12 maanden. “Psychologische behandeling” wordt gedefinieerd als minstens twee therapeutische consulten bij een professionele hulpverlener in de afgelopen 12 maanden, die minstens 15 minuten duurden (Wang et al., 2007). “Geen behandeling” wordt gedefinieerd als de afwezigheid van zowel medicamenteuze als psychologische behandeling. Deze module includeert ook specifieke redenen die de patiënt naar de behandeling hebben gebracht, specifieke verwachtingen ten aanzien van zijn behandeling, een eventuele uitsteltermijn in het zetten van de stap naar professionele hulpverlening en de redenen om zorg uit te stellen (Bruffaerts et al., 2009). Bijkomende werd gevraagd naar het aantal psychiatrische opnames in het verleden, de lengte en de timing van deze opnames. Ook werd gekeken naar continuïteit van zorg in het verleden inzake doorverwijzing als ook kennis van behandel mogelijkheden en werd de vraag gesteld naar het vroegere gebruik van psychofarmaca. Doel van het afnemen van deze module was tot een geïntegreerd beeld te komen van het reeds afgelegde zorgproces van de patiënt.

#### Kwaliteit van leven

De Sheehan Disability scale werd gebruikt om de impact van psychische problemen op het dagelijks functioneren in kaart te brengen (Sheehan et al., 1996). Om de impact van psychische stoornissen en problemen na te gaan werd gebruikgemaakt van de verkorte versie van de World Health Organization Disability Assessment Scale, versie 2 (WHODAS-2). Deze schaal heeft tot doel functionele beperkingen na te gaan die geassocieerd zijn aan psychische en fysieke gezondheid (Buist-Bouwman et al., 2006). Kwaliteit van leven werd bevraagd met betrekking tot de voorbije 30 dagen. De verkorte versie van de WHODAS-2 (Von Korff et al., 2008) bestaat enerzijds uit 12 items die het functioneren op belangrijke domeinen van het dagelijkse leven nagaan en zo een inschatting geven van de kwaliteit van leven van een specifieke respondent: Hoeveel moeite had u gedurende de afgelopen 30 dagen met, als gevolg van uw lichamelijke of geestelijke gezondheid of het gebruik van alcohol of drugs, (a) Staan gedurende lange tijd zoals 30 minuten?, (b) Het vervullen van huishoudelijke taken?, (c) Leren van een nieuwe taak, bijvoorbeeld de weg naar een nieuwe plaats?, (d) Hoeveel moeite had u met het,

net als anderen, deelnemen aan gemeenschapsactiviteiten (zoals feestelijkheden, religieuze en andere activiteiten)?, (e) Hoe erg heeft uw stemming onder uw gezondheid geleden?, (f) Concentreren op iets gedurende 10 minuten?, (g) Een lange afstand wandelen, bijvoorbeeld een kilometer?, (h) Het wassen van uw hele lichaam?, (i) Het uzelf aankleden?, (j) Het omgaan met mensen die u niet kent?, (k) Onderhouden van een vriendschap?, (l) Uw dagelijks werk? De antwoordmogelijkheden worden als volgt gescoord: geen/niet (1), enigszins (2), nogal (3), veel (4), heel veel/ kan ik niet (5). Voor een aantal onderzoeksvragen werd (de verandering in) rolfunctioneren gemeten met behulp van de 'Work Loss Days' (WLD) van de WHO Disablement Assessment Scale version 2 (WHODAS-2). Het tijds kader van de WLD-index is de 30 dagen die voorafgaan aan de meting. De WLD-vragen schatten de mate waarin patiënten níet in staat waren hun dagelijkse bezigheden te volbrengen en, in het geval men wél in staat was dit te doen, de mate waarin de kwaliteit en/of de kwantiteit van het werk leed onder de psychische problemen, of de mate waarin patiënten meer energie moeten investeren om de taken te volbrengen. De antwoorden werden gecombineerd om de WLD-index te creëren, waarvan elk van de vragen een differentieel gewicht krijgen. In andere woorden, de dagen waarop respondenten totaal niet in staat waren te werken of te functioneren werden een hoger gewicht gegeven, in vergelijking met de dagen waarop respondenten een stapje terug moesten doen of minder productief waren, de dagen waarop respondenten minder hadden kunnen letten op de kwaliteit en zorgvuldigheid van hun werk en het aantal dagen waarop ze meer energie moesten investeren om de taken te volbrengen. De WLD-coëfficiënt moet dus worden geïnterpreteerd als het percentage dagen per maand dat niet of suboptimaal wordt gefunctioneerd (Von Korff et al., 2008; 2005). Dit betekent bijvoorbeeld dat een WLD-score van 0.10 geïnterpreteerd moet worden als een daling in rolfunctioneren per maand van 10%. Op basis hiervan werd het verminderde rolfunctioneren per jaar geschat voor de geïnccludeerde psychische problemen. Specifiek voor de werkende of schoollopende patiënten gaf de WHODAS een adequate schatting van het absentisme en presenteïsme die gepaard gaan met psychische problemen (Bruffaerts et al., 2011; 2012).

De door de OECD ontwikkelde Well-Being Core Set (2 items) en de WHO-5 items werden gebruikt om de patiënt zijn/haar eigen gezondheid zelf te laten beoordelen (PROMs - Patient Reported Outcome Measures). Aan de hand van 4 items, afkomstig van de OECD-Proposed Set of Questions on Patient Experiences with Ambulatory Care and Commonwealth Fund Items, werd de patiënt bevraagd naar zijn/haar ervaring met de eerstelijnspsychologische zorg (PREMs - patient reported experience measures). Deze PROMs en PREMs werden gebruikt om het subjectieve welzijn van de patiënt en het effect van de eerstelijnspsychologische begeleiding hierop te meten (OECD, 2013).

#### **Veerkracht**

Vermits het verbeteren van de veerkracht van de patiënt een essentieel element is in de psychologische begeleiding, werd de Connor-Davidson Resilience Scale aan de vragenlijst toegevoegd. Deze schaal is een gold standard voor het meten van psychologische veerkracht en meet aan de hand van 5 factoren het vermogen van de patiënt om met stress om te gaan, evoluerend over de verschillende meetmomenten binnen de studie.

#### **Sociodemografische variabelen**

Leeftijd, gender, werkomstandigheden, burgerlijke staat, leefomstandigheden, opleidingsgraad werden op gestandaardiseerde wijze verzameld van de deelnemende patiënten.

#### ***Ouderen (65 jaar en ouder)***

Patiënten van 65 jaar of ouder kregen dezelfde vragenlijst voorgelegd als de volwassenen, echter werden de Severity of Dependence Scale (SDS) (Cheng et al., 2019) en de Loneliness scale (De Jong-Gierveld & Kamphuis, 1985; De Jong-Gierveld & van Tilburg, 1999; De Jong-Gierveld & van Groenou, 2009) toegevoegd inzake het psychosociaal welzijn. De SDS is een screener voor misbruik en/of afhankelijkheid van slaap-/kalmeermiddelen. De Loneliness scale peilt naar zowel de emotionele als sociale eenzaamheid.

### *Jongeren (jonger dan 18 jaar)*

In de vragenlijst voor de jongeren werd de CIDI-SC geschrapt en vervangen door de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Muris et al., 2003), een meetschaal die niet enkel angst en depressie includeert, maar ook sociale problemen en externaliserende problemen in kaart brengt. Ook de General functioning subscale van de Family Assessment Device (FAD) (Epstein, Bishop, & Levin, 1978; Epstein et al., 1983) werd toegevoegd, welke aan de hand van 12 items zicht geeft op het algemeen functioneren van het gezin.

### **Analyses**

Binnen het luik met de kwantitatieve data includeren alle analyses van alle uitkomstmaten zowel descriptieve als bivariate analyses. De resultaten van de descriptieve analyses worden uitgedrukt in gemiddelden (en standaarddeviaties) en proporties. T-toetsen werden gebruikt om gemiddelden (continue variabelen) met elkaar te vergelijken als ook de McNemar paired proportions test (Z) om proporties met elkaar te vergelijken (discrete variabelen). Ontbrekende waarden werden meervoudig geïmputeerd door het gebruik van het mice algoritme (Van Buuren & Groothuis-Oudshoorn 2011). Vermits het een naturalistisch design betrof, werden kalibratiegewichten (Deville et al., 1993) geschat op basis van geslacht, leeftijd en regio van verblijf van de gehele patiëntenpopulatie (RIZIV 2023). Om na te gaan in welke mate specifieke outcomes vaker voorkwamen bij specifiek groepen werden logistische regressie-analyses gebruikt. De sterkte van de associatie tussen onafhankelijke en afhankelijke variabelen wordt uitgedrukt in bivariate odds ratios (OR) en bijpassende 95% betrouwbaarheidsintervallen. In functie van de regelgeving inzake privacy en bescherming van de persoonsgegevens werden de nodige standaarden nagestreefd en werkten we met een veiligheidsplan rond het hanteren van sensitieve persoonsgebonden data. Voor de websurveys gebruikten we het online software systeem van Qualtrics Labs Inc © (UT, U.S.), een dubbel geëncrypteerd softwaresysteem. Participanten kregen de volle garantie dat hun bijgehouden data beantwoordde aan alle regelgeving die de privacy garandeert en enig misbruik van data tegengaat. Data werd bijgehouden op gesecuriseerde servers van de KU Leuven in de REDCap applicatie, GDPR-proof en in een geëncrypteerde vorm. De analyses werden uitgevoerd met R - versie 4.1.0 (R Core Team 2021).

Voor wat betreft de kwalitatieve data gold dat alle interviews woordelijk werden getranscribeerd in de taal waarin ze werden afgenomen, en dat op basis van de audio-opnames en verzameld in de vorm van verbatims. Elk van de deelnemers werd gekoppeld aan de naam van een kleur om hun anonimiteit binnen de discussiegroepen te bewaren. De verbatims werden thematisch geanalyseerd door een codeur die de taal sprak waarin de focusgroepen werden gehouden. Op basis van het verbatim codeerde de onderzoeker de inhoud van de uitwisselingen tussen de coördinatoren voor elk van de focusgroepen per thema. Deze thema's werden vervolgens ingevuld en gegroepeerd voor elk van de onderzoeksvragen in een boomstructuur. Tot slot voerden twee onderzoekers samen een cross-sectionele analyse uit op basis van de boomstructuur van elk interview.

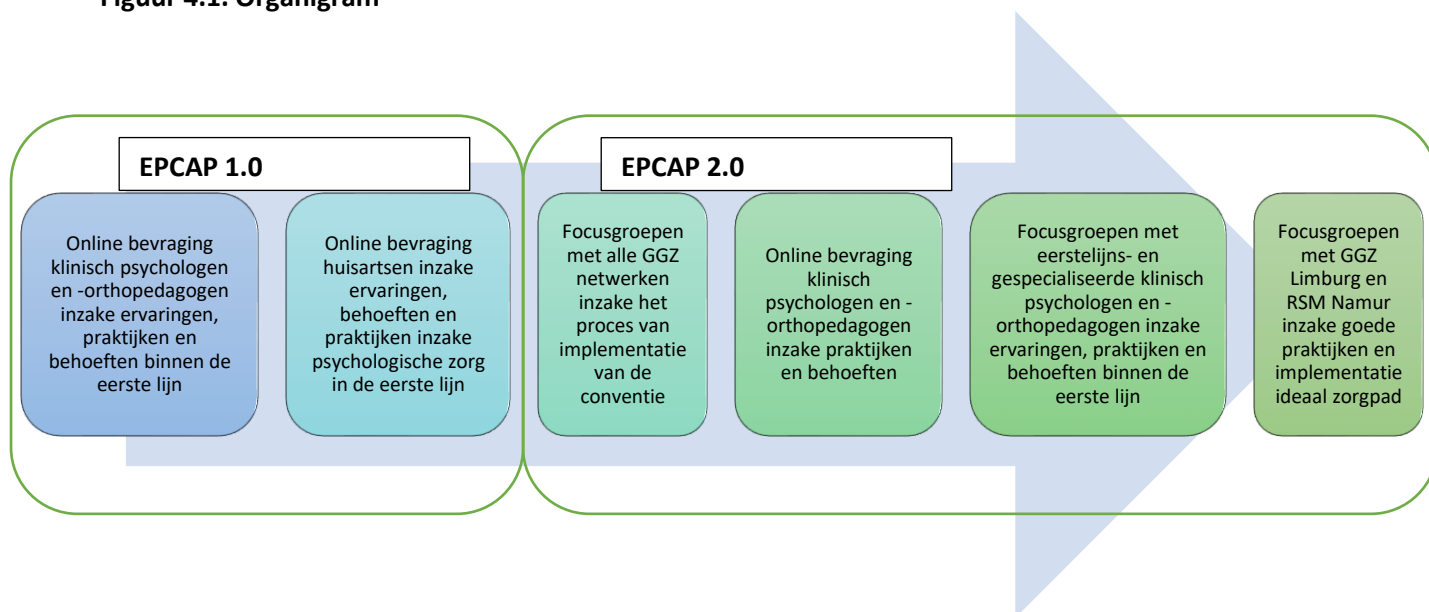
## HOOFDSTUK 4

### MESO : Plaats en functie van psychologische zorg in de eerste lijn

#### Doelstelling

Binnen de EPCAP studie beoogden we zicht te krijgen op de plaats en functie van de psychologische zorg binnen de eerste lijn. Meer specifiek wilden we de praktijken en behoeften van zowel eerstelijns- als gespecialiseerde klinisch psychologen in kaart brengen als ook hun samenwerkingen binnen de eerste lijn. Bijkomend wilden we de goede praktijken binnen de netwerken Geestelijke Gezondheidszorg in België inzake de vernieuwde conventie tot terugbetaling van psychologische zorg in de eerste lijn in kaart brengen. Dit deel van de studie, als onderdeel van EPCAP 2.0, bestond dan ook uit vier delen: (a) focusgroepen met alle Frans- en Nederlandstalige netwerken Geestelijke Gezondheidszorg in België; (b) online bevraging van de klinisch psychologen en -orthopedagogen; (c) focusgroepen met de klinisch psychologen en -orthopedagogen en (d) focusgroepen in de GGZ samenwerkingsverbanden Limburg en Namen (i.c. de gevalsstudie).

Figuur 4.1. Organigram



## Study design

De vier verschillende studies, opgenomen in EPCAP 2.0, zullen hieronder achtereenvolgens besproken worden

### 1. LE PROCESSUS D'IMPLÉMENTATION DE LA NOUVELLE CONVENTION AU TRAVERS DES COORDINATEURS (DE RÉSEAUX ET LOCAUX)

Une première étude qualitative par focus groups a été conduite auprès des coordinateurs de réseaux et locaux en Belgique. Celle-ci vise à approcher la fonction des coordinateurs sur base de leur expérience, mettre en évidence les logiques sous-tendant la mise en œuvre et le déploiement de la nouvelle convention au fil du temps ainsi que le développement d'une analyse SWOT à l'égard de la convention.

#### Composition des focus groups

Un total de 20 focus groups (62 coordinateurs de réseaux et locaux) ont été menés entre le mois de juillet et septembre 2022 après avoir sollicité par email l'ensemble des coordinateurs des réseaux de santé mentale pour la prise en charge des enfants/adolescents et des adultes en Belgique. Ces focus groups comprenaient à la fois des coordinateurs de réseaux et des coordinateurs locaux. Afin d'approcher au mieux le fonctionnement du/des réseaux ainsi que leur réalité, la liberté était laissée aux coordinateurs de choisir s'ils souhaitaient être rencontrés avec d'autres coordinateurs ou non selon leur façon habituelle de travailler. La majorité des entretiens ont été menés en présentiel (18 sur 20) et en co-intervention. Ceux-ci étaient réalisés dans une salle de réunion au sein même des bureaux des différents réseaux de santé mentale. Ces entretiens ont fait l'objet d'un enregistrement audio et ont duré en moyenne deux heures.

Tabel 4.1. Composition des focus groups

RÉGION	DATE	RÉSEAUX	VISIO OU SUR PLACE
FLANDRE	04-07-22	ZW VLAANDEREN	Online (ivm corona)
FLANDRE	07-07-22	KWADRAAT	Ter plaatse
FLANDRE	12-07-22	ADS, HET PAKT, RADAR	Ter plaatse
FLANDRE	12-07-22	WINGG	Ter plaatse
FLANDRE	13-07-22	SAVHA	Ter plaatse
FLANDRE	14-07-22	KEMPEN	Ter plaatse
FLANDRE	25-07-22	YUNECO	Ter plaatse
FLANDRE	26-07-22	EMERGO	Ter plaatse
FLANDRE	23-08-22	PANGGO-18	Online (ivm corona)
FLANDRE	24-08-22	NW VLAANDEREN	Ter plaatse
FLANDRE	02-09-22	LIMBURG (NOOLIM, RELING, LIGANT)	Ter plaatse
FLANDRE	15-09-22	DILETTI	Ter plaatse
FLANDRE	13-10-22	SARA	Ter plaatse
WALLONIE	29-07-22	PSYNAM, KIRIKOU	SUR PLACE
WALLONIE	01-08-22	RESME	SUR PLACE
WALLONIE	30-08-22	BRUSTARS, BRUMENTA	SUR PLACE
WALLONIE	29-08-22	RÉSEAU107 BW, ARCHIPEL	SUR PLACE
WALLONIE	02-08-22	MATILDA, PROXIRELUX	SUR PLACE
WALLONIE	06-09-22	FUSION LIÈGE, REALISM	SUR PLACE
WALLONIE	09-09-22	PARTENAIRE 107, RHESEAU	SUR PLACE



### Thématiques des focus groups

Pour l'ensemble de ces entretiens, un même guide d'entretien a été construit et suivi abordant différentes thématiques en vue de répondre à quatre questions de recherche principales : (a) Comment peut-on décrire la fonction des coordinateurs sur base de leur expérience ? ; (b) Quelles sont les étapes nécessaires mises en évidence par les coordinateurs dans la mise en œuvre et le déploiement de la convention sur le terrain ? ; (c) Quelles sont les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces que les coordinateurs associent à la convention ? ; et (d) Quels sont les partenaires clés à envisager pour favoriser le travail en réseau ?

### Méthode d'analyse

L'ensemble des entretiens réalisés ont chacun fait l'objet d'une retranscription mot à mot dans la langue dans laquelle ceux-ci ont été réalisés sur base des enregistrements audios et ont été collectés sous la forme de verbatims. Chacun des coordinateurs était associé au nom d'une couleur afin de préserver leur anonymat au sein de ces groupes de discussion. Les verbatims ont fait l'objet d'une analyse thématique par un codeur s'exprimant dans la langue de passation du focus groups. À partir du verbatim, le chercheur(e) effectuait un codage par thèmes du contenu issus des échanges entre coordinateurs pour chacun des groupes de discussion. Ces thèmes ont ensuite été renseignés et regroupés pour chacune des questions de recherche au sein d'une arborescence. Enfin, une analyse transversale a été effectuée par deux chercheur(e)s de façon conjointe à partir des arborescences de chacun des entretiens. La section résultat présentera en français l'ensemble des thèmes émergents et récurrents issus des vingt groupes de discussion.

## 2. ETUDE DES PROFILS ET DES PRATIQUES DES PSYCHOLOGUES/ORTHOPÉDAGOGUES CONVENTIONNÉS DANS LES RÉSEAUX DE SANTÉ MENTALE

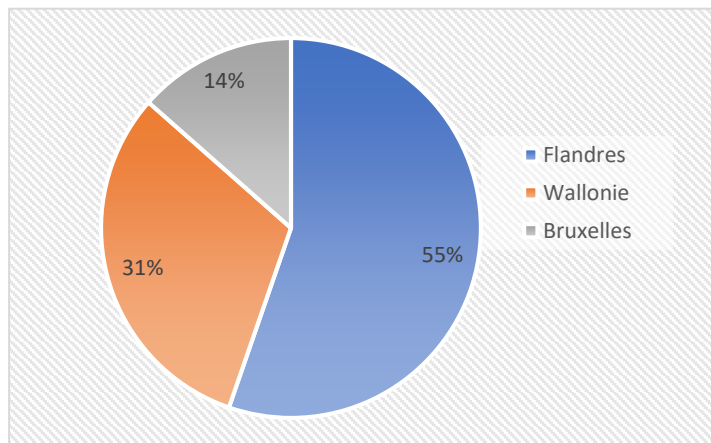
### Calcul de la population

À partir des conventions recensées par le SPF Santé pour les psychologues et orthopédagogues dans l'ensemble des réseaux de santé mentale, un calcul de la population a été effectué au mois d'août 2022. En ne conservant qu'une seule fois les intervenants conventionnés dans au moins deux réseaux distincts, un total de 1693 psychologues et orthopédagogues a été obtenu avec une répartition par régions comparable à celle issue lors de la première convention. Au vu de la population, notre échantillon devait se composer d'un minimum de 314 participants pour assurer une représentation de ce dernier avec une marge d'erreur de 5%.

**Table 4.2. Calcul de la population**

	FLANDRES	BRUXELLES	WALLONIE	TOTAL
<b>Population</b>	937	228	528	1693
<b>Echantillon visé</b>	249	61	140	450
<b>Pourcentage</b>	55.3%	13.5%	31.2%	100%

**Figure 4.2. Répartition régionale des psychologues conventionnés – Août 2022**



### Stratégies de recrutement

Le lancement du questionnaire a débuté le 10 janvier 2023 et a pris fin le 31 janvier 2023 dans l'ensemble des réseaux de santé mentale (adulte et enfants/adolescents) en Belgique. La diffusion de l'enquête en français et/ou en néerlandais a été effectuée par l'intermédiaire des coordinateurs de réseau auprès des psychologues / orthopédagogues conventionnés dans leur réseau respectif. Des emails standardisés donnant accès au questionnaire ont été envoyés aux psychologues et orthopédagogues par le biais des coordinateurs de réseau et locaux. Un dépliant a également été envoyé à l'ensemble des psychologues/orthopédagogues leur permettant d'accéder au questionnaire.

### Instruments de mesure :

#### Données socio-professionnelles

Une série de données socio-professionnelles ont été demandées aux praticiens au début du questionnaire avec des items nécessitant une réponse métrique ou des questions à choix multiples afin de connaître leur âge, leur sexe, leur profession, leur orientation thérapeutique ainsi que leur expérience professionnelle en tant que psychologue/orthopédagogue clinicien.

#### Représentations en lien avec les soins psychologiques dans la première ligne

Au vu des évolutions apportées à la convention, trois questions ouvertes étaient proposées aux praticiens conventionnés en vue d'étudier leur conceptualisation des « soins psychologiques dans la première ligne » et les motivations à orienter un patient vers des soins psychologiques de première ligne et des soins spécialisés.

#### Profil des psychologues/orthopédagogues conventionnés dans un réseau de santé mentale pour les adultes ou pour les enfants/adolescents

Deux questions à choix multiples permettaient aux psychologues/orthopédagogues de cibler la tranche d'âge des patients avec lesquels ils exercent la plus grande partie de leur temps de façon générale et de renseigner le type de convention pour laquelle/lesquelles ils se sont engagés. À partir de leurs réponses, ceux-ci étaient redirigés automatiquement vers des questions ciblées sur leur pratique en lien avec la prise en charge des enfants/adolescents ou celle des adultes au sein de la convention. Les psychologues/orthopédagogues conventionnés au sein des deux types de réseaux de santé mentale devaient choisir celui au sein duquel ils prestaient le plus sur un mois.

Le profil des praticiens au sein de la convention a été abordé selon différentes perspectives :

- La durée de leur conventionnement et la précision s'ils exerçaient déjà lors de la première convention.
- Leur statut professionnel au sein de la convention au vu des élargissements prévus dans la convention.

- L'environnement de travail a également été étudié à la fois du point de vue physique et de l'aspect pluridisciplinaire ou non de l'environnement de travail.
- Le type de soins pour lesquels ils se sont conventionnés (première ligne et/ou spécialisés).

#### La trajectoire de soin des patients à l'issue de leur prise en charge

Que ce soit pour la prise en charge des enfants/adolescents ou des adultes, les psychologues et orthopédagogues conventionnés mentionnaient le pourcentage perçu de leurs patients allant de 0% représentant « aucun de mes patients » à 100% « tous mes patients » sur une liste de 7 items envisageant à la fois la poursuite des consultations avec le professionnel, l'arrêt spontané par le patient ainsi que différentes possibilités de réorientation et en laissant l'opportunité aux praticiens d'indiquer une autre éventualité.

#### Le développement de nouvelles pratiques dans le cadre de la convention

Afin d'approcher la diversité des nouvelles pratiques mises en œuvre au sein de la convention, une première question ouverte permettait aux psychologues et orthopédagogues conventionnés de décrire une à trois pratiques/interventions mises en place ou développées à la suite de leur engagement au sein de la convention. D'autre part, une question ciblée leur était adressée pour savoir si ceux-ci avaient déjà eu recours à un expert de vécu dans le cadre de leur intervention et avaient l'opportunité de décrire une de leur expérience en ce sens lorsque ceux-ci répondaient de façon affirmative.

La nouvelle convention permettant de nouvelles modalités de prises en charge, cinq items ont été proposés sur cette base concernant les séances individuelles et trois pour les séances en groupe. Les psychologues et orthopédagogues conventionnés devaient alors indiquer pour chacune des affirmations la fréquence à laquelle ils mettaient en place ce type de séance sur base d'une échelle de Likert allant de « Jamais » à « Plus de 3 fois par jour ». La modalité « Autre » était à chaque fois ajoutée à nos propositions, permettant ainsi aux professionnels de compléter ceux-ci par une autre forme d'intervention mise en œuvre par leurs soins avec les patients. Sur cette même base, cinq items dédiés aux modalités de formation continue ont été développées, que ce soit en lien avec le réseau de santé mentale dans lequel ils s'inscrivent ou de façon externe à leur initiative.

#### Les collaborations interprofessionnelles au sein de la convention

Au sein de cette section, les représentations des psychologues/orthopédagogues conventionnés envers la notion de « réseau » ainsi que leurs perceptions envers les éléments favorisant la collaboration avec d'autres professionnels que ce soit dans le secteur de la santé mentale ou des soins de santé ont été étudiée à partir de questions ouvertes.

Les attitudes des praticiens envers la collaboration interprofessionnelle ont également été mesurées à partir de deux sous-facteurs : « croyances envers les bénéfiques associés à la collaboration interdisciplinaire » élaborés par Sicotte et ses collègues (2002) ainsi que le sous-facteur contrainte temporelle issu de l'échelle Attitudes towards Health Care Teams scale (ATHCTS) dans sa version révisée (Kim et al., 2014 ; Curran et al., 2008). L'ensemble de ces items issus de ces deux facteurs obtiennent une validité interne de 0.83 au sein de notre étude (n=471). Les professionnels répondaient à ces questions au travers d'une échelle de Likert allant de 1 « Pas du tout d'accord » à 5 « Tout à fait d'accord ».

#### Sentiment d'efficacité en lien avec les prises en charge

Le sentiment d'auto-efficacité a été mesuré sur base du dispositif proposé par Bandura (2006). Les répondants mentionnent ainsi leur niveau de confiance à chacun des items proposés à partir d'une échelle allant de 0% (pas du tout confiant) à 100% (tout à fait confiant). Les quatre premiers items utilisés sont issus de Beehler et al. (2013) et de Clémence et al. (2005) qui ont été adaptés pour notre objet d'étude dédié aux soins psychologiques dans la première ligne. Les items de Beehler et al. (2013) ont également été utilisés pour mesurer le sentiment d'auto-efficacité des praticiens envers les nouvelles modalités d'intervention incluses dans la convention à savoir la réalisation de séances en

groupe, la pratique de l'outreaching ainsi que la consultation dans un milieu de vie externe à un cabinet de consultation usuel.

#### Satisfaction, engagement et recommandations envers la convention

Une échelle de satisfaction au travail a été administrée aux praticiens. Cette échelle est le *Job Satisfaction Scale* développée par Hills et al. (2012) en Australie pour étudier la satisfaction au travail auprès de professionnels du secteur médical. Cette échelle a une validité interne de 0.86 et se compose d'une mesure de la motivation intrinsèque (7 items), d'une mesure extrinsèque (8 items) et d'un item de mesure de satisfaction générale. Pour chacun des items, le professionnel doit mentionner son degré de satisfaction sur une échelle de Likert allant de 0 (extrêmement insatisfait) à 5 (extrêmement satisfait). L'échelle obtient une validité interne de 0.83 à partir de notre échantillon.

Les besoins et les recommandations des praticiens ont également été étudiés sous forme de questions ouvertes. Enfin, deux items issus de la Utrecht Engagement Scale (UWES-12) mesuraient l'engagement des professionnels envers la convention ainsi que leur intention de quitter la convention avec deux items mis en place par Boroff and Lewin's (1997) et utilisés dans l'étude de Soan et al. (2012). Ceux-ci étaient basés sur une échelle de Likert en 7 points allant de « Pas du tout d'accord » à « Tout à fait d'accord ».

#### Traitement des données quantitatives

Le logiciel SPSS® (version 28) a été utilisé afin de traiter l'ensemble des données quantitatives issues du questionnaire. La section résultat de cette étude présentera les analyses statistiques descriptives (moyennes, fréquences) et les analyses inférentielles (comparaisons de moyenne, khi carré) effectuées.

#### Méthode d'analyse des données qualitatives

Neuf questions ouvertes ont été posées dans le questionnaire adressé aux psychologues et orthopédagogues conventionnés :

- *Selon vous, comment définiriez-vous le concept de « soins psychologiques dans la première ligne » ?*
- *Selon vous, quelles sont les motivations à orienter un patient vers des soins psychologiques de première ligne ?*
- *Selon vous, quelles sont les motivations à orienter un patient vers des soins psychologiques spécialisés ?*
- *Veillez décrire une à trois pratiques/interventions que vous avez mises en place et/ou développées à la suite de votre/vos conventionnement(s)*
- *Selon vous, que recouvre la notion de « réseau » ?*
- *Selon vous, qu'est-ce qui favorise la mise en place d'une collaboration avec d'autres professionnels/services dans le secteur de la santé mentale ?*
- *Selon vous, qu'est-ce qui favorise la mise en place d'une collaboration avec d'autres professionnels/services dans le secteur des soins de santé ?*
- *Quels sont vos besoins dans le cadre de votre/vos conventionnement(s) ?*
- *Quelles sont vos recommandations (au niveau organisationnel, interprofessionnel ou personnel) pour les soins psychologiques dans la première ligne ?*

L'ensemble des réponses fournies par les répondants a été collecté au sein d'un tableau Excel et a fait l'objet d'une analyse de contenu. Ceci signifie que les données récoltées ont été catégorisées sous la forme de sous-thèmes puis de thèmes généraux émergents, en s'appuyant sur les verbatims des participants. Ces thèmes seront présentés dans une section résultats indépendante des données quantitatives, à la fois sous la forme de tableau et de schémas permettant ainsi de mettre en évidence notre démarche méthodologique.

### 3. ETUDE PAR FOCUS GROUPS SUR L'EXPÉRIENCE DES PSYCHOLOGUES/ORTHOPÉDAGOGUES CONVENTIONNÉ(E)S DANS UN RÉSEAU DE SANTÉ MENTALE ADULTE OU ENFANT/ADOLESCENT

#### Composition des focus groups

Quatre focus groups ont été réalisés avec des psychologues conventionnés dans différents réseaux du pays. À la fin de notre questionnaire décrit dans l'étude précédente, un encart permettait à ceux qui le souhaitaient de laisser leurs coordonnées en vue d'être contactés pour cette dernière étude par focus groups. L'ensemble des adresses emails suggérées sur base volontaire ont été recensées en formant quatre groupes distincts.

Un email a été envoyé aux psychologues/orthopédagogues sélectionnés aléatoirement dans la liste des emails repris pour chacun des groupes dans leur langue respective en leur demandant de confirmer ou d'infirmier leur présence lors de la séance fixée. Lorsque l'un de ceux-ci n'était pas disponible, un autre psychologue de la liste était contacté afin d'assurer un nombre suffisant de participants pour la réalisation du groupe de discussion.

Sur cette base, deux focus groups (un en français et un en néerlandais) ont été formés avec des psychologues/orthopédagogues conventionnés uniquement dans un ou plusieurs réseaux adultes et deux autres focus groups avec des professionnels conventionnés dans au moins un réseau enfant/adolescent. Ces groupes de discussion reprenaient ainsi à la fois des psychologues exerçant au sein des deux types de réseau de santé mentale ainsi que ceux étant uniquement conventionnés dans un ou plusieurs réseau(x) pour les enfants/adolescents.

Table 4.3. Nombre de participants selon la région et le type de conventionnement

	CONVENTIONNEMENT ADULTES	CONVENTIONNEMENT ENFTS/ADOS ET MIXTE
RÉGION WALLONIE-BRUXELLES (FR)	<b>GROUPE 1 :</b> <b>33 PERS CONTACTÉES</b> <b>9 PARTICIPANTS</b>	<b>GROUPE 2 :</b> <b>33 PERS CONTACTÉES</b> <b>5 PARTICIPANTS</b> <b>1 EXCUSÉ</b>
RÉGION FLAMANDE (NL)	<b>GROUPE 3 :</b> <b>20 PERS CONTACTÉES</b> <b>4 PARTICIPANTS</b> <b>2 EXCUSÉS</b>	<b>GROUPE 4 :</b> <b>17 PERS CONTACTÉES</b> <b>5 PARTICIPANTS</b>

#### Thématique des focus groups

Au cours de ces groupes de discussion avec les psychologues conventionnés, plusieurs thématiques ont été abordées. Une première question permettait aux professionnels de décrire leur pratique sur le terrain au sein de la convention et leur façon d'exercer dans les soins de première ligne à la fois en termes d'ancrage théorique et d'approche adoptée dans la prise en charge des patients. Le profil ainsi que les problématiques cliniques des patients rencontrés ont également fait l'objet d'échanges entre les intervenants.

Les praticiens avaient l'occasion de décrire leurs solutions envisagées pour aller à la rencontre des patients qui ne font pas la démarche de se rendre en consultation chez un psychologue ainsi que de décrire leur expérience relative aux nouvelles modalités de prise en charge proposées dans la convention telle que la pratique de l'outreaching et des séances en groupe. Les questions se sont principalement centrées sur la faisabilité de ces séances, leur indication ainsi que sur les objectifs potentiellement poursuivis avec les patients.

Les représentations des psychologues et orthopédagogues vis-à-vis du travail en réseau ont été interrogées. Ceux-ci ont également pu faire mention aux cours des échanges des partenaires privilégiés

avec lesquels ils ont l'occasion de travailler dans le cadre des soins de première ligne et de comment ces collaborations peuvent se mettre en œuvre et évoluer au fil du temps pour la prise en charge de leur patient.

Les praticiens ont ensuite pu aborder les forces et les faiblesses de la nouvelle convention, les opportunités que celle-ci procure sur le terrain ainsi que les menaces pouvant potentiellement venir mettre à mal la pérennisation future de ce projet. Enfin, les psychologues et orthopédagogues partageaient leurs attentes par rapport à cette fonction et ce qu'ils souhaiteraient communiquer à des confrères qui souhaiteraient se conventionner à l'avenir.

Ces différents thématiques avaient pour objectif de nous permettre de répondre aux quatre questions de recherche suivantes :

- 1) *À quoi correspondent les pratiques ainsi que les patients rencontrés dans le cadre des soins psychologiques de première ligne ?*
- 2) *Comment les nouvelles pratiques suggérées par la convention s'intègrent-elles aux consultations des professionnels conventionnés ?*
- 3) *Que recouvrent le travail en réseau et les collaborations interprofessionnelles des conventionnés dans la première ligne ?*
- 4) *Quels sont les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces que les psychologues et orthopédagogues associent à la convention ?*

#### **4. *Toepassing van evidence, practice en experienced based richtlijnen in de netwerken geestelijke gezondheidszorg***

Door middel van een casestudie in een netwerk voor geestelijke gezondheidszorg is de implementatie van de verschillende opdrachten en de toepassing van diens evidence, practice en experienced based richtlijnen inzake de hernieuwde conventie in kaart gebracht. Doel is, aan de hand van het implementatieproces in de desbetreffende netwerken, het uitwerken van scenario's van good practices op netwerkniveau en mogelijkheden die optimaal zijn in hoe de zorg wordt uitgevoerd (op microniveau), op niveau van de samenwerking tussen de psycholoog en de andere actoren (met specifieke aandacht voor een optimaal samenwerkingsverband met de huisarts - mesoniveau) en hoe een duurzaam beleidskader er zou kunnen uitzien (op macroniveau).

##### **Methode**

Een case study design maakt een diepgaandere en veelzijdige verkenning, in combinatie met de gegevens uit WP1 en WP2, mogelijk van de toepassing van de hernieuwde conventie in het reële kader van een netwerk geestelijke gezondheidszorg. Door middel van focusgroepen met de betrokken zorgprofessionals, monitoring van het behandeltraject van de patiënt en een uitvoerige SWOT-analyse met het betreffende netwerk, brengen we de implementatie van de hernieuwde conventie in kaart brengen. Op deze manier werden de *good practices* maar vooral ook de verbeterpunten geanalyseerd in nauwe samenwerking met zowel de zorgprofessionals als het netwerk zelf.

Daarnaast betrof deze case study design niet louter een observatief proces in het kader van de evaluatie van de hernieuwde conventie maar zorgde het bijgevolg ook voor een adaptief en interactief proces binnen het betrokken netwerk om mogelijk hiaten in de implementatie op te vangen en good practices te bestendigen.

De medewerking aan deze case study door het betreffende netwerk betrof bijgevolg niet alleen een investering in tijd en medewerking maar creëerde ook optimalisatie op zowel het niveau van de patiënt als op niveau van de zorgprofessional en het netwerk met betrekking tot o.a. samenwerkingsverbanden, optimalisatie behandeltrajecten, communicatie en uiteindelijk zowel een kwalitatieve hulpverlening als werkomgeving. WP4 werd niet uitgevoerd in elk van de 32 netwerken (vooral omwille van het tijdsbestek).

## Betrokken netwerken

De casestudie werd uitgevoerd in de volgende netwerkverbanden in België :

- GGZ Limburg (NOOLIM, RELING, LIGANT)
- RSM Namur (PSYNAM, KIRIKOU)

Op 10 maart 2023 en 24 mei 2023 werden focusgroepen gehouden met respectievelijk GGZ Limburg en RSM Namur. Aan beide focusgroepen namen zowel klinisch psychologen, lokale partners, ervaringsdeskundigen als ook netwerkcoördinatoren deel. De audio-opnames van deze focusgroepen werden getranscribeerd om vervolgens in analogie van de eerdere kwalitatieve studies geanalyseerd te worden aan de hand van de volgende thema's :

- Definiëring : psychologische zorg in de eerstelijns, prioritaire doelgroepen, outreaching, vindplaatsgericht werken
- Goede praktijken
- Ideaal zorgpad : definitie, ontwikkeling, implementatie en monitoring van toeleiding, behandeling en nazorg.

De resultaten uit deze focusgroepen werden gelegd naast de resultaten uit de focusgroepen met de netwerkcoördinatoren en met de klinisch psychologen/ -orthopedagogen. Daarnaast werd de data uit de patiëntenbevraging als ook uit de bevraging van de psychologen meegenomen in de rapportage inzake het implementatieproces van de conventie als ook de goede praktijken binnen de beide netwerken.

## DEEL III

### RESULTATEN

#### Het klinisch profiel van de patiënt

---

*HOOFDSTUK 5. Sociodemografische karakteristieken*

*HOOFDSTUK 6. Prevalentie psychische problemen en comorbiditeit*

*HOOFDSTUK 7. Kwaliteit van leven en lijdensdruk*

*HOOFDSTUK 8. Toeleiding en zorggebruik*

*HOOFDSTUK 9. Invloed van de psychologische behandeling in de eerste lijn op de kwaliteit van leven*

*HOOFDSTUK 10. Jongeren behandeld door psychologische zorg in de eerste lijn*



## HOOFDSTUK 5

### Sociodemografische karakteristieken van behandelde patiënten

---

De gemiddelde leeftijd van de studiepopulatie was 39.1 jaar (SD 13.0). In totaal was 70% van de patiënten van het vrouwelijk geslacht en werkten meer dan de helft van de patiënten in loondienst of als zelfstandige (Tabel 5.1). Ruim drie kwart van de patiënten leefde samen met een andere persoon, zij het partner, ouders of kind(eren). Meer dan de helft (57.5%) was hoger opgeleid.

Ruim een kwart van de volwassen patiënten (27.8%) behoort tot een maatschappelijke potentieel kwetsbare groep. Tot deze groep behoren alleenstaande ouders (10.5%), patiënten met een lage SES (9.8%), patiënten met ernstige fysieke problemen (5.5%), niet-Belgen (5.0%), werkzoekenden (3.5%), jonge ouders (0.6%) en patiënten van 75 jaar of ouder (0.4%) (Tabel 5.2, Appendix A). Er werden geen significante verschillen gevonden tussen de patiënten die gebruik maakten van eerstelijns- (ELP) of gespecialiseerde (GPZ) psychologische zorg.

**Tabel 5.1. Sociodemografische kenmerken**

Sociodemografische karakteristieken		Totaal		ELP		GPZ	
		N	% <sup>1</sup> (S.E.) <sup>2</sup>	N	% <sup>1</sup> (S.E.) <sup>2</sup>	N	% <sup>1</sup> (S.E.) <sup>2</sup>
<b>Totaal aantal patiënten: 1.887</b>				1,269	67.2 (0.013)	618	29.9 (0.013)
<b>Gemiddelde leeftijd: 39.1 (13.04)</b>							
<b>Geslacht</b>	Man	593	29.5 (.012)	343	28.3 (.015)	167	27.2 (.021)
	Vrouw	1,627	70.5 (.012)	917	71.7 (.015)	451	72.9 (.021)
<b>Professionele status</b>	Leerling of student	203	11.8 (.011)	98	11.0 (.014)	71	13.0 (.017)
	In loondienst	1,223	51.8 (.013)	699	52.5 (.017)	335	51.9 (.024)
	Zelfstandige	127	5.5 (.007)	76	6.0 (.009)	30	4.7 (.009)
	Niet werkend (tijdelijke onderbreking)	124	5.8 (.006)	72	5.5 (.008)	33	5.8 (.013)
	Niet werkend (werkzoekend)	78	4.2 (.005)	46	4.1 (.007)	21	3.9 (.010)
	Niet werkend ((brug)pensioen)	105	4.5 (.010)	62	4.4 (.007)	28	3.2 (.007)
	Niet werkend (arbeidsongeschikt)	363	16.3 (.001)	213	16.5 (.012)	99	17.4 (.020)
<b>Educatie</b>	Lager onderwijs	96	4.8 (.008)	57	5.5 (.010)	19	3.2 (.008)
	Secundair onderwijs	789	36.5 (.013)	444	36.7 (.017)	213	35.5 (.023)
	Hoger onderwijs (korte variant)	573	26.3 (.011)	332	25.9 (.014)	169	27.9 (.022)
	Hoger onderwijs (lange variant)	323	11.6 (.007)	170	11.5 (.010)	98	14.4 (.016)
	Universiteit	421	19.6 (.011)	250	19.3 (.013)	111	17.8 (.019)
	Doctoraat	27	1.1 (.002)	16	1.1 (.003)	8	1.1 (.005)
<b>Woonsituatie</b>	Thuis, alleen	484	22.0 (.013)	264	20.9 (.014)	153	25.0 (.021)
	Thuis, met partner	1.126	47.8 (.011)	659	48.9 (.017)	296	44.6 (.024)
	Thuis, met één of meer kinderen	642	28.3 (.012)	365	29.0 (.015)	178	30.6 (.023)
	Thuis, met vader en/of moeder	255	11.9 (.008)	133	11.4 (.012)	82	14.1 (.017)
<b>Burgerlijke staat</b>	Gehuwd	744	32.7 (.012)	438	33.2 (.015)	196	31.0 (.022)
	Feitelijk gescheiden	55	3.1 (.004)	38	3.4 (.006)	10	2.6 (.009)
	Wettelijk gescheiden	254	11.4 (.008)	141	10.7 (.010)	81	12.5 (.015)
	Weduwe(naar)	34	1.3 (.002)	20	1.4 (.004)	7	0.9 (.003)
	Nooit getrouwd	1.142	52.4 (.013)	632	51.4 (.017)	324	53.0 (.024)
<b>Nationaliteit</b>	Belg	2.111	94.2 (.008)	1.195	93.6 (.010)	595	96.5 (.008)
	Buurland (Frankrijk, Nederland, Duitsland, Luxemburg, Verenigd Koninkrijk)	80	4.3 (.007)	53	4.8 (.009)	12	2.0 (.006)
	(Ander) land uit Europese unie <sup>3</sup>	29	1.3 (.003)	15	1.4 (.005)	10	1.3 (.004)
	Land buiten de Europese unie	31	1.6 (.003)	19	1.5 (.004)	9	0.0 (.000)
<b>Regio</b>	Brussel	77	5.9 (.008)	47	5.2 (.009)	15	2.4 (.007)
	Vlaanderen	1.781	63.6 (.015)	977	65.4 (.018)	545	77.1 (.025)
	Wallonië	362	30.5 (.014)	239	29.5 (.017)	56	20.5 (.025)

<sup>1</sup>Percentages berekend op basis van de gewogen data.

<sup>2</sup>Standaardfout ten aanzien van de gewogen data; hoe lager de S.E., hoe correcter de puntschatting.

<sup>3</sup>Bulgarije, Cyprus, Denemarken, Estland, Finland, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Litouwen, Malta, Oostenrijk, Polen, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Zweden).

## **SAMENGEVAT**

- De conventie tot terugbetaling van psychologische zorg in de eerste lijn bereikt een diverse sociodemografische populatie, inclusief kwetsbare groepen;
- Geen sociodemografische verschillen werden gevonden tussen de patiënten behandeld met respectievelijk eerstelijns- of gespecialiseerde psychologische zorg.

## HOOFDSTUK 6

### Prevalentie van psychische problemen en comorbiditeit

---

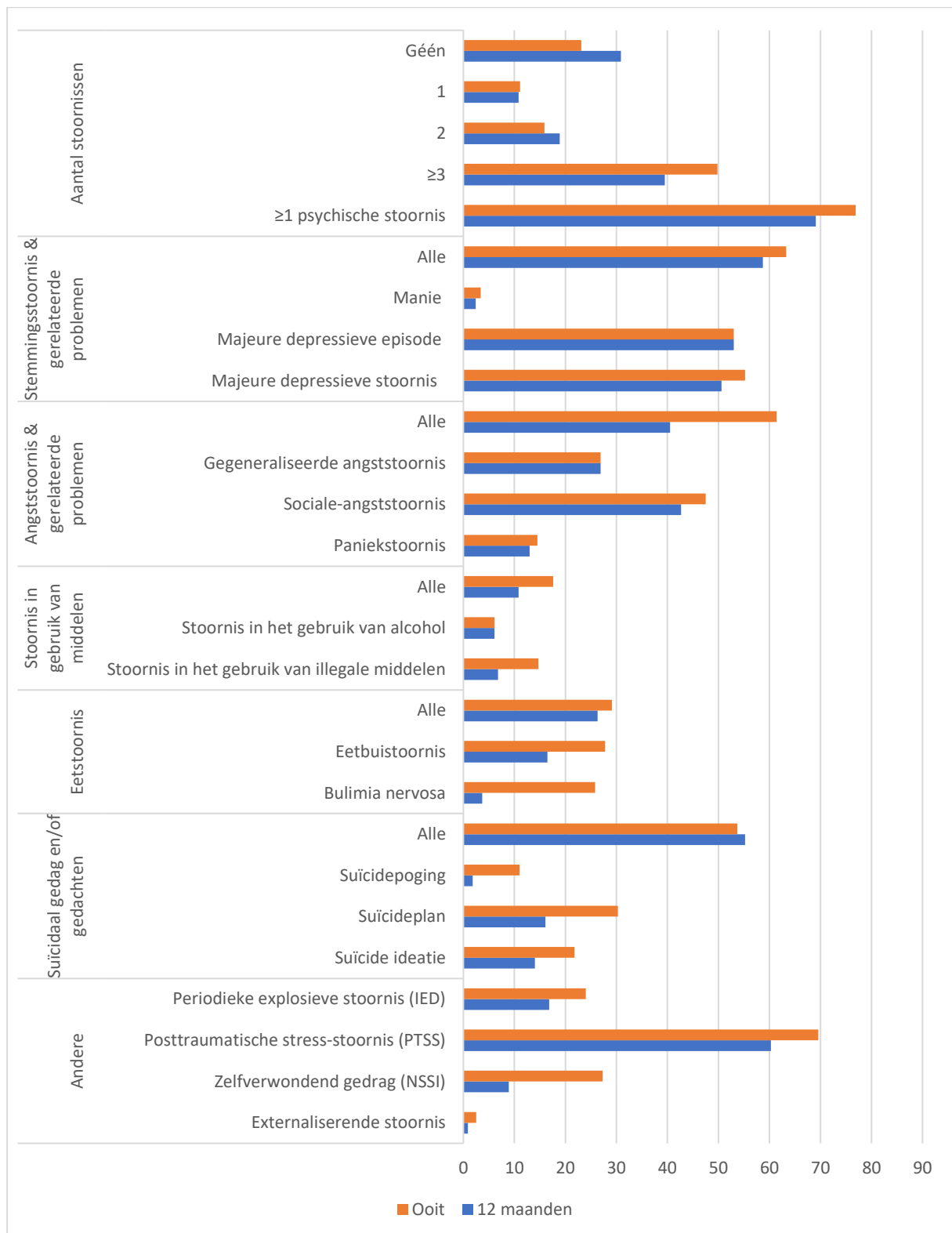
#### Inleiding

In België heeft ongeveer 15-20% van de algemene bevolking minstens één psychische stoornis op jaarbasis (Bonnewyn et al., 2008; Bruffaerts et al., 2014; Bruffaerts, 2021). Angststoornissen, gevolgd door stemmingsstoornissen en alcoholgerelateerde stoornissen het meest voorkomend. De laatste jaren komen ook externaliserende stoornissen meer op de voorgrond. Deze prevalenties zeggen echter niets over de ernst van de stoornissen en weten we dat meer dan twee derde niet als ernstig beschouwd mag worden (Demyttenaere et al., 2004). Geweten is ook dat ongeveer 18% van de volwassen populatie matige tot ernstige psychologische problemen ervaart (Bruffaerts et al., 2011). Hoewel de conventie tot terugbetaling van psychologische zorg in de eerste lijn voorschrijft dat de doelgroep bestaat uit personen met matig ernstige psychische problemen, die (nog) niet voldoen aan de diagnose psychische stoornis en nog niet of in zeer beperkte mate reeds behandeld werden, is het de vraag welke patiënten er daadwerkelijk worden behandeld binnen de conventie tot terugbetaling van psychologische zorg in de eerste lijn.

#### Prevalentie van psychische stoornissen van behandelde patiënten

Ongeveer 30% van de patiënten voldeed niet aan de criteria van een psychische stoornis en 70% van de behandelde patiënten voldeed aan de criteria van zowel een lifetime als een 12-maanden CIDI-SC DSM-5 psychische stoornis (figuur 6.1., tabel 6.1 (Appendix A)). Meer dan de helft voldeed aan de criteria van een stemmingsstoornis (63.1% ooit; 58.7% in het afgelopen jaar) en meer dan één derde een angststoornis (61.4% ooit; 40.5% in het afgelopen jaar). Een kwart screende positief voor mogelijke lifetime eetstoornissen, en 26.3% in het afgelopen jaar. Opvallend is dat 69.6% positief screende op ernstige PTSS gerelateerde problemen welke één maand of langer duurden gedurende hun leven, met 60.3% in het afgelopen jaar. Belangrijk is dat deze PTSS-gegevens gaat over personen die positief screenen en dus aangeven dat er specifieke uitlokkende gebeurtenissen zijn (geweest) die aanleiding zijn voor doorverwijzing. Zelfverwondend gedrag werd door 27.3% gerapporteerd ooit gedurende hun leven, waarbij door 8.9% in de afgelopen 12 maanden. Geen enkele patiënt binnen de studiepopulatie voldeed aan de CIDI-SC DSM-5 criteria voor hypomanie en bipolaire stoornis type II. Twee keer zoveel patiënten binnen de GPZ screenden positief op een paniekstoornis in vergelijking met patiënten die een ELP-behandeling kregen (OR:18.8, CI 95%: 1.13-2.89). Geen enkele patiënt binnen GPZ rapporteerde een externaliserende stoornis in vergelijking met 1.4% van de patiënten die een ELP-behandeling kregen (OR:0.67, CI 95%: 0.65-0.69).

**Figuur 6.1. Prevalentie van psychische stoornissen en problemen**



Percentages berekend op basis van de gewogen data. Prevalentie ooit gedurende het leven van de patiënt en in de 12 maanden voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling. Aantal stoornissen: inclusief manie, hypomanie, majeure depressieve episode, depressieve stoornis, gegeneraliseerde angststoornis, sociale-angststoornis, paniekstoornis, stoornis in het gebruik van alcohol, stoornis in het gebruik van illegale middelen, eetbuistoornis, bulimia nervosa, IED en PTSS.

Eén op de tien patiënten had in de 12 maanden voorafgaand aan de psychologische behandeling in de eerste lijn een stoornis in het gebruik van middelen (10.8%) en 17.6% ooit in zijn of haar leven (figuur 6.1., tabel 6.1 (Appendix A)). Meer specifiek had 6.1% een stoornis in het gebruik van alcohol en voldeed 6.8% aan een stoornis in het gebruik van illegale middelen zoals cannabis of cocaïne in het jaar voorafgaand aan de psychologische behandeling in de eerste lijn.

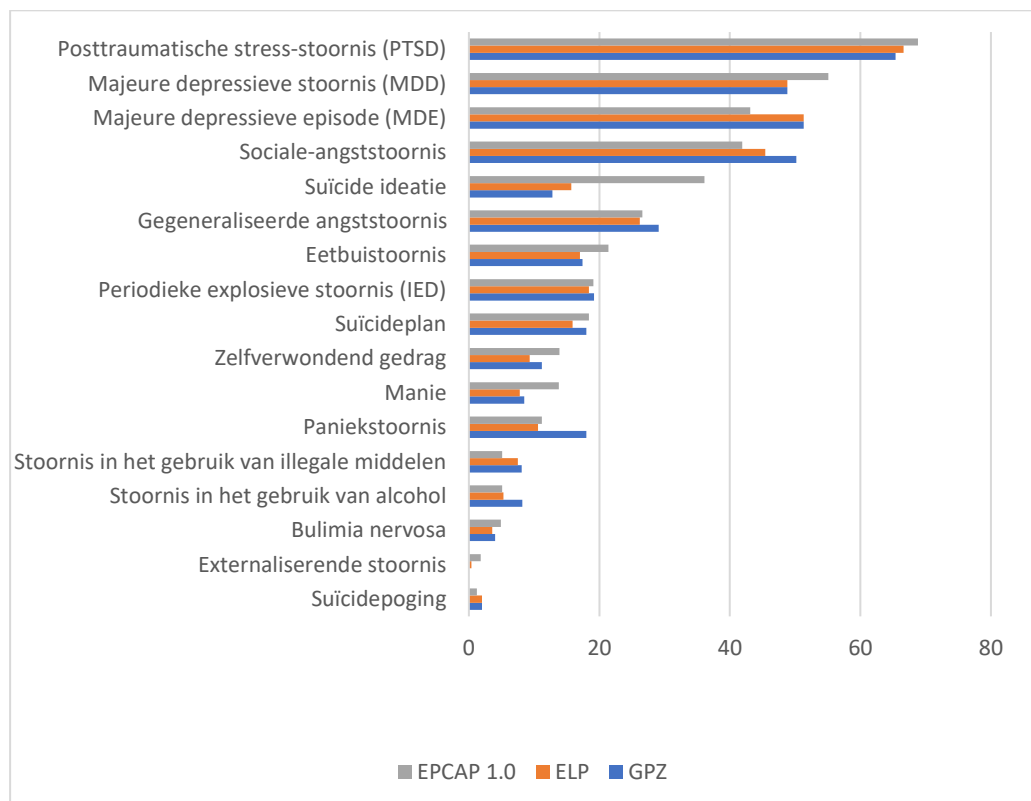
### Prevalentie van suïcidaliteit

De helft (53.7%) van de behandelde patiënten rapporteerde ooit in zijn of haar leven te maken te hebben gehad met suïcidale gedachten en/of gedrag. Meer specifiek heeft 11.0% van de behandelde patiënten ooit een suïcidepoging ondernomen en rapporteerde 30.3% ooit suïcidale plannen te hebben gehad (figuur 6.1, tabel 6.1 (Appendix A)). Suïcidale gedachten en/of gedrag werd gerapporteerd door minder dan een zesde van alle patiënten in de laatste 12 maanden, 1.8% deed een suïcidepoging in het afgelopen jaar.

### Prevalentie van psychische stoornissen en suïcidaliteit, per type behandeling

Patiënten die worden behandeld met respectievelijk eerstelijns- (ELP) of gespecialiseerde psychologische zorg (GPZ) verschillen niet significant in de prevalentie van stemmingsstoornissen of suïcidale gedachten en/of gedrag in de 12 maanden voorafgaand aan de behandeling. Enkel paniekstoornissen komen minder vaak voor in ELP dan in GPZ (respectievelijk 10.6% en 18%, OR=0.54 (95% C.I. 0.34-0.86)) (figuur 2.2., tabel 6.2 (Appendix A)). Een stoornis in het gebruik van alcohol- is minder vaak aanwezig bij patiënten behandeld binnen GPZ (5.3% versus 8.2% (OR=0.63, 95% C.I. 0.44-0.91)). Patiënten met externaliserende pathologie werden dan weer significant meer behandeld door ELP, maar het gaat hier over een klein percentage, i.c. 0.4% versus 0% (OR=0.66% C.I. 0.64-0.68)).

**Figuur 6.2. 12-maanden prevalentie van psychische stoornissen en gerelateerde problemen**

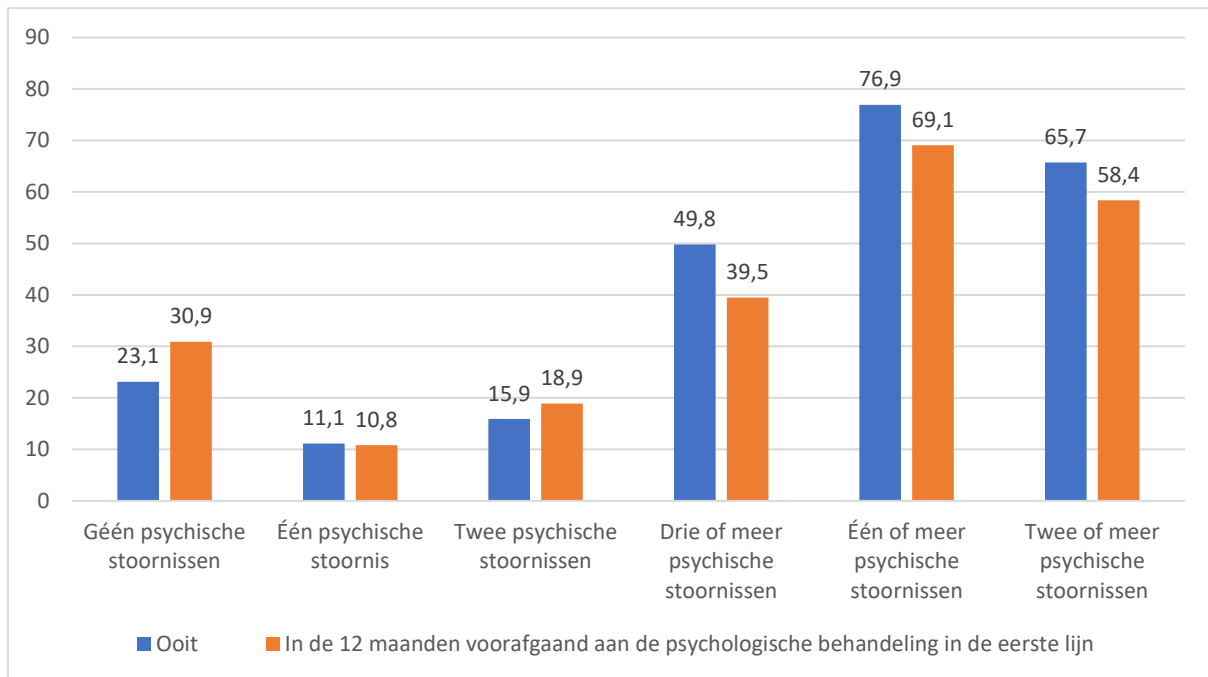


*Percentage patiënten die positief screenden op een psychische stoornis of psychisch probleem in de 12 maanden voorafgaand aan de start van de ELP- of GPZ- behandeling.*

### Prevalentie van comorbiditeit

Drie kwart van de patiënten voldeed ooit gedurende zijn of haar leven aan de criteria van één of meer psychische stoornissen; bijna 70% deed dit in de 12 maanden voorafgaand aan de eerstelijns- of gespecialiseerde psychologische behandeling (figuur 6.3, tabel 6.1 (Appendix A)). Comorbiditeit (i.c. voldoen aan de criteria van  $\geq 2$  psychische stoornissen) is het geval bij twee derde van de patiënten op lifetime basis en bij meer dan de helft in het laatste jaar. 30.9% had géén psychische stoornissen in dezelfde periode en bijna één kwart ooit gedurende zijn of haar leven. Geen significante verschillen werden gevonden tussen ELP- en GPZ-behandelde patiënten.

**Figuur 6.3. Prevalentie van psychische comorbiditeit**

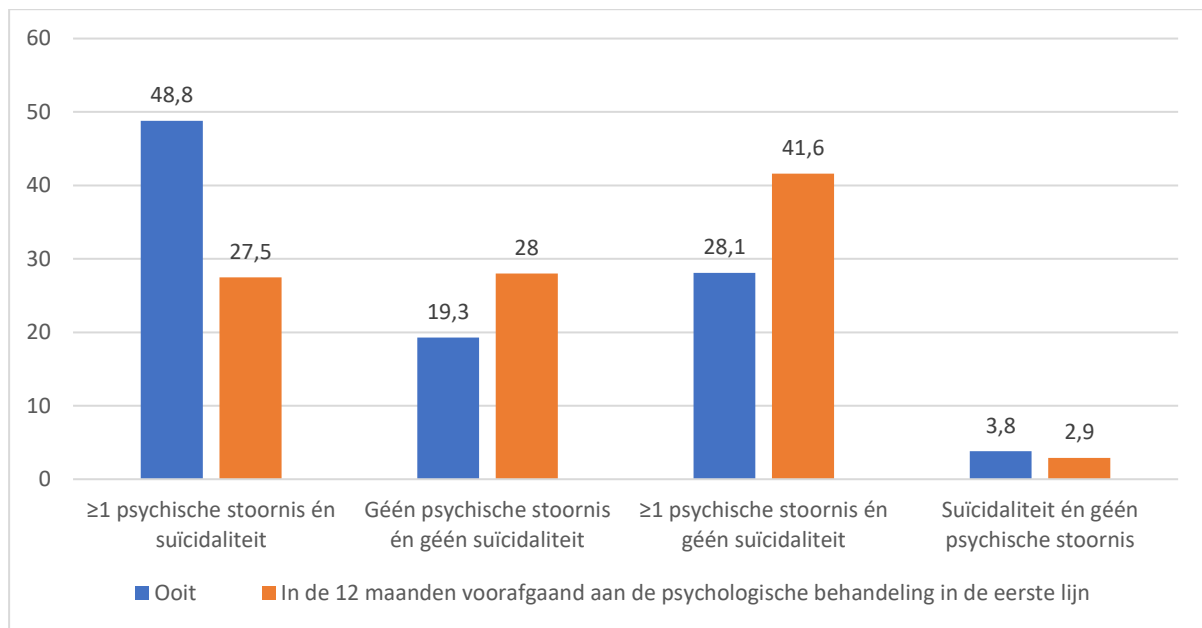


*Percentage patiënten (%) die positief screenden op géén, één of meerdere psychische stoornissen ooit in zijn/haar leven of in de 12 maanden voorafgaand aan de ELP- of GPZ behandeling.*

Bijna de helft van alle patiënten behandeld binnen de conventie eerstelijnspsychologische zorg had ooit gedurende zijn of haar leven minstens één psychische stoornis in combinatie met suïcidaal gedrag en/of gedachten (figuur 6.4). Voor meer dan een kwart van alle patiënten was dit ook in het jaar voorafgaand aan de psychologische behandeling het geval. Dezelfde proportie had in dezelfde periode voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling géén psychische stoornis én géén suïcidaal gedrag en/of gedachten. Eén vijfde van de patiënten had géén enkele psychische stoornis of suïcidaal gedrag en/of gedachten gedurende zijn of haar leven. Significante verschillen tussen ELP en GPZ werden niet gevonden.

Verschillende psychische stoornissen en gerelateerde stoornissen clusteren samen, wat het hoge percentage patiënten met twee of meer psychische stoornissen verklaart (tabel 6.3, Appendix A). Waar stemmings- en angststoornissen onderling sterk comorbide zijn, zijn stoornissen in het gebruik van middelen minder eenduidig gecorreleerd aan andere specifieke psychische stoornissen of gerelateerde problemen. Suïcidaliteit (specifiek suïcideplannen en -ideatie) is significant geassocieerd met stemmingsstoornissen en meer specifiek met een majeure depressieve episode in de 12 maanden voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling. Met betrekking tot de angststoornissen associeerde het hebben van suïcidale plannen sterker met een gegeneraliseerde angststoornis en sociale angststoornis in de 12 maanden voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling.

**Figuur 6.4. Comorbiditeit van psychische stoornissen en suïcidaal gedrag en/of gedachten**



*Percentage patiënten (%) die positief screenden op géén, één of meerdere psychische stoornissen en/of suïcidaal gedrag en/of gedachten ooit in zijn/haar leven of in de 12 maanden voorafgaand aan de ELP- of GPZ behandeling.*

#### **Aanvangsleeftijd psychische problemen en suïcidaliteit**

De mediane aanvangsleeftijd van de psychische stoornissen was 22 jaar (met een interkwartielafstand tussen 17 en 33 jaar) en verschilt niet tussen ELP en GPZ. De aanvangsleeftijd varieerde naargelang de psychische stoornis, waarbij alle ontstaan zijn gedurende de adolescentie of jongvolwassen leeftijd. Hierbij ontstond zelfverwondend gedrag op de mediane leeftijd van 17 jaar, externaliserende stoornis op de mediane leeftijd van 27 jaar en varieerden de mediane aanvangsleeftijden van de overige psychische stoornissen tussen de 18 en 26 jaar (tabel 6.1., Appendix A).

#### **Aanwezigheid psychische stoornissen en problemen voorafgaand aan de psychologische behandeling in de eerste lijn.**

Psychische problemen zijn reeds langere tijd aanwezig; met een mediane duur van 9.5 jaar (met een interkwartielafstand tussen de 2 en 16 jaar) voorafgaand aan de eerstelijns- of gespecialiseerde psychologische behandeling. Meer specifiek zijn de klachten voor een kwart van de patiënten minder dan 5 jaar aanwezig en voor 7.3% minder dan een jaar voorafgaand aan hun geconventioneerde psychologische behandeling.

Bij patiënten waarvoor de eerstelijns- of gespecialiseerde psychologische behandeling de *eerste professionele behandeling ooit* was in het kader van psychische problemen, zijn de psychische problemen significant minder lang aanwezig (mediaan 4 jaar) in vergelijking met patiënten die reeds eerder professionele behandeling kregen in verband met psychische problemen (mediane van 13 jaar). We vonden géén significante verschillen tussen patiënten die gebruik maakten van respectievelijk eerstelijns- of gespecialiseerde psychologische zorg, tussen patiënten die op een vindplaats werden behandeld versus diegene die in de praktijk van de klinisch psycholoog of -orthopedagoog behandeld werden of tussen de patiënten die individueel of in groep behandeld werden.



## **SAMENGEVAT**

- 70% van de behandelde patiënten bestaat uit een populatie met reeds langer bestaande psychische problemen (mediaan= 10 jaar), en zijn voor slechts 7.3% van de patiënten de psychische problemen in het jaar voorafgaand aan de behandeling ontstaan;
- Waar ruim 1/4<sup>e</sup> geen psychische stoornis rapporteert in de 12 maanden voorafgaand aan de ELP/GPZ-behandeling, beschrijft de helft van de patiënten twee of meer psychische stoornissen;
- De helft van de patiënten rapporteert ooit suïcidaal gedrag en/of gedachten in zijn of haar leven, 1/3<sup>e</sup> in de afgelopen 12 maanden.

## HOOFDSTUK 7

### Kwaliteit van leven en lijdensdruk

---

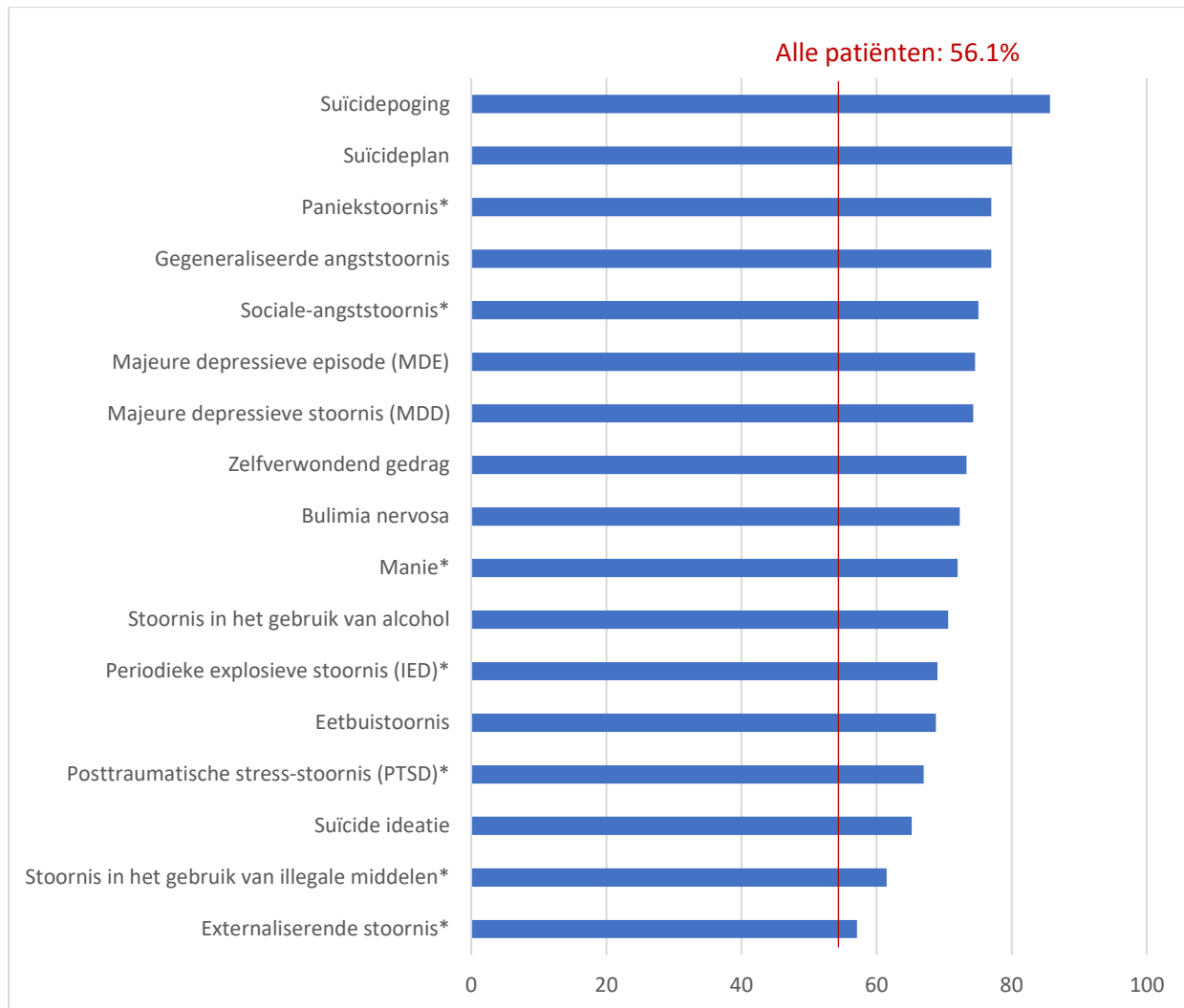
#### **Impact psychische problemen op het dagelijks functioneren**

Meer dan de helft van alle patiënten (56.1%) ervaart bij de start van de ELP- of GPZ-behandeling een ernstige tot zeer ernstige impact op het dagelijks functioneren, zowel op het werk/school als in het privé en/of sociaal leven, door de aanwezige psychische problemen (figuur 7.1). Slechts 2% van de patiënten ervaarde géén, 11.6% een milde impact en 30.3% een gemiddelde impact van psychische problemen op het dagelijks leven. Er werd geen verschil gevonden tussen patiënten die respectievelijk gebruik maakten ELP of GPZ. Wel ervaarden de beperkte groep patiënten die gebruik maakten van groepsinterventie (n=27) een significant lagere impact op het dagelijks functioneren dan patiënten die individueel behandeld werden (OR : 0.2,  $p < .001$ ). We vonden geen verschil tussen de patiënten die op een vindplaats behandeld werden versus de patiënten die in de eigen praktijk van de klinisch psycholoog/ -orthopedagoog behandeld werden.

Patiënten met ernstige fysieke problemen rapporteerden vaker een ernstige tot zeer ernstige impact van emotionele problemen op het dagelijks functioneren (OR : 4.0,  $p < .001$ ) (tabel 7.1, Appendix A). Dit is ook het geval bij patiënten met een lage socio-economische status (OR : 4.4,  $p < .001$ ). De overige kwetsbare groepen rapporteren geen significante verschillen met betrekking tot de impact van emotionele problemen op het dagelijks functioneren in vergelijking met patiënten die niet tot deze groepen behoren.

Het dagelijkse functioneren van patiënten is meer geïmpacteerd naarmate patiënten meer psychische stoornissen rapporteren; 30.0% van de patiënten zonder psychische stoornis beschrijft een ernstige tot zeer ernstige impact op het dagelijks functioneren tegenover 77.3% van de patiënten die op 3 of meer psychische stoornissen positief screenen (tabel 7.2, Appendix A). Bijkomend rapporteert een groter percentage patiënten met minstens één psychische stoornis in combinatie met suïcidale gedachten en/of gedrag een grotere impact dan wanneer er naast de psychische problemen geen suïcidaliteit aanwezig is. De impact op het dagelijks functioneren varieert naargelang het type psychische stoornis (tabel 7.3, Appendix).

**Figuur 7.1. Impact van psychische stoornissen en gerelateerde problemen op het dagelijks leven (werk/ school, privé en/of sociaal leven)**



*Percentage patiënten die een ernstige of zeer ernstige impact op het dagelijks leven beschrijven door psychische problemen in de afgelopen 12 maanden. \*Bij beperkte groep patiënten bevraagd omwille van verkorting vragenlijst in december 2022 (n=688).*

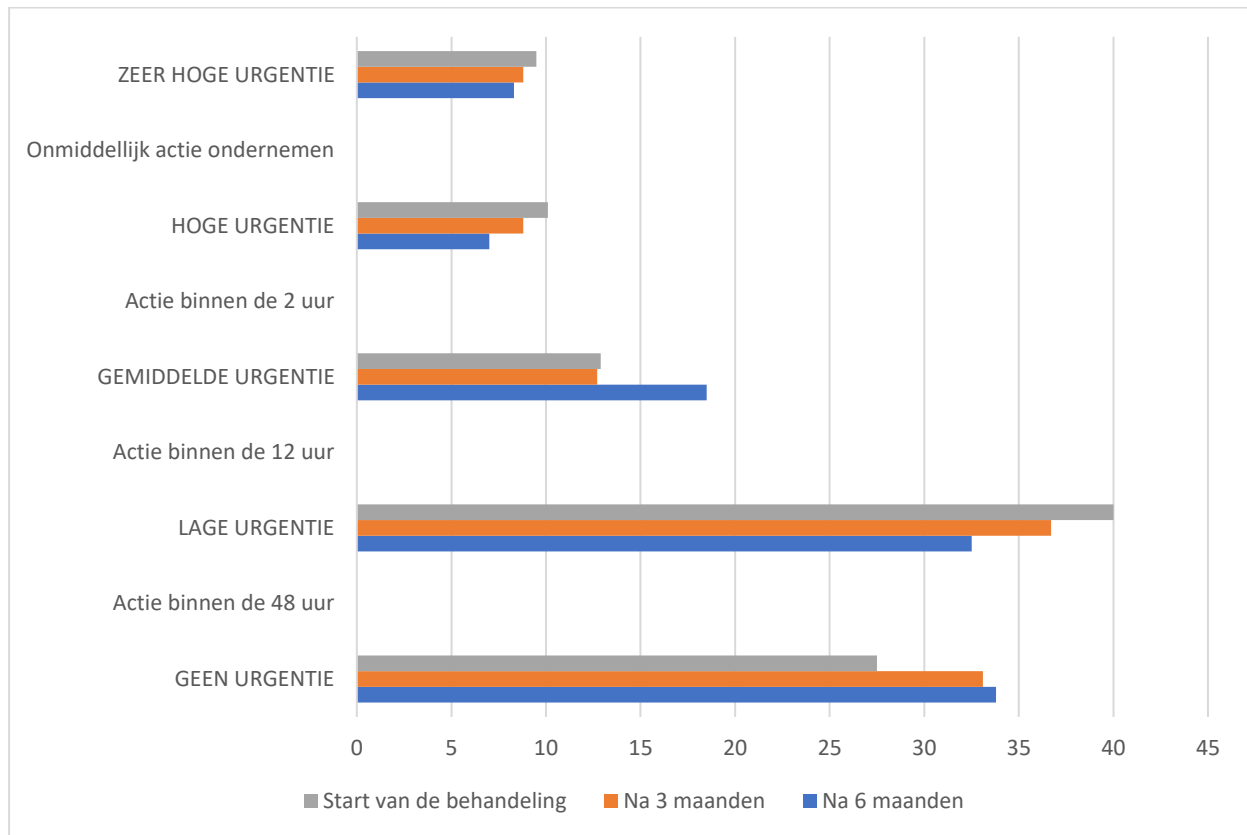
### **Veerkracht**

Veerkracht geeft een indicatie van de draagkracht van de patiënt, het vermogen om met stressoren en andere negatieve levensgebeurtenissen om te gaan, en is bijgevolg een protectieve factor in de ontwikkeling van psychische problemen (Bonanno, 2004). Bijgevolg is het versterken van veerkracht dan ook een belangrijke focus van psychologische zorg in de eerste lijn. Bij de start van de psychologische behandeling in de eerstelijns is de gemiddelde veerkracht 4.2 op een schaal met maximum score 8 (SD=1.93).

### Mate van crisis

Wanneer specifiek wordt gekeken naar de mate van crisis en de urgentie om actie te ondernemen aan de hand van de mate van suicidaliteits(gevaar), motivatie voor behandeling en aanwezigheid sociaal steunsysteem (CTRS, Bengelsdorf et al., 1984), zien we dat 8.3% van de patiënt beantwoordt aan de hoogste vorm van urgentie waarbij aanbevolen wordt om de patiënt onmiddellijk op te volgen (figuur 7.2). Hierbij kan geen significant onderscheid gemaakt worden tussen ELP en GPZ. Bijkomend zien we dat 25.5% van de patiënten voldoet aan de criteria van een gemiddelde tot hoge urgentie, 32.5% voldoet aan een lage urgentie en 33.8% rapporteert geen reden tot urgentie. We zien hierbij geen significante verschillen tussen de patiënten die behandeld werden door een eerstelijns- of gespecialiseerde psycholoog. Na drie en zes maanden blijft dit percentage relatief constant met geen significante verschillen (respectievelijk 66.9% en 72.5%).

**Figuur 7.2. De mate van crisis en de urgentie om actie te ondernemen bij aanvang van de psychologische behandeling in de eerste lijn en na 3 en 6 maanden**



*Percentage patiënten (%) per mate van crisis en verwante urgentie per meetmoment.*

## Dagelijks functioneren van behandelde patiënten

### *Algemene schattingen van dagelijks functioneren*

Dagelijks functioneren van worden geoperationaliseerd aan de hand van de Work Loss Days-index (WLD) van de WHODAS-2 (Von Korff et al., 2008). Deze index is een geaggregeerde maat die een inschatting maakt van het aantal dagen per maand waarop een respondent níet in staat is de dagelijkse taken en functies op te nemen, of minder kwaliteit heeft in het opnemen van deze taken en functies, of een daling in de kwantiteit van taken en functies kan opnemen, of méér moeite moet doen om de taken en functies te volbrengen. Patiënten rapporteren 8 dagen per maand waarop men níet kan functioneren (bijvoorbeeld thuis, werk, school) en 12 dagen per maand waarop aan een lagere kwaliteit of lagere kwantiteit wordt gefunctioneerd, of er meer moeite moet worden gedaan (tabel 7.4, Appendix A). Met betrekking tot het níet kunnen functioneren is er geen verschil tussen ELP en GPZ ( $t(707): 1.0, p:0.34$ ) (tabel 7.5, Appendix A).

Patiënten die gebruik maken van **individuele (vs. groepsessies)** rapporteren significant meer dagen waarop men niet kan functioneren (8 dagen) in vergelijking met patiënten die gebruik maken van groepsinterventies, die 2 dagen rapporteren ( $t(16): 3.0, p<.05$ ) (tabel 7.5, Appendix A). De patiënten die individueel behandeld worden rapporteren ook significant meer dagen waarop minder kan worden gefunctioneerd in vergelijking de patiënten uit de groepsinterventies, 12 versus 5 dagen ( $t(18): 7.8, p<.001$ ).

Met betrekking tot de **sociodemografische karakteristieken**, rapporteren 50 tot 64-jarigen significant meer dagen waarop niet kan worden gefunctioneerd ten opzichte van jongere patiënten (11 versus 7 à 8 dagen,  $t(323): 4.4, p<.001$ ) (tabel 7.4, Appendix A). Geen significante verschillen werden gevonden tussen mannelijke en vrouwelijke patiënten.

Tijdelijke tot langdurige arbeidsongeschikte patiënten rapporteren significant meer dagen waarop niet kan worden gefunctioneerd dan de **werkende of studerende patiënten** (18 versus respectievelijk 5 dagen). We kunnen stellen dat er een verschil is van ~13 dagen per maand tussen werkende en niet-werkende patiënten ( $t(298): 16.2, p<0.001$ ). Wanneer gekeken wordt naar het aantal dagen per maand dat een werkende patiënt minder kwalitatief werk levert (9 dagen per maand), is dit significant lager vergelijking met de niet-werkende patiënten (18 dagen) ( $t(303): 9.9, p<.01$ ).

Met betrekking tot de **kwetsbare groepen** zien we significant meer dagen waarop niet kan worden gefunctioneerd bij patiënten met ernstige fysieke beperkingen en met een lage SES, respectievelijk 19 en 18 dagen per maand ( $t(78): 8.0$  en  $t(117): 10.2, p<.001$ ) (tabel 7.4, Appendix A). Het aantal dagen waarop met minder goed kan functioneren ligt in dezelfde lijn, met voor niet-werkenden patiënten of patiënten met ernstige fysieke problemen en/of een lage SES respectievelijk 18, 20 en 18 dagen per maand ( $t(303): 9.9, 13.7, t(79): 5.2, t(114): 6.3, alle p<.001$ ).

Wanneer het aantal dagen niet in staat en het aantal dagen minder in staat om normaal te functioneren gecombineerd wordt tot de geaggregeerde maat van de **'Work Lost Days' index** (die het percentage dagen per maand geeft waarop een patiënt niet of minder in staat is om te werken, naar school te gaan of deel te nemen aan het dagelijks leven) zien we gelijkaardige tendensen zoals eerder beschreven (tabel 7.4, Appendix A). Zo rapporteren niet-werkende patiënten een significant hoger percentage dagen waarom men niet in staat is om te werken of om deel te nemen aan het dagelijks leven dan werkenden en studenten (mediaan 100% versus 40% à 50%,  $Z: 20.9, p<.001$ ). Bijkomend rapporteren de patiënten die door middel van een groepsinterventie behandeld worden een significant lager percentage dagen per maand waarin zij niet of minder in staat zijn te werken, naar school te gaan of deel te nemen aan het dagelijks leven in vergelijking met patiënten die gebruik maken van individuele sessies (28% versus 56.9%,  $Z: -2.4, p<.05$ ).

## **SAMENGEVAT**

- De helft van de patiënten beschrijft een ernstige tot zeer ernstige impact van psychische problemen op het dagelijks functioneren bij de start van de ELP of GPZ-behandeling, waarbij er geen verschil is tussen type conventie of locatie van behandeling. Wel rapporteren patiënten die gebruik maken van groepsinterventies een significant lagere impact van de psychische problemen op het dagelijkse leven;
- Kwetsbare patiënten (i.c. ernstige fysieke problemen of een lagere SES) rapporteren een hogere impact van psychische problemen. Ook een hogere comorbiditeit, al dan niet in combinatie met suïcidaal gedrag en/of gedachten heeft een negatieve invloed op de impact op het dagelijks functioneren van psychische problemen;
- Patiënten beschrijven respectievelijk 8 à 7 dagen per maand waarop men helemaal niét kan functioneren omwille van psychische redenen bij aanvang van de ELP- of GPZ-behandeling. Patiënten die in groep behandeld worden hebben 2 dagen per maand waarop ze niét functioneren ten opzichte van patiënten die individueel behandeld worden (8 dagen);
- Eén op tien patiënten is bij de start van de ELP- of GPZ-behandeling in acute crisis waarbij directe opschaling van zorg aangewezen is;
- Absenteïsme wordt bij de werkende/schoolgaande patiënten geschat op 5 dagen per maand, presenteïsme op 10 dagen per maand.

## HOOFDSTUK 8

### Toeleiding en behandeling

---

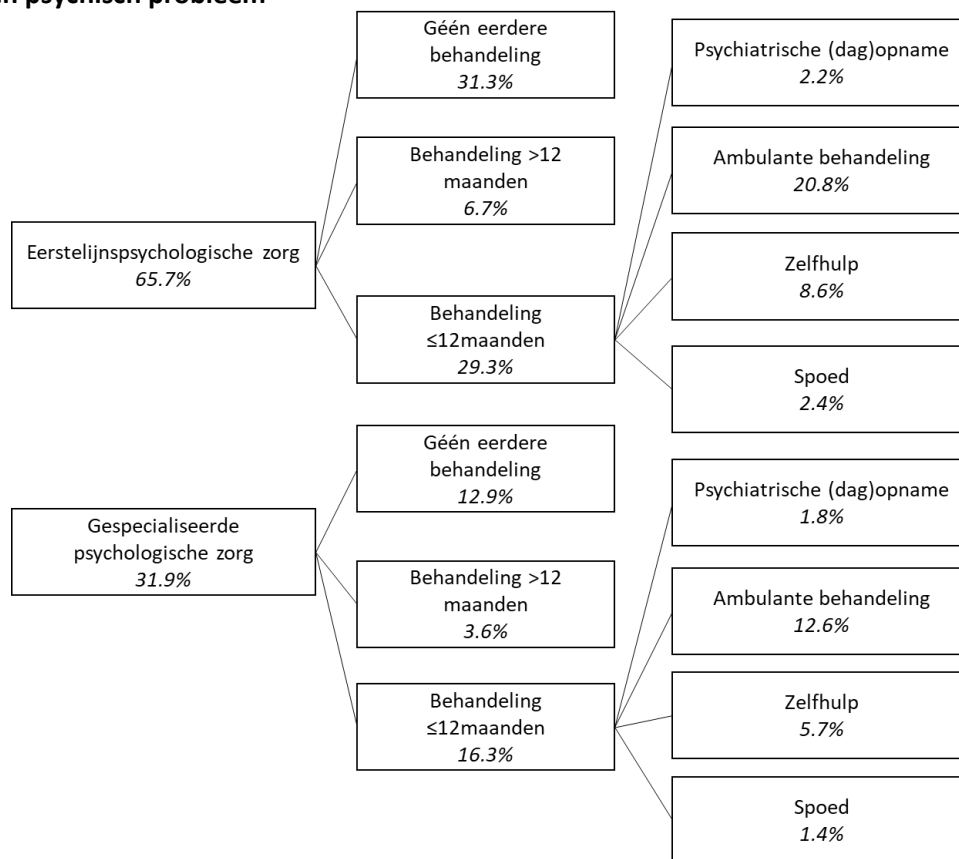
Toevoeging van zowel eerstelijns- als gespecialiseerde psychologische zorg aan de terugbetaalde ambulante ggz is bedoeld om de behandelkloof en de lange uitsteltijd tot het zoeken van behandeling te verminderen en probeert een sterke impuls te geven aan betere zorg voor de individuele patiënt met matig ernstige psychische problemen. Meer specifiek werd de conventie ontwikkeld om patiënten te behandelen in een vroeg stadium van hun psychische problemen, welke nog niet of reeds zeer beperkt behandeld werden. De vraag is dan ook of de klinisch psychologen en -orthopedagogen binnen de conventie een nieuwe patiëntengroep bereikt welke nog niet reeds gekend zijn binnen de huidige ggz en welke een kortere uitsteltijd beschrijven dan het gekende gemiddelde in België, namelijk 10-15 jaar.

#### **Zorgtraject voorafgaand aan de psychologische behandeling in de eerste lijn**

Voor 44.2% van de patiënten was de eerstelijns- of gespecialiseerde psychologische behandeling *de eerste behandeling ooit binnen de geestelijke gezondheidszorg* (figuur 8.1). Van de patiënten die voor de huidige ELP- of GPZ-behandeling reeds behandeling kregen voor een psychisch probleem (55.8%), was dit voor het minder dan één vijfde langer dan 12 maanden geleden (18.6%). Voor hen die in de 12 maanden voorafgaand aan de ELP- of GPZ- behandeling reeds professionele hulp kregen, was dit meestal van ambulante aard (i.c. 33.4%), maar rapporteerde toch 4.0% van de patiënten ook een opname in het verleden. Ruim de helft (50.3%) kreeg ooit medicatie voorgeschreven in het kader van een psychisch probleem en voor 28.8% van hen was dit in het afgelopen jaar ook het geval.

Wanneer we specifiek kijken naar het voorafgaand zorggebruik per psychische stoornis, zien we dat het percentage patiënten dat reeds professionele hulp kreeg voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling varieert tussen de 42.9% en 70.9%. Afhankelijk van het type psychische stoornis of gerelateerd probleem kreeg om en bij de helft (56.2%) professionele zorg in de 12 maanden voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling. Eén derde (33.9%) van de patiënten stond voorafgaand aan de psychologische behandeling in de eerste lijn op gemiddeld één wachtlijst ingeschreven, zonder significante verschillen tussen type psychologische behandeling.

**Figuur 8.1. Zorgtraject in de 12 maanden voorafgaand aan de ELP- of GPZ- behandeling in het kader van een psychisch probleem**



% ten opzichte van totale patiëntenpopulatie binnen de conventie tot terugbetaling van psychologische zorg in de eerste lijn.

Een overgrote meerderheid van alle patiënten (i.c. 84.8%) beschrijft een nood aan professionele ondersteuning in de 12 maanden voorafgaand aan de psychologische behandeling, zonder onderscheid tussen ELP of GPZ. De voornaamste redenen voor doorverwijzing naar ELP waren omgaan met emotionele problemen (84.8%), stress (74.6%), recente stressvolle gebeurtenissen (59.1%) en aanvaarding van het verleden (51.5%). Daarnaast hoopte men hulp te krijgen in het maken van belangrijke beslissingen (39.3%), wilde men controle over gedragsproblemen (27.1%) of zocht men hulp in de omgang met fysieke klachten (22.0%). Enkel met betrekking tot het aanvaarden van het verleden (49.7% versus 56% voor respectievelijk ELP en GPZ) en omgang met fysieke klachten (20.6% versus 25.2% voor respectievelijk ELP en GPZ) was er een significant verschil tussen de twee type psychologische behandeling binnen de conventie tot terugbetaling van psychologische zorg in de eerste lijn.

#### **Uitsteltijd tot behandeling en redenen tot uitstel**

Gemiddeld rapporteren patiënten een uitsteltijd van behandeling van 8.2 jaar (i.c. het aantal jaar tussen de eerste keer dat zij psychische problemen ervaren en het moment dat zij in professionele behandeling gaan – los van een ELP- of GPZ-behandeling). Omwille van de scheve verdeling van uitsteltijden (tabel 8.1, Appendix A) verkiezen we om mediane waarden te presenteren in plaats van gemiddelde waarden. De *mediane uitsteltijd ligt op 4.0 jaar* waarbij er geen significant verschil is tussen de patiënten die gebruik maken van de eerstelijns- respectievelijk gespecialiseerde psychologische zorg. Wel zien we een significant verschil tussen patiënten die reeds professionele behandeling kregen in het kader van emotionele problemen voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling en patiënten waarvoor de ELP- of GPZ-behandeling de eerste professionele behandeling ooit was: patiënten die reeds een professionele behandeling kregen rapporteren een mediane uitsteltijd van 3 jaar en zij die

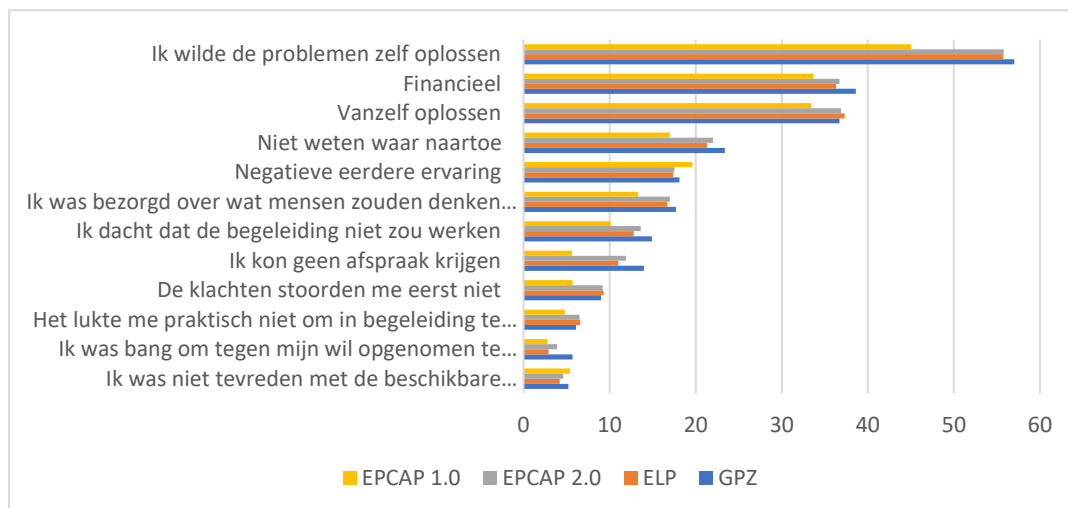


nooit eerder professionele behandeling kregen voor emotionele problemen voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling 4 jaar ( $t: 10.20, p < .001$ ).

Redenen die aan de grondslag liggen om de ELP- of GPZ-behandeling uit te stellen zijn vaak van attitude-gerichte aard: 57.4% van de patiënten wilde eerst zelf het probleem oplossen en 36.9% dacht dat de klachten vanzelf wel over zouden gaan (figuur 8.2). Daarnaast speelde de kosten (38.2%) en het niet weten waarnaartoe te gaan voor professionele hulp (23.6%) een rol in het uitstelgedrag van de patiënten. Ten slotte had een aanzienlijk deel van de patiënten minder goede ervaringen in het verleden met betrekking tot professionele hulp (17.9%). Stigma, met name de bezorgdheid over wat anderen zouden denken, is maar voor iets meer dan één op tien patiënten (i.c. 17.6%) een om de ELP- of GPZ-behandeling uit te stellen. Er waren geen significante verschillen ten opzichte van de eerste conventie (EPCAP 1.0) of tussen patiënten die gebruik maakten van de ELP- of GPZ-behandeling.

We zien significante verschillen tussen patiënten waarvoor de ELP- of GPZ-behandeling de eerste professionele behandeling was en patiënten die reeds gebruik maakte van professionele hulpverlening. Patiënten waarvoor de ELP- of GPZ-behandeling de eerste professionele behandeling in het kader van psychische problemen ooit wilden de problemen in vergelijking met de patiënten die reeds professionele behandeling kregen vaker zelf oplossen (OR: 1.3,  $p < .001$ ), dachten vaker dat de problemen vanzelf wel zouden oplossen (OR: 1.3,  $p < .001$ ), wisten vaker niet waar naartoe te gaan (OR: 1.3,  $p < .001$ ), ervaarden meer stigma (OR: 1.3,  $p < .05$ ) en gaven ten slotte vaker aan dat de klachten hen in eerste instantie niet stoorden (OR: 1.4,  $p < .001$ ). Patiënten die reeds eerder professionele behandeling kregen voor een psychisch probleem stelden de behandeling dan weer uit omwille van negatieve ervaringen binnen de professionele hulpverlening in het verleden (OR: 3.8,  $p < .001$ ), ontevredenheid over het aanbod (OR: 3.2,  $p < .001$ ), de kostprijs van de behandeling (OR: 1.7,  $p < .001$ ) als ook omwille van praktische redenen praktische redenen (OR: 1.7,  $p < .05$ ). Kortom, waar patiënten die reeds eerder professionele behandeling kregen omwille van psychische problemen de behandeling uitstellen omwille van praktische of financiële redenen, stellen patiënten die nog niet eerder in behandeling zijn geweest deze behandeling vooral uit omwille van cognitieve redenen.

**Figuur 8.2. Redenen om de ELP-behandeling uit te stellen**



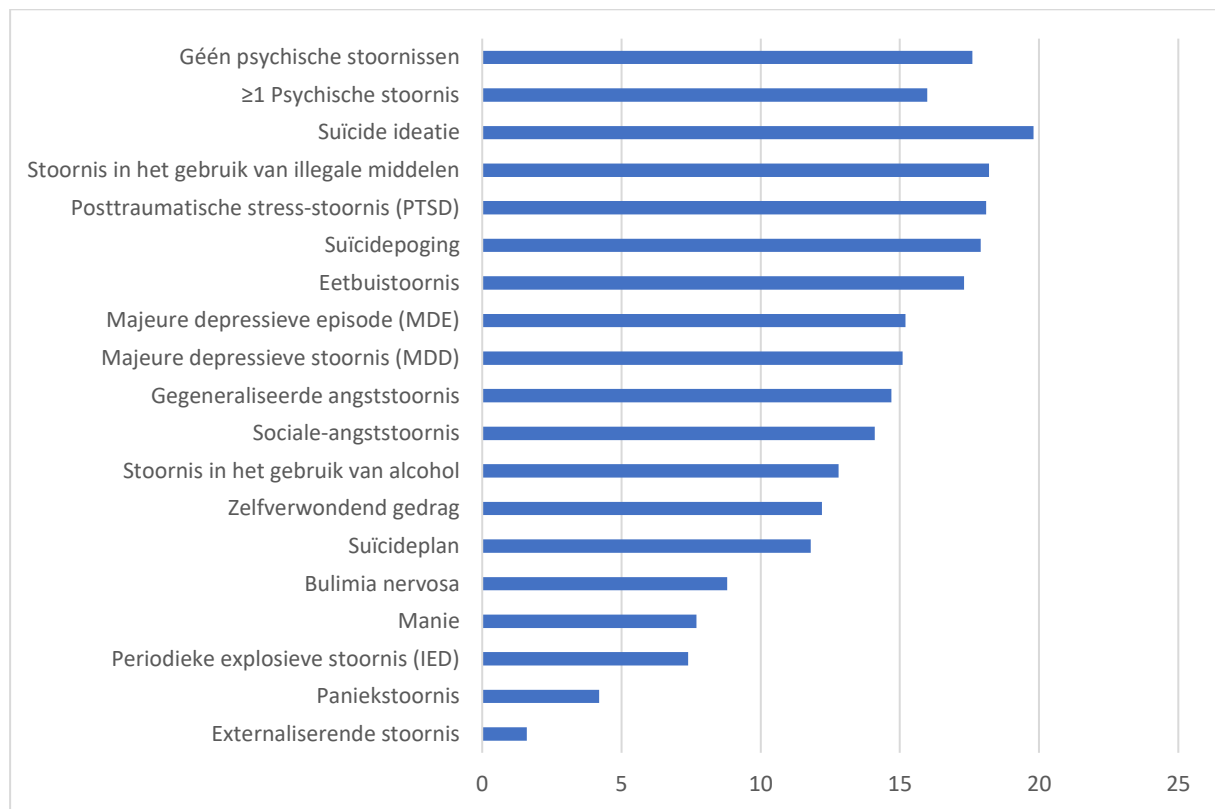
*Percentage patiënten (%) per reden om een ELP-behandeling uit te stellen.*

### Vindplaatsgericht werken

Eén zesde van alle patiënten (i.c. 16.9%) wordt behandeld op een *vindplaats* of *bij de patiënt thuis*, zonder significante verschillen tussen ELP en GPZ. Dit betekent dat 83.1% van alle patiënten in de praktijk van de klinisch psycholoog of -orthopedagoog behandeld wordt. Patiënten binnen de ELP worden meer behandeld op een vindplaats dan patiënten binnen de GPZ (19.7% versus 10.2%, OR : 2.1 (CI 95% : 1.4-3.3). Ook patiënten die nog nooit eerder professionele behandeling kregen worden meer bereikt via een vindplaats in vergelijking met zij die reeds professionele behandeling kregen ooit of in de afgelopen 12 maanden (20.6% versus 13.7%, OR : 1.5 (CI 95% : 1.1-2.0).

Een kwart van de kwetsbare patiënten worden via vindplaatsen bereikt (23.3%, OR :1.4 (CI 95% : 1.0-2.5), waarbij met name de patiënten met een lage SES op een vindplaats behandeld worden (24.5%, OR :1.5 (CI 95% :1.0-2.7). Tussen de prevalenties van psychische stoornis of gerelateerde problemen zien we verschillen met betrekking tot vindplaatsgericht werken, maar worden enkel patiënten met een paniekstoornis of suïcideplannen minder op een vindplaats behandeld (respectievelijk OR : 0.8 (CI 95% : 0.7-0.9) en OR : 0.5 (CI 95% : 0.3-0.9) (figuur 8.3).

**Figuur 8.3. Percentage patiënten per psychische stoornis of gerelateerd problematiek dat behandeld wordt op een vindplaats**



*Percentage patiënten (%) dat op een vindplaats (locatie buiten de eigen praktijk van de klinisch psycholoog of -orthopedagoog).*

### Patiënttevredenheid

Het overgrote deel van de patiënten is tevreden tot zeer tevreden over de behandeling door de eerstelijnspsycholoog/ -orthopedagoog en dit zowel vlak na de start van de behandeling als na 3 maanden. Dezelfde uitkomsten zien we bij de andere door de patiënt gerapporteerde ervaringen met betrekking tot de ELP- of GPZ-behandeling (PREMs); 1) ze werden met hoffelijkheid en respect behandeld, 2) er werd voldoende tijd met de patiënt doorgebracht, 3) de uitleg door de ELP-er was goed te begrijpen en 4) de patiënten voelden zich betrokken bij de gemaakte keuzes tijdens de behandeling. Ten slotte stijgt het percentage patiënten dat de ELP- of GPZ- behandeling als helpend

ervaren heeft na 3 maanden. Er werden geen significante verschillen gevonden tussen de type psychologische behandeling in de eerste lijn.

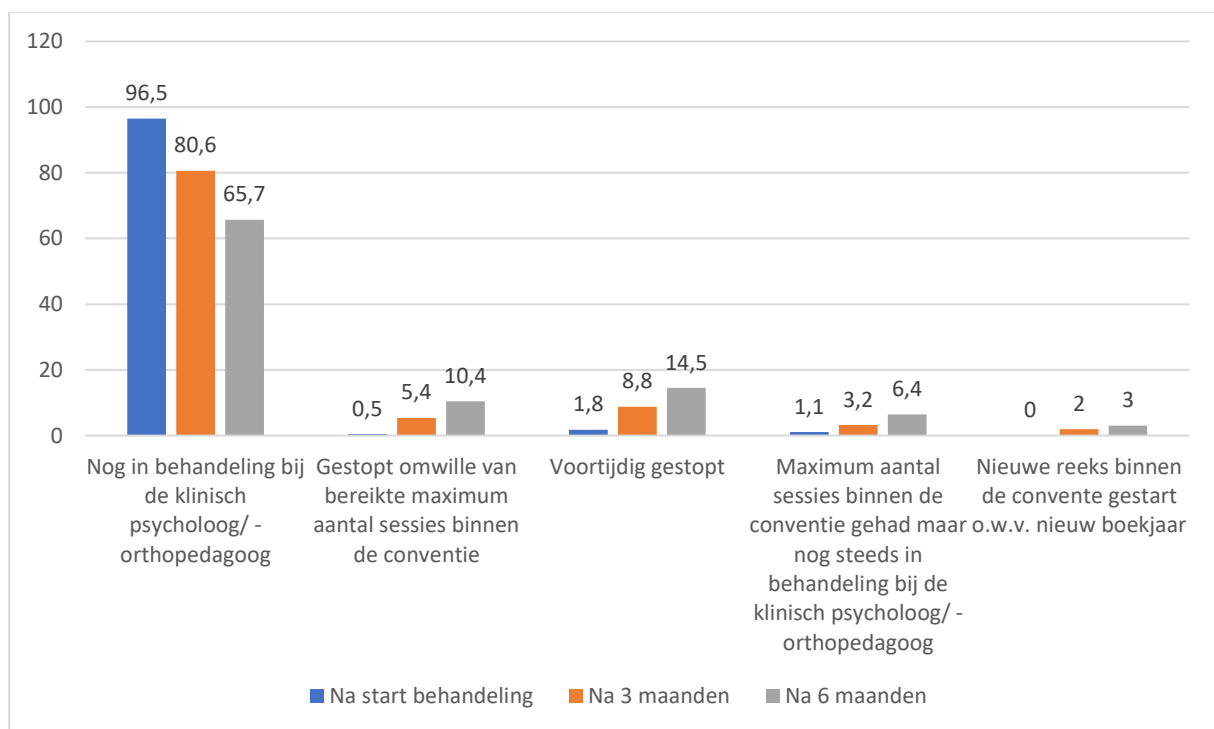
### Aantal sessies

Het mediane aantal sessies op baseline bedraagt twee sessies, in lijn met het maximum aantal sessies dat een patiënt mocht hebben gehad vooraleer hij of zij geïnccludeerd zou worden in de studie. Na drie maanden hebben de patiënten mediaan zes sessies gehad en na zes maanden acht sessies. We zien geen significante verschillen tussen de patiënten die gebruik maakten van eerstelijns- of gespecialiseerde psychologische zorg met betrekking tot het aantal sessies tussen de meetmomenten aan de start van de behandeling en na drie en zes maanden.

### Beëindiging van de psychologische behandeling in de eerste lijn

Tijdens het eerste meetmoment (baseline) was 96.5% van de patiënten nog in begeleiding bij een eerstelijnspsycholoog/ -orthopedagoog en was 1.8% voortijdig gestopt met de ELP-behandeling omdat de patiënt zich beter voelde (1.0%) of omdat de patiënt vond dat hij/zij geen hulp meer nodig had (0.9%) (figuur 8.4). Een gelijkaardige verdeling zien we bij de patiënten behandeld door een gespecialiseerd psycholoog/-orthopedagoog ; 96.3% van de behandeling is nog lopende en slechts 0.9% is vroegtijdig gestopt omwille van dezelfde redenen (beiden 0.4%).

**Figuur 8.4. Status van de ELP- of GPZ- behandeling op baseline en na 3 en 6 maanden**



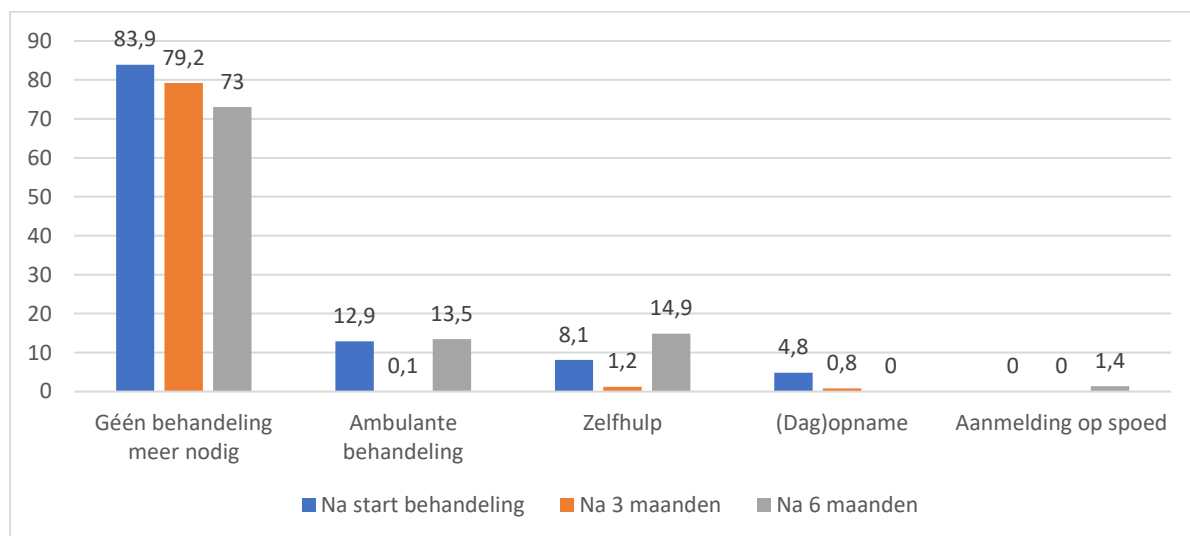
*Percentage patiënten (%) per status met betrekking tot de ELP- of GPZ-behandeling.*

Na 3 maanden was nog 80.6% van de patiënten nog in behandeling bij een eerstelijns- of gespecialiseerd psycholoog of orthopedagoog. Slechts 5.4% van de patiënten gaf aan het maximum aantal sessies te hebben gehad. DE ELP-behandeling werd door 8.8% voortijdig beëindigd. De voornaamste redenen voor deze voortijdige beëindig waren : de patiënt was beter (3.9%) of de patiënt had geen hulp meer nodig (4.7%). Een gelijkaardige tendens zien we na zes maanden : 65.7% van de behandeling is nog lopende en 14.5% is vroegtijdig gestopt omwille van dezelfde redenen.

### Zorggebruik tijdens en na de psychologische behandeling in de eerste lijn

Aan de start van de eerstelijns- of gespecialiseerde psychologische behandeling geeft 12.5% van de patiënten aan parallel ambulant behandeld te worden door een huisarts, psychiater of andere zorgprofessional. Dit percentage daalt na drie maanden tot 0.5%. Geen enkele patiënt wordt tijdens de ELP- of GPZ-behandeling aangemeld op een spoedgevallendienst. Iets meer dan 4% van de patiënten behandeld door een eerstelijnspsycholoog/ -orthopedagoog is tijdens de start van de behandeling in psychiatrisch (dag)opname gegaan. Het percentage patiënten dat gebruik maakt van zelfhulp schommelt tussen de 7 à 8 procent, afhankelijk van het type behandeling (ELP of GPZ). Drie en zes maanden na de ELP- of GPZ-behandeling, door het bereiken van het maximum aantal sessies of door vroegtijdige beëindiging, heeft respectievelijk 79.2% en 73.0% geen bijkomende behandeling meer nodig (figuur 8.5).

**Figuur 8.5. Professionele behandeling na (vroegtijdige) afronding van ELP- of GPZ-behandeling**



*Percentage patiënten (%) die na behandeling, omdat het maximum aantal sessies binnen de conventie bereikt was of omdat men vroegtijdig stopte, een andere vorm van behandeling start.*

### Informele zorg

Bijna een derde van de patiënten (31.3%) krijgt ondersteuning van twee naasten (mediane waarden) in de vorm van mantelzorg, zoals familieleden, vrienden of kennissen in de vorm van huishoudelijke- of administratieve hulp, emotionele ondersteuning of lichamelijke of medische verzorging. Binnen deze groep patiënten is er een significant groter percentage patiënten met een ernstige tot zeer ernstige impact op het dagelijks functioneren door psychische problemen (60.6% versus 54.6%, OR: 1.1, CU 95%: 1.0-1.2). Daarnaast rapporteren deze patiënten significant meer dagen waarop men niet kan functioneren in vergelijking met de patiënten die geen informele zorg krijgen (5 versus 2 dagen,  $t(571): 3.76, p > .001$ ).

Daarnaast geeft één zesde van de patiënten (16.6%) zelf ook aan voor een naaste op reguliere basis te zorgen. In twee derde van de gevallen doen zij dit samen met twee of meer andere naasten. De patiënten die zorgen voor een hulpbehoevende naaste rapporteren significant meer dagen waarop niet kan worden gefunctioneerd in vergelijking met patiënten die geen mantelzorgtaken op zich nemen (4 versus 3 dagen per maand,  $t(238): 2.01, p < .05$ ).

### Zorgverstrekkingen voorafgaand aan de eerstelijns- of gespecialiseerde psychologische zorg

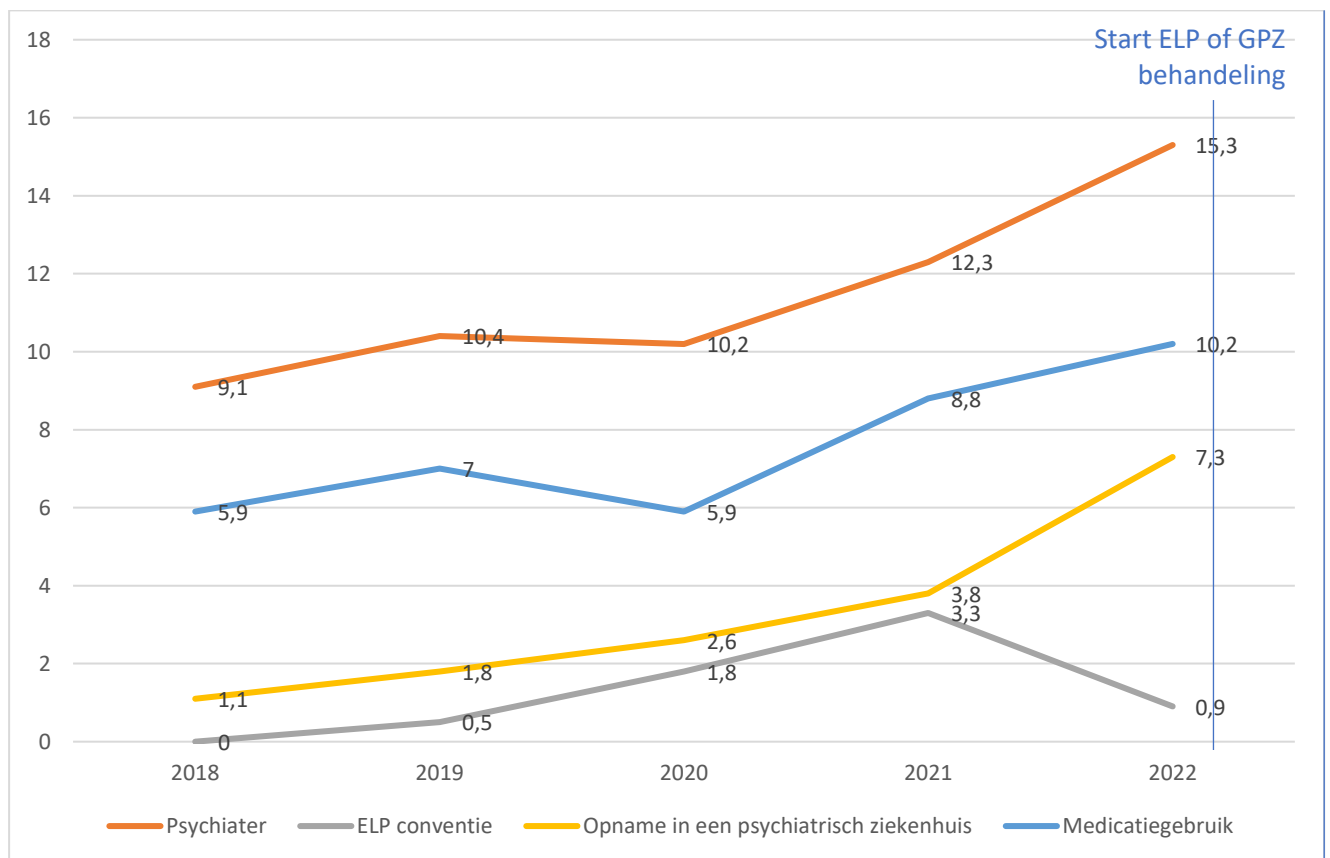
Aan de hand van de gefactureerde zorgverstrekkingen, afkomstig uit de data van het InterMutualistisch Agentschap (IMA), kan zicht worden verkregen op het zorggebruik voorafgaand aan de eerstelijns- (ELP) of gespecialiseerde (GPZ) psychologische behandeling.

In de vijf jaar voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling kreeg reeds 31.3% van de patiënten professionele behandeling omwille van emotionele problemen, bestaande uit consultaties bij de psychiater, eerstelijnspsychologische zorg of (dag)opname binnen een psychiatrisch of algemeen ziekenhuis (figuur 8.6, tabel 8.2 (Appendix A)). Zo werd een kwart (25.2%) reeds behandeld door een psychiater, 4.5% werd behandeld binnen de oorspronkelijke ELP-conventie en 7.3% werd minstens één keer opgenomen binnen een psychiatrisch ziekenhuis. Ook werd 3.6% van de patiënten in de afgelopen vijf jaar reeds behandeld binnen een PVT.

In het jaar voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling kreeg één zesde (16.9%) reeds professionele behandeling omwille van emotionele problemen. Zo werd 15.3% behandeld door een psychiater in de afgelopen 12 maanden en werd slechts 1% behandeld binnen de oorspronkelijke ELP-conventie. Ongeveer 3% van de patiënten werd opgenomen binnen een psychiatrisch ziekenhuis in het jaar voorafgaand aan de ELP- of GPZ- behandeling.

Vrijwel alle patiënten (variërend tussen de 88.2% en 94.1%, naargelang het jaar) ging in de vijf jaar voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling naar de huisarts omwille van emotionele problemen. Het percentage patiënten dat medicatie voorgeschreven kreeg in het kader van emotionele problemen in de vijf jaar voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling varieert tussen 5.9% en 10.2% per jaar.

**Figuur 8.6. Zorggebruik (%) voorafgaand aan ELP- of GPZ-behandeling**



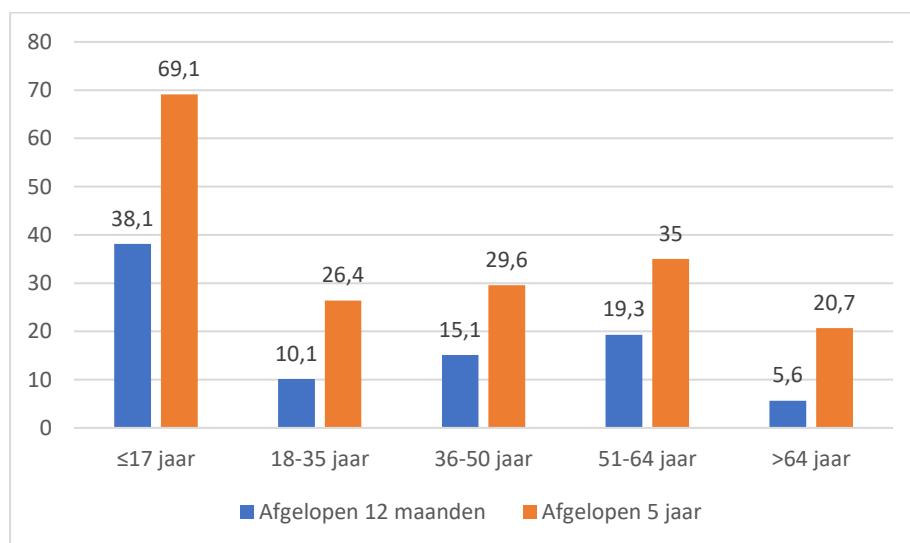
Percentage patiënten per type professionele behandeling of opname in de vijf jaar voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling. IMA, 2023.

## Zorggebruik en socio-demografische karakteristieken

### Leeftijd

Ruim een derde (38.1%) van de jongeren (<18 jaar) heeft in de 12 maanden voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling professionele behandeling gekregen in het kader van emotionele problemen. Dit percentage zakt naargelang de leeftijd tot 5.6% bij de patiënten van 65 jaar en ouder. In de vijf jaar voorafgaand aan de ELP- en GPZ-behandeling zien we dezelfde verhoudingen met betrekking tot de leeftijd, maar liggen de percentages dubbel zo hoog (figuur 8.7). Als we meer specifiek kijken naar het type behandeling in de één tot vijf jaar voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling, zien we dat met name een hoog percentage jongeren (<17 jaar) reeds behandeld is geweest door een psychiater (respectievelijk 38.1% en 69.1%). Met betrekking tot (dag)opname in een psychiatrisch ziekenhuis, zijn er geen verschillen over de leeftijden heen, maar stijgt het percentage patiënten met een voorafgaande opname in een algemeen ziekenhuis omwille van emotionele problemen naar gelang een hogere leeftijd.

**Figuur 8.7. Algemeen zorggebruik voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling per leeftijd**



*Zorggebruik in de vijf jaar en 12 maanden voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling, welke omvat: consultatie psychiater, sessies binnen (oude) ELP-conventie, (dag)opname binnen een psychiatrisch ziekenhuis. IMA, 2023.*

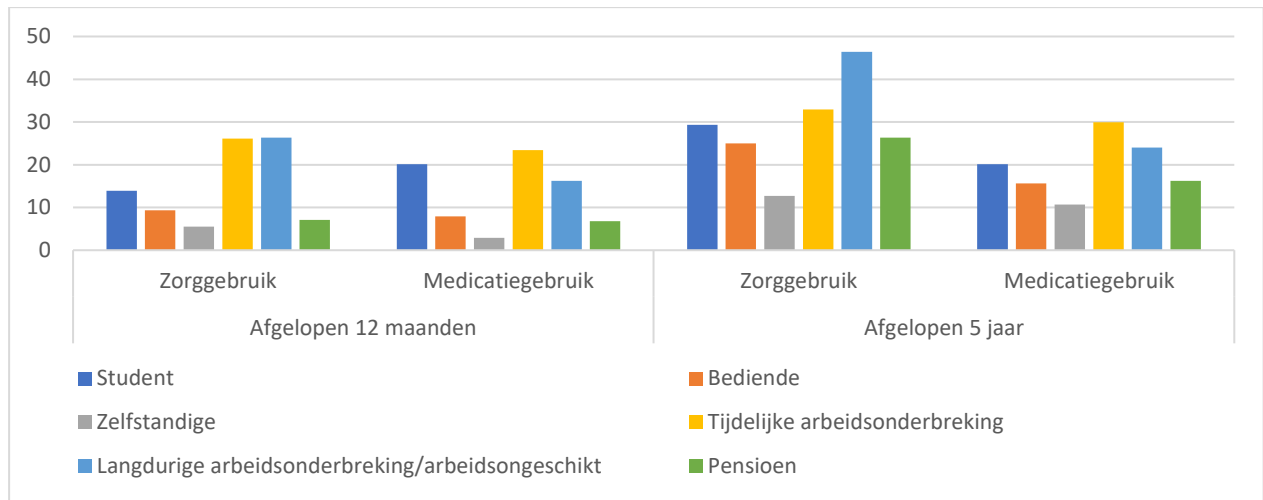
### Geslacht

We zien geen verschillen inzake geslacht met betrekking tot zorggebruik in één tot vijf jaar voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling. Wel zien we dat mannen meer medicatie voorgeschreven hebben gekregen dan vrouwen, zowel vijf jaar als 12 maanden voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling (tabel 8.3, Appendix A).

### Professionele status

Tijdelijk of langdurig arbeidsongeschikte patiënten rapporteren tot dubbel zoveel zorggebruik in de één tot vijf jaar voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling in vergelijking met werkenden en studenten (figuur 8.8, tabel 8.4 (Appendix A)). Zo geeft bijna de helft van alle langdurige arbeidsongeschikte patiënten (46.4%) aan in de vijf jaar voorafgaand professionele behandeling te hebben gekregen in het kader van emotionele problemen (figuur 8.8). In de 12 maanden voorafgaand aan de psychologische behandeling heeft één kwart (26.3%) professionele behandeling gekregen in de vorm van consultaties bij de psychiater, eerstelijnspsycholoog of (dag)opname in een psychiatrisch of algemeen ziekenhuis. Eén tiende van de studenten en werkenden (bedienden) (respectievelijk 13.9% en 9.3%) geeft aan in het jaar voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling professionele behandeling in het kader van emotionele problemen te hebben gekregen, waarbij dit voor de meesten consultaties bij de psychiater betrof.

**Figuur 8.8. Zorggebruik in de 5 jaar en 12 maanden voorafgaand aan de ELP- en GPZ-behandeling op basis van professionele status**



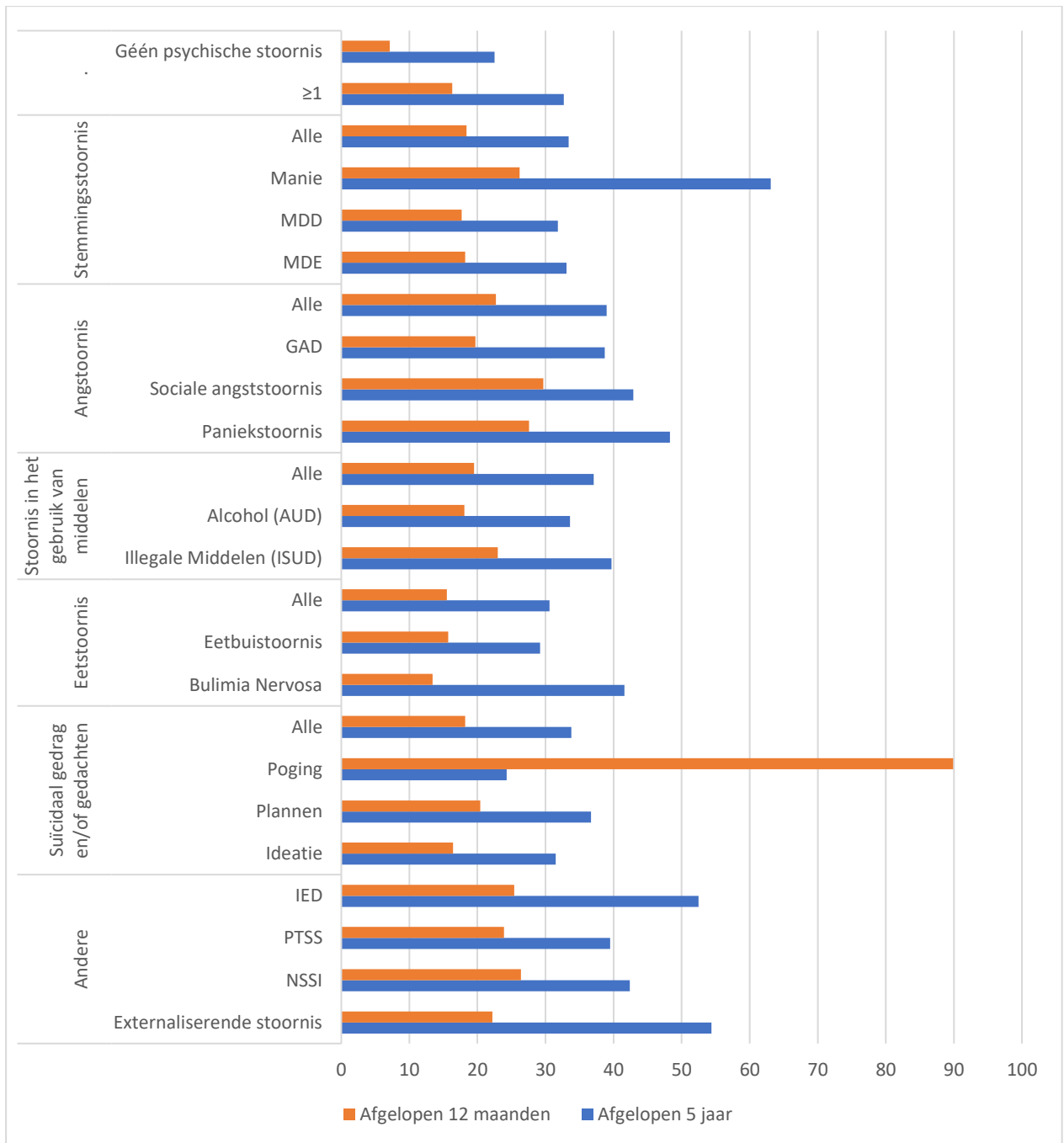
*Percentage patiënten per professionele status per gefactureerde professionele behandeling of opname in de vijf jaar en 12 maanden voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling. IMA, 2023.*

#### **Zorggebruik per psychische stoornis en suïcidaliteit**

In de 12 maanden voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling varieert het zorggebruik per psychische stoornis tussen de 13.4% (bulimia nervosa) en 29.7% (sociale angststoornis). Daarentegen rapporteert slechts 7.1% van de patiënten zonder een psychische stoornis in de 12 maanden voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling gebruik te hebben gemaakt van professionele behandeling in het kader van emotionele problemen in dezelfde periode (figuur 8.9). Wanneer de periode voorafgaand aan de psychologische behandeling uitgetrokken wordt naar vijf jaar, zien we dat het percentage patiënten dat reeds behandeld werd met ten minste één psychische stoornis verdubbelt naar één derde (32.7%) met variaties tussen de stoornissen van 29.2% (eetbuistoornis) tot 63.1% (manie).

Eén zesde van de patiënten met suïcidaal gedrag en/of gedachten in de 12 maanden voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling (18.2%) kreeg reeds professionele behandeling in dezelfde periode. Hierbij zien we dat het overgrote deel van de patiënten die in deze periode een suïcidepoging ondernam professionele ondersteuning kreeg in de vorm van consultaties bij de psychiater tot opname binnen een psychiatrisch ziekenhuis.

**Figuur 8.9. Voorafgaand zorggebruik bij patiënten die in de 12 maanden voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling een psychische stoornis rapporteren**



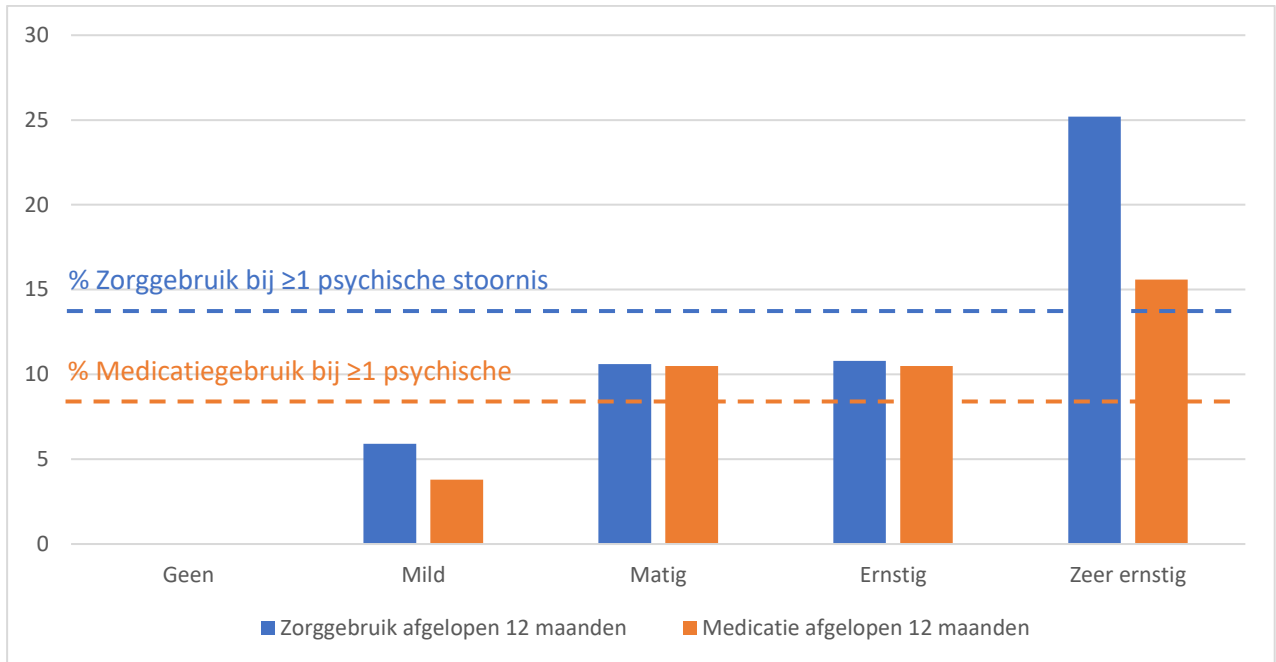
*Percentage patiënten per psychische stoornis of psychisch probleem per gefactureerde professionele behandeling of opname in de vijf jaar en 12 maanden voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling. IMA, 2023.*



### Zorggebruik en impact op dagelijks functioneren

Het percentage patiënten dat professionele ondersteuning heeft gekregen in de 12 maanden voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling stijgt naargelang de impact van de emotionele problemen op het dagelijks functioneren in dezelfde periode toeneemt (figuur 8.10). Dezelfde trend zien we voor medicatiegebruik in de 12 maanden voorafgaand aan de psychologische behandeling in de eerste lijn. Reeds één vijfde van de patiënten die een zeer hoge mate van crisis beschrijven bij de start van de ELP- of GPZ- behandeling heeft al dan niet professionele of medicamenteuze behandeling gekregen in de 12 maanden voorafgaand.

**Figuur 8.10. Zorg- en medicatiegebruik in de 12 maanden voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling gerelateerd aan de impact van emotionele problemen op het dagelijks functioneren**



Percentage zorggebruik per mate van impact van emotionele problemen op het dagelijks functioneren in de 12 maanden voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling. Stippellijnen: % zorg- en medicatiegebruik bij patiënten met minstens één psychische stoornis, IMA, 2023.

## **SAMENGEVAT**

- Voor bijna de helft van de patiënten (44.2%) is de ELP- of GPZ-behandeling de eerste behandeling ooit voor emotionele problemen;
- 1/3<sup>e</sup> van de patiënten kreeg professionele behandeling in de 5 jaar voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling, 1/6<sup>e</sup> van de patiënten de 12 voorafgaande maanden (IMA, 2023);
- Als men reeds professionele behandeling heeft gehad voor emotionele problemen, was dit meestal ambulant van aard. Daarnaast kreeg reeds de helft van de patiënten ooit gedurende zijn of haar leven medicatie voorgeschreven voor emotionele problemen en 1/3<sup>e</sup> in de 12 maanden voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling;
- De mediane uitsteltijd tot men tot behandeling komt bedraagt 4 jaar, zonder verschil tussen ELP en GPZ. Patiënten rapporteren vooral attitude-gerelateerde redenen om behandeling uit te stellen en 1/3<sup>e</sup> van de patiënten stond op een wachtlijst voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling;
- Slechts 1/6<sup>e</sup> werd op een vindplaats behandeld en 1.5% werd behandeld via groepsinterventie. Belangrijk is evenwel dat 1/4<sup>e</sup> van de kwetsbare patiënten wordt opgepikt via een vindplaats;
- Overgrote deel van de patiënten (>80%) is nog in behandeling na 3 maanden en meer dan 2/3<sup>e</sup> na 6 maanden, en kregen zij gedurende die periode gemiddeld zes ELP- of GPZ-sessies. Wanneer men vroegtijdig stopte met de behandeling was dit vooral omdat men zich beter voelde;
- 3/4<sup>e</sup> van de patiënten die gestopt is na 3 of 6 maanden heeft geen verdere professionele behandeling meer nodig in verband met emotionele problemen;

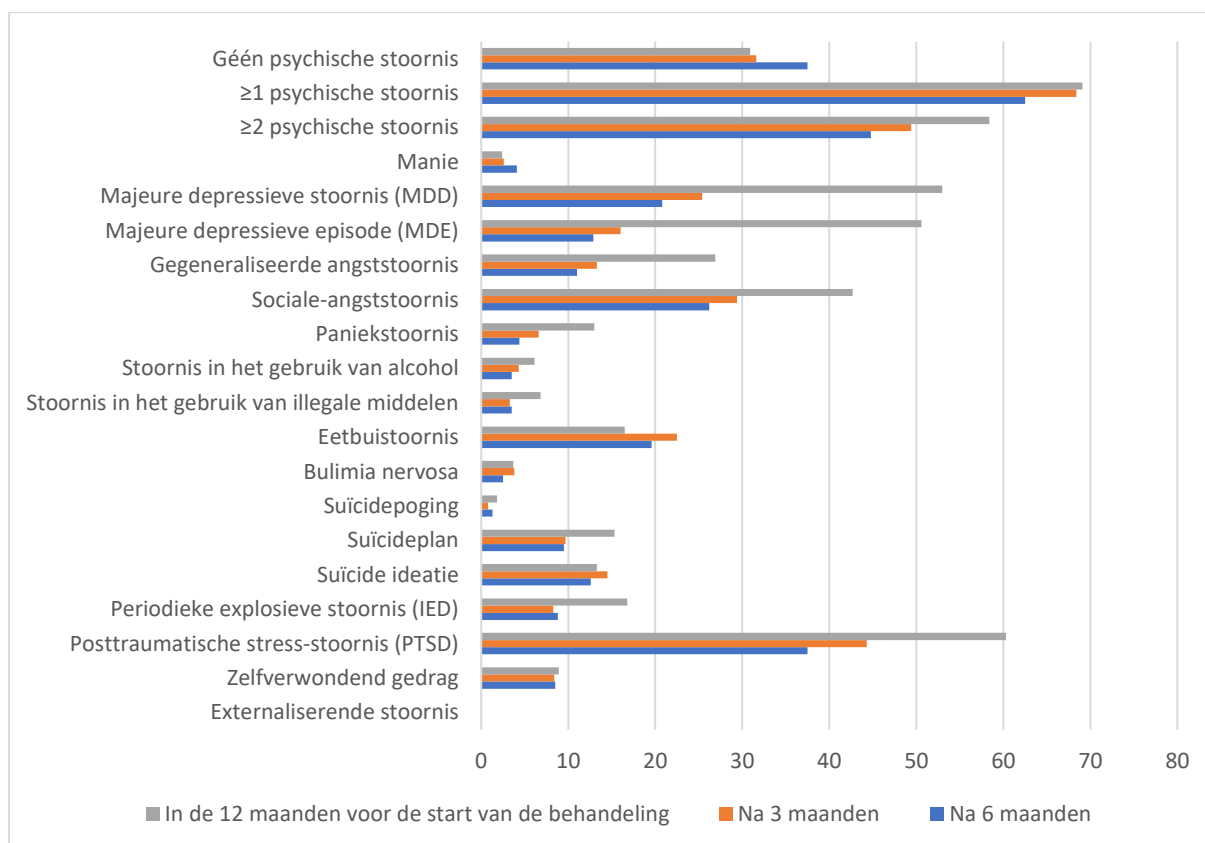
## HOOFDSTUK 9

### Kwaliteit van leven en lijdensdruk bij patiënten na 3 en 6 maanden behandeling

#### Prevalentie psychische stoornissen na 3 en 6 maanden

Het percentage patiënten met minstens één psychische stoornis daalt na 3 en 6 maanden met respectievelijk 1% en 9.6% ( $Z: 1.88, p:.06$ ;  $Z: 2.06, p:.04$ ). Kijken we naar de specifieke psychische stoornissen, varieert het verschil in prevalentie na 3 maanden tussen de -68% voor majeure depressiev episode ( $Z :12.28, p<.001$ ) en +36.4% voor eetbuistoornis ( $Z: -4.60, p<.001$ ) (figuur 9.1, tabel 9.1 (Appendix A)). Na 6 maanden varieert het verschil in prevalentie na 3 maanden tussen de -74.5% voor majeure depressiev episode ( $Z :8.24, p<.001$ ) en +70.8% voor manie ( $Z: 1.46, p.144$ ). Het percentage patiënten zonder psychische stoornis stijgt na 3 maanden met 2.3% ( $Z : 2.23, p<.05$ ) en na 6 maanden met 21.4% ( $Z : 4.90, p<.001$ ).

Figuur 9.1. Prevalentie psychische stoornissen en gerelateerde problemen na 3 en 6 maanden

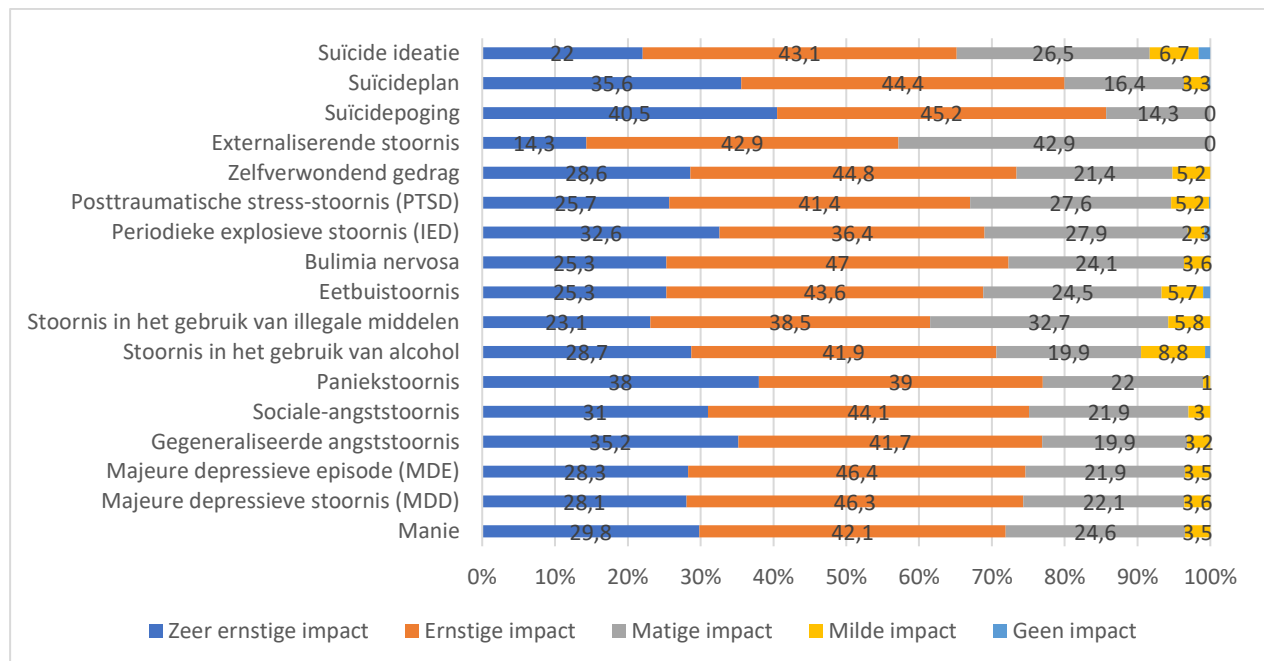


Percentage patiënten (%) per psychische stoornis of gerelateerd bij de start van de ELP- of GPZ- behandeling en na 3 en 6 maanden.

#### Impact psychische problemen op het dagelijks functioneren

Wanneer specifiek gekeken wordt naar de verschillende psychische stoornissen en problemen en de geassocieerde impact van emotionele problemen op het dagelijks functioneren bij de start van de ELP- of GPZ-behandeling, zien we dat het percentage patiënten dat een ernstige tot zeer ernstige impact op het dagelijks functioneren beschrijft hoog is, variërend tussen de 57.1% en 85.7% (figuur 9.2). Hierbij zien we geen significante verschillen tussen de patiënten die gebruiken van ELP of GPZ.

**Figuur 9.2. Percentage patiënten met een ernstige tot zeer ernstige impact op het dagelijks functioneren per psychische stoornis of gerelateerd probleem aan de start van de psychologische behandeling in de eerste lijn**

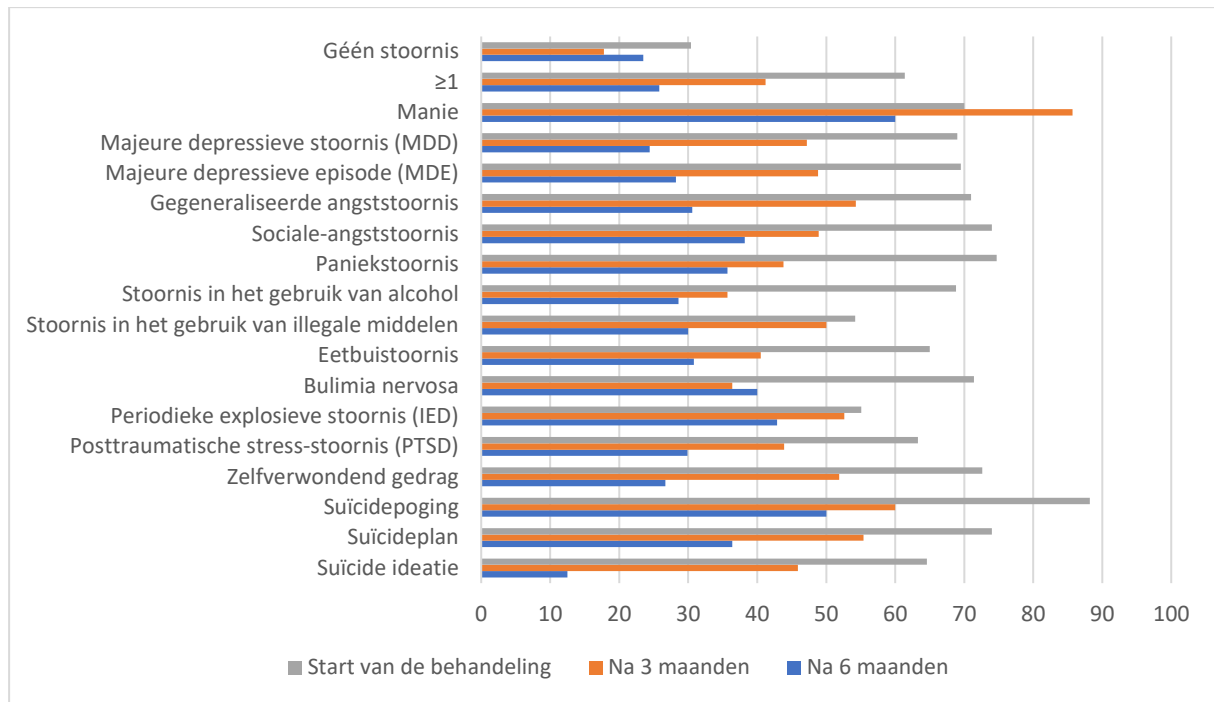


Percentage patiënten (%) per psychische stoornis of gerelateerd probleem die een ernstige tot zeer ernstige impact op het dagelijks functioneren rapporteert.

Drie maanden na de start van de ELP- of GPZ-behandeling, is het percentage patiënten met minstens één psychische stoornis die een ernstige tot zeer ernstige impact op het dagelijks functioneren beschrijft significant gedaald met 32.9% ( $Z:2.74, p<.05$ ) (figuur 9.3, tabel 9.2 (Appendix A)). Dezelfde tendens werd gevonden voor de patiënten met een stemmingsstoornis (-29.7%,  $Z:5.40, p<.001$ ) en de patiënten met een angststoornis (-26.1%,  $Z:5.17, p<.001$ ). Drie maanden na de ELP- of GPZ-behandeling geeft 37.1% van de patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen aan nog een ernstige tot zeer ernstige impact te ervaren op het dagelijks functioneren, maar daalt dit percentage niet significant ten opzichte van de start van de behandeling. Meer dan de helft van de patiënten met suïcidaal gedrag en/of gedachten (51.0%) ervaart na drie maanden nog een ernstige tot zeer ernstige impact op het dagelijks functioneren, wat met 27.4% is afgenomen ten opzichte van de start van de ELP- of GPZ-behandeling ( $Z:3.81, p<.001$ ).

Zes maanden na de start van de ELP- of GPZ-behandeling, is het percentage patiënten met minstens één psychische stoornis die een ernstige tot zeer ernstige impact op het dagelijks functioneren beschrijft significant gedaald met 58% ( $Z:2.31, p<.05$ ) ten opzichte van de start van de behandeling (figuur 9.3, tabel 9.2 (Appendix A)). Dezelfde tendens werd gevonden voor de patiënten met stemmingsstoornis (-59.7%,  $Z:5.10, p<.001$ ) en de patiënten met een angststoornis (-53.6%,  $Z:5.15, p<.001$ ). Zes maanden na de ELP- of GPZ-behandeling geeft 29.4% van de patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen aan een ernstige tot zeer ernstige impact te ervaren op het dagelijks functioneren, maar daalt dit percentage niet significant ten opzichte van de start van de behandeling. Ongeveer een kwart van de patiënten met suïcidaal gedrag en/of gedachten (27.5%) ervaart na zes maanden nog een ernstige tot zeer ernstige impact op het dagelijks functioneren, wat met 60.8% is afgenomen ten opzichte van de start van de ELP- of GPZ-behandeling ( $Z:3.44, p<.001$ ).

**Figuur 9.3. Percentage patiënten met ernstige tot zeer ernstige impact van emotionele problemen op het dagelijks functioneren**



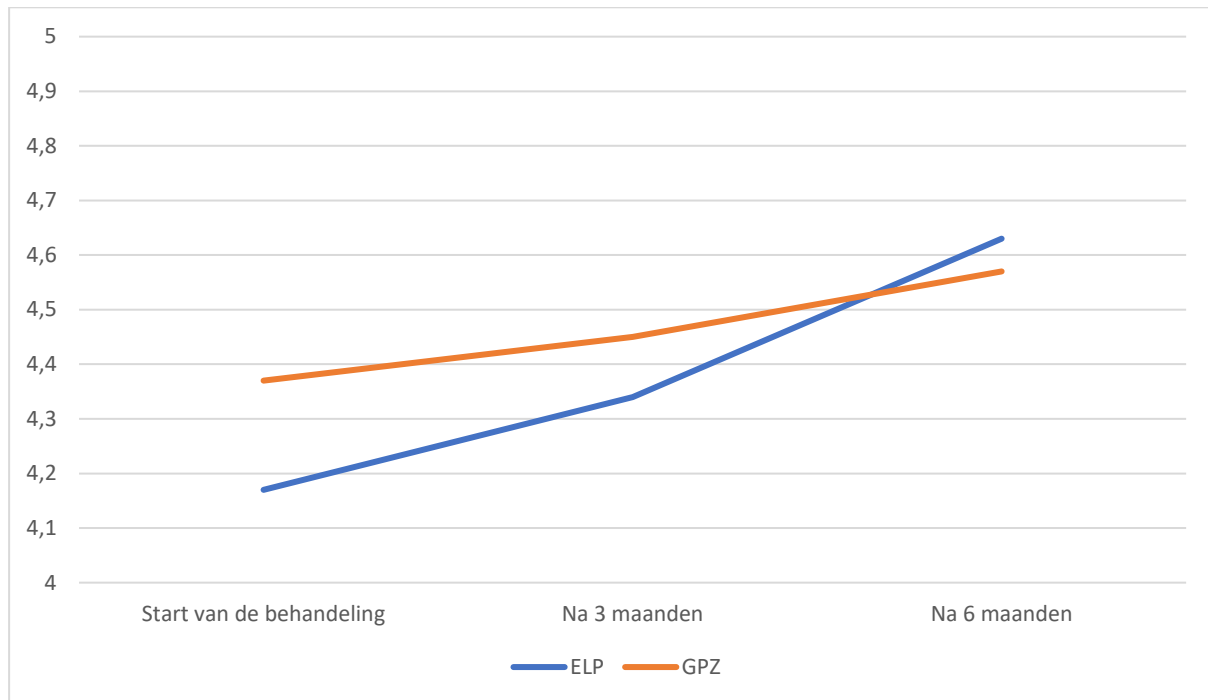
Percentage patiënten (%) met een ernstige tot een zeer ernstige impact op het dagelijks functioneren omwille van emotionele problemen per psychische stoornis per meetmoment.

Wanneer gekeken wordt naar de gemiddelde impact op dagelijks functioneren door emotionele problemen bij patiënten binnen de conventie eerstelijnspsychologische zorg, zien we een daling van de impact na zowel 3 als 6 maanden, respectievelijk -17% ( $t(326): 9.99, p<.001$ ) en -25% ( $t(104): 7.49, p<.001$ ) (tabel 9.3, Appendix A). Patiënten met minstens één psychische stoornis bij aanvang van de behandeling rapporteren een daling van -16% na 3 maanden ( $t(234): 8.92, p<.001$ ) en na 6 maanden -23% ( $t(80): 7.06, p<.001$ ). Deze tendens zien we evenzeer bij patiënten zonder psychische stoornissen, respectievelijk -21% en -23% na 3 en 6 maanden ( $t(91): 4.63, p<.001$ ;  $t(23): 2.70, p<.05$ ). De verschil in impact varieert na 3 maanden van -21% (stoornis in gebruik van alcohol,  $t(15): 2.11, p<.053$ ) tot +27% (manie,  $t(5): 0.28, p=.793$ ). Na 6 maanden varieert het verschil in impact tussen -33% (stoornis in het gebruik van alcohol,  $t(3): 2.83, p=.006$ ) en -1% (bulimia nervosa,  $t(3): .293, p=.789$ ).

### **Veerkracht**

Bij de start van de psychologische behandeling in de eerste lijn is de gemiddelde veerkracht 4.2 op een schaal met maximum score 8 ( $SD=1.93$ ). Na drie maanden stijgt deze gemiddelde score tot 4.4 op 8 ( $t: 11.11, p<.001$ ) (figuur 9.4, tabel 9.4 (Appendix A)). Zes maanden na de start van de behandeling stijgt de gemiddelde veerkracht naar 4.6 (met andere woorden 9% hoger dan bij de start van behandeling ;  $t: 8.93, p<.001$ ). Deze scores zijn niet significant verschillend tussen de patiënten die gebruik maakten van de eerstelijns- of gespecialiseerde psychologische zorg.

**Figuur 9.4. Gemiddelde veerkracht bij de start van de ELP- of GPZ- behandeling en na 3 en 6 maanden**

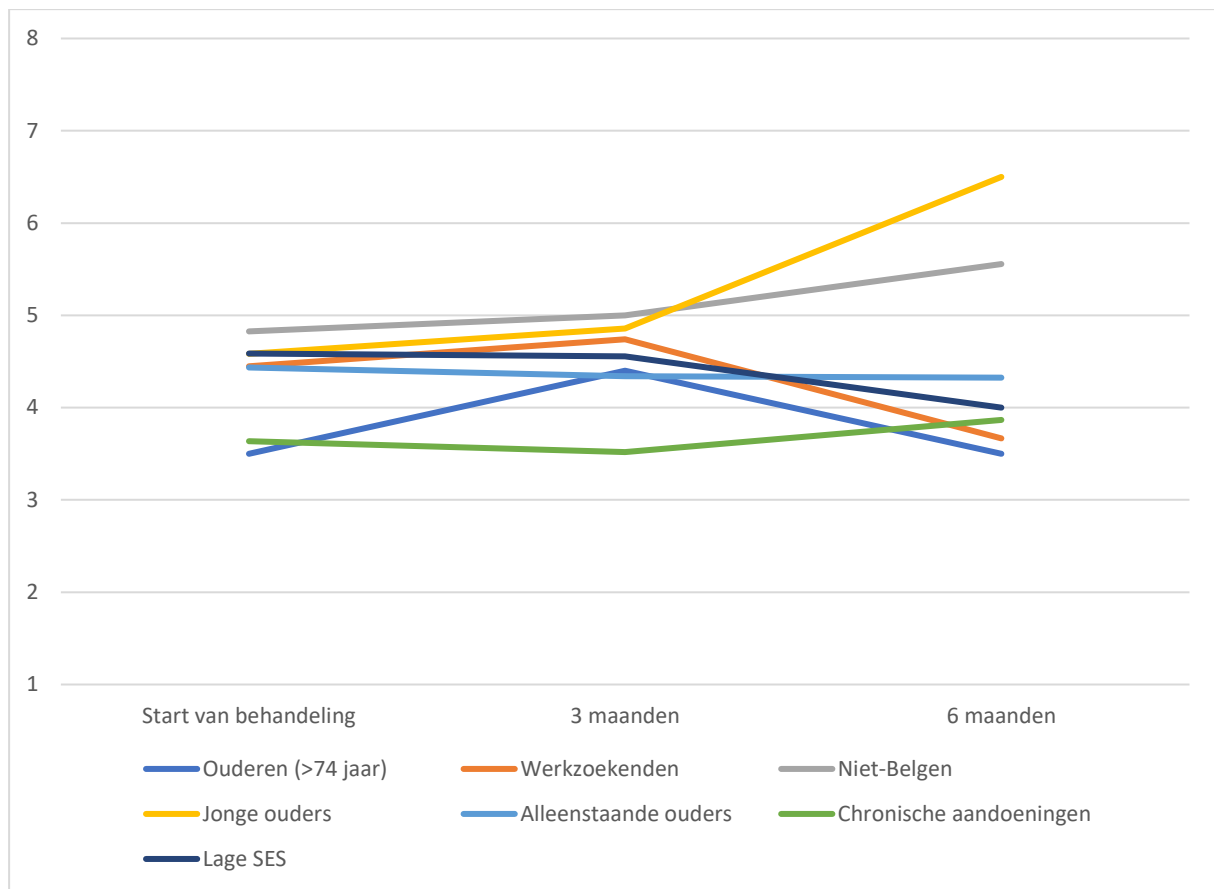


*Gemiddelde veerkracht op de 2-item verkorte versie van de Connor Davidson Scale. Enkel de patiënten met maximaal 2 ELP- of GPZ-sessies op baseline werden meegenomen in de analyses.*

Wanneer we veerkracht bij patiënten met een psychische stoornis in ogenschouw nemen dan zien we dat diegenen met een stemmingsstoornis (+7.4%,  $t : 9.26, p < .001$ ) of angststoornis (+3.6%,  $t : 8.07, p < .001$ ) significant meer veerkracht hebben na drie maanden, in tegenstelling tot patiënten die positief screenden op een stoornis in het gebruik van middelen (tabel 9.5 (Appendix A)). Bij deze patiënten daalde de veerkracht na drie maanden met 8.6% ( $t : 2.11, p < .05$ ). Na zes maanden stijgt de veerkracht voor deze groep patiënten echter wel significant ten opzichte van de start van de behandeling (+8.8%,  $t : 3.26, p < .05$ ). Deze stijging na zes maanden ten opzichte van de start van de behandeling geldt ook voor de patiënten met een stemmings- of angststoornis (respectievelijk +18.3% [ $t : 6.77, p < .001$ ] en +12.5% [ $t : 6.71, p < .001$ ]). Patiënten met suïcidaliteit rapporteerden zowel na drie als na zes maanden een significante stijging in hun veerkracht (respectievelijk +5.5% ( $t : 6.45, p < .001$ ) en +21.3% ( $t : 4.21, p < .001$ )). Patiënten zonder psychische stoornissen rapporteerden ook een significante stijging van hun veerkracht, zowel drie als zes maanden na de start van de behandeling (respectievelijk +3.4% ( $t : 4.73, p < .001$ ) en +9.3% ( $t : 2.02, p < .001$ )).

Wanneer we kijken naar de kwetsbare groepen (figuur 9.5, tabel 9.6 (Appendix A)) zien we dat jonge ouders enkel na drie maanden een significante verbetering van hun veerkracht rapporteren (+5.9%,  $t : 2.67, p < .05$ ). Alleenstaande ouders rapporteren dan weer na drie en zes maanden een daling van hun veerkracht (respectievelijk -2.3% ( $t : 3.45, p < .001$ ) en -2.4% ( $t : 4.06, p < .001$ )). De veerkracht van ouderen van 75 jaar en ouder, werkzoekenden en personen met een lage socio-ecnomische status blijft dan weer min of meer stabiel na drie en zes maanden met geen significante verschillen. Niet-Belgen rapporteren geen signifiant verschil in veerkracht na drie maanden maar wel na zes maanden (+15.1%,  $t : 3.26, p < .05$ ).

**Figuur 9.5. Gemiddelde veerkracht bij kwetsbare groepen bij de start van de ELP- of GPZ-behandeling en na 3 en 6 maanden**

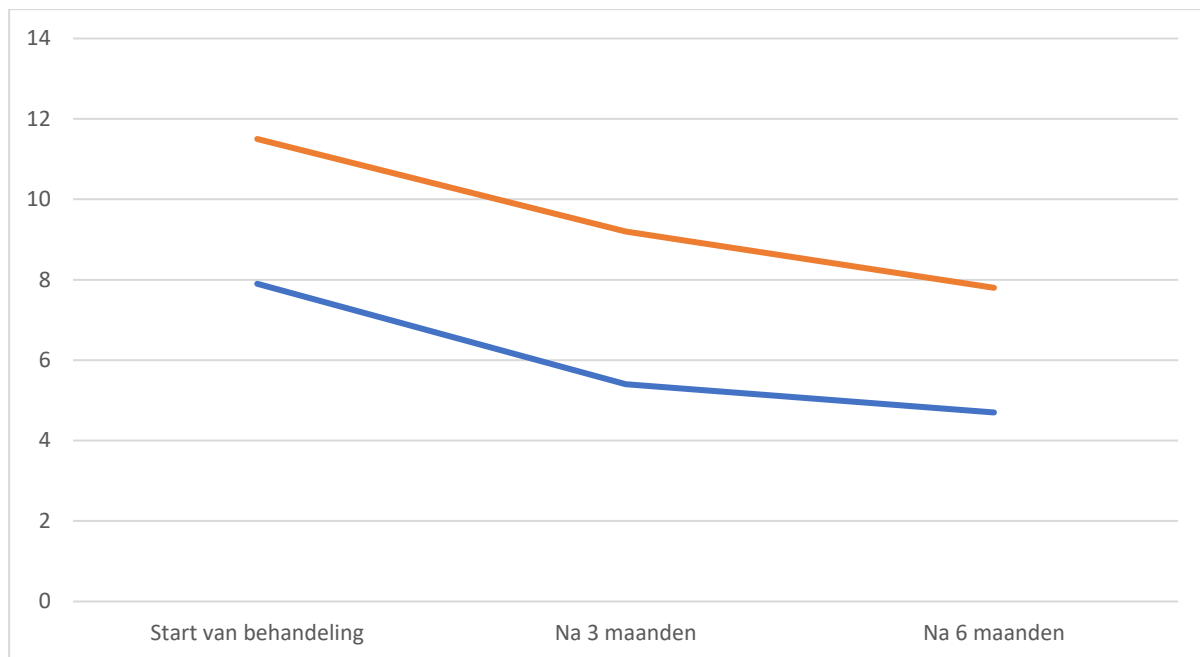


Gemiddelde veerkracht op de 2-item verkorte versie van de Connor Davidson Scale. Enkel de patiënten met maximaal 2 ELP- of GPZ-sessies op baseline werden meegenomen in de analyses.

### Dagelijks functioneren van patiënten

Zowel het niet in staat zijn als het minder in staat zijn om dagelijkse taken uit te voeren bij **alle patiënten** dalen na 3 maanden met 3 dagen per maand, respectievelijk met -31.6% (t:3.8,  $p < .001$ ) en -40.5% (t:4.61,  $p < .001$ ) (figuur 9.6, tabel 9.7 (Appendix A)). Na 6 maanden blijft het aantal dagen waarop men niet kan functioneren voor alle patiënten stabiel met -3 dagen ten opzichte van de start van de behandeling (t:3.0,  $p < .001$ ). Het aantal dagen waarop men minder kan functioneren daalt na zes maanden tot 8 dagen (t:4.2,  $p < .001$ ). De WLD-index combineert het aantal dagen waarop men niet in staat is om de taken uit te voeren, men minder kwalitatief deelneemt aan het dagelijks leven of men meer moeite heeft om te participeren en/of een stap terug moet zetten tot een percentage 'verloren' dagen per maand; deze WLD-index bedraagt bij de start van de behandeling in de eerste lijn 56.9%, wat overeenkomt met 17 dagen per maand. Na 3 maanden daalt dit percentage naar 45.1% (-20.7%,  $Z: 3.5$ ,  $p < .001$ ) en na zes maanden rapporteren de patiënten een WLD-index van 38.7% (-32.0%,  $Z: 2.9$ ,  $p < .001$ ). Geen verschillen worden gevonden tussen ELP en GPZ.

**Figuur 9.6. Algemene dagen (gemiddelde) van niet en minder functioneren per maand bij de start van de ELP- of GPZ-behandeling en na 3 en 6 maanden**



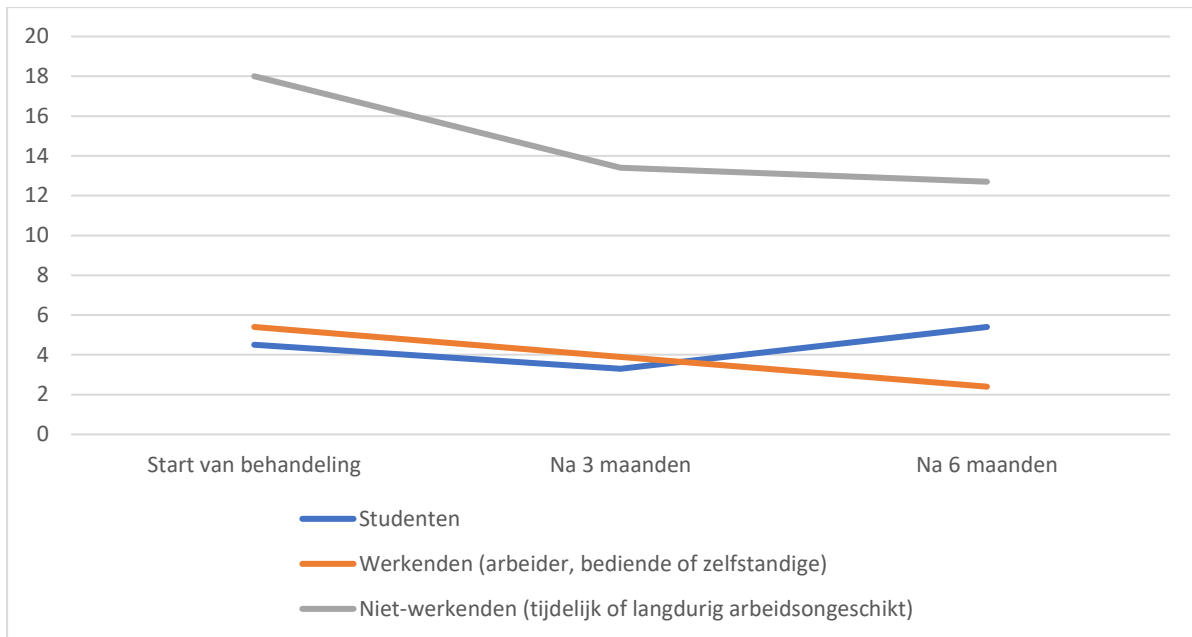
Voor de berekening werd gebruikt gemaakt van de groep patiënten die zowel op baseline (start behandeling) als na drie en zes maanden participeerde in de studie, met een maximum van 2 ELP- of GPZ-sessies op baseline. (blauw : dagen van niet-functioneren ; oranje : dagen van minder functioneren).

Wanneer we de WLD-index in brede zin interpreteren als zijnde het percentage dagen per maand waarin de patiënt niet in staat is om te functioneren in het dagelijks leven en/of op het werk, kunnen we zicht krijgen op de verschillen tussen **werkenden, niet-werkenden en studenten**. Bovendien is het aantal dagen waarop niet kan worden gefunctioneerd is bij de werkende en schoolgaande patiëntenpopulatie een schatter van het aantal absenteïsmedagen per maand; mutadis mutandis is het aantal dagen waarop minder goed kan worden gefunctioneerd een schatter van het aantal presenteïsmedagen per maand (Bruffaerts et al., 2011).

Als we gericht naar het aantal dagen van niet-functioneren kijken zien we een significant verschil tussen werkenden en niet-werkenden, zowel bij de start van de behandeling ( $\Delta$ : 13 dagen,  $t$ : -12.3,  $p$ : <.001) als na drie maanden ( $\Delta$ : 9 dagen,  $t$ : -6.4,  $p$ : <.001) en zes maanden ( $\Delta$ : 11 dagen,  $t$ : -3.4,  $p$ : <.001) (figuur 9.7, tabel 9.8 (Appendix A)). We zien geen significante verschillen tussen werkenden en studenten. Enkel voor niet-werkenden zien we een significante daling na drie maanden ( $\Delta$ : 5 dagen,  $t$ : 2.9,  $p$ : <.001), waar deze voor werkenden en studenten niet significant is. Na zes maanden zien we zowel voor werkenden als niet-werkenden een significant verschil ten opzichte van de start van de ELP- of GPZ-behandeling (respectievelijk  $\Delta$ : -3 ( $t$ : 2.4,  $p$ : <.05) en  $\Delta$ : -5 ( $t$ : 2.4,  $p$ : <.05)). Voor de studenten zien we geen verschillen. We kunnen dus zeggen dat het absentisme (dus het aantal dagen per maand waarop niet wordt gefunctioneerd bij de werkende patiënten) daalt van 5 dagen per maand bij de start van de behandeling naar 2 dagen per maand 6 maanden na behandeling. Ook werden geen verschillen gevonden tussen ELP en GPZ.



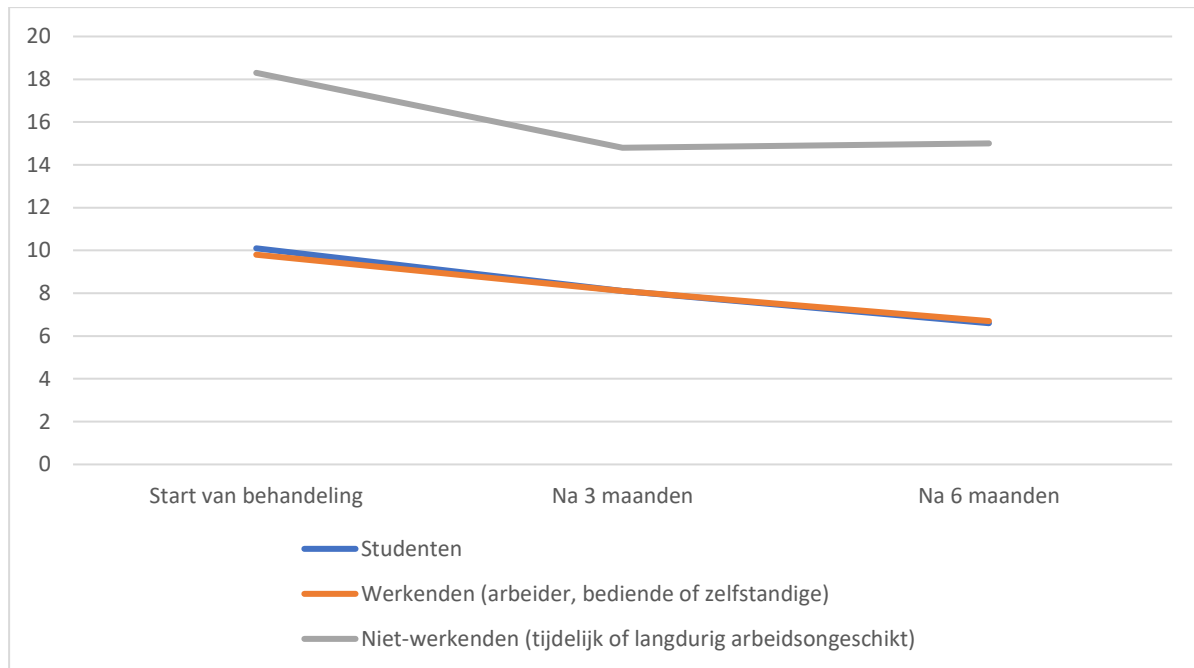
**Figuur 9.7 Dagen van niet-functioneren bij de start van behandeling en na 3 en 6 maanden bij studenten, werkende patiënten en niet-werkende patiënten**



Voor de berekening van absentieïsme werd gebruikt gemaakt van de groep patiënten die zowel op baseline (start behandeling) als na drie en zes maanden participeerde in de studie, met een maximum van 2 ELP- of GPZ-sessies op baseline.

Voor wat betreft het aantal dagen waarop minder goed wordt gefunctioneerd zien we dezelfde verhoudingen tussen werkenden en niet-werkenden, namelijk een verschil van 8 dagen aan de start van de behandeling ( $t: -6.6, p < .001$ ) en een verschil van 7 dagen na drie maanden ( $t: -3.8, p < .001$ ) en 8 dagen na zes maanden ( $t: -2.3, p < .001$ ) (figuur 9.8, tabel 9.8 (Appendix A)). Het aantal dagen daalt zowel voor de werkende als niet-werkende patiënten significant na drie maanden (respectievelijk  $\Delta: 2$  dagen ( $t: 2.7, p < .05$ ) en  $\Delta: 3$  dagen ( $t: 3.2, p < .05$ )). Ook na zes maanden is voor zowel de werkende als niet-werkende patiënten een significante daling zichtbaar in vergelijking met de start van de behandeling (respectievelijk  $\Delta: 3$  dagen ( $t: 3.1, p < .05$ ) en  $\Delta: 3$  dagen ( $t: 2.9, p < .05$ )). Geen significante verschillen tussen de verschillende meetmomenten werden gevonden voor studenten. Ook werden geen verschillen gevonden tussen ELP en GPZ.

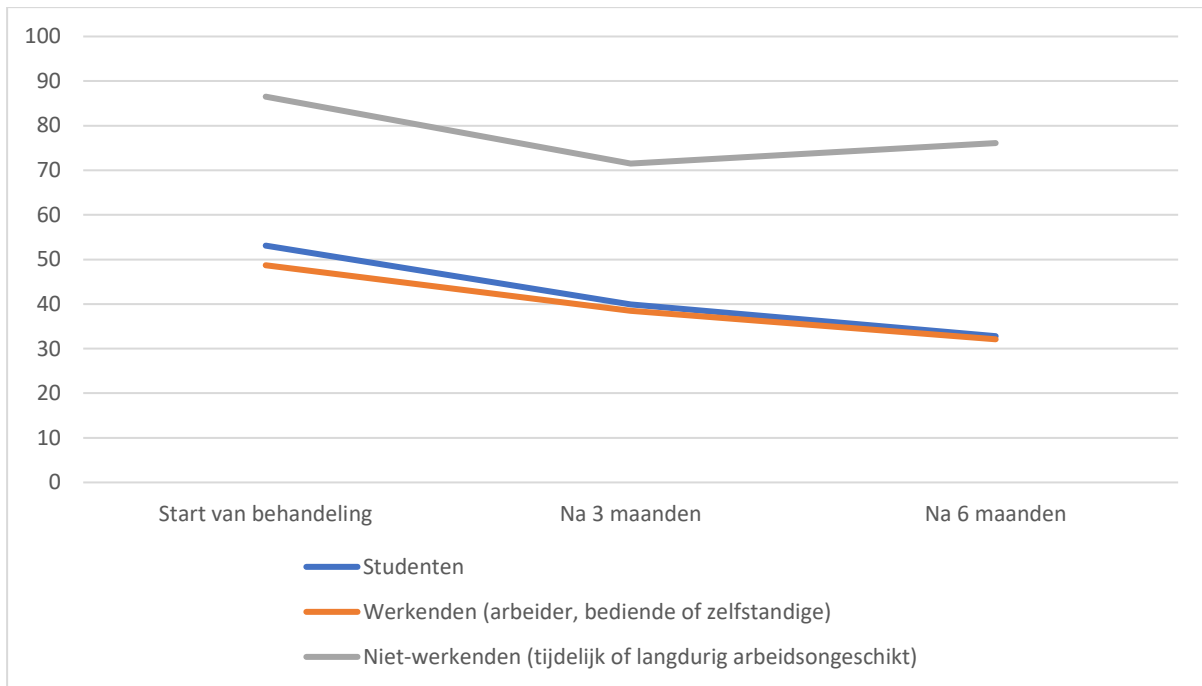
**Figuur 9.8 Dagen van minder functioneren bij de start van de behandeling en na 3 en 6 maanden bij studenten, werkende patiënten en niet-werkende patiënten**



Voor de berekening van presenteïsme werd gebruikt gemaakt van de groep patiënten die zowel op baseline (start behandeling) als na drie en zes maanden participeerde in de studie, met een maximum van 2 ELP- of GPZ-sessies op baseline.

Met betrekking tot de agregeerde WLD-index (combinatie tussen *absenteïsme* en *presenteïsme dagen*), zien we bij de start van de behandeling een significant verschil tussen werkende en niet-werkende patiënten (48.7% van de dagen op maandbasis versus 86.5%,  $Z: -11.0, p < 0.001$ ) (figuur 9.9, tabel 9.8 (Appendix A)). Ook na 3 maanden is dit significante verschil aanwezig (38.5% versus 71.7%,  $Z: -5.5, p < 0.001$ ). Na 6 maanden rapporteren de werkende patiënten een WLD-index van 32.1% versus 76.1% bij de niet-werkende patiënten ( $Z: -3.7, p < 0.001$ ). Waar we bij de niet-werkende patiënten een significante daling zien na 3 en 6 maanden ( $Z: 3.2, p < 0.001, Z: 3.2, p < 0.001$ ), is de significante daling bij werkenden afwezig. Wel blijft na zes maanden het significant verschil met betrekking tot de WLD-index tussen de werkenden en niet-werkenden aanwezig (15% versus 100%,  $Z: -3.71, p < 0.001$ ). Bij de studenten is een daling van het aantal dagen waarop zij niet in staat waren om deel te nemen aan schoolactiviteiten na 3 maanden (-24.8%) en na 6 maanden (38.2%), maar was ook deze niet significant.

**Figuur 9.9. ‘Werkverlies’ dagen (WLD-index) bij de start van de behandeling en na 3 en 6 maanden bij studenten, werkende patiënten en niet-werkende patiënten**



Voor de berekening van het percentage werkverliesdagen werd gebruikt gemaakt van de groep patiënten die zowel op baseline (start behandeling) als na drie en zes maanden participeerde in de studie, met een maximum van 2 ELP- of GPZ-sessies op baseline.

#### **Gesimuleerde ziekte winst op niveau van de conventie**

Eén dag absentie kostte de maatschappij in 2018 ongeveer 287 euro per persoon (SDWORX, 2018; RSZ, 2018). Wanneer we rekening houden met een inflatie van 10%, zou een dag absentie momenteel +/-316 euro per dag kosten. Gebaseerd op de EPCAP-data is 60.6% van de patiënten werkend (in loondienst of als zelfstandige), omgerekend ongeveer 90.000 behandelde patiënten op jaarbasis (RIZIV, 2023). Tegen de achtergrond dat onze longitudinale data tonen dat absentie na zes maanden na de start van de behandeling significant daalt met drie dagen bij werkende patiënten ( $t:2.4$ ,  $p<.001$ ) zou dit betekenen dat de conventie na zes maanden een ziekte winst oplevert van 948 euro per patiënt en +/- 85.3 miljoen euro voor de behandelde werkende patiëntenpopulatie in een gegeven jaar. Hoewel het in literatuur duidelijk is dat presentie maatschappelijk gezien belangrijker is dan absentie (Goetzel et al., 2004), is het moeilijker budgettair in te schatten dan absentie. Tegen de achtergrond dat presentie predictief is (met een factor van 2à3) voor later absentie (Janssens et al., 2013), kunnen we dus hypothetiseren dat de daling van presentie bij werkende patiënten die worden behandeld in het kader van de conventie een preventieve interventie is ten aanzien van latere ontwikkeling van absentie.

## **SAMENGEVAT**

- In vergelijking met de start van de behandeling rapporteren patiënten een significante daling van de impact van emotionele problemen na drie en zes maanden, zowel na ELP- als GPZ-behandeling;
- De veerkracht van patiënten stijgt significant voor ELP- en GPZ-patiënten. Met name de patiënten met stemmings- en angststoornissen rapporteren een stijging. Ook patiënten zonder psychische stoornis rapporteren een significante stijging van hun veerkracht;
- Absenteïsme en presenteïsme dalen na drie en zes maanden voor zowel studenten als werkenden. Patiënten die tijdelijk of langdurig arbeidsongeschikt, patiënten met een lage SES en patiënten met ernstige fysieke problemen rapporteren een groot aantal dagen per maand waarop zijn niet of zeer beperkt in staat zijn om deel te nemen aan het dagelijks functioneren, welke niet of zeer beperkt daalt na drie en zes maanden.

## HOOFDSTUK 10

### Jongeren binnen de eerstelijnspsychologische conventie

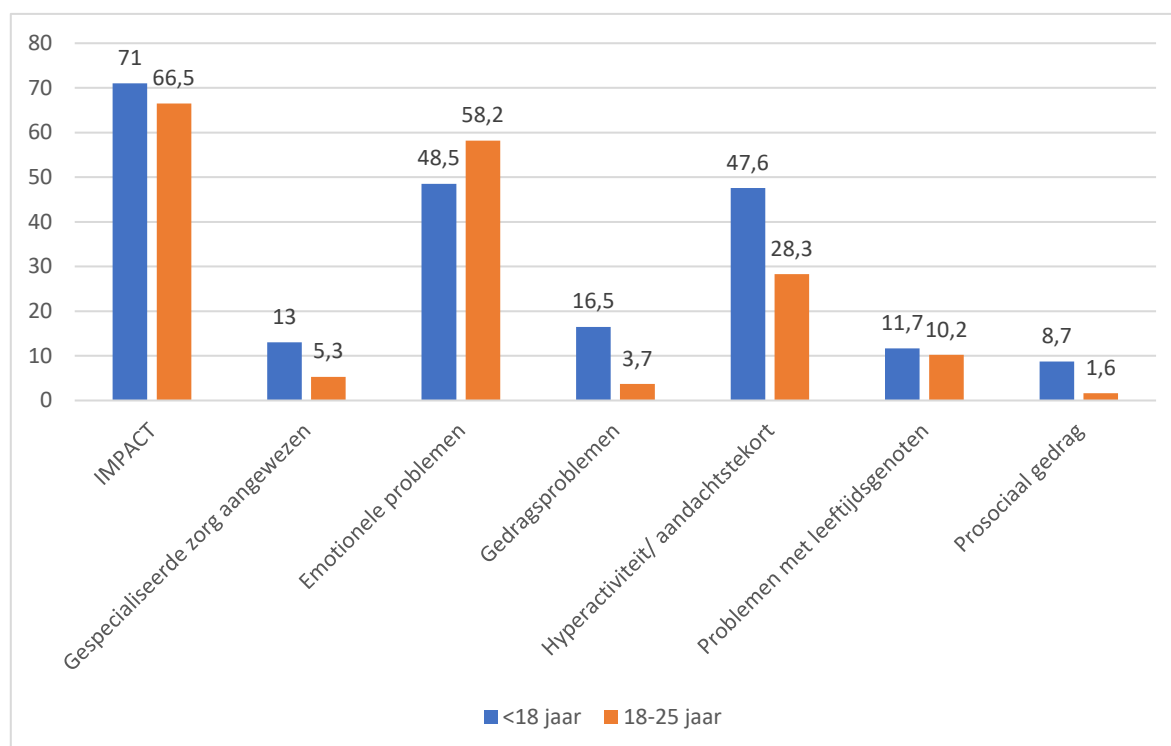
#### Inleiding

Zoals reeds aangegeven is de steekproef tussen de 11 en 17 jaar beperkt (N=114) en is een diepgaande analyse van deze steekproef van beperkte waarde inzake de algehele studiepoppulatie. Een beschrijving van deze steekproef genereert wel een eerste indruk en biedt de mogelijkheid om hypothesen te formuleren voor vervolgonderzoek inzake de klinische karakteristieken van deze patiëntenpopulatie onder de 18 jaar. De steekproef van jongeren tussen de 11 en 25 jaar is aanzienlijk groter (n=458) en zal in dit hoofdstuk nader toegelicht worden.

#### Sociodemografische karakteristieken

De gemiddelde leeftijd van de jongeren (11-25 jaar) binnen de studiepoppulatie is 20.2 jaar (SD 4.26), waarbij 24.9% onder de 18 jaar is. In totaal was 77.1 procent vrouw en volgt 24.6 procent lager onderwijs. Bijna twee derde van de jongeren woont thuis met beide ouders (64%) en mediaan hebben de jongeren 2 broers en/of zussen.

**Figuur 10.1. Percentage jongeren met verhoogde scores op de SDQ, per leeftijdscategorie**



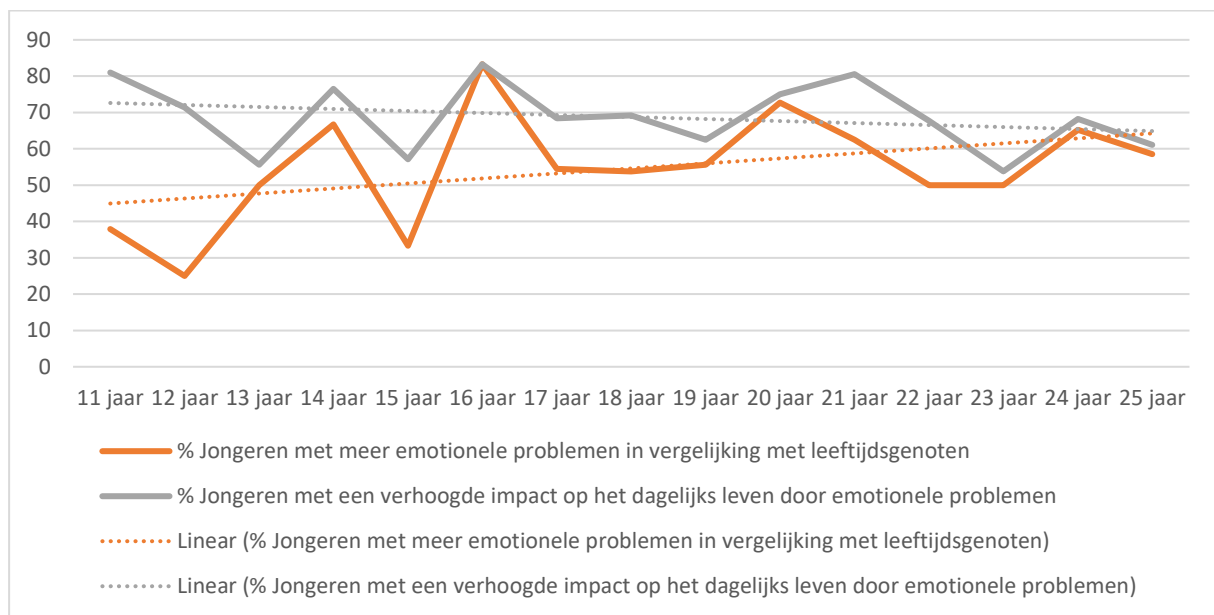
Percentage jongeren met verhoogde scores op de SDQ subschalen per leeftijdscategorie. Verhoogd= jongere rapporteert meer problemen in de betreffende subschaal in vergelijking met leeftijdsgenoten.

## Psychische welzijn

Meer dan de helft van alle jongeren (55.4%) haalt de klinische drempel van emotionele problemen bij de start van de ELP- of GPZ-behandeling, waarbij geen verschil zichtbaar is tussen beide behandelvormen (tabel 10.1, Appendix A). Meer jongeren van 18-25 jaar hebben emotionele problemen in vergelijking met de -18-jarigen, maar dat dit verschil is niet significant (58.2% versus 48.5%, OR: 0.7, CI 95%: 0.4-1.0) (figuur 10.1, tabel 10.2, (Appendix A)). Dit is wél het geval voor gedragsproblemen, waarbij bijna vijf keer meer jongeren onder de 18 jaar gedragsproblemen hebben in vergelijking met de jongeren van 18-25 jaar (16.5% versus 3.7%, OR: 5.0, CI 95%: 2.3-11.3) aan de start van de behandeling. Ook hebben jongeren onder 18 jaar meer hyperactiviteit en aandachttekortproblemen in vergelijking met jongeren van 18-25 jaar (47.6% versus 28.3%, OR: 2.2, CI 95%: 1.4-3.5).

Als we over de leeftijden heen kijken met betrekking tot de aanwezigheid van psychische problemen, zien we voor de totale score van de SDQ een significante dalende trend in functie van leeftijd ( $p < 0.05$ ) (figuur 10.2). Ook voor de impact op het dagelijks leven is deze trend aanwezig, echter is deze niet significant ( $p = 0.286$ ). Twee derde van alle jongeren (68%) ervaart meer impact van hun psychische problemen op het dagelijks leven in vergelijking met leeftijdsgenoten, waarbij we geen significant onderscheid zien tussen de verschillende leeftijden (figuur 10.1).

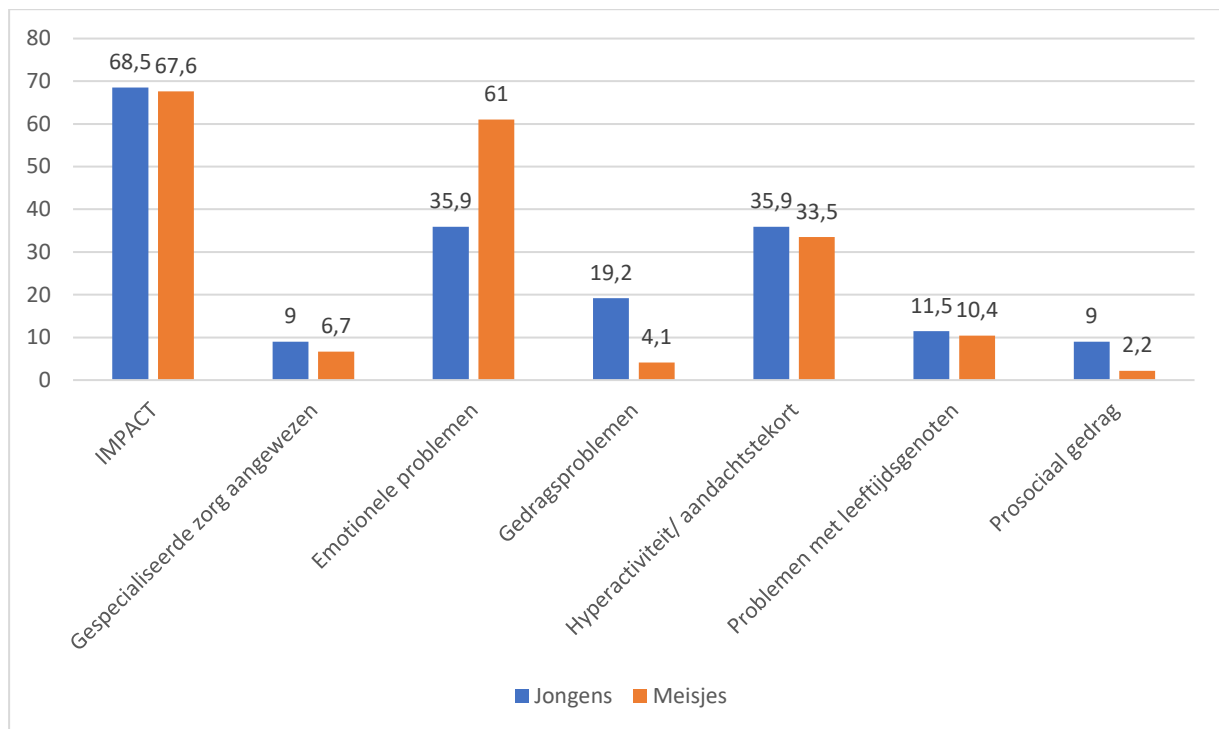
**Figuur 10.2. Prevalentie en impact van emotionele problemen, per leeftijd**



*Percentage jongeren een verhoogde score op de SDQ subschaal "Emotionele problemen" en "Impact" per leeftijd. De stippellijn geeft de trendlijn aan.*

**Geslachtsverschillen.** Waar de totale score op de SDQ niet verschilt tussen jongens en meisjes aan de start van de behandeling, is dit voor de subschalen wel het geval. Jongens rapporteren significant minder emotionele problemen dan meisjes (35.9 vs. 61.0%, OR:20.3, CI 95%: 0.2-0.7); jongens hebben meer gedragsproblemen in vergelijking met leeftijdsgenoten (19.2% versus 4.1%, OR: 5.0, CI 95%: 2.3-11.3) (figuur 10.3, tabel 10.3, Appendix A). Met betrekking tot psychische problemen zien we geen significante verschillen aan de start van de behandeling tussen jongeren die gebruik maken van eerstelijnspsychologische zorg (ELP) of gespecialiseerde psychologische zorg (GPZ), als ook niet tussen jongeren die al dan niet in het verleden reeds professionele hulpverlening kregen in het kader van psychische problemen (tabel 10.4, Appendix A).

**Figuur 10.3. Percentage jongeren met verhoogde scores op de SDQ, per geslacht**



*Percentage jongeren met een verhoogde score op de SDQ-schalen bij de start van de ELP- of GPZ-behandeling. Verhoogde score= jongere rapporteert meer problemen binnen betreffende (sub)schaal in vergelijking met leeftijdsgenoten.*

### Zorgtraject

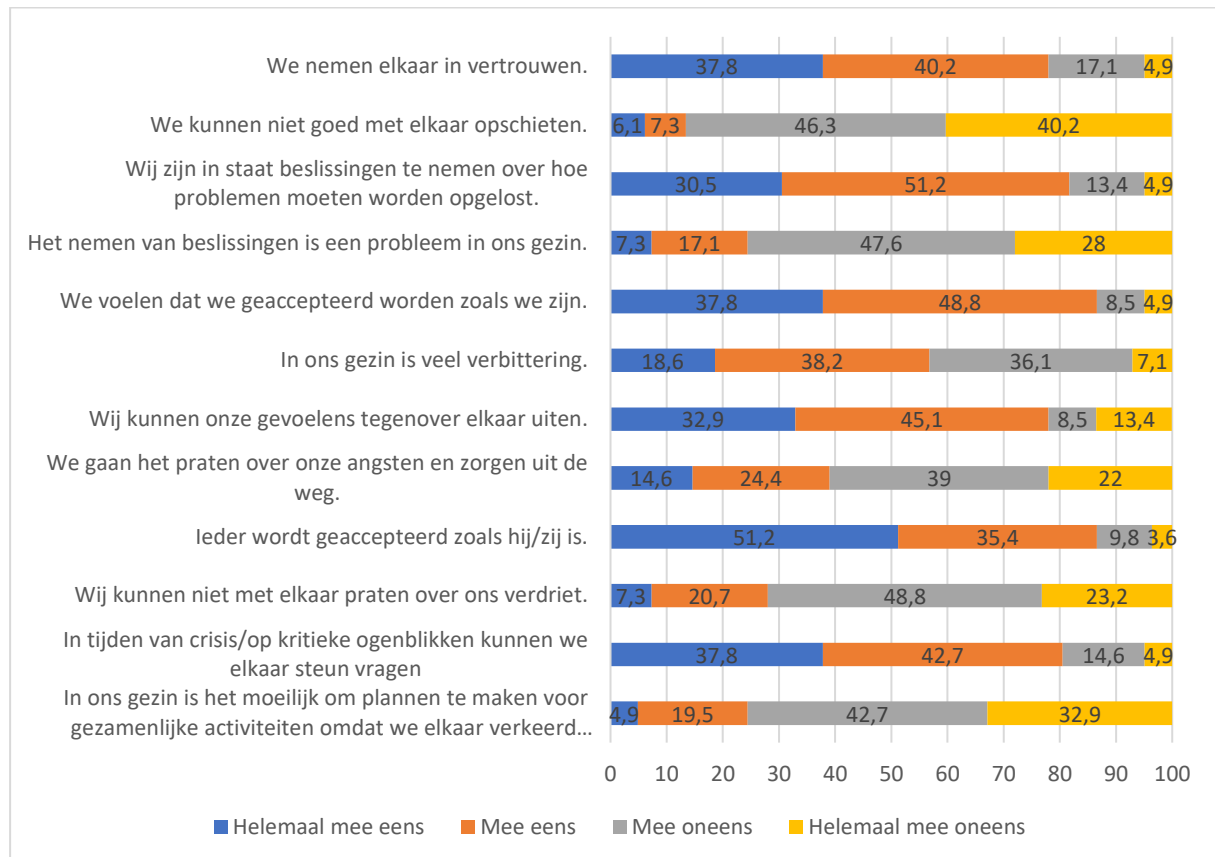
Twee derde (66.8%) van de jongeren tot 25 jaar werd behandeld door een eerstelijnspsycholoog, één derde door een gespecialiseerde psycholoog of orthopedagoog. Eén op de tien jongeren (10.3%) kreeg psychologische behandeling op een vindplaats en 1.1% kreeg de behandeling thuis. Voor bijna de helft (47.4%) van de jongeren is de ELP- of GPZ-behandeling de eerste kennismaking binnen de geestelijke gezondheidszorg. Van de andere helft van de jongeren had een zesde (16.9%) professionele ondersteuning in het kader van psychische problemen in de 12 maanden voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling. Een kwart van de jongeren (24.1%) kreeg reeds medicatie voorgeschreven, waarvan 84.6% in de laatste 12 maanden in het kader van psychische problemen en/of moeilijkheden. Alle jongeren waren op het moment van de baseline meting nog in behandeling bij de eerstelijnspsycholoog/ -orthopedagoog.

### Gezinsfunctioneren

De gemiddelde totaalscore op de Family Assessment Device (FAD), een 12-item vragenlijst over het gezinsfunctioneren, bedraagt 1.9 (SD 0.57) op een continuüm tussen de 1 en 4. Rekening gehouden wordt met een cut-off score van  $\geq 2$ , geeft 44% van de jongeren aan dat het functioneren van hun gezin in bepaalde mate als ongezond beschouwd kan worden. Meer specifiek beschrijft ongeveer één derde van de jongeren (11-25 jaar) veel verbittering binnen het gezin als ook dat het moeilijk is om te praten over verdriet binnen het gezin (figuur 10.5). Meer dan één derde van de jongeren geeft aan dat het praten over angsten en zorg binnen het gezin uit de weg wordt gegaan (39.0%). Anderzijds, en tegelijkertijd met het voorgaande, geven jongeren ook aan dat ze zich geaccepteerd voelen (88.6%), zowel als gezin door de buitenwereld als binnen het gezin door de andere gezinsleden. Daarnaast geeft het overgrote deel van de jongeren aan dat zij steun kunnen vragen wanneer zij dit nodig hebben binnen het gezin (79.8%), dat zij hun gevoelens kunnen uiten binnen het gezin (77.4%) en dat ze elkaar binnen het gezin in vertrouwen kunnen nemen (76.4%).

Jongeren een verminderd gezinsfunctioneren omschrijven bij de start van de ELP- of GPZ- behandeling rapporteren meer emotionelen problemen dan diegenen met minder/geen moeilijkheden in het gezinsfunctioneren (OR: 3.06, CI. 95%: 1.34-6.98). Er werden niet meer gedragsproblemen, hyperactiviteit of aandachtstekort of problemen met leeftijdsgenoten gerapporteerd ten opzichte van jongeren die geen of minder moeilijkheden in het gezinsfunctioneren rapporteerden (tabel 10.5, Appendix A).

**Figuur 10.5 Gezinsfunctioneren op basis van de Family Assessment Device (FAD)**



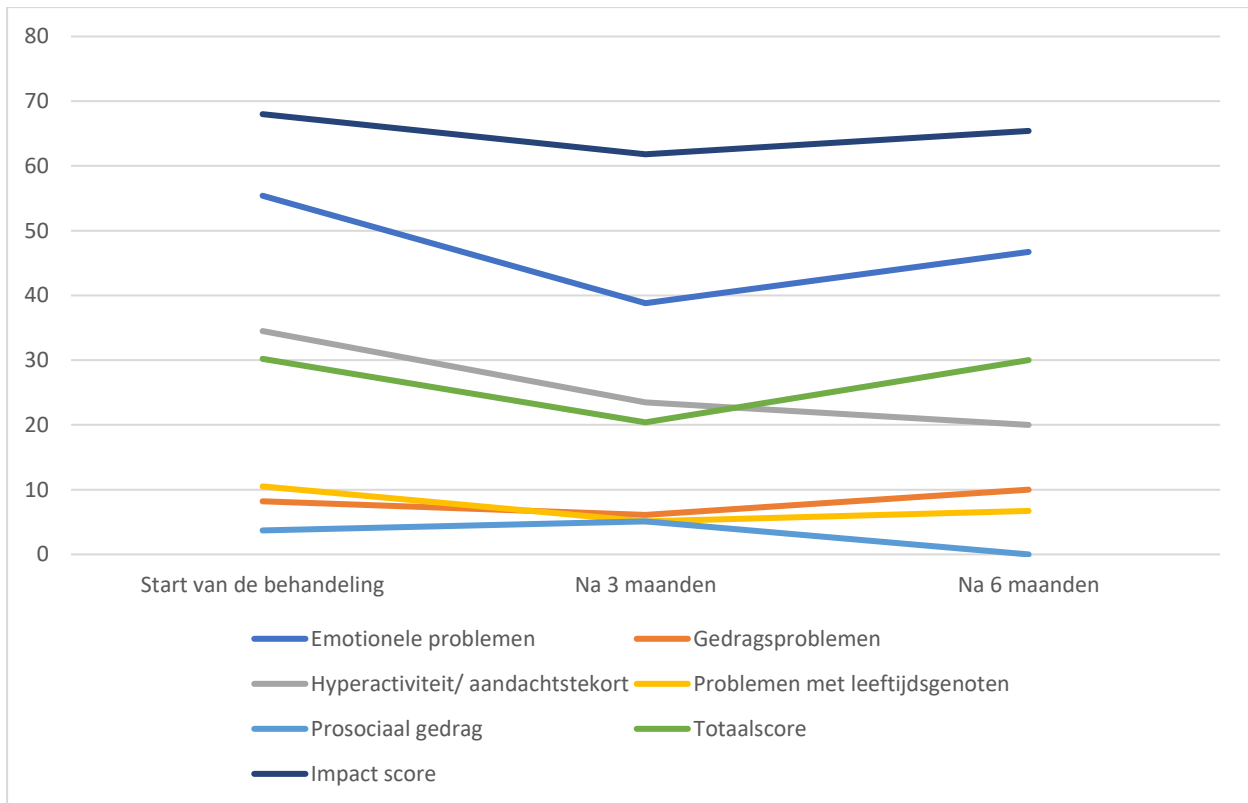
*Percentage jongeren (%) dat het helemaal eens tot helemaal oneens is op de verschillende facetten van het gezinsfunctioneren bij de start van de ELP- of GPZ-behandeling.*

### **Psychisch welzijn drie en zes maanden na de start van de behandeling**

Na drie maanden met een mediaan van zes ELP- of GPZ-sessies daalt het percentage jongeren die voldoet aan SDQ-emotionele problemen met 30% naar iets meer dan één vijfde (20.4%) maar is deze daling niet significant ( $Z:1.41, p:0.157$ ) (figuur 10.1., tabel # (Appendix A)). Na zes maanden stijgt dit percentage opnieuw naar 30% (+47%) maar ook hier is er geen significant verschil met de start van de behandeling. Ook de percentages jongeren met een verhoogde score op de subschalen laten geen significante dalingen zien over de periode van zes maanden. Wel zien we een significante daling van de gerapporteerde impact van emotionele problemen op het dagelijks leven van 3.8% na zes maanden ( $Z:2.12, p<.05$ ). Hierbij is er geen significant onderscheid tussen jongeren behandeld door een eerstelijnspsycholoog versus jongeren behandeld binnen de gespecialiseerde psychologische zorg. Hetzelfde werd gevonden inzake geslacht en leeftijd.



**Figuur 10.6. Evolutie in de prevalentie van emotionele problemen na drie en zes maanden bij jongeren van 11-25 jaar**



*Percentage jongeren met een verhoogde score op de SDQ-(sub)schalen per meetmoment. Verhoogde score= jongere rapporteert meer problemen binnen betreffende (sub)schaal in vergelijking met leeftijdsgenoten.*

### Zorggebruik na drie en zes maanden

Na drie maanden zijn alle jongeren nog in behandeling bij zijn of haar eerstelijns- of gespecialiseerde psycholoog. Na zes maanden geeft 66.7% van jongeren aan nog in behandeling te zijn, geeft 16.7% aan dat de behandeling gestopt is omwille van het maximumaantal sessies en is 16.7% vroegtijdig met de behandeling gestopt omdat hij of zij zich beter voelde. Na drie maanden geeft 75.0% van de jongeren aan tevreden tot zeer tevreden te zijn over de behandeling, wat stijgt naar 83.3% na zes maanden. Slecht 4.8% van de jongeren geeft aan dat de behandeling na drie maanden niet geholpen heeft, wat hetzelfde blijft na zes maanden.

## **SAMENGEVAT**

- Meer dan de helft van alle jongeren (55.4%) haalt bij aanvang van de ELP- of GPZ-behandeling de klinische norm voor emotionele problemen. Hierbij is er geen significant verschil in geslacht maar rapporteren de -18-jarigen significant meer emotionele problemen dan 18- 25-jarigen, i.c. meer gedragsproblemen en hyperactiviteit en aandachttekort. Deze emotionele problemen dalen níet significant na drie en zes maanden na de start van de behandeling;
- Voor 47% is ELP of GPZ de eerste professionele behandeling ooit voor emotionele problemen. Een kwart kreeg reeds eerder medicatie voorgeschreven;
- 2/3<sup>e</sup> van de jongeren wordt behandeld door een eerstelijnspsycholoog of -orthopedagoog, 1/10<sup>e</sup> wordt op een vindplaats behandeld;
- 2/3<sup>e</sup> van de jongeren rapporteert een grote impact van emotionele problemen op hun dagelijks leven, met een significante daling na drie en zes maanden na de start van de behandeling.

## DEEL IV

### RESULTATEN

#### **Plaats en functie van psychologische zorg in de eerste lijn**

---

*CHAPITRE 11 - Le processus d'implémentation de la nouvelle convention au travers des coordinateurs (de réseaux et locaux)*

*CHAPITRE 12 - Etude des profils et des pratiques des psychologues/orthopédagogues conventionnés dans les réseaux de santé mentale – Données quantitatives*

*CHAPITRE 13 - Etude des profils et des pratiques des psychologues/orthopédagogues conventionnés dans les réseaux de santé mentale – Données qualitatives*

*CHAPITRE 14 - Etude par focus groups sur l'expérience des psychologues/orthopédagogues conventionné(e)s dans un réseau de santé mentale adulte ou enfant/adolescent*

*HOOFDSTUK 15 - Goede praktijken in de psychologische zorg in de eerste lijn*

## CHAPITRE 11

### Le processus d'implémentation de la nouvelle convention au travers des coordinateurs (de réseaux et locaux)

---

#### Introduction

Au sein de cette section, les résultats issus des vingt focus groups menés auprès des coordinateurs dans les différents réseaux de santé mentale sont présentés. Quatre questions guident le cours de la discussion :

1. *Comment la fonction des coordinateurs est-elle décrite sur base de leur expérience ?*
2. *Quelles sont les étapes nécessaires mises en évidence par les coordinateurs dans la mise en œuvre et le déploiement de la seconde convention sur le terrain ?*
3. *Quels sont les partenaires clés actuels et ceux à envisager pour favoriser le travail en réseau ?*
4. *Quelles sont les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces que les coordinateurs associent à la convention ?*

Une analyse de contenu des focus groups a été réalisée en deux temps : une première analyse thématique de contenu a été réalisée pour chacun des entretiens effectués, et ensuite une analyse transversale ciblée sur les questions de recherche mettant en exergue les thèmes émergents qui seront développés et présentés ci-dessous.

#### La fonction des coordinateurs

Les coordinateurs (de réseau et local) se décrivent comme exerçant une **fonction transversale et diversifiée** allant d'un niveau plus micro au travers de contacts avec les acteurs sur le terrain, à un niveau plus macro relevant d'une réflexion globale sur l'offre existante. Cette couverture et ces actions multiniveaux nécessitent une intégration de ceux-ci, des aller-retours et la mise en liens de ces différents niveaux. L'ensemble des résultats souligne l'étendue des missions assignées aux coordinateurs ainsi que le développement continu de cette fonction au travers de leur pratique.

#### *Fonction de médiateur et de garant éthique*

Les coordinateurs sont des **agents porteurs d'un projet d'utilité publique** et garants de l'implémentation de la convention sur le terrain en donnant une direction aux suggestions qui peuvent être faites tout en conservant une perspective globale de la santé, et une perspective déstigmatisante vis-à-vis de la santé mentale.

Cela demande un **travail d'appropriation de la convention** afin de la communiquer, la rendre compréhensible avec un même niveau d'information pour l'ensemble des acteurs. Pour porter le projet dans son ensemble, ceux-ci traduisent les conceptualisations reprises dans la convention afin d'en faciliter la compréhension et l'adaptent au terrain concerné au travers d'exemples concrets. C'est dans cet ajustement entre la conceptualisation théorique du projet et sa mise en œuvre sur le terrain que le coordinateur bénéficie d'une certaine marge de créativité.

Le coordinateur incarne **la personne de contact détentrice de l'information officielle et des mises à jour** permettant de répondre aux questions des intervenants et acteurs sur le terrain. Ceux-ci se sentent ainsi responsables de l'information qui circule sur le projet et se veulent comme le média principal de l'information. Situés au carrefour entre les différents niveaux, ils peuvent alors relayer les difficultés inhérentes à la convention auprès des autorités afin de faire remonter les questionnements des professionnels pour apporter des réponses et poursuivre le travail d'élaboration et d'ajustement perpétuel de la convention.

### *Fonction de maillage*

Les coordinateurs adoptent une **perspective fédératrice afin de faire le lien** entre les acteurs. En outre, ils se présentent comme un support pour les partenaires en vue d'ouvrir le champ de la santé mentale à d'autres secteurs en s'assurant d'une cohérence dans la mise en place du projet sur l'ensemble du territoire concerné.

Pour répondre à cette mission et ce rôle de maillage, ils cartographient l'offre de services existante au sein du réseau et rencontrent les acteurs présents sur le terrain afin d'appréhender leurs missions et leurs tâches respectives. Ceci en vue de comprendre **les partenariats** à réaliser entre les services présents mais également les manquements éventuels à construire dans l'offre de soin proposée à la population. Les coordinateurs peuvent ainsi **faire émerger les besoins non-identifiés à partir du terrain, afin de favoriser un trajet de soin efficient pour les usagers en alliant les compétences locales des professionnels.**

Les coordinateurs de réseau doivent spécifiquement s'occuper de la mise en place de différents organes de concertations entre les partenaires en organisant et coordonnant les réunions du comité de réseau mais aussi de différents groupes de travail en lien avec la réforme. Ceux-ci assurent une perspective globale de la réforme et des différentes missions incluant notamment les soins psychologiques de première ligne.

Les coordinateurs et tout particulièrement les coordinateurs locaux exercent **un rôle de liaison** afin de favoriser l'intégration des psychologues dans d'autres lieux de vie. Les coordinateurs ont pour mission de recruter les psychologues et orthopédagogues conventionnés mais aussi de se montrer accessibles et joignables afin de les informer de la convention et dans un second temps de s'assurer de leur compréhension et de leur adhésion aux principes de la convention en leur fournissant un cadre structuré et sécurisant pour exercer. **Ils accompagnent les psychologues et orthopédagogues vers un changement de pratique** en redéfinissant le travail dans la première ligne au travers notamment d'interventions, de supervisions, de formations et de rencontres avec le réseau de soin existant.

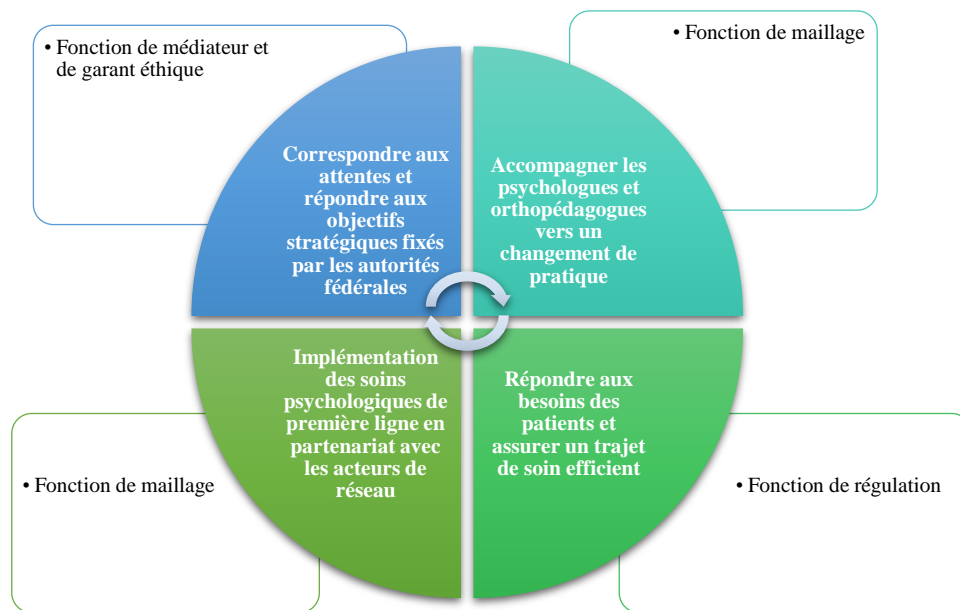
### *Fonction de régulation*

Les coordinateurs soulignent également leur rôle de **facilitateur dans la mise en œuvre de la convention** afin de la faire vivre sur le terrain. **Ceux-ci donnent l'impulsion et sont des « motivateurs » en allant vers les intervenants pour solliciter l'émergence du projet et repositionner les partenaires dans une position d'acteur au sein duquel chacun fait exister le « réseau ».**

La concrétisation et l'opérationnalisation de la convention sur le terrain nécessitent de la part des coordinateurs **l'instauration d'un cadre participatif** entre les acteurs et d'adopter une **attitude d'humilité** afin de faire émerger les connaissances des partenaires, d'assurer une place à chacun d'entre eux et d'offrir des espaces de régulation lorsque des tensions surviennent en replaçant notamment le patient comme étant l'objet central et commun de leurs préoccupations.

À d'autres occasions, ceux-ci interviennent pour désamorcer les enjeux stratégiques et les incompréhensions liées à la réforme et doivent s'imposer en tant que leader en refixant les priorités et en partageant les obligations fédérales. En effet, les coordinateurs doivent se conformer aux attentes des autorités fédérales en lien avec la convention, mettre en place les objectifs stratégiques demandés et transmettre les données en lien avec leur réseau permettant d'estimer son contingent. Les coordinateurs assurent ainsi une fonction administrative qui peut être perçue comme chronophage et contraignante par les agents. **Ce double positionnement envers les partenaires du réseau à la fois participatif et parfois contrôlant peut être vécu comme inconfortable et paradoxal.** Ils assument cependant ce double positionnement rendu possible lorsqu'une alliance et un lien de confiance mutuel a pu se construire avec les membres du comité de réseau.

**Figure 11.1. Les fonctions et missions des coordinateurs :**



### **Le processus d'implémentation de la seconde convention**

Les coordinateurs décrivent une approche exploratoire lors de la mise en place de la seconde convention, en s'appuyant sur les bases de la précédente pour construire ses fondements sur le terrain dans un contexte de surcharge de travail. Une coopération renforcée entre les réseaux enfants/adolescents et adultes se met rapidement en place entre les coordinateurs (de réseau et locaux) pour assurer une communication commune et cohérente entre les différents niveaux.

Après une première appropriation personnelle de la nouvelle convention, les coordinateurs sont allés à la **rencontre des partenaires du comité de réseau pour les aider à comprendre l'offre de soin** ; qui se montre dense, étoffée et floue ; afin de se l'approprier et permettre aux partenaires de l'intégrer sur le terrain. Cela peut se faire notamment grâce à la mobilisation importante de plusieurs groupes de travail impliquant différents partenaires nécessaires à sa mise en œuvre.

Les coordinateurs mènent **un recensement de l'ensemble des psychologues** exerçant sur le territoire en vue de leur transmettre les informations en lien avec la nouvelle convention au travers de différents canaux de communication (ex : sessions d'information), pour les psychologues et orthopédagogues cliniciens ainsi qu'une actualisation auprès des médecins généralistes.

Les coordinateurs s'inscrivent alors **dans une phase active de recrutement** avec en priorité un élargissement de l'offre à partir des psychologues et orthopédagogues préalablement conventionnés. Ensuite, une phase de recrutement a pris place avec une analyse des CV envoyés et une organisation des comités de sélections soumis à une évaluation continue. Les coordinateurs assurent une disponibilité à l'égard des psychologues, les rassurent quant à leur indépendance vis-à-vis des médecins et répondent à leurs préoccupations afin d'obtenir l'adhésion des professionnels.

**Ils envisagent de façon stratégique leurs actions sur le terrain en définissant leur cadre de travail, les acteurs à rencontrer ainsi que les liens à créer avec les psychologues/orthopédagogues en vue de déployer l'offre des soins psychologiques dans la première ligne.**

Ceci nécessite de **cibler les initiatives à mener et d'organiser des interventions mutuelles avec d'autres organisations** afin de **lever les résistances potentielles** des partenaires ciblés, de se monter à l'écoute de leurs missions et de coconstruire avec eux les bénéfices pouvant ressortir d'un projet commun.

Certains réseaux ont également mené parallèlement une analyse des besoins sur leur territoire afin d'identifier les groupes prioritaires et de proposer des soins correspondant aux besoins de leur population ainsi qu'une répartition de l'offre selon ses besoins.

Un **maintien des contacts est organisé avec les praticiens conventionnés** au travers de réunions d'information sur la convention continuellement ajustée, mais également d'intervisions et de supervisions restant une demande constante des intervenants. A ces occasions, les coordinateurs s'assurent de leur participation à la convention en les soutenant dans la mise en place et le développement du travail en réseau afin de créer une dynamique locale. Ils les aident également à sortir des contraintes administratives pour s'adapter à leur réalité sur le terrain et visent l'approfondissement des interventions.

Les coordinateurs ont également **informé l'ensemble des acteurs partenaires** avec notamment la réalisation d'un site web et de portails informatifs à leur intention, mais aussi en réunissant les acteurs concernés autour de la table, privilégiant le travail intersectoriel. L'idée sous-jacente étant de pouvoir coordonner les offres de soin entre elles et de s'inscrire avec cette convention à un niveau plus communautaire. Ceux-ci organisent alors des rencontres entre les différents acteurs, mais aussi avec les psychologues/orthopédagogues conventionnés afin de donner du sens aux projets à envisager et **concrétiser les apports d'un travail en réseau en les sensibilisant à l'étendue des actions possibles au travers de la convention, ainsi qu'aux nouvelles modalités d'intervention.**

Lors de nos rencontres, de nombreux réseaux étaient **en réflexion sur la façon de mettre en place au travers des psychologues et orthopédagogues conventionnés les séances en groupe**, tant sur les aspects opérationnels et organisationnels qu'en termes de contenu pour répondre aux besoins de la population.

### **Les partenaires clés dans le réseau**

Bien qu'il subsiste des difficultés en termes de disponibilités chez les médecins généralistes où la convention ne rencontre pas toujours leurs attentes et besoins, ceux-ci restent avec les maisons médicales des acteurs clés lors des prises en charge des patients dans la première ligne. Les psychiatres ne figurent pas dans les partenaires envisagés par les coordinateurs de réseaux.

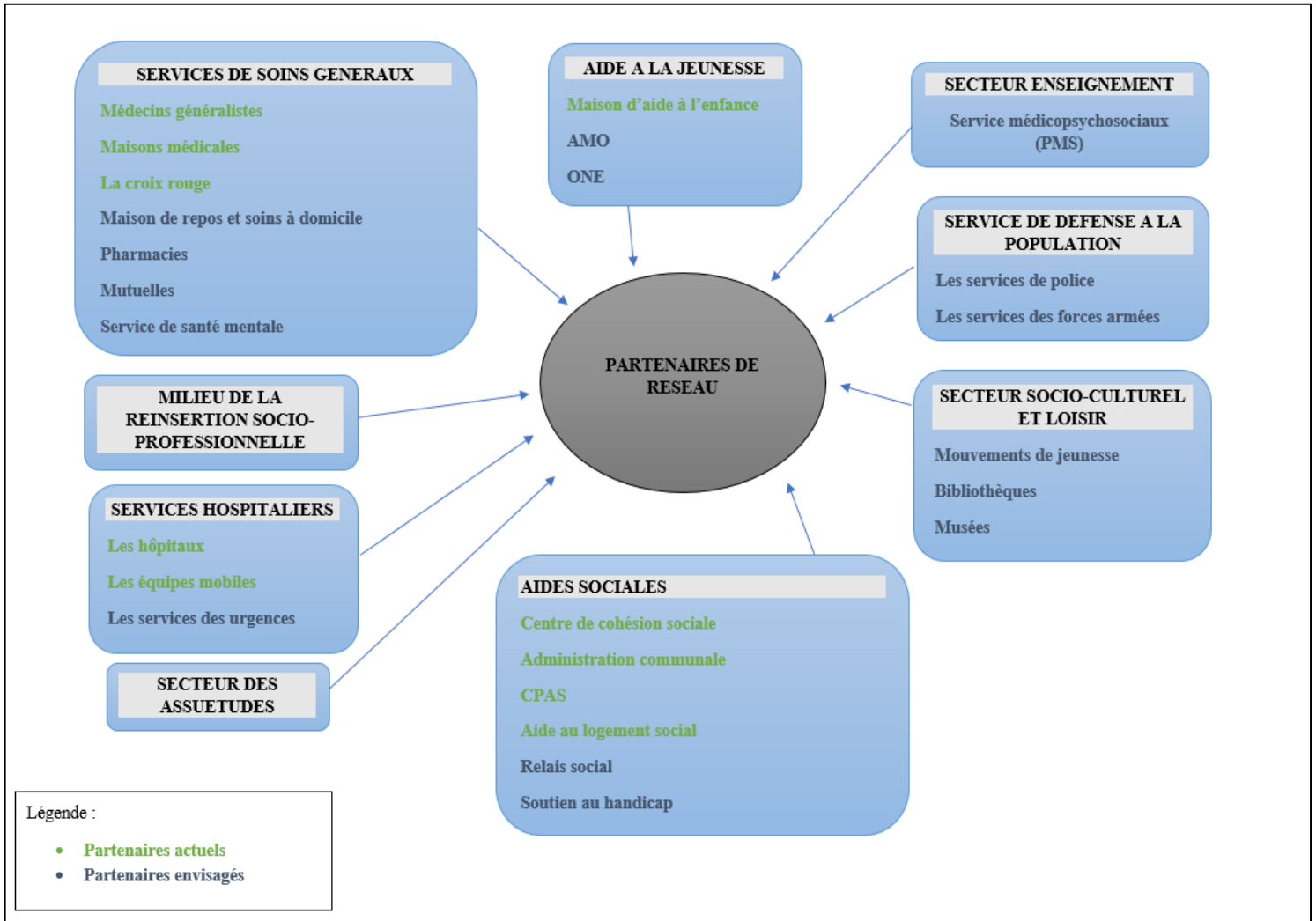
Il existe une faible mobilisation des services de santé mentale malgré l'engorgement de leurs consultations. Les coordinateurs soulignent que les résistances envers la convention s'atténuent au fil du temps avec une mobilisation et une volonté des acteurs de collaborer à celle-ci.

Pour atteindre les groupes cibles prioritaires, les équipes mobiles, les partenaires de soin à domicile ainsi que les intervenants auprès de la population migratoire et notamment les relais sociaux et les services d'aide au logement sont pris en considération et envisagés comme des partenaires essentiels pour le travail de terrain. Bien que les services en lien avec les assuétudes soient présents, les coordinateurs soulignent le manque d'intervenants dans ce secteur d'activité mettant par conséquent à mal leur mobilisation à intervenir au vu d'une pratique soutenue.

Les coordinateurs éprouvent des difficultés à mobiliser les acteurs en dehors de la santé mentale car certains partenaires se sentent notamment lésés au niveau financier. Les intervenants du milieu culturel, sportif et associatif constituent les partenaires envisagés par de nombreux réseaux avec la mise en place de projets dans leur plan stratégique pour développer de nouvelles collaborations ancrées à un niveau local en vue de collaborer avec tout acteur qui est face à un usager en difficulté

psychologique. Ainsi, la mobilisation des acteurs dont l'intérêt n'est pas directement la santé mentale représente un défi pour les réseaux.

**Figure 11.2. Schéma récapitulatif pour les partenaires actuels et envisagés**





## **Analyse SWOT : Forces-Faiblesses-Opportunités et Menaces associées à la seconde convention**

### *Les forces et ressources de la convention*

La convention permet d'instaurer une **vision holistique** des soins, axée sur une détection précoce et une **action préventive** des problèmes de santé mentale. Les coordinateurs et partenaires du réseau **trouvent du sens dans la mise en place de la convention qui est un outil de sensibilisation** de la population à l'importance de la santé mentale, et qui déconstruit progressivement les représentations négatives qui y sont associées. L'avenant de la convention est perçu comme une adaptation de la convention en **réponse aux besoins du terrain** qui ont été entendus par les politiques. L'introduction de la nouvelle convention participe également à **un sentiment de reconnaissance et de déstigmatisation de la profession du psychologue** au travers de son refinancement et des élargissements mis en œuvre.

Selon les coordinateurs, ce projet favorise **l'accessibilité financière** des soins psychologiques à une part de la population plus précarisée en offrant des **soins de proximité** à une propension plus large de patients avec **l'élargissement des tranches d'âge**. La suppression de la prescription médicale favorise cette accessibilité aux soins psychologiques dans la première ligne. Un des atouts majeurs de la convention est la **facilitation des collaborations** entre les professionnels et notamment des échanges plus fluides entre les médecins et les psychologues.

Les professionnels qui se sont conventionnés font part d'un investissement important dans la mise en place du projet avec une réelle **adhésion à la convention**. Il existe une volonté de la part de ces intervenants de se former notamment aux nouvelles pratiques associées et de **s'inscrire dans un réseau de professionnels**. Les nouvelles modalités d'intervention que sont l'outreaching et les séances en groupe sont perçues comme des moyens utiles et complémentaires pour aller à la rencontre des patients.

En tant que coordinateur, la **mise en fonction des coordinateurs locaux** a permis une nouvelle répartition dans le travail des réseaux de santé mentale avec une collaboration et un soutien apprécié entre eux. Au sein de ce travail, ceux-ci apprécient tout particulièrement la **marge de liberté, d'inventivité et de flexibilité** au travers de prise d'initiatives rendues possible grâce au soutien et à la confiance qu'ils ont pu construire avec les partenaires.

### *Les faiblesses et obstacles rencontrés*

Une faiblesse importante de la convention est **un manque de clarté dans les termes et définitions qui sont utilisés**, laissant généralement cours à de multiples interprétations et une instabilité dans les concepts suscitant de la confusion chez les professionnels. Il ressort notamment une incompréhension importante de la part des conventionnés dans la **distinction à faire entre les soins de première ligne et les soins spécialisés ainsi qu'envers la pratique d'outreaching**. **Les critères d'inclusion des patients au sein de la convention** restent également un élément critique pour les psychologues et orthopédagogues qui s'interrogent sur les facteurs de vulnérabilité à envisager ainsi que sur l'aspect arbitraire de ce choix entre eux. Les soins psychologiques de première ligne sont abordés de façon similaire pour la population adulte et pour celle des enfants/adolescents alors que le travail effectué se montre différent ; à savoir que **« la première ligne » ne fait pas référence aux mêmes lieux de vie ni aux mêmes partenaires potentiels dans le cadre de la prise en charge des enfants et des adolescents**.

**Le contexte d'implémentation de la convention** est également souligné comme ayant représenté un défi important pour les coordinateurs. La mise en œuvre de cette nouvelle convention et l'intégration des soins psychologiques de première ligne au sein des réseaux enfants/adolescents s'est réalisée pendant la pandémie de COVID-19 ne permettant pas de rencontrer les acteurs en présentiel pendant une longue période.

Ceux-ci font part de la pression ressentie lors de la mise en place de la convention sur le terrain dans une version non aboutie avec **des délais courts** et un **manque de travail préparatoire** vers cette transition ne permettant pas de répondre à chacune des demandes des autorités fédérales.

Le **manque de données objectives** est un défi majeur pour cette nouvelle convention. Face à cette impossibilité de se référer à un objectif chiffré en termes de but à atteindre, cela engendre des comparaisons entre les réseaux pour évaluer les pratiques sur leur territoire. En effet, de nombreuses inconnues subsistent dans le calcul de la convention, notamment le nombre de psychologues pouvant être recrutés et le nombre d'heures possibles pour un psychologue par patient.

Les coordinateurs éprouvent des **difficultés pour trouver des prestataires pour les réseaux enfants/adolescents** avec un manque de psychologues spécialisés dans ce domaine qui engendre davantage de double conventionnement. Ils recherchent **également à uniformiser l'offre de soin proposée** avec la nécessité pour l'avenir d'investir davantage certaines zones de leur réseau, restant moins développées par manque de lieux de consultation ou trop peu de psychologues disponibles. Cette mise en place de la convention a engendré avec elle **une lourdeur de la charge administrative** nécessitant du temps et un investissement important des coordinateurs pour répondre à des questions concrètes, tant chez les partenaires que chez les conventionnés en étant parfois dans l'impossibilité d'apporter des réponses.

Le **refinancement des intervenants** au sein de la nouvelle convention est envisagé comme un levier pour le recrutement des psychologues et orthopédagogues mais suscite également des tensions avec certains partenaires du réseau réticents face la convention, perçue comme entrant en concurrence avec leur pratique.

Vis-à-vis des patients, les praticiens font face à **un absentéisme fréquent** à leurs consultations et éprouvent une **difficulté à atteindre les groupes cibles prioritaires** ciblés par la convention notamment les personnes âgées ; ou à offrir des alternatives aux personnes non natives. La mise en place du bilan fonctionnel soulève encore de nombreuses questions et il faut parfois faire face à de mauvaises informations qui ont circulé à ce sujet et qui ont suscité des oppositions chez les psychologues. Ceux-ci soulignent également les **frais de déplacement non pris en compte lors de la mise en place de séances en outreaching** et la différence d'investissement que cela peut créer avec les autres formes de consultation.

Bien que l'offre des séances en groupe soit soulignée comme une force de la nouvelle convention, ceux-ci mettent également en évidence certaines limites dans son développement avec **une faible motivation des patients** envers cette dernière ainsi qu'un manque d'ajustement de l'application de facturation pour encoder l'ensemble des modalités possibles. De plus, la non-reconnaissance de certains co-animateurs potentiels et le financement de ces séances en groupe engendre des difficultés administratives.

#### *Les opportunités développées grâce à la convention*

L'implémentation de la convention amène avec elle la création **d'une histoire commune au sein des réseaux de santé mentale** entre les différents partenaires renforçant et facilitant les collaborations lors de projets communs. Ces collaborations menées en amont au sein du réseau sont des ponts établis qui **facilitent le réseautage et les partenariats éventuels** pour les psychologues et orthopédagogues conventionnés. Elle permet de réunir des partenaires d'horizons différents autour d'une table.

La **pluralité de modalités d'intervention** favorise une **ouverture et un changement des pratiques à l'égard de la santé mentale** en amenant progressivement les psychologues vers un travail en réseau et favorise une pratique de proximité avec l'introduction de l'outreaching. Dans ce sens, la rémunération prévue pour la réalisation d'autres missions est également envisagée comme une plus-value de ce projet.

**L'augmentation du nombre de séances possibles avec un patient et la complémentarité des interventions en groupe** sont autant d'opportunités que permet le nouveau cadre défini par la convention.

#### *Les menaces à long terme*

Il existe autour de la convention, **un problème dans la communication à la population avec des informations erronées, officiellement présentées dans la presse**, qui ont suscité des attentes ne pouvant être rencontrées actuellement au vu des ressources disponibles. Ces erreurs de communication engendrent également une confusion auprès des professionnels avec une contradiction entre les informations fournies aux coordinateurs de réseau et les coordinateurs locaux. En outre, les coordinateurs soulignent des difficultés dans la collaboration avec les cercles professionnels des psychologues qui communiquent une version personnelle de la convention auprès des intervenants, et participent ainsi à **la pluralité des interprétations et informations véhiculées autour du projet**. Cette confusion se propageant à différents niveaux risque de décrédibiliser le rôle de coordinateur en tant qu'interlocuteur auprès du terrain.

Il existe un décalage entre les plans politiques et la mise en place sur le terrain. Les coordinateurs soulignent la présence **d'injonctions paradoxales** formulées à leur égard par les autorités fédérales avec des objectifs de rendement et une pression temporelle exercée lors de sa mise en œuvre qui a engendré un recrutement peu sélectif des psychologues/orthopédagogues conventionnés.

Les **limites budgétaires** mettent également les réseaux sous pression et amènent à une restriction du nombre de psychologues/orthopédagogues conventionnés ou des diminutions du nombre d'heures attribuées à chacun. Ainsi, il est difficile pour eux de trouver **le bon équilibre entre le développement des stratégies de communication pour augmenter la visibilité du projet au sein de leur réseau et la crainte d'une saturation du budget**.

Il plane autour de la convention **des incertitudes liées à la pérennisation du projet** qui amène des inquiétudes tant chez les coordinateurs que chez les partenaires du réseau pouvant mettre en péril les collaborations et projets développés sur le long terme. D'autre part, **les changements répétés au sein de la convention engendrent une instabilité autour du projet** venant influencer les liens de confiance construits avec les partenaires et leur évolution ainsi que la distinction entre les informations officielles et officieuses.

Les coordinateurs accordent **une attention particulière au nombre de psychologues et orthopédagogues conventionnés disponibles au sein de leur réseau**. En effet, ceux-ci observent une **sollicitation importante des conventionnés** actuels impliquant des listes d'attente pour les patients, ce qui va à l'encontre des principes de la convention. En outre, le passage de quatre à huit heures minimum par professionnel a suscité le départ de nombreux psychologues et d'autres rencontrent des difficultés d'ordre administratif pour l'obtention de l'agrément, condition nécessaire à un éventuel conventionnement au sein d'un réseau de santé mentale.

- Perspective holistique des soins
- Action préventive en santé mentale
- Outil de sensibilisation et déstigmatisation
- A l'écoute des besoins du terrain
- Reconnaissance du métier de psychologue
- Accessibilité financière des soins
- Soins de proximité
- Facilitation des collaborations entre professionnels
- Investissement et adhésion des conventionnés
- Meilleure répartition du travail avec les coordinateurs locaux
- Marge de liberté et d'inventivité laissée aux coordinateurs dans

## FORCES

## OPPORTUNITÉS

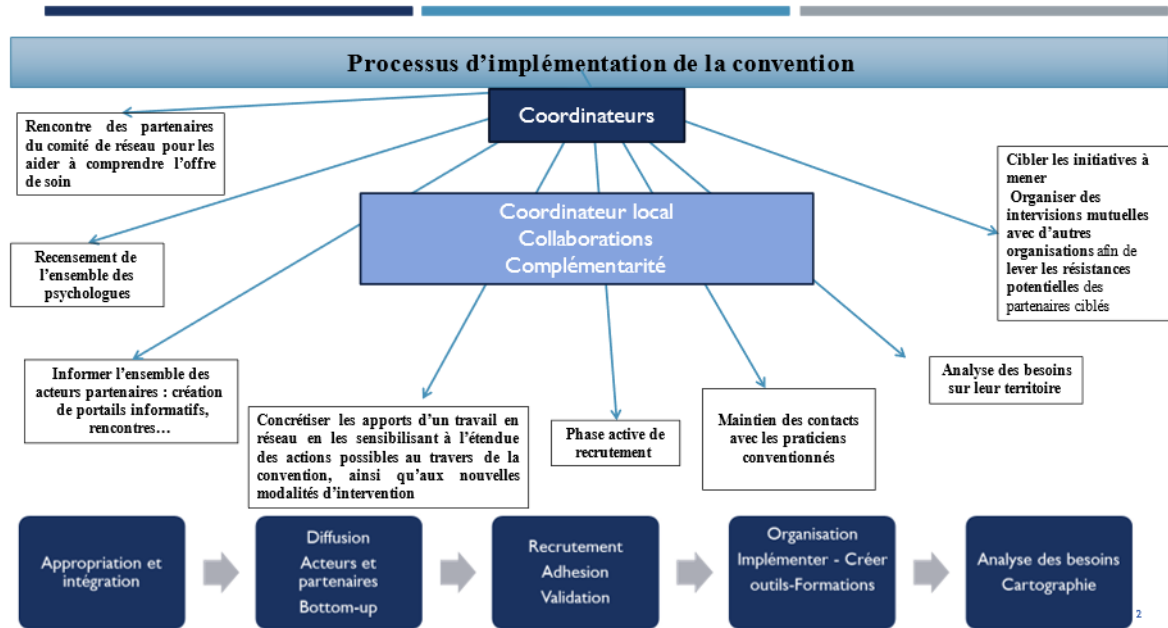
- Développement d'une histoire commune au sein des réseaux de santé mentale
- Facilitation des réseautages et partenariats éventuels
- Ouverture vers une pluralité des modalités d'intervention
- Accompagnement vers un changement de pratiques en santé mentale
- Augmentation du nombre de séances possibles pour les patients
- Complémentarité de l'offre en groupe

- Manque de clarté dans les définitions utilisées
- Distinction entre les soins de première ligne et les soins spécialisés suscite de l'incompréhension
- Choix arbitraire d'inclusion des patients entre les professionnels
- Contexte d'implémentation de la convention pendant la pandémie COVID-19
- Délais courts et manque de travail préparatoire lors de la mise en œuvre de la convention
- Difficulté à trouver des prestataires pour les réseaux enfants/adolescents
- Manque de données objectives en lien avec la convention
- Manque d'uniformité dans le déploiement de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire
- Lourdeur de la charge administrative
- Refinancement des psychologues peut susciter des tensions dans les partenariats
- Absentéisme des patients aux consultations
- Atteindre les groupes cibles prioritaires ciblés par la convention
- Les frais de déplacement non compris dans le financement des séances

## FAIBLESSES

## MENACES

- Mauvaise communication faite auprès de la population autour du projet
- Pluralité des interprétations et des informations véhiculées
- Injonctions paradoxales à l'égard des coordinateurs
- Limites budgétaires mettant les réseaux sous pression
- Incertitudes quant à la pérennisation du projet
- Changements répétés de la convention qui amène à une instabilité et de la confusion
- Sollicitation importante des praticiens conventionnés qui engendrent des listes d'attente
- Difficultés administratives limitant les possibilités de conventionnement



## RÉSUMÉ

- Le processus d'implémentation de la convention (et de ses évolutions) est activé par les coordinateurs à partir des stratégies d'information et de communication auprès des PPL et des acteurs de première ligne visant à la compréhension, la réappropriation et l'opérationnalisation de la convention par les PPL et les partenaires de réseau ;
- Le fonctionnement en complémentarité des coordinateurs de réseau et des coordinateurs locaux optimise le processus d'implémentation et de développement des partenariats ;
- Les fonctions des coordinateurs sont multiples (maillage, liaison, régulation, médiateur, ..), ils assurent la cohérence globale et la congruence de la mise en œuvre de la convention au sein de leur réseau, ainsi que l'accompagnement vers les nouveaux paradigmes de la convention et les nouvelles logiques et pratiques de soins psychologiques;
- Les coordinateurs ont un rôle essentiel dans la mise en œuvre à court et à moyen terme de la convention et des pratiques de soins psychologiques de première ligne.

## CHAPITRE 12

### Etude des profils et des pratiques des psychologues/orthopédagogues conventionnés dans les réseaux de santé mentale – Données quantitatives

#### Introduction

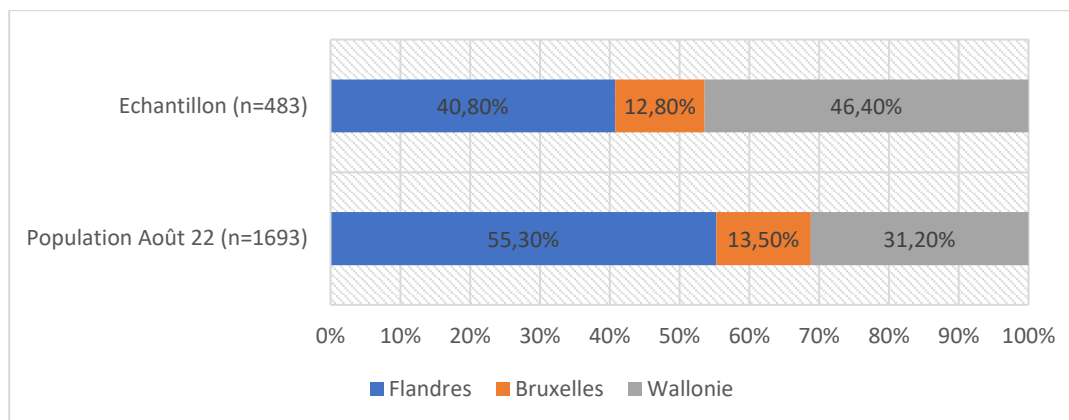
Un questionnaire en ligne a été diffusé entre le 10 janvier 2023 et le 31 janvier 2023 dans l'ensemble des réseaux de santé mentale (adulte et enfants/adolescents) en Belgique. La diffusion de l'enquête en français ou en néerlandais a été effectuée par l'intermédiaire des coordinateurs de réseau auprès des psychologues/orthopédagogues conventionnés dans leur réseau respectif. Des emails standardisés donnant accès au questionnaire ont été envoyés aux psychologues et orthopédagogues par le biais des coordinateurs de réseau et locaux. L'objectif de cette étude était d'approcher la diversité des pratiques mises en œuvre au sein de la convention, leurs collaborations interprofessionnelles ainsi que leur satisfaction et leurs besoins envers la convention.

#### Echantillon

À l'issue de la mise en ligne du questionnaire le 31 janvier 2023, un total de 613 répondants est obtenu dont 286 en néerlandais et 327 en français. Notre échantillon se compose quant à lui de 483 répondants. Les participants ayant répondu à moins de 40% du questionnaire ont été exclus des analyses.

La répartition par région de notre échantillon se compose d'un peu moins de la moitié de professionnels exerçant en région Wallonne, d'un peu plus de dix pour cent en région Bruxelloise et de quarante pour cent en région Flamande. La comparaison de ces pourcentages avec ceux issus de la population recensée au mois d'août 2022 met en évidence une différence significative hormis pour la région bruxelloise. Nous relevons qu'une différence d'environ 10% existe dans la représentation des psychologues/orthopédagogues conventionnés concernant les deux régions principales.

**Figure 13.1. Représentation par régions**



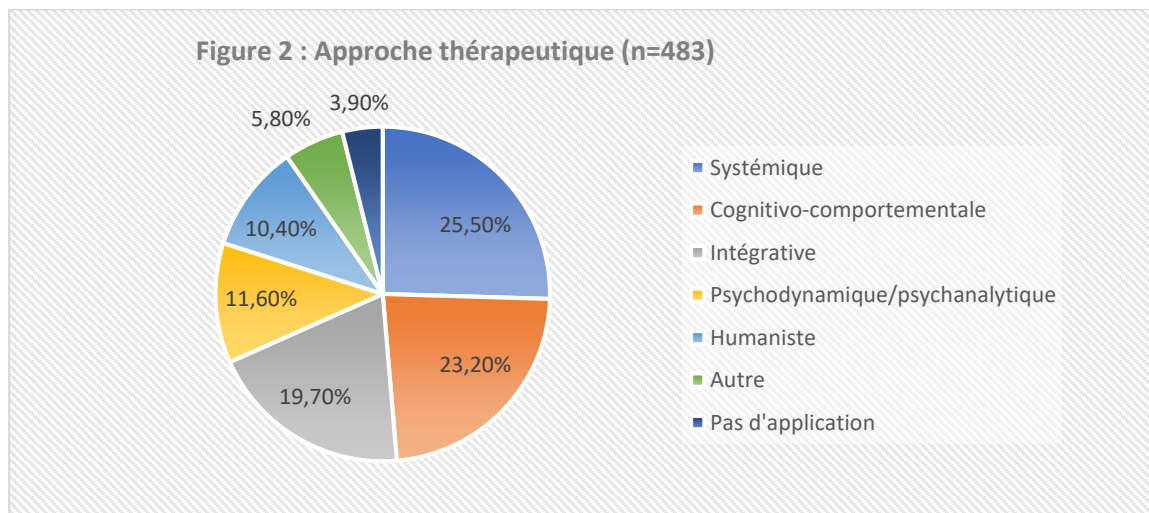
### Données socio-professionnelles

Les psychologues et orthopédagogues conventionnés (n=483) sont majoritairement (84.1%) des femmes âgées en moyenne de 43 ans ( $x=43.01$  ;  $\min=23$  ;  $\max=76$  ;  $\sigma=10.64$ ) avec une expérience en tant que praticien consultant de 13 ans en moyenne ( $x=13.23$  ;  $\min=0$  ;  $\max=49$  ;  $\sigma=9,39$ ). Les professionnels sont pour la quasi-totalité des psychologues (92.1% ; n=445) de formation mais ceux-ci reprennent également une petite participation des d'orthopédagogues (7.9%) au sein de la convention.

### Approches thérapeutiques

De façon similaire à la première convention, les résultats mettent en évidence une diversité des approches thérapeutiques privilégiées par les professionnels. Néanmoins, une majorité des professionnels s'inscrivent principalement dans une approche systémique (25.5%), une approche cognitivo-comportementale (23.20%) ou une approche intégrative (19.70%) lors de leur prise en charge. Un peu moins d'une trentaine de professionnels (5.8%) font référence à d'autres orientations thérapeutiques telles que la neuropsychologie, les thérapies en lien avec le traumatisme, l'EMDR, les thérapies brèves et les thérapies orientées solution.

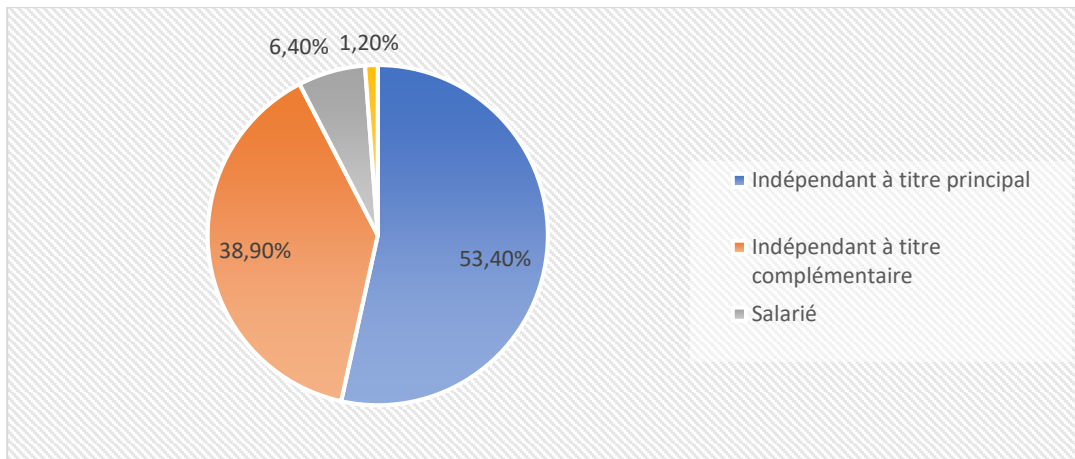
Figure 12.2. Approche thérapeutique (n=483)



### Statut professionnel

Les psychologues et orthopédagogues conventionnés (n=483) sont pour la majorité d'entre eux soit des indépendants exerçant à titre principal (53,4%) ou des indépendants à titre complémentaire (38,9%). Seul une petite minorité d'entre eux (6,4%) exercent sous un statut de salarié ou autre au sein de la convention.

**Figure 12.3. Statut professionnel en tant que psychologues/orthopédagogues conventionnés (n=483)**



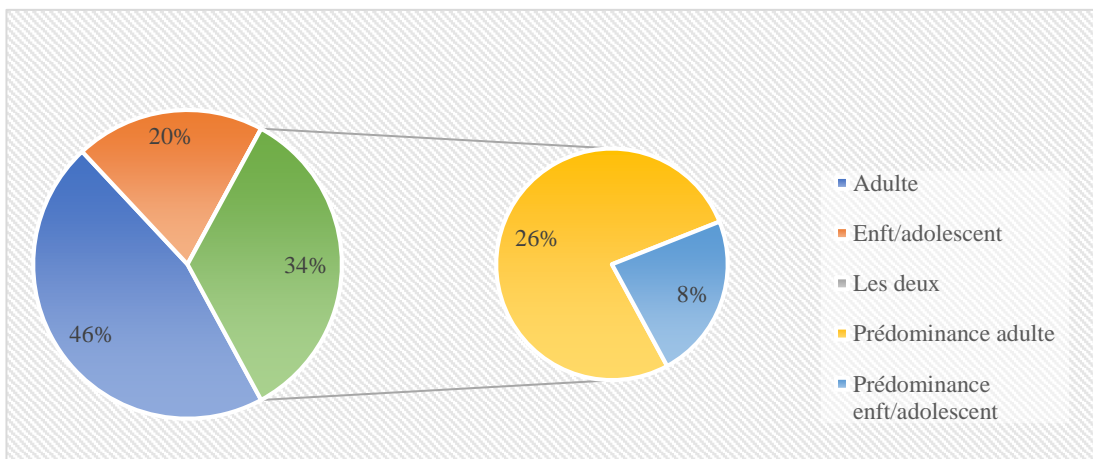
**Modalités de conventionnement chez les praticiens et patientèle**

*Type de réseau : réseau adulte et enfant/adolescent*

Sur l'ensemble des professionnels repris dans notre échantillon (n=483), un peu moins de la moitié d'entre eux (46%) sont conventionnés uniquement dans un réseau adulte, un peu plus d'un tiers (34,2%) sont conventionnés dans les deux types de réseau, et seul un cinquième d'entre eux exercent exclusivement au sein d'un réseau pour les enfants/adolescents.

Pour les praticiens conventionnés au sein des deux types de réseau de santé mentale (n=165), la majorité d'entre eux ont une pratique plus importante (en termes de temps) auprès des adultes (77%).

**Figure 12.4. Conventionnement dans les réseaux de santé mentale (n=483)**



Sur l'ensemble des praticiens exerçant principalement auprès des adultes (n=349), une majorité d'entre eux (87,4%) sont conventionnés auprès d'un seul réseau de santé mentale. Seul un peu plus de dix pour cent d'entre eux (12,6%), ont également une pratique dans un second réseau de santé mentale. Ceci se retrouve de façon d'autant plus importante chez les psychologues et orthopédagogues ayant une pratique plus importante auprès des enfants/adolescents (n=134), la quasi-totalité (93,3%) d'entre eux se sont conventionnés auprès d'un seul réseau de santé mentale.

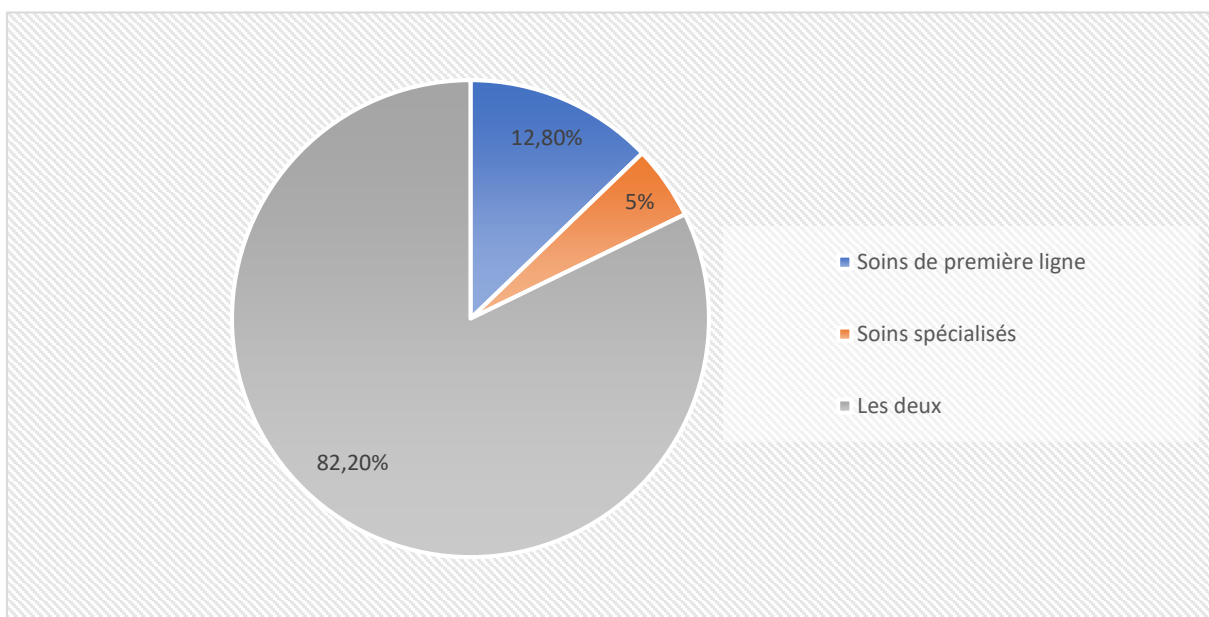
*Modalités de soins : soins de première ligne et soins spécialisés*

Concernant les modalités de soins reprises dans la convention (n=483), la majorité des professionnels conventionnés (82,2%) le sont pour les deux modalités de soin (soins de première ligne et spécialisés).



Cette répartition n'est pas statistiquement différente en fonction du type de réseau d'inscription ( $\chi=3,634$  ;  $dl=2$  ;  $p=0,163$ ).

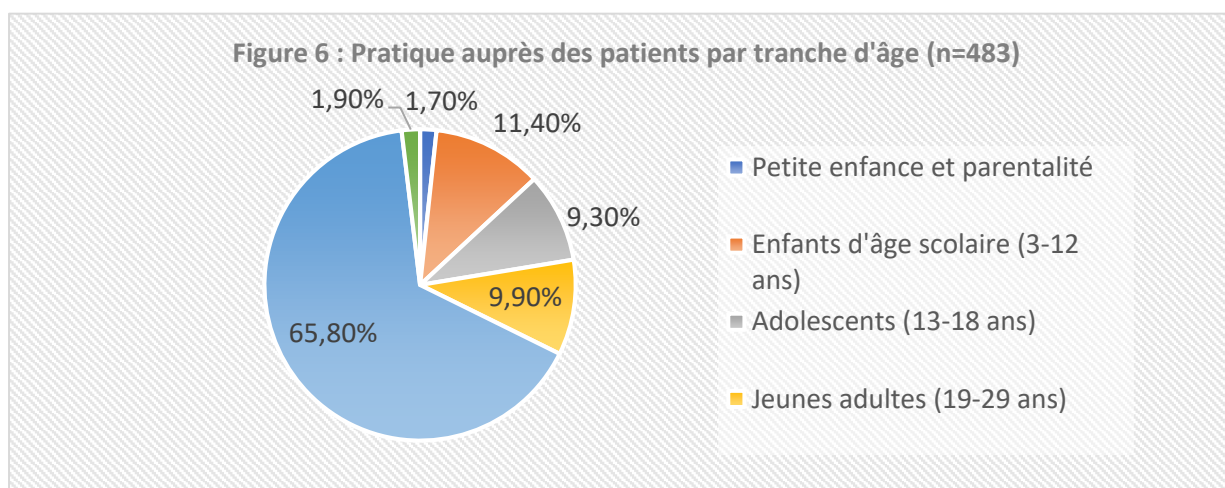
**Figure 12.5. Type de soins repris dans la convention des praticiens (n=483)**



#### *Patientèle par tranche d'âge*

Lorsque nous interrogeons les professionnels sur leur pratique habituelle, plus de la moitié (65.8%) des psychologues et orthopédagogues conventionnés (n=483) mentionnent exercer la plus grande part de leur temps auprès de patients adultes âgés entre 30 ans et 63 ans. Peu d'entre eux pratiquent habituellement auprès d'enfants (11,40%) ou d'adolescents (9,30%). Une très faible proportion de professionnels décrit avoir une pratique centrée sur la parentalité et les enfants en bas âge (1,70%) ou encore auprès des personnes âgées (1,9%).

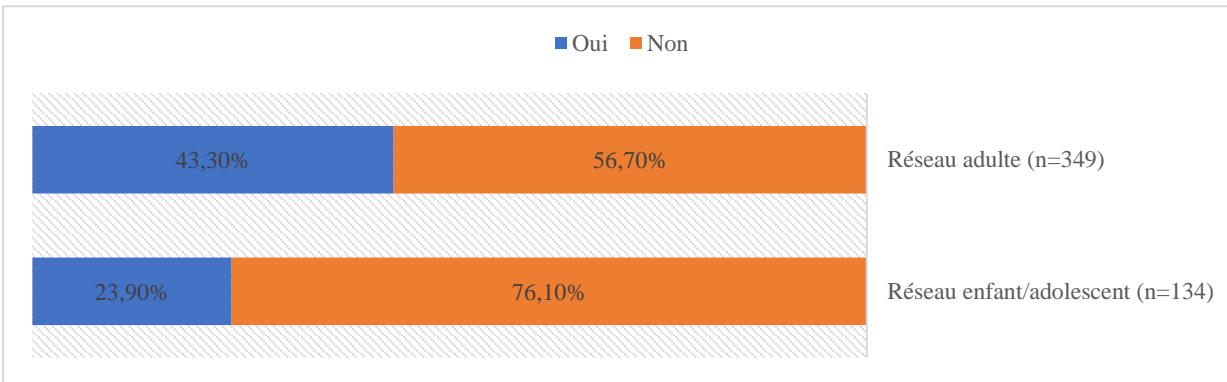
**Figure 12.6. Pratique auprès des patients par tranche d'âge (n=483)**



#### *Expérience au sein de la convention*

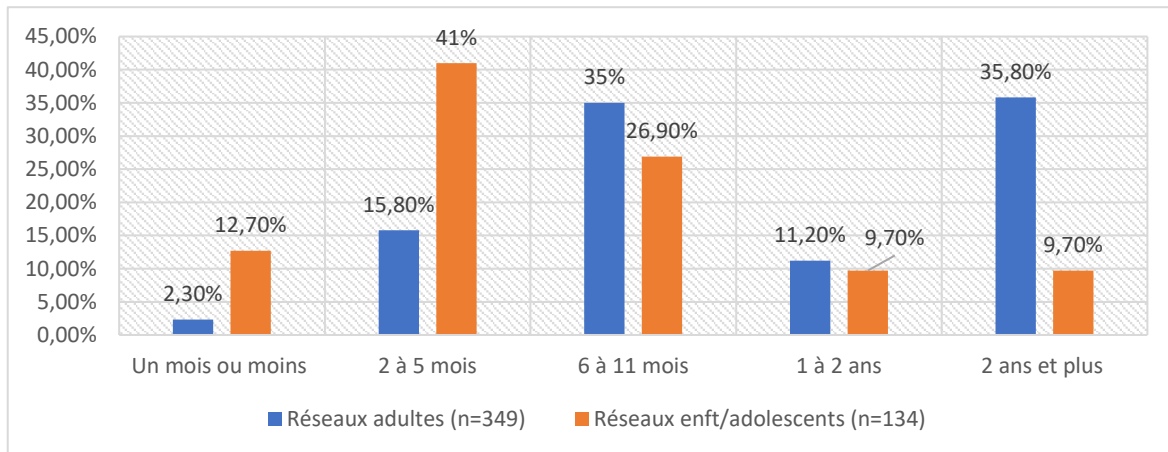
Un peu moins de la moitié des psychologues/orthopédagogues (43,30%) pratiquant majoritairement dans un réseau adulte étaient déjà présents lors de la première convention alors qu'une majorité des professionnels (76,10%) exerçant principalement dans un réseau enfant/adolescent viennent de rejoindre la nouvelle convention.

**Figure 12.7. Participation à la première convention selon le type de réseau de santé mentale**



L'expérience des professionnels au sein de la convention diffère significativement en fonction du type de réseau de santé mentale au sein duquel ils exercent de façon prédominante ( $\chi=59,160$ ;  $df=4$  ;  $p<0,001$ ). La majorité des psychologues et orthopédagogues qui consultent auprès des adultes ont une expérience de la convention comprise entre 6 mois et plus de deux ans alors que la proportion la plus importante des psychologues et orthopédagogues pratiquant dans un réseau enfant/adolescent ont une expérience plus récente de ce projet allant d'un mois à un peu moins d'une année.

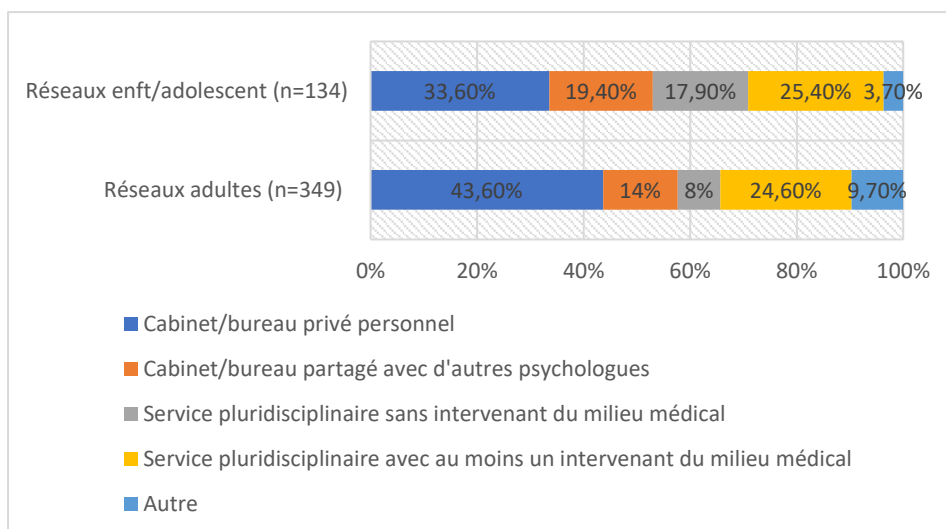
**Figure 12.8. Expérience au sein de la convention selon les réseaux**



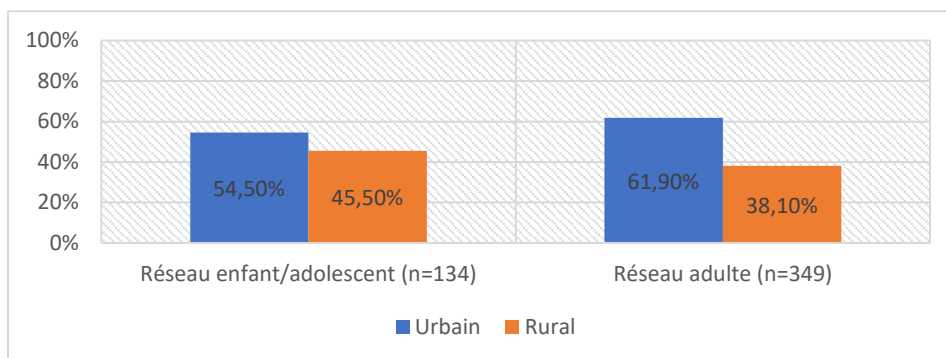
***Environnement de travail des psychologues/orthopédagogues conventionnés***

Les professionnels exercent principalement dans un bureau privé/personnel ou dans un service pluridisciplinaire avec au moins un intervenant du milieu médical. Le lieu d'exercice des praticiens diffèrent significativement en fonction du type de réseau au sein duquel ils exercent majoritairement ( $\chi=17,299$  ;  $df=4$  ;  $p=0,002$ ). Cependant, la force de cette relation est très faible (V de Cramer= 0,189 ;  $p=0,002$ ). Les psychologues et orthopédagogues conventionnés dans au moins un réseau enfant/adolescent se montrent davantage présents dans les services pluridisciplinaires sans intervenant du milieu médical. D'autres lieux d'exercice sont également décrits par les intervenants tels que le domicile de leurs patients, les maisons de repos, les maisons médicales, la location de locaux dans une administration communale ou au CPAS/OCMW ou encore une pratique combinée dans différents lieux d'exercice. Concernant l'environnement physique, il existe une légère prédominance de leur présence au sein de l'environnement urbain. Néanmoins, cette différence n'est pas statistiquement significative ( $\chi=2,214$ ;  $df=1$  ;  $p=0,137$ ).

**Figure 12.9. Environnement de travail des professionnels selon le type de réseau**



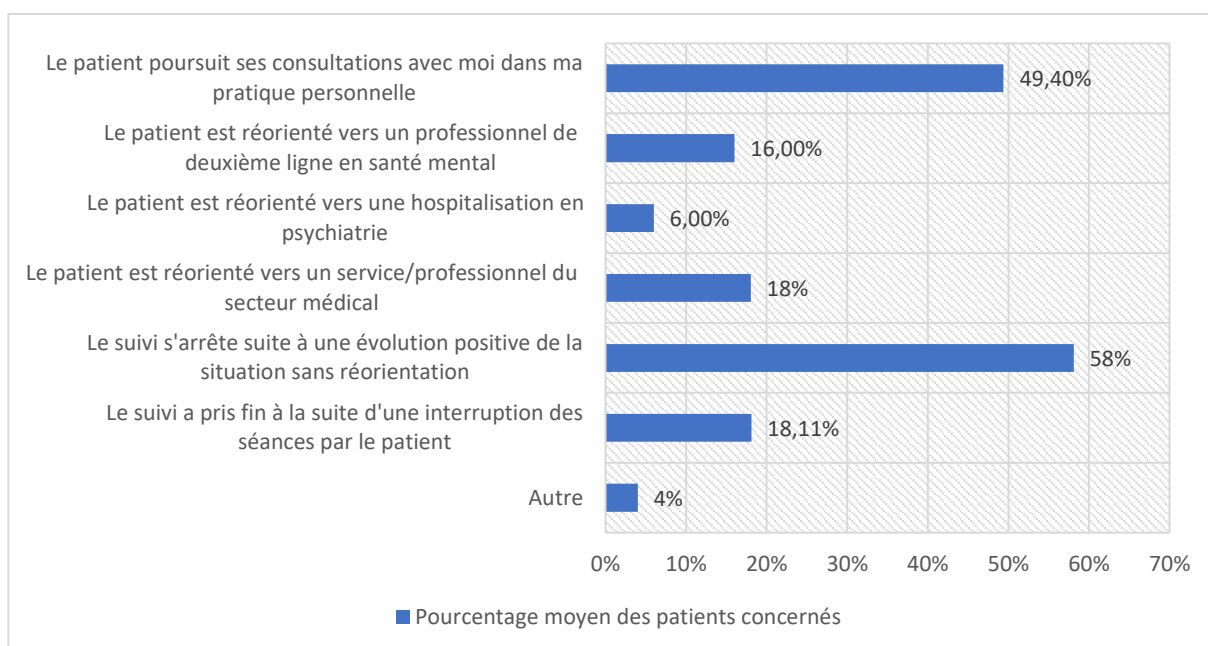
**Figure 12.10. Environnement physique des professionnels selon le type de réseau**



### Trajectoire de soin à l'issue de la prise en charge en première ligne

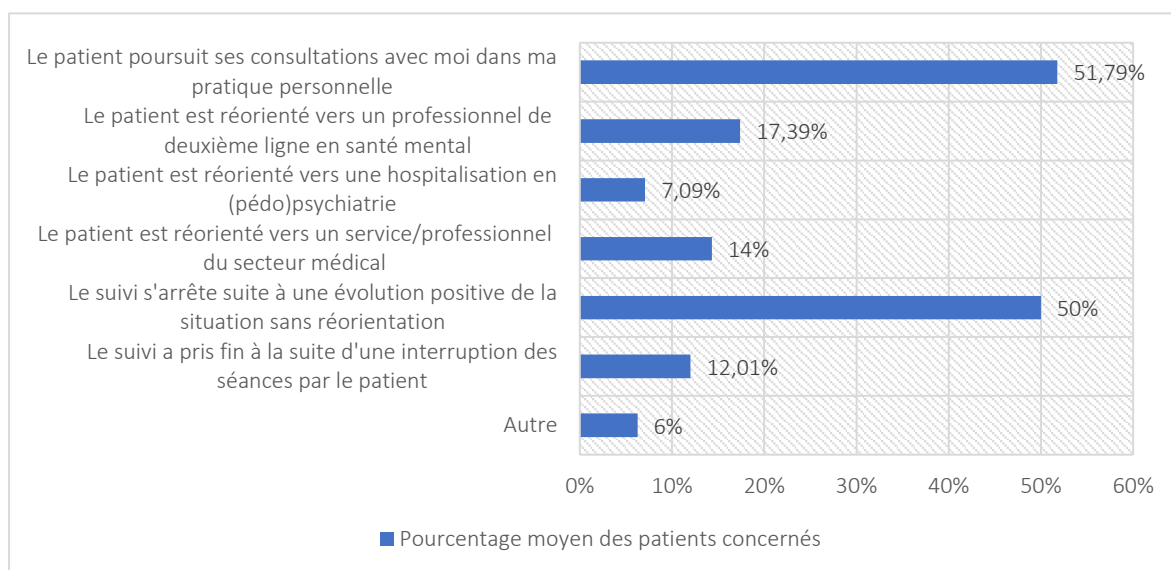
Sur l'ensemble des orientations proposées à l'issue des séances en première ligne, les psychologues et orthopédagogues conventionnés dans un réseau adulte (n=349) rapportent qu'en moyenne un peu plus de la moitié de leur suivi (58.11%) s'arrête à la suite d'une évolution positive de la situation sans envisager une autre orientation. Nous notons également qu'en moyenne un peu moins d'un patient sur deux poursuit ses consultations avec le même praticien dans sa pratique personnelle à l'issue des séances. Les réorientations potentielles que ce soit vers le secteur médical ou celui de la santé mentale ne concerne qu'environ 10% de leur prise en charge et ceux-ci ont envisagé une hospitalisation pour 6% de leurs patients. Selon les psychologues conventionnés dans un réseau adulte, un peu moins d'un patient sur cinq met fin spontanément à sa prise en charge. D'autres orientations sont soulignées telles que l'accumulation d'absences injustifiées qui conduit à un arrêt de la prise en charge à l'initiative du professionnel ou encore un arrêt de la prise en charge avec une réévaluation fixée avec le patient après 3 ou 6 mois. Les praticiens mettent en évidence que s'il n'y a pas de réorientation vers un autre professionnel, ceux-ci travaillent régulièrement en parallèle avec un suivi chez un psychiatre ou celui du médecin traitant.

**Figure 12.11. Orientation des patients à l'issue des séances dans la première ligne - réseaux adultes (n=349)**



La répartition des orientations chez les professionnels conventionnés dans les réseaux enfants/adolescents suivent une répartition semblable à celle des adultes avec une prédominance de la poursuite des consultations avec le même praticien ou un arrêt de la prise en charge en cas d'évolution positive de la situation. Les autres orientations mises en évidence sont les demandes d'autres examens paramédicaux tels que logopédique ou kiné ou encore une réorientation familiale pour la prise en charge.

**Figure 12.12. Orientation des patients à l'issue des séances dans la première ligne - réseaux enfants/adolescent (n=134)**

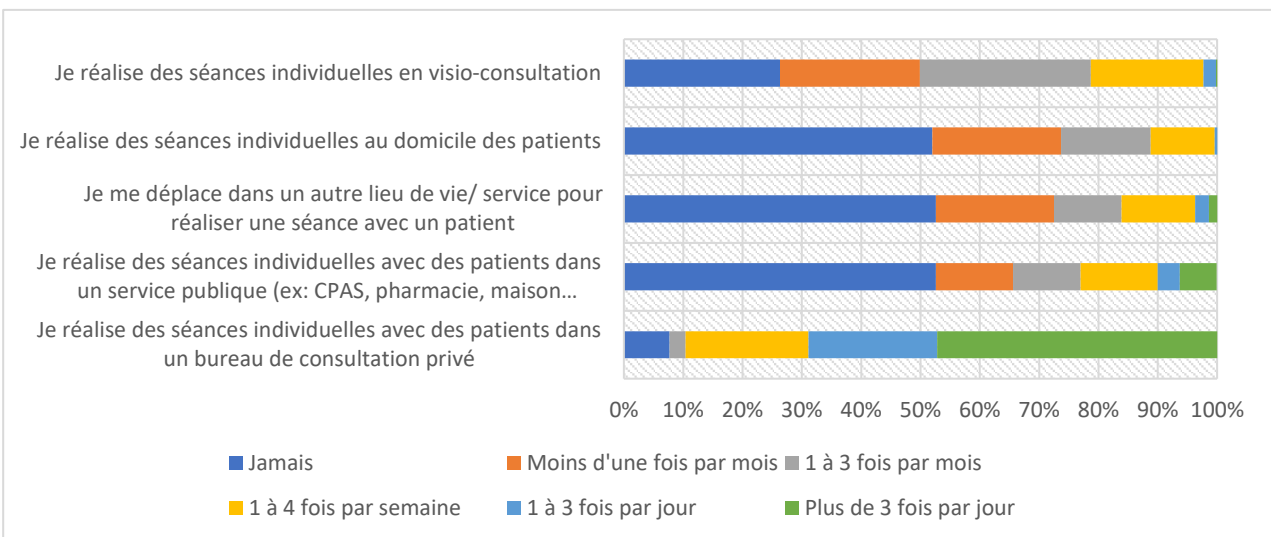


## Développement et diversité des pratiques dans la première ligne

### Pratiques individuelles

Différents items ont été proposés à l'ensemble des psychologues/orthopédagogues conventionnés concernant leurs pratiques dans la mise en place de séances individuelles. La réalisation de séances avec les patients dans un bureau de consultation privé est la modalité qui obtient la moyenne la plus élevée à cet item ( $x=4,90$  ;  $\min=1$  ;  $\max=6$  ;  $\sigma=1,41$ ), suivie par la mise en place de visio-consultations avec les patients ( $x=2,48$  ;  $\min=1$  ;  $\max=6$  ;  $\sigma=1,14$ ). Les fréquences mentionnées par les professionnels aux différentes propositions sont présentées dans la figure ci-dessous. D'autres pratiques en lien avec les séances individuelles ont été décrites par les psychologues et orthopédagogues au sein de la convention telles que la réalisation de séance de type *walking therapy* en dehors du cabinet au profit d'un milieu forestier par exemple, la participation à des temps de concertation pluridisciplinaire incluant ou non le patient, la prise de contact téléphonique avec d'autres intervenants, la réalisation d'entretien de famille, la réalisation de consultation conjointe avec un médecin généraliste ou encore des consultations téléphoniques.

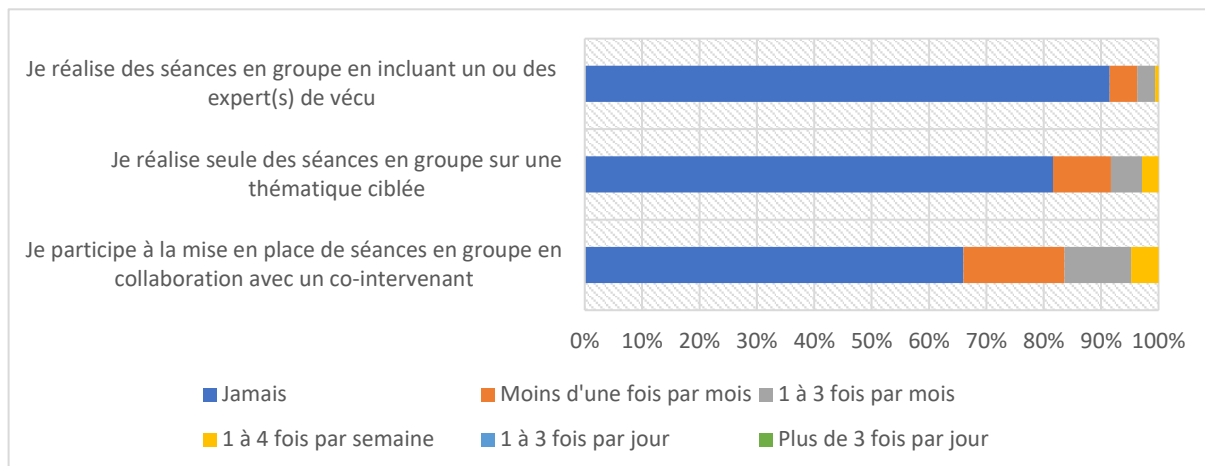
**Figure 12.13. Diversité des pratiques - séances individuelles (n=483)**



### Pratiques en groupe

Les résultats mettent en évidence une faible mise en place des séances de groupe par les professionnels à l'heure d'aujourd'hui, avec une fréquence moyenne de moins d'une fois par mois pour l'ensemble des modalités proposées. La modalité la plus fréquente est la mise en place de séances de groupe en collaboration avec un co-intervenant ( $x=1,55$  ;  $\min=1$  ;  $\max=4$  ;  $\sigma=0,88$ ). Dans le cadre des autres pratiques développées, les psychologues et orthopédagogues conventionnés mettent en évidence leurs objectifs concernant la mise en place de séances en groupe dans un futur proche autour notamment de la guidance parentale, des traumatismes ou encore de l'épuisement professionnel. Certains mentionnent être en phase de préparation, d'autres sont en attente de la validation de la part de leur réseau. Enfin, l'un d'entre eux fait également un retour face à un manque de participants volontaires lors de la mise en place de ce dernier qui a conduit à une annulation des séances.

**Figure 12.14. Diversité des pratiques - séances de groupe (n=483)**



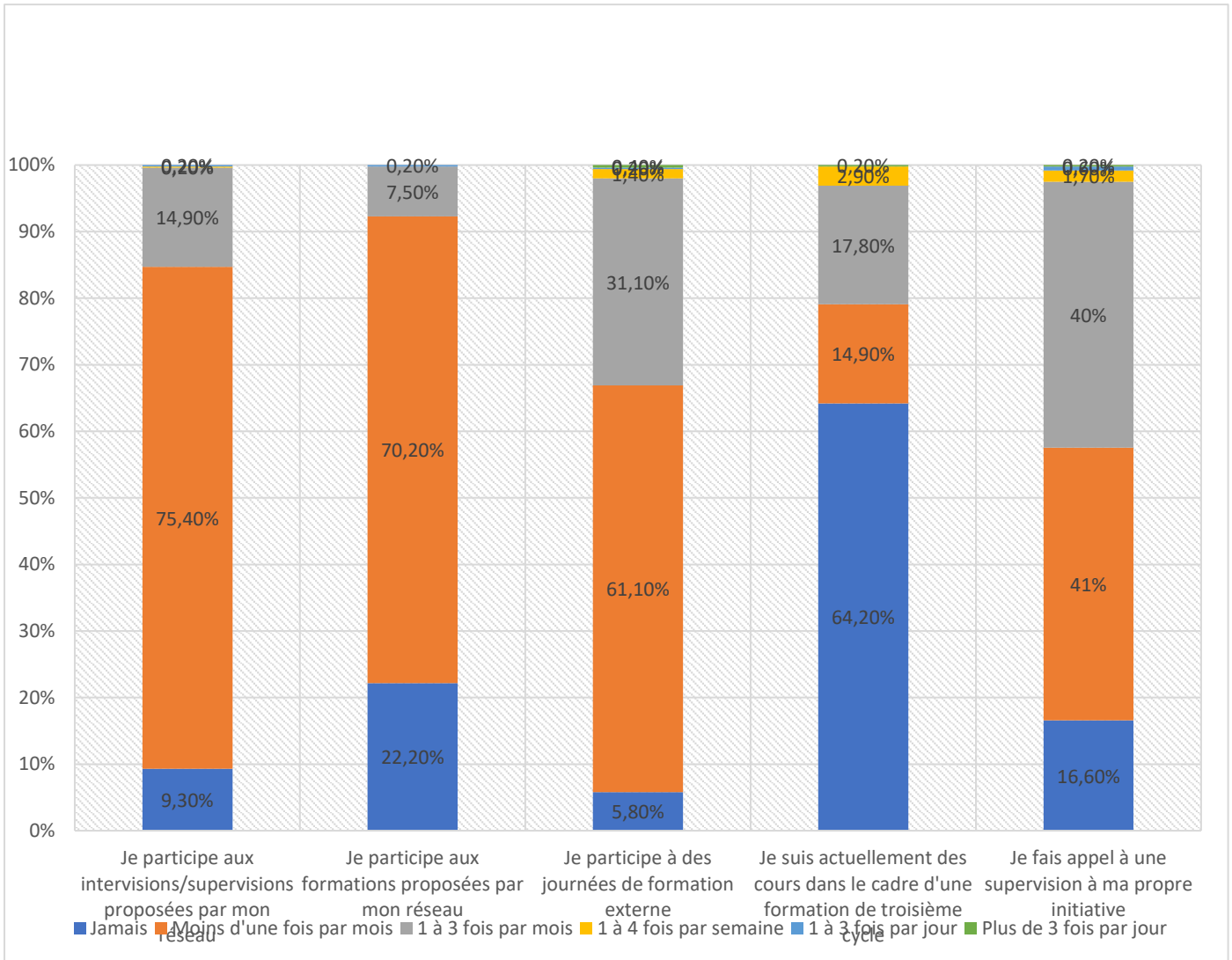
**Recours aux experts de vécu**

Sur l'ensemble des psychologues/orthopédagogues conventionnés (n=483), la grande majorité (92,1%) des professionnels n'a encore jamais eu recours à un expert de vécu dans le cadre de leur pratique au sein de la convention. Les quelques praticiens qui mentionnent l'avoir déjà fait, l'ont mis en place dans le cadre de groupe de soutien/de parole ou de groupe thérapeutique avec un co-animateur ou encore lors d'intervisions ou de supervisions entre collègues. Certains professionnels mentionnent également une incompréhension relative au terme utilisé et ce à quoi il se réfère.

**Recours au formation continue**

La participation des psychologues et orthopédagogues conventionnés aux formations continues recouvre majoritairement la participation à des journées de formation externe, aux supervisions/intervisions proposées par le réseau et le recours à des supervisions externes avec une fréquence mensuelle. Une majorité d'entre eux s'inscrivent également aux formations proposées par le réseau. Très peu d'entre eux sont actuellement inscrits dans une formation thérapeutique de troisième cycle. Les praticiens mentionnent également leur participation à des interventions avec des confrères en dehors de ceux du réseau de santé mentale au sein d'équipe pluridisciplinaire ou dans le cadre de groupe de travail.

**Figure 12.15. Recours aux formations continues (n=483)**



### Les collaborations avec les autres professionnels

#### *Attitudes interprofessionnelles envers la collaboration*

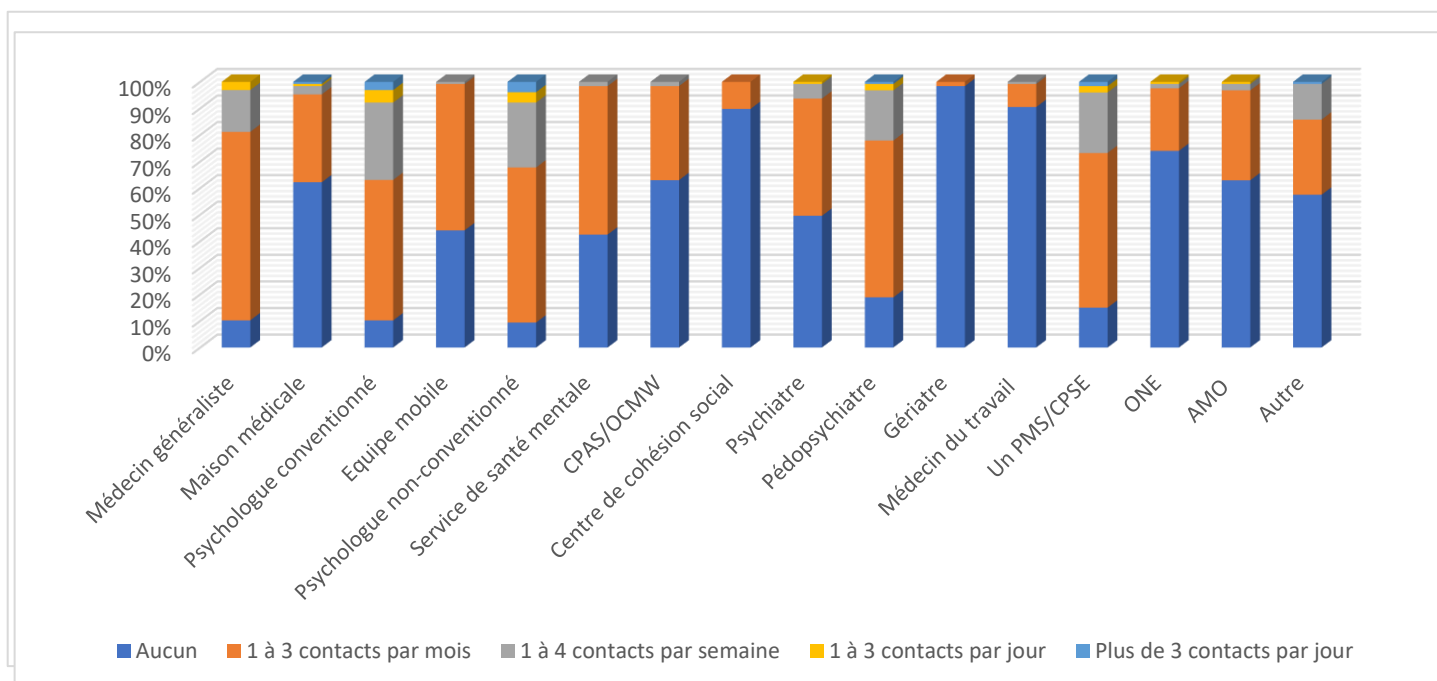
Les collaborations interprofessionnelles ont été évaluées à l'aide de deux sous-facteurs dédiés aux croyances dans les bénéfices de la collaboration interdisciplinaire et la perception de cette activité comme représentant une contrainte temporelle. Ainsi, le score moyen des psychologues et orthopédagogues est de 30,40 sur un maximum de 40 pour les attitudes envers la collaboration interprofessionnelle ( $x=30.40$  ;  $\min=13$  ;  $\max=40$  ;  $\sigma=4.34$  ;  $n=471$ ). De façon plus détaillée, la moyenne est de 20,43 au facteur centré sur les croyances dans les bénéfices de la collaboration interdisciplinaire sur un maximum de 25 ( $x=20.43$  ;  $\min=9$  ;  $\max=25$  ;  $\sigma=2.90$ ) et de 9,97 concernant leur perception de cette pratique comme une contrainte temporelle ( $x=9.97$  ;  $\min=3$  ;  $\max=15$  ;  $\sigma=2.18$ ). Les attitudes envers cette pratique collaborative sont significativement différentes ( $U=18564$  ;  $p=0.008$ ) entre les praticiens exerçant principalement dans les réseaux enfants/adolescents ( $x=31.20$  ;  $\sigma=4.20$  ;  $n=129$ ) et ceux des réseaux adultes ( $x=30.10$  ;  $\sigma=4.36$  ;  $n=342$ ). Les attitudes des praticiens dans les réseaux enfants/adolescents sont plus positives que celles des adultes envers la collaboration interprofessionnelle et présentent une faible perception de celle-ci comme étant une activité chronophage.

	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum	n
<i>Croyances dans les bénéfices envers la collaboration interdisciplinaires</i>	20.43	2.90	9	25	471
<i>Contrainte temporelle</i>	9.97	2.18	3	15	471
<b>Attitudes envers la collaboration interprofessionnelle</b>	30.40	4.34	13	40	471

### Fréquence et qualité des contacts avec les partenaires des réseaux

Sur l'ensemble des professionnels listés dans le questionnaire, les moyennes les plus importantes relatives à la fréquence des contacts sont les autres psychologues/orthopédagogues conventionnés, les médecins généralistes et les autres psychologues cliniciens (non conventionnés) avec un contact en moyenne d'une à trois fois par mois. La qualité de ces contacts est estimée comme bonne voire très bonne par la majorité des répondants. Pour les psychologues et orthopédagogues conventionnés dans les réseaux adultes, les partenaires privilégiés sont les médecins traitants, les autres psychologues conventionnés ainsi que les psychiatres alors que leurs confrères des réseaux enfants/adolescents ont des contacts préférentiels avec les autres psychologues conventionnés mais aussi non conventionnés, les services PMS/CPSE, les médecins traitants et les pédopsychiatres.

**Figure 12.16. Fréquences des contacts dans le réseau adulte (n=339)**



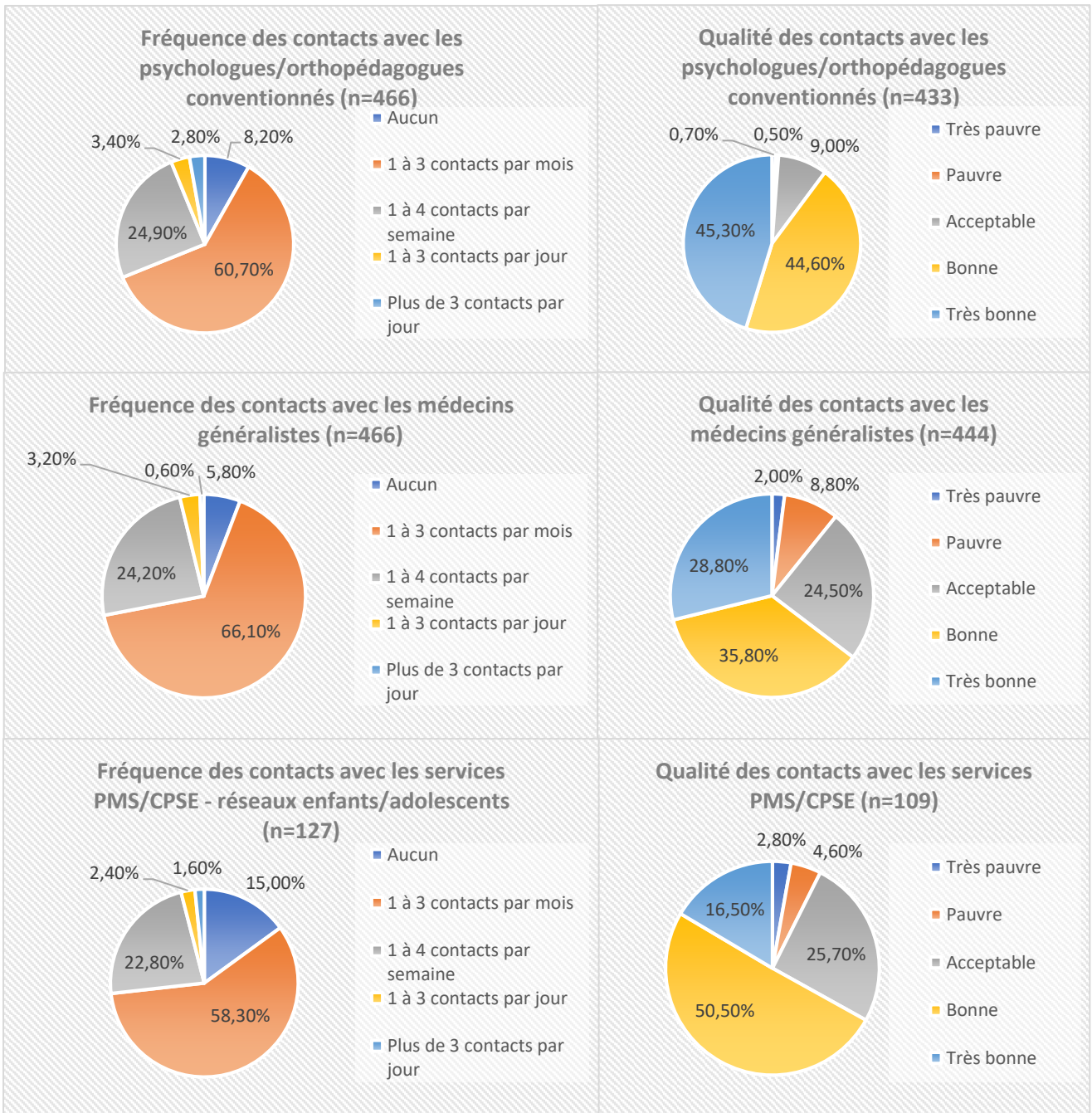
**Figure 12.17. Fréquence des contacts dans le réseau enfants/adolescents (n=127)**

Au vu de ces résultats, un détail de la fréquence ainsi que de la qualité des contacts entre psychologues/orthopédagogues conventionnés ainsi que ceux entretenus avec les médecins généralistes pour l'ensemble des répondants sont présentés. La fréquence des contacts avec ces professionnels est majoritairement d'une à 3 fois par mois même si un peu moins d'un quart d'eux ont des contacts plus réguliers d'une à quatre fois par semaine. Ces échanges entre psychologues sont



estimés comme bons voire très bons par l'ensemble des praticiens alors que l'estimation pour les médecins généralistes varie davantage de la mention « acceptable » à « très bon ». Pour les praticiens des réseaux enfants/adolescents, la fréquence des échanges avec les services PMS est généralement d'une à trois fois par mois avec une qualité de ces contacts perçue comme bonne par plus de la moitié des intervenants conventionnés dans les réseaux enfants/adolescents.

**Figure 12.18. Fréquence et qualité des contacts**



De nombreux autres partenaires ont été renseignés par les praticiens :

Réseaux adultes	Réseaux enfants/adolescents
Plannings familiaux	Pédiatre
Forem et centre de réinsertion socio-professionnel	Logopède
Service d'aide au logement et distribution de denrée alimentaire	Neuropsychologue
Croix rouge et fedasil	Kinésithérapeute
Maison d'accueil pour femmes	Ergothérapeute
Gynécologue	Psychomotricien(ne) relationnelle
Neurologue	Instituteur et direction d'école
Groupe de parole et d'entraide	Service d'hébergement
Equipe pluridisciplinaire des maisons de repos	Internat
Kinésithérapeute à domicile	Service d'aide à la jeunesse (SAJ/SPJ)
Assistants sociaux	
Médecin conseil de la mutuelle	
Maison de justice	

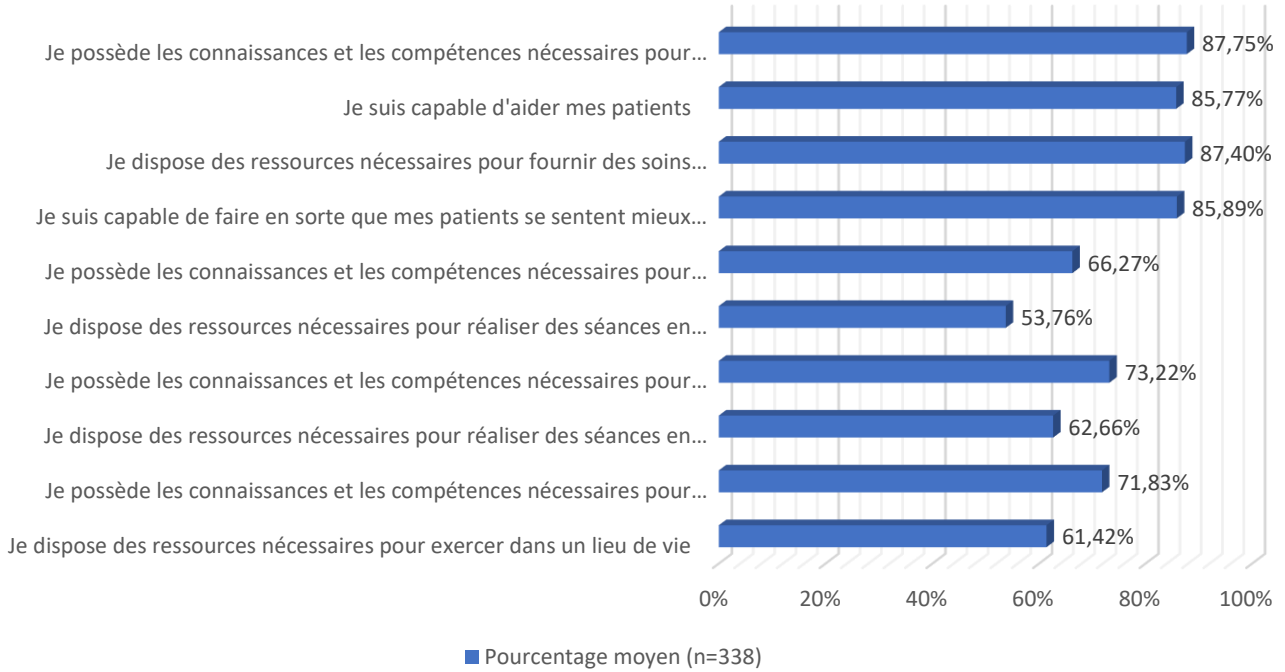
### Sentiment d'auto-efficacité des psychologues/orthopédagogues conventionnés

Le sentiment d'auto-efficacité des praticiens qu'ils soient conventionnés dans un réseau adulte ou enfant/adolescent est relativement élevé avec un sentiment de confiance aux alentours des 80% concernant leur prise en charge des patients dans le cadre des soins psychologiques dans la première ligne, et ce particulièrement dans le fait de disposer des ressources nécessaires dans la mise en place de ces soins. Les professionnels des réseaux adultes sont significativement plus confiants que leurs homologues des réseaux enfants/adolescents à ce sujet. Concernant la mise en place de séances en groupe, la confiance des praticiens descend aux environs des 60% pour leurs connaissances et compétences à les mettre en place et mettent en évidence un sentiment de confiance plus faible dans la disposition des ressources nécessaires à leur réalisation. Ce niveau de confiance n'est pas significativement différent selon le réseau d'appartenance des professionnels. Ceux-ci se sentent davantage compétents avec une confiance dépassant légèrement les 70% dans la réalisation de séances en outreaching ou dans un milieu de vie. Ce sentiment d'auto-efficacité est significativement plus élevé que la confiance de leurs confrères conventionnés dans un réseau enfant/adolescent envers ces deux dernières modalités d'intervention.

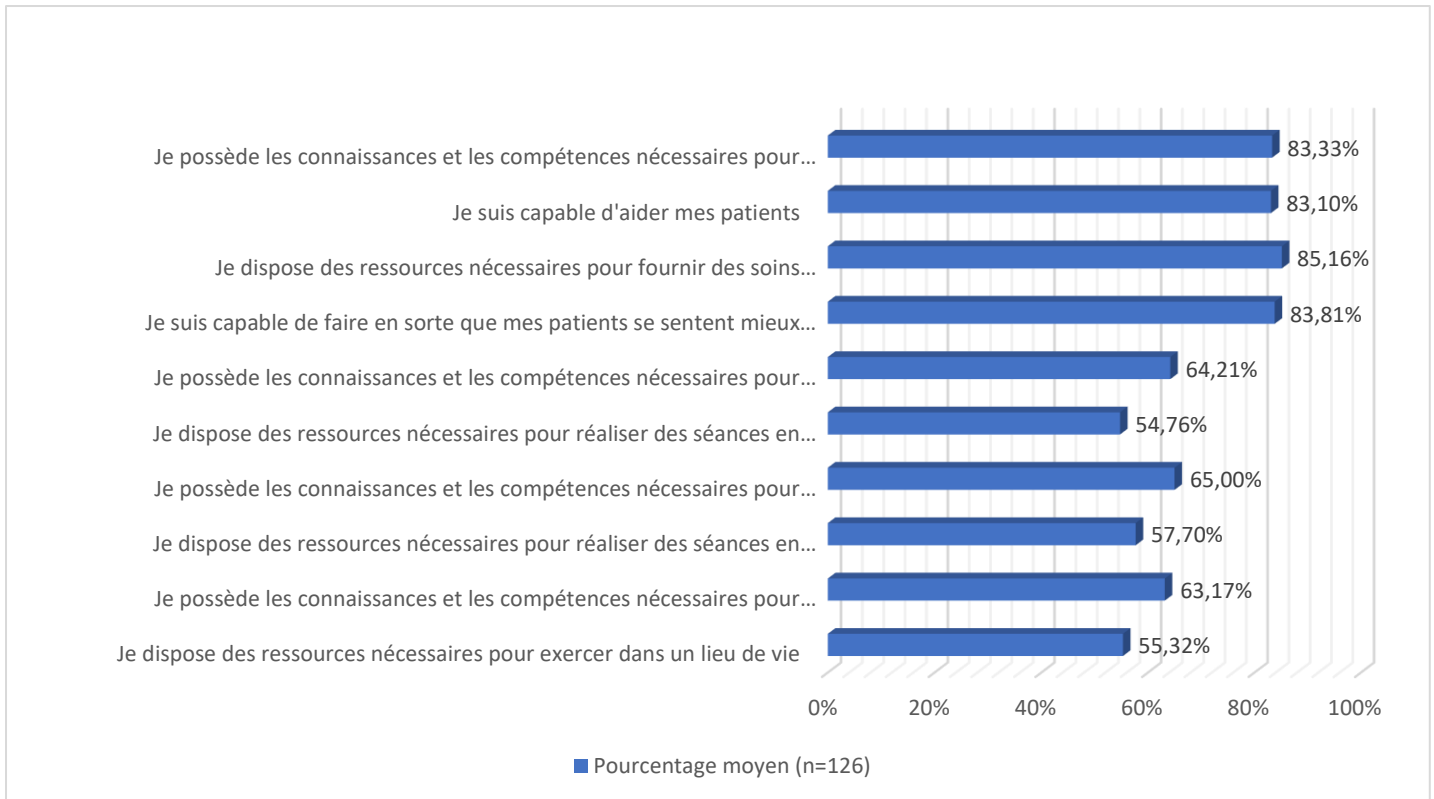
**Tableau : Comparaison des moyennes (U-Mann Whitney) du sentiment d'auto-efficacité chez les professionnels conventionnés dans les réseaux adultes et enfants/adolescents**

	Moyenne dans les réseaux adultes (n=349)	Moyennes dans les réseaux enfants/adolescents (n=134)	Statistique	p
Auto-efficacité envers la prise en charge des patients en individuel	335.87	315.37	U= 19440	p=0.004
Auto-efficacité envers les séances en groupe	116.25	111.87	U=21846,5	p=0.262
Auto-efficacité envers les séances en outreaching	131.60	115.37	U=19302	p=0.003
Auto-efficacité envers les séances dans un milieu de vie	129.05	111.42	U=19122,5	p=0.002

**Figure 12.18. Sentiment d'auto-efficacité des psychologues conventionnés dans un réseau adulte (n=338)**



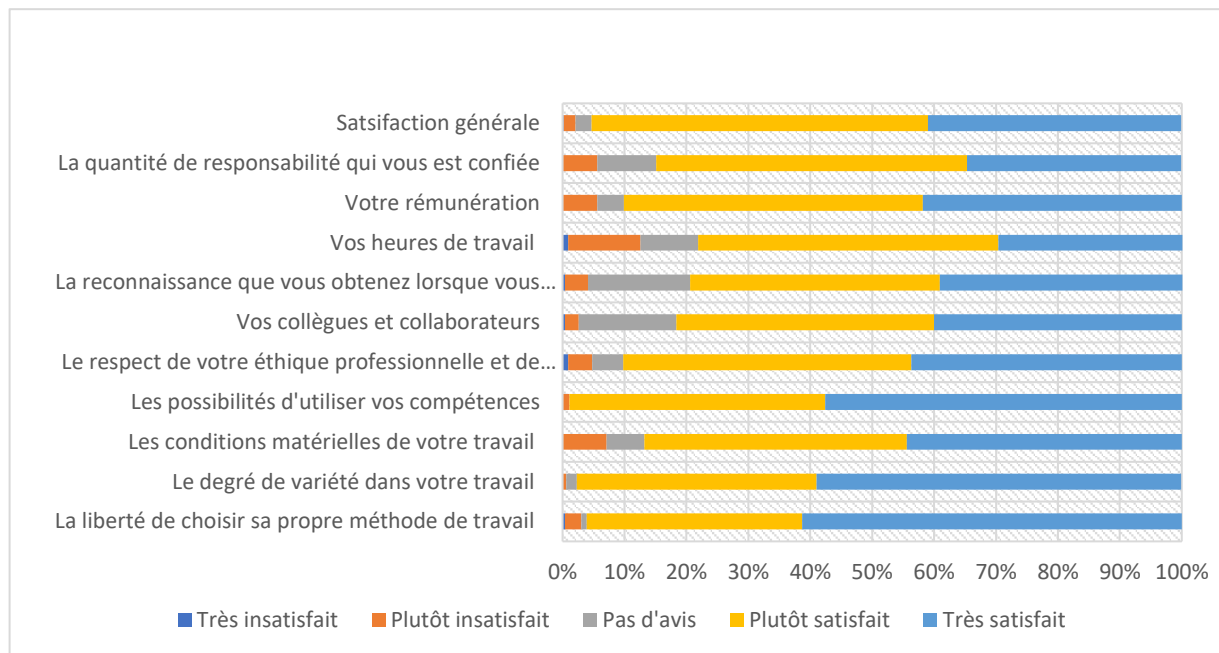
**Figure 12.19. Sentiment d'auto-efficacité des psychologues conventionnés dans un réseau enfant/adolescent (n=126)**



**Satisfaction des psychologues/orthopédagogues au sein de la convention**

La satisfaction des professionnels envers la convention a été évaluée au travers de la *Job Satisfaction Scale*. Les professionnels mettent en évidence une satisfaction générale élevée avec une moyenne de 3.35 sur un maximum de 4 à l’item global (min=0 ; max=4 ;  $\sigma=0.6$  ; n=462). Celle-ci est plus élevée pour les facteurs de satisfaction interne avec une moyenne de 16,93 sur un maximum de 20 ( $x=16.93$  ; min=9 ; max=20 ;  $\sigma=2.4$ ) que pour les facteurs de satisfaction externe ( $x=12.63$  ; min=3 ; max=16 ;  $\sigma=2.3$ ). Les éléments suscitant une légère insatisfaction font référence aux heures de travail ou aux conditions matérielles de celui-ci alors que la liberté de choisir sa méthode de travail, le fait de mettre à profit ses compétences ou encore le degré de variété dans le travail font l’objet d’une très grande satisfaction de la part des professionnels inscrits dans la convention. Les analyses statistiques réalisées ne mettent pas en évidence de différence statistiquement significative concernant cette satisfaction générale en fonction du type de réseau au sein duquel les professionnels sont conventionnés ( $U=19458$  ;  $p=0,128$ ).

**Figure 12.20. Job satisfaction Scale**



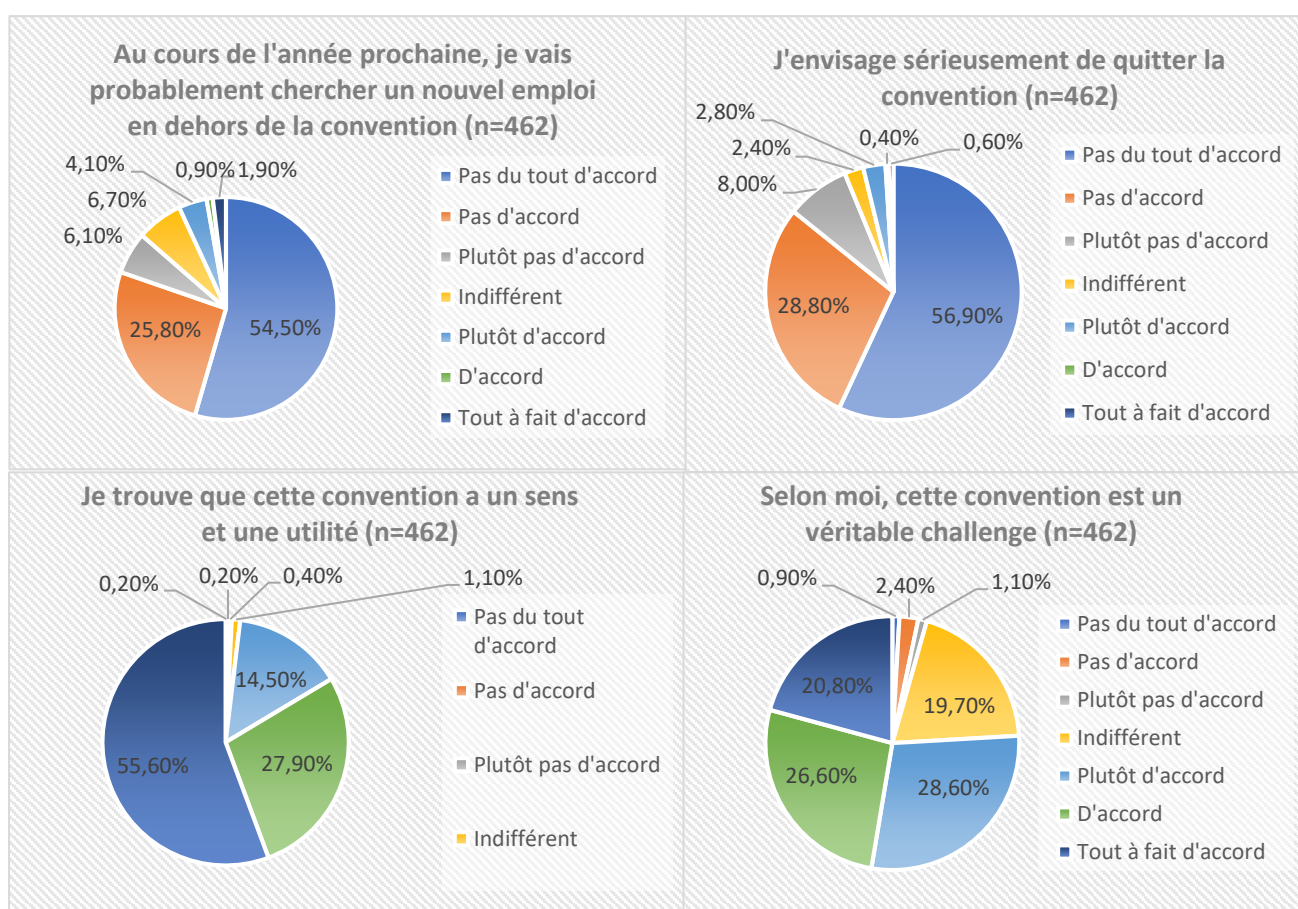
**Tableau récapitulatif**

	Moyenne	Ecart-type	Min	Max	N
<b>Satisfaction générale</b>	3.35	0.6	0	4	462
<b>Satisfaction interne</b>	16.93	2.4	9	20	462
<b>Satisfaction externe</b>	12.63	3	16	2.3	462

**Engagement et volonté de quitter la convention**

Afin d'évaluer l'engagement des praticiens envers la convention et à l'inverse leur intention d'abandonner la convention, quatre questions ont été posées faisant référence à deux sous-facteurs. D'une part, les psychologues et orthopédagogues conventionnés obtiennent une moyenne de 11,71 sur un maximum de 14 aux deux items faisant référence à leur engagement envers la convention ( $x=11,71$  ;  $min=5$  ;  $max=14$  ;  $\sigma=1,66$  ;  $n=462$ ). D'autre part, moins de 10% d'entre eux ont l'intention de quitter la convention au vu de leur moyenne de 3,60 sur un maximum de 14 ( $x=3,60$  ;  $min=2$  ;  $max=14$  ;  $\sigma=2,20$  ;  $n=462$ ). Ces résultats ne sont pas statistiquement différents selon le type de réseau au sein duquel les praticiens sont conventionnés. Ceci souligne un engagement des psychologues et orthopédagogues conventionnés qui trouvent tout particulièrement que ce projet a un sens et une utilité et dont une grande majorité d'entre eux n'ont pas l'intention de se retirer.

**Figure 12.21. Engagement et volonté de quitter la convention**



**Tableau récapitulatif des scores d'engagement et d'intention de quitter la convention chez les psychologues et orthopédagogues conventionnés selon leur réseau**

	Moyenne	Min-Max	Ecart-type	Statistique	p
<b>Engagement envers la convention</b>				<b>U=20024</b>	<b>p=0.363</b>
<i>Echantillon total</i>	11.71	5-14	1.66		
<i>Réseau adulte (n=336)</i>	11.75	5-14	1.69		
<i>Réseau enfant/adolescent (n=126)</i>	11.63	5-14	1.58		
<b>Intention de quitter la convention</b>				<b>U=19094</b>	<b>p=0.084</b>
<i>Echantillon total</i>	3.60	2-14	2.20		
<i>Réseau adulte (n=336)</i>	3.52	2-14	2.20		
<i>Réseau enfant/adolescent (n=126)</i>	3.81	2-14	2.19		

## Conclusion

Comme dans la première convention, nous remarquons une diversité importante dans les approches thérapeutiques mobilisées par les praticiens conventionnés auprès des patients avec des consultants expérimentés de plus de 10 années d'expérience clinique en moyenne. La majorité d'entre eux est conventionnée au sein soit d'un réseau adulte soit mixte (adulte et enfant/adolescent), mettant à disposition de leurs patients des soins de première ligne et des soins spécialisés. Au sein des réseaux adultes, les intervenants sont majoritairement présents depuis les débuts de la convention alors que les conventionnés au sein des réseaux enfants/adolescents ont plus récemment rejoint le projet. De nouveaux praticiens ont également adhéré suite aux changements de la nouvelle convention. La quasi-totalité des intervenants soulignent une satisfaction importante envers cette pratique s'étendant à l'ensemble des domaines mesurés avec une prépondérance des facteurs internes de motivation. Ceux-ci mettent également en évidence un engagement important envers la convention et une faible intention de quitter celle-ci que ce soit à court ou moyen terme. Les professionnels se sentent efficaces dans l'aide proposée aux patients au sein de la première ligne mais soulignent un manque de moyens et de ressources suffisantes dans la mise en œuvre des nouvelles modalités d'intervention proposées qui sont d'ailleurs peu utilisées à l'heure actuelle. Les séances individuelles restent la modalité d'intervention prépondérante au sein de la convention. Au niveau des collaborations interprofessionnelles, nous remarquons un élargissement des partenaires mobilisés dans la première ligne en comparaison à la première convention bien que les médecins généralistes constituent toujours un acteur central pour les partenariats. Les praticiens conservent des attitudes positives envers cette pratique et les bénéfices potentiels pour la prise en charge des patients ne considérant pas cela comme étant une activité chronophage.

## RÉSUMÉ

- Les PPL/ orthopédagogues conventionnés dans les réseaux de santé mentale (adulte, mixte et enfant/adolescent) ont une attitude positive envers la convention et les soins de première ligne, avec un niveau de satisfaction élevé par rapport à leur pratique, et un engagement élevé « dans la convention » ;
- Les praticiens se sentent efficaces dans les interventions et les soins psychologiques proposés aux patients au sein de la convention ;
- Des confusions persistent quant aux indications et aux recours aux soins spécialisés ;
- Un besoin de clarification est attendu concernant les nouvelles modalités d'intervention et la différenciation des soins de première ligne et soins spécialisés ;
- Pour les psychologues et orthopédagogues conventionnés dans les réseaux adultes, les partenaires privilégiés sont les médecins généralistes, les autres psychologues conventionnés ainsi que les psychiatres, et pour les réseaux enfants/adolescents, les contacts préférentiels sont les autres psychologues conventionnés et non conventionnés, les services PMS/CPSE, les médecins généralistes et les pédopsychiatres. Les partenariats au sein des réseaux continuent à se développer et **doivent être soutenus par diverses stratégies au sein des réseaux.**

## CHAPITRE 13

### Etude des profils et des pratiques des psychologues/orthopédagogues conventionnés dans les réseaux de santé mentale – Données quantitatives

---

#### Introduction

La section suivante sera consacrée à l'analyse des questions ouvertes posées lors de l'enquête en ligne auprès des psychologues et orthopédagogues francophones et néerlandophones. Ces huit questions visaient à interroger les participants quant à leurs représentations des soins psychologiques dans la première ligne, les critères d'orientation du patient vers les soins de première ligne et soins spécialisés, les pratiques qu'ils ont pu développer dans le cadre de la convention, les éléments pouvant favoriser la collaboration, leurs besoins dans le cadre de leur travail en tant que professionnels conventionnés, et enfin les recommandations qu'ils pouvaient avoir concernant le projet. Une analyse thématique de contenu a été menée pour chacune des productions à ces questions, elles seront présentées soit sous forme de tableaux, soit sous forme de schémas.

#### Les soins psychologiques dans la première ligne

L'analyse des réponses verbatims à l'enquête en ligne a permis d'apporter des éléments de réponses à la question suivante « *Selon vous, comment définiriez-vous le concept de « soins psychologiques dans la première ligne » ?* ». Ceux-ci seront présentés dans un tableau récapitulatif, et seront également développés à l'aide d'exemples verbatims.

#### Accessibilité

Les soins psychologiques en première ligne sont définis selon leur niveau d'**accessibilité**. Cette dernière concerne le **coût réduit** des séances, la **proximité géographique** entre le patient et le psychologue, notamment la possibilité d'aller dans les milieux de vie des patients, mais aussi l'accessibilité pour la **population, générale** d'une part, et **précarisée ou vulnérabilisée** d'autre part. La **rapidité de la prise en charge** ressort également comme déterminante pour les soins psychologiques en première ligne. L'accessibilité vise de surcroît à **désengorger les services de santé mentale et services psychiatriques**.

« Comme indiqué dans le cours sur les soins psychologiques primaires, je considère que les aspects clés des soins psychologiques primaires sont des soins à court terme, généralistes, accessibles, rapidement accessibles, employables et abordables. Le psychologue est idéalement intégré dans les soins primaires, c'est-à-dire qu'il est bien connu dans le fonctionnement local (pharmaciens, médecins, bénévoles, travail communautaire, soins à domicile, etc.) Le psychologue de première ligne travaille à renforcer la résilience et tente de faire du patient son propre thérapeute en lui fournissant des outils. »

#### Types d'interventions

Les **types d'interventions** sont un deuxième thème émergent dans les réponses verbatims des participants. Les sous-thèmes les plus saillants sont l'**évaluation** ou la **concrétisation de la problématique ou demande**, la **durée** de l'intervention à savoir le court terme, le **soutien du patient**, l'**orientation** (le psychologue est un relais qui oriente le patient vers la prise en charge adaptée selon sa problématique), la **psychoéducation**, la **réorientation** (concerne une orientation a posteriori, si les soins de première ligne n'ont pas suffi ou s'avèrent finalement inadaptés). Le fait d'adopter une **approche globale ou holistique** en prenant notamment en compte le réseau social du patient est un autre sous-thème.



### *Problématiques cliniques*

Le concept de soins psychologiques dans la première ligne est associé à la nature des **problématiques cliniques** qu'ils recouvrent, plus précisément les problématiques **légères à modérées** qui sont celles les plus évoquées par les participants. Les soins psychologiques dans la première ligne renvoient aux situations temporaires et à **problématique unique ou exceptionnelle**. La **santé mentale en général et/ou la souffrance psychique** ressort comme faisant partie des indications des soins psychologiques PL.

« Soins psychologiques directement accessibles, qui favorisent des processus psychologiques sains chez les individus ou les systèmes. Tant les soins psychologiques à court terme que les soins psychologiques uniques à long terme, pour lesquels il suffit de coopérer avec les partenaires de soins primaires (également directement accessibles, comme les médecins généralistes). Je compte également parmi les soins primaires le suivi à plus long terme, généralement à faible fréquence pour maintenir la fonction psychologique et prévenir les rechutes après un traitement intensif (sur plusieurs lignes). »

### *Prévention*

La **prévention est un autre thème** important associé aux soins psychologiques dans la première ligne. Il s'agit de la prévention d'une aggravation de la problématique ou des troubles, ou d'une chronicisation de ces derniers et des rechutes éventuelles. Le dépistage des troubles psychologiques et la précocité des soins sont deux éléments caractérisant cette prévention.

### *Objectifs poursuivis*

Parmi les **objectifs poursuivis** dans les soins psychologiques de première ligne, les sous-thèmes les plus saillants sont ceux du **bien-être** ou de la **qualité de vie**, et celui de la **mobilisation** ou du **renforcement des ressources personnelles** et de la **résilience**. La **sensibilisation à la santé mentale** est également évoquée, avec notamment l'objectif de sensibiliser le patient **à son propre fonctionnement**. D'autres objectifs ont pu être avancés, comme le **soulagement** ou **l'amélioration des symptômes et difficultés**, la **responsabilisation du patient** vis-à-vis de sa problématique ou encore la **création d'un lien de confiance** entre psychologue et patient.

« Il s'agit de soins où la professionnelle va essayer dans un premier temps de dégrossir la problématique, réaliser correctement (en prenant le temps) l'anamnèse de la patiente ainsi que la demande réelle de cette dernière et de cibler d'emblée un premier objectif thérapeutique (pour ensuite réorienter si nécessaire), tout cela en créant une première relation de confiance qui pourra apaiser le désarroi de la personne. »

### *Première demande, écoute, premier contact*

Les soins psychologiques dans la première ligne se caractérisent de surcroît par une **première demande, écoute**, d'un **premier contact** pour le patient. Il s'agit notamment de la découverte des soins psychologiques pour le patient, du premier suivi pour une situation donnée. Un participant précise également que cela doit permettre une première expérience positive de l'intervention avec un professionnel de la santé mentale.

### *Collaboration interdisciplinaire*

Un autre thème émergent est la **collaboration interdisciplinaire** faisant référence aux intervenants avec lesquels les psychologues/orthopédagogues travaillent dans le cadre de leur pratique dans la première ligne de soin, ainsi qu'au développement du réseau. Les plus cités sont les **intervenants ou soignants encadrant le patient** et les **autres acteurs de première ligne**.

« Selon moi, il s'agit de soins qui s'intègrent dans une prise en charge en lien avec des intervenants de 1ère ligne en contact avec une population tout venant, qu'il s'agisse d'un médecin traitant (le cas le plus typique), assistant social, infirmier, éducateur d'un PMS, d'un CPAS, d'une association, voire du pharmacien. Tous les acteurs ou opérateurs qui ont contact avec des demandes de patients, sans être nécessairement des professionnels de la santé mentale dédiée à cette problématique, mais en lien régulier avec des patients en souffrance. Le psychologue intervient dans ce cas comme 1ère ligne, avec des patients pas encore pris en charge ailleurs. Pour moi, ce sera un contact qui nécessite une évaluation et orientation de soins. »

#### *Trajectoire de la demande*

Le dernier grand thème émergent relatif au concept de SPPL est celui de la **trajectoire de la demande**. Pour les participants, la demande peut être **directe** et/ou **transiter par un intermédiaire**. Le patient consulte de lui-même un psychologue exerçant dans la première ligne lorsqu'il fait face à une difficulté, il s'y rend sur orientation/indication du médecin ou d'un acteur de première ligne.

« Soins pour les personnes qui, de leur propre initiative ou sur recommandation d'un autre prestataire de soins, recherchent un soutien pour toutes sortes de plaintes qui interfèrent (temporairement) avec leur fonctionnement et qui n'ont pas encore fait l'objet d'une consultation intensive à long terme ou d'une admission en établissement pour ces plaintes. »

#### *Psychologie générale, santé mentale et santé physique, soutien de la santé mentale par l'Etat*

Enfin, d'autres éléments ont été rapportés par quelques participants PPL comme caractérisant les soins psychologiques dans la première ligne. Ils font référence aux **soins psychologiques généraux**, comme ceux du médecin généraliste avec par ailleurs la volonté de **mettre la santé mentale au même niveau que la santé physique**. Une autre notion évoquée renvoie à la **qualité** des soins psychologiques (soins prodigués par des professionnels qualifiés). Leur développement permet également la **valorisation ou déstigmatisation de la profession de psychologue**, laquelle faisant face à de nombreux apriori. Enfin, un participant évoque ces soins comme un **soutien de la santé mentale par l'Etat**.

**Tableau 13.1. Soins psychologiques dans la première ligne**

<b>Thèmes (N=484)</b>	<b>n</b>	<b>Sous-thèmes</b>
<b>Accessibilité des soins psychologiques</b>  <b>61,6%</b>	37	Accessibilité
	89	Accessibilité financière
	31	Accessibilité géographique/proximité
	2	Désengorger les SSM et services psychiatriques
	7	Directe
	29	Facilité d'accès
	34	Population générale
	11	Population vulnérable/fragilisée/précarisée
	34	Rapidité la prise en charge
<b>Types d'interventions</b>  <b>55,6%</b>	3	Accompagnement
	13	Aide urgente/en situation de crise
	11	Approche globale/holistique
	7	Conseil
	5	Consultations en ambulatoire
	39	Court terme
	7	Ecoute
	67	Evaluer/définir/concrétiser la problématique/demande (anamnèse, analyse, diagnostic...)
	2	Guidance
	1	Guidance parentale
	9	Mise en place d'une prise en charge adaptée
	5	Non-intensif
	21	Orientation
	19	Psychoéducation
	5	Rechercher et/ou fournir des solutions
	21	Réorientation
	2	Séances individuelles et groupales
	2	Soins de base
	3	Soins spécialisés
	23	Soutien
<b>Problématiques cliniques</b>  <b>32%</b>	1	Techniques de relaxation
	2	Dépression/anxiété
	4	Emotionnelles
	1	Entre l'urgence et le spécialisé
	105	Légères à modérées
	1	Ne nécessitant pas une expertise secondaire
	2	Pas/peu installée
	1	Psycho-affectives
	10	Quotidiennes/communes
	11	Santé mentale et souffrance psychique
<b>Prévention</b>  <b>19,6%</b>	12	Unique/situationnelle/temporaire
	20	Aggravation/détérioration
	1	Aide au bon développement de l'enfant
	7	Chronicisation
	8	Dépistage de troubles psychologiques
	8	Précocité des soins
50	Prévention	

	1	Rechutes
<b>Objectifs poursuivis</b>  <b>19,6%</b>	1	Accroche du patient
	9	Amélioration rapide/efficacité de l'intervention
	34	Bien-être/qualité de vie
	4	Création d'un lien de confiance
	1	Envisager le futur
	23	Meilleure mobilisation/renforcement des ressources personnelles/de la résilience
	2	Réinsertion sociale
	11	Sensibilisation à la santé mentale
	6	Soulagement/amélioration des symptômes/difficultés
	4	Responsabilisation du patient
<b>Premier contact/demande/écoute</b>  <b>10,9%</b>	26	Découverte des soins psychologiques
	1	Première expérience positive
	26	Premier suivi/premiers soins
<b>Collaboration interdisciplinaire</b>  <b>6,8%</b>	10	Acteurs de première ligne
	18	Autres intervenants/soignants du patient (réseau psychomédico-social)
	5	Développement du réseau
<b>Trajectoire de la demande</b>  <b>2,3%</b>	2	Directe ou par un intermédiaire (médecins généralistes, professionnels de la santé, acteurs de première ligne...)
	3	Directe patient-psychologue
	4	Par le médecin
	2	Par les acteurs de première ligne
<b>Autres</b>  <b>3,9%</b>	10	Soins psychologiques généraux (mettre la santé mentale au même)
	4	Soins de qualité/prodigués par des professionnels qualifiés
	4	Valorisation/déstigmatisation de la profession
	1	Soutien de la santé mentale par l'Etat

## Orientation vers les soins de première ligne

La deuxième question était : « *Selon vous, quelles sont les motivations à orienter un patient vers des soins psychologiques de première ligne ?* ». Les réponses données à cette deuxième question sont pour la plupart déjà énoncées lors de la première. Seuls les nouveaux éléments seront développés dans ce paragraphe, ils apparaîtront en gras dans le tableau récapitulatif. Ces derniers concernent essentiellement **les problématiques cliniques, les différents types d'interventions, les collaborations interdisciplinaires et la distinction entre les soins de première ligne et soins spécialisés.**

### *Problématiques cliniques*

Les **problématiques cliniques** abordées dans les soins de première ligne se précisent dans cette deuxième question ouverte. Les participants évoquent notamment **anxiété, burnout, problèmes de comportements, dépendance, dépression, deuil, difficultés relationnelles, parentales/familiales**. Pour certains, la problématique ou demande doit être **clairement définie** pour relever de la première ligne, pour d'autres, « **toute difficulté** » peut y être acceptée, notamment parce que l'orientation du patient vers le bon service fait également partie de la mission du PPL.

*« Des difficultés qui se développent suite à des événements de vie ou un relâchement psychologique face à des difficultés. La complexité, l'intensité et la gravité de la problématique déterminent également la motivation. Enfin, la charge financière d'un suivi thérapeutique sera également prise en compte dans l'orientation vers la première ligne. Quelques exemples : prévention du burnout professionnel & parental, décès d'un proche sans antécédent psychologique pour le(la) patient(e), perte du travail, rupture, accident, etc. »*

### *Types d'interventions*

La notion de **suivi à court terme** ressort comme fondamentale par les professionnels, puisque le suivi doit pouvoir tenir en un nombre limité de séances. Les soins de première ligne peuvent être indiqués lorsqu'il s'agit d'une intervention prenant place **avant ou après un soin plus intensif**, comme **suivi de transition**. Ils peuvent également l'être lorsqu'une **triangulation** entre enfant, parent et école est nécessaire, ou bien dans des situations ne nécessitant pas de collaboration pluridisciplinaire poussée. L'orientation du patient vers les soins psychologiques de première ligne peut également viser à **éviter la médicalisation du patient**, ou à permettre sa **démédicalisation** lorsque cela est possible.

*« Si le patient n'est pas familiarisé avec la démarche psychologique, les soins PPL peuvent avoir un effet éducatif, lui permettre de s'arrêter sur ses difficultés et d'avoir un espace où déposer ses questions et avoir des réponses accessibles. Même si le patient a déjà une idée plus claire de ce qu'est une démarche de soins psychologiques, par ex a déjà suivi un processus thérapeutique, les soins PPL peuvent aussi lui permettre de retrouver un équilibre et de le rassurer en quelques séances. »*

### *Collaborations interdisciplinaires*

L'**intégration du réseau à la prise en charge** ressort des verbatims comme une indication pour diriger le patient vers les soins de première ligne. Le psychologue peut soutenir, ou intervenir dans une situation pour laquelle les **autres interventions** ne sont **pas suffisantes** ou **appropriées**.

### *Distinction entre soins de première ligne et soins spécialisés*

L'orientation vers les soins de première ligne ou les soins spécialisés et la distinction entre les deux posent question pour les participants de cette étude. Les difficultés à distinguer les deux, voire la pertinence qu'il y a à le faire sont notamment mises en avant. L'**orientation a priori** vers l'un ou l'autre type de soins peut être difficile, et prendre cette décision peut requérir quelques séances. Certains participants **n'utilisent pas cette distinction** dans leur pratique.

« Pour moi, l'idée de la première ligne est d'apporter des soins psychologiques aux personnes qui n'auraient pas forcément fait la démarche sans cette facilité d'accès au psychologue clinicien. Avant, il y avait deux vitesses : les psys dans les centres de santé mentale (ou autre) qui étaient débordés et avaient un délai d'attente très long et les psys indépendants qui attendaient le client. Depuis cette nouvelle accessibilité aux soins psychologiques, cette démarcation s'est limée. - La motivation principale est l'état du patient. Mais il est difficile dès le début de savoir si nous serons dans du première ligne ou spécialisé. C'est souvent l'après-coup qui permet d'évaluer cela. »

**Tableau 13.2 : Orientation vers les soins de première ligne**

Thèmes (N=484)	Sous-thèmes
<b>Accessibilité des soins psychologiques</b>	Accessibilité
	Accessibilité financière
	Accessibilité géographique/proximité
	Bas seuil
	Désengorger les SSM et services psychiatriques
	Directe
	<b>Facilitation de la démarche par la prescription médicale (n=1)</b>
	Facilité d'accès
	Population générale
	Population vulnérable/fragilisée/précarisée
	Rapidité la prise en charge
<b>Types d'interventions</b>	Accompagnement
	Aide urgente/en situation de crise
	Approche globale/holistique
	Conseil
	Consultations en ambulatoire
	Court terme (nombre limité de séances)
	Ecoute
	Evaluer/définir/concrétiser la problématique/demande (anamnèse, analyse, diagnostic...)
	Guidance
	Guidance parentale
	Mise en place d'une prise en charge adaptée
	<b>Ne nécessitant pas une prise en charge pluridisciplinaire (2)</b>
	Non-intensif
	Orientation
	Psychoéducation
	Rechercher et/ou fournir des solutions
	Réorientation
	Séances individuelles et groupales
	Soins de base
	Soins spécialisés
	Soutien
Techniques de relaxation	
<b>Transition avant ou après des soins plus intensifs (n=2)</b>	
<b>Triangulation enfant/parent/école (n=1)</b>	
<b>Problématiques cliniques</b>	<b>Absence de cause médicale (n=2)</b>
	<b>Anxiété/stress (n=20)</b>
	<b>Comportementales (n=3)</b>

	<b>Dans un ou plusieurs domaines de la vie (n=2)</b>
	<b>Demande/problématique définie et claire (n=9)</b>
	<b>Dépendance (n=2)</b>
	<b>Dépression (n=11)</b>
	<b>Deuil (n=4)</b>
	Emotionnelles
	<b>Épuisement professionnel/burnout (n=7)</b>
	Entre l'urgence et le spécialisé
	<b>Idées/tentatives de suicide (n=2)</b>
	<b>Image/estime de soi (n=5)</b>
	<b>Isolement social (n=2)</b>
	Légères à modérées
	Ne nécessitant pas une expertise secondaire
	Pas/peu installée
	<b>Parentales/familiales (n=10)</b>
	<b>Phobies (n=1)</b>
	Psycho-affectives
	Quotidiennes/communes
	<b>Relationnelles/sociales (n=8)</b>
	Santé mentale et souffrance psychique
	<b>Scolaires (n=1)</b>
	<b>Sommeil (n=3)</b>
	<b>Tentatives de résolutions inefficaces (n=3)</b>
	Unique/situationnelle/temporaire
<b>Prévention</b>	Aggravation/détérioration
	Aide au bon développement de l'enfant
	Chronicisation
	Dépistage de troubles psychologiques
	Précocité des soins
	Prévention
	Rechutes
<b>Objectifs poursuivis</b>	Accroche du patient
	Amélioration rapide/efficacité de l'intervention
	Bien-être/qualité de vie
	Création d'un lien de confiance
	Envisager le futur
	<b>Éviter la médicalisation/démédicaliser (n=4)</b>
	Meilleure mobilisation/renforcement des ressources personnelles/de la résilience
	Réinsertion sociale
	Sensibilisation à la santé mentale
	Soulagement/amélioration des symptômes/difficultés
	Responsabilisation du patient
<b>Premier contact/demande/écoute</b>	Découverte des soins psychologiques
	Première expérience positive
	Premier suivi/premiers soins
<b>Collaboration interdisciplinaire</b>	Acteurs de première ligne
	Autres intervenants/soignants du patient (réseau psycho-médico-social)
	Développement du réseau

	<b>Intégration du réseau à la prise en charge (n=11)</b>
	<b>Soutien quand les autres interventions sont insuffisantes ou inappropriées (n=4)</b>
<b>Trajectoire de la demande</b>	Directe ou par un intermédiaire (médecins généralistes, professionnels de la santé, acteurs de première ligne...)
	Directe patient-psychologue
	Par le médecin
	Par les acteurs de première ligne
<b>Distinction soins de première ligne et soins spécialisés</b>	<b>Impossible à définir a priori (n=4)</b>
	<b>Indistinction dans la pratique (n=3)</b>
<b>Autres</b>	Soins psychologiques généraux (mettre la santé mentale au même)
	Soins de qualité/prodigués par des professionnels qualifiés
	Valorisation/déstigmatisation de la profession
	Soutien de la santé mentale par l'Etat

### Orientation vers les soins spécialisés

La troisième question « *Selon vous, quelles sont les motivations à orienter un patient vers des soins psychologiques spécialisés ?* » fait ressortir des éléments mettant en exergue les similitudes et différences entre ces deux types de soins. Certains thèmes comme les problématiques cliniques diffèrent entre les deux, tandis que d'autres tels que l'accessibilité se rejoignent, pouvant créer une certaine confusion entre ceux-ci.

### Accessibilité des soins psychologiques

A l'instar des soins psychologiques de première ligne, l'**accessibilité** et plus particulièrement l'**accessibilité financière** est ici encore avancée comme motivation à orienter un patient vers les soins psychologiques spécialisés. Les questions d'**accessibilité géographique**, **disponibilité**, **facilité d'accès**, **rapidité de prise en charge** ou encore de **désengorgement des services de santé mentale**, bien que citées, sont bien plus anecdotiques (un ou deux participants les évoquent).

« *Le coût de la prise en charge pour le patient* »

« *Facilité d'accès, prix démocratique, diversité des approches des psychologues* »

« *Lorsque le patient nécessite plus de 8 séances et qu'il ne peut se permettre financièrement d'aller chez un indépendant.* »

### Caractéristiques du patient et problématiques cliniques

Les **caractéristiques du patient** reçu en intervention peuvent motiver ou non l'orientation vers les soins spécialisés. Ainsi, les participants décrivent des patients **manquant de ressources personnelles et interpersonnelles** (familiales, sociales, professionnelles...), présentant des **vulnérabilités psychologiques et/ou physiques** sous-jacentes à la problématique amenée, ou ayant **déjà réalisé un suivi** par rapport à celle-ci. Le caractère de **proactivité** est également mis en avant, avec la notion d'un patient **demandeur** et **motivé**, impliqué dans sa prise en charge. Un seul participant évoque le fait que le **fonctionnement** du patient doit être **normal**, qu'il doit être **stable**.



« Après évaluation psychologique, perception de difficultés psychologiques qui demanderont une intervention psychologique plus longue : p.ex. trouble de la personnalité, mécanismes de défense rigides, le changement même positif dans l'absolu amènera probablement des difficultés d'adaptation (p.ex. trauma type 2, peu de ressources personnelles et interpersonnelles. »

« Quand il apparait une certaine demande/motivation/implication du côté du client pour faire évoluer sa situation personnelle difficile. »

Outre certaines caractéristiques du patient lui-même, certains critères d'orientation tiennent dans les **problématiques cliniques** qu'apporte ce dernier. Les problématiques dites **modérément à sévèrement complexes** sont les plus relevées par les participants, suivies par celles dites **chroniques**, ou du moins présentes depuis un certain temps. On peut citer non exhaustivement les troubles de la personnalité, traumatismes, troubles du comportement, burnout... La présence de **multiples problématiques**, se présentant dans plusieurs domaines de la vie du patient, la connaissance d'un **diagnostic psychiatrique** ou d'un autre **trouble déjà identifié** par exemple, sont également renvoyées vers les soins spécialisés. Certains participants précisent que la demande doit être **définie, claire** et sans ambiguïté. Les problématiques de type **légères à modérées** sont citées, mais c'est moins la gravité du problème que la **durée de l'intervention** qu'il nécessite qui est alors mise en avant. En effet, ces participants soulignaient que certaines problématiques pouvaient nécessiter un suivi sur du **moyen à long terme** sans être graves pour autant.

« Problématique plus longue que les 8 séances, troubles plus psychiatriques et plus chroniques »

« En présence d'un problème comorbide complexe qui nécessite une thérapie ciblée et requiert une trajectoire plus longue »

« Des problèmes qui ont souvent des causes plus profondes, comme des traits de personnalité, des événements de l'enfance, des problèmes récurrents ou plus chroniques. »

#### **Modalités d'intervention**

Le critère le plus cité pour orienter un patient vers les soins spécialisés est celui de la durée de **l'intervention**, soit l'estimation d'une prise en charge de **longue durée**, ou du moins d'une prise en charge nécessitant **plus de huit séances** ; de surcroît, celle-ci peut être **intensive** ou plus **approfondie**, s'intéressant ainsi plus en profondeur à l'histoire de vie du patient par exemple.

Le patient peut également se voir orienter vers les soins spécialisés si sa problématique requiert un suivi plus **régulier**, une **spécialisation du psychologue** dans celle-ci (techniques et outils employés par exemple), ou qu'elle requiert une **prise en charge thérapeutique** plutôt que du soutien ou des conseils.

Certains participants distinguent les soins de première ligne des soins spécialisés, en évoquant le fait que dans le second cas, les soins sont **centrés sur la personne plus que sur la plainte**. Des plaintes multiples, qui se manifestent dans plusieurs domaines de la vie, peuvent également être dirigées vers les soins spécialisés. Enfin, l'implication de **plusieurs prestataires dans la prise en charge** est également un critère d'orientation vers les soins spécialisés, parmi ceux-ci, citons les psychiatres, les travailleurs sociaux...

« Thérapie plus longue ou plus intense nécessaire pour l'enfant. »

« Besoin plus important de travail thérapeutique, de soutien. Besoin de séances plus régulières, plus nombreuses, d'un travail plus spécialisé. »

Orienter les patients vers les soins spécialisés peut prendre place dans la **continuité** d'une première prise en charge dans le cadre **des soins de première ligne**. Ces derniers peuvent s'être révélés **insuffisants**, en termes de suivis si les problématiques s'avèrent finalement plus difficilement traitables dans la première ligne, ou en termes de durée si les huit séances n'ont pas suffi. De surcroît, reprendre

ses propres patients dans le cadre des soins spécialisés peut permettre le **maintien de l'alliance thérapeutique** qui a déjà pu se former. Enfin, l'**apparition de nouvelles problématiques** ou l'**approfondissement des problématiques** amenées dans le cadre de la première ligne peuvent également motiver le renvoi vers ce type de soins.

« La situation ne peut être suffisamment améliorée en raison de facteurs intrapsychiques. Ce qui suppose qu'on ait déjà travaillé la problématique dans le cadre des séances de première ligne, qu'on ait évalué les progrès réalisés, et qu'on ait des raisons de penser que le poursuivre est pertinent. »

« Les soins spécialisés se justifient quand les interventions de première ligne n'ont pas suffi. Cela peut arriver si les problèmes se révèlent plus sérieux qu'il n'y paraissait au début, si les troubles sont entretenus par l'entourage ou les circonstances, ou si la personne a besoin d'un suivi léger ponctuel à plus long terme parce que son milieu exige des compétences qu'elle ne maîtrise pas suffisamment pour les appliquer correctement sans aide. »

Quelques participants relèvent également leur incompréhension face à la **distinction entre les soins de première ligne et les soins spécialisés**, voire l'indistinction de ces deux notions dans leur pratique.

« Cette dénomination soins de 1<sup>ère</sup> ligne et soins spécialisés ne me parle pas du tout. - Je ne travaille pas au moyen de cette distinction, et mon réseau non plus. - Nous distinguons les types de prises en charge des professionnels du réseau en définissant avec eux quel type de pathologie ils préfèrent traiter, de patients recevoir, mais à mon sens tous ces professionnels sont spécialisés dans qqch. »

« Pour moi, il ne devrait pas y avoir de distinction entre première ligne et spécialisé. La frontière entre les deux n'étant pas définissable, cela ne me semble pas correct. »

### Développement de pratiques

Un certain nombre de pratiques ont pu être développées dans le cadre de la convention, et la question « *Veillez décrire une à trois pratiques/interventions que vous avez mises en place et/ou développées à la suite de votre/vos conventionnement(s) ?* » visait à pouvoir recenser ces dernières. Elles seront ici représentées schématiquement selon les catégories, et se développent en plusieurs sous-catégories pour certaines.

Alors que certains psychologues n'ont pas changé leur pratique depuis leur conventionnement, d'autres au contraire mettent en avant des changements à différents niveaux de la prise en charge thérapeutique.

Au **niveau logistique**, certains psychologues conventionnés ont davantage investi **l'utilisation de l'informatique** en créant un site internet décrivant leurs pratiques et champs de compétences ou en proposant une gestion numérique des rendez-vous. Aussi, ils mettent en avant **la création de dossiers électroniques et leur partage via la plateforme eHealth**. Étant donné le nombre de séances limités, certains psychologues soulignent également l'importance de cibler rapidement la demande initiale et proposent, par exemple, **un questionnaire d'admission**.

Suite à leur conventionnement, certains psychologues ont également aménagé leur **cadre de travail** que ce soit en ce qui concerne la temporalité des séances (réduire la durée de la séance, espacer les séances VS prise en charge intensive, élargir les plages horaires proposées) ou en ce qui concerne le travail réalisé (intervention plus rapide, moins en profondeur).

Concernant les **modalités d'intervention**, les psychologues conventionnés sortent de l'entretien individuel pour proposer d'autres formes de prise en charge comme la prise en charge groupale, la co-intervention ou le coaching. Dans les prises en charge individuelle, les proches sont davantage sollicités. Aussi, certains psychologues conventionnés proposent une évaluation post thérapie.

Au niveau des **domaines de prise en charge**, pour répondre aux demandes émanant du terrain, les psychologues conventionnés élargissent leur domaine d'expertise. Nombreux encadrent des bénéficiaires du secteur de la santé mentale alors que ce n'était pas/moins le cas avant. Nombreux également réalisent de la psychoéducation. Aussi, les thématiques de **harcèlement scolaire, décrochage scolaire, guidance parentale et burnout parental** sont davantage présentes dans les demandes de suivi.

Les psychologues conventionnés s'inscrivent dans différents courants (TCC, thérapie systémique, thérapie brève, thérapie corporelle, etc.) et utilisent différents **outils** dans leur prise en charge (hypnose, EMDR, recours aux médias, etc.). Depuis leur conventionnement, certains ont davantage recours à l'utilisation de questionnaire. Un répondant a également mis en place une plateforme de conseils.

La **population** prise en charge par les psychologues conventionnés a également changé, ces derniers faisant face à une augmentation **des demandes d'aide d'urgence ainsi qu'à la fréquentation d'un public plus précarisé qu'auparavant**.

Au niveau des **lieux** de prises en charge, les psychologues conventionnés sortent du cabinet privé pour créer des collaborations et partenariats afin de proposer des consultations individuelles ou de groupe en cabinet partagé, en maison médicale, au sein des CPAS, etc. Aussi, ils pratiquent davantage l'outreaching en proposant des consultations dans le milieu de vie (domicile, école, institutions comme maison de repas, internat, etc.)

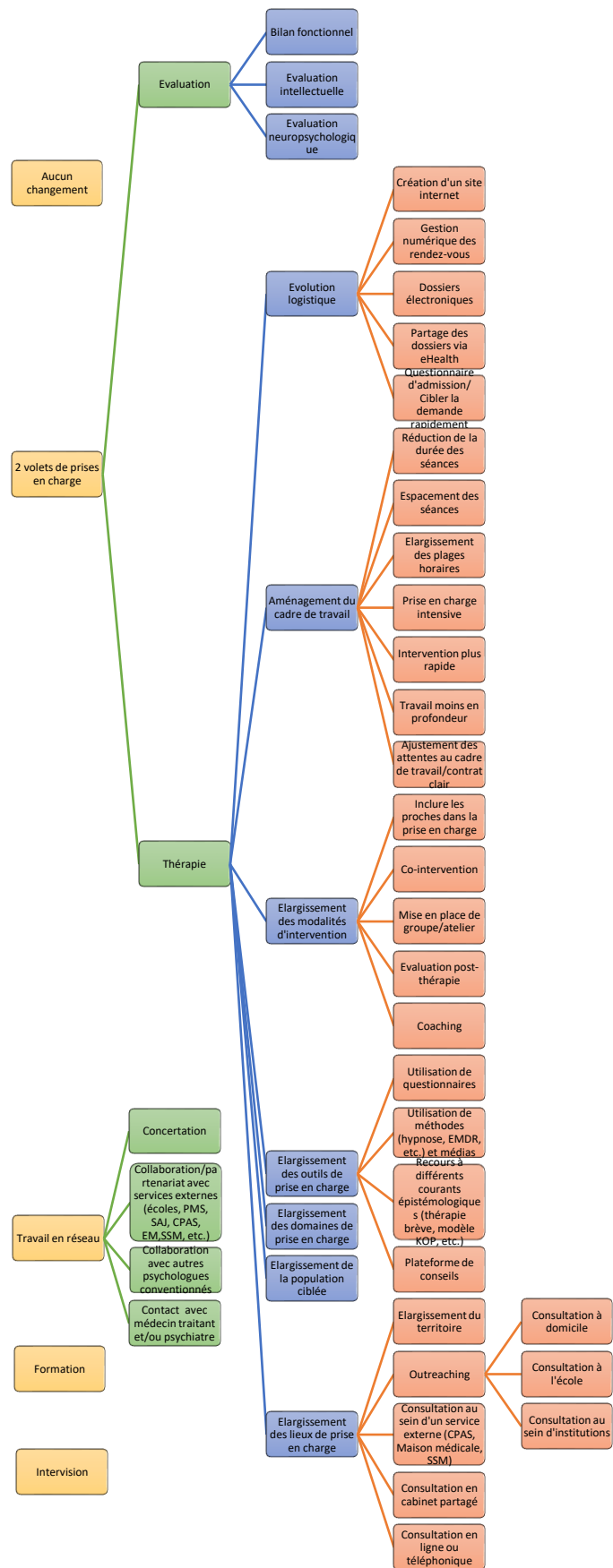


Figure 13.1 : Développement de pratiques

### Représentations de la notion de réseau

Différents éléments caractérisant la notion de réseau ont été mis en exergue par les participants dans leurs réponses à la question suivante : « *Selon vous, que recouvre la notion de « **réseau** » ?* ».

Le réseau est défini par les psychologues conventionnés comme un **maillage** de différents acteurs qui gravitent **autour du patient**. Ces différents acteurs se distinguent en deux groupes : le **réseau de soin** composé des professionnels et d'institutions, et le **réseau naturel** composé de personnes non professionnelles issues des sphères familiale et sociale du bénéficiaire.

Le réseau de soin est constitué du secteur de la santé mentale (incluant le secteur psychologique et le secteur médical) et l'aide sociale. Des collaborations pluridisciplinaires et des partenariats se créent entre les différents acteurs du réseau de soin, que ce soit à travers des objectifs communs ou complémentaires. Ces professionnels partagent une philosophie commune et collaborent ensemble en vue de proposer une trajectoire de soin intégrative, holistique et cohérente, et de la sorte optimiser la qualité voire l'efficacité de la prise en charge du patient. Les échanges d'informations concernant le patient se font dans le respect du code déontologique et du secret professionnel partagé. Aussi, **connaître la carte du réseau** ainsi que les spécificités de chacun permet de réorienter le patient si besoin. Le réseau est géographiquement délimité autour d'un périmètre accessible au patient.

Si le réseau doit se comprendre comme un maillage de différents acteurs qui gravitent autour du patient, il peut également s'observer **autour du professionnel** : **c'est le réseau interprofessionnel**. Celui-ci agit comme un soutien entre les professionnels via des rencontres permettant non seulement des concertations autour du patient, mais permettant de mutualiser des ressources et les outils via des échanges de pratiques et d'expériences. Ces relations interprofessionnelles sont décrites comme une source d'entraide. Des intervisions et supervisions sont aussi organisées. Elles permettent aussi aux professionnels de se sentir appartenir à une communauté professionnelle et, dès lors, de se sentir moins seul dans son travail.

Néanmoins, si la pratique du réseau apparaît comme un idéal ayant un intérêt autant pour le patient que pour le professionnel, certains psychologues conventionnés soulignent un décalage entre la pratique du réseau en théorie et la pratique de réseau réelle. En effet, la réalité de terrain met en avant des difficultés à travailler en réseau : difficulté à accorder les agendas des différents professionnels, difficultés à réorienter un patient vers un professionnel disponible, nombre de séances remboursées limitées, conditions de remboursement INAMI exigences pour le groupe, etc.



Figure 13.2 : Représentations de la notion de réseau

## Collaborations

Le questionnaire envoyé aux psychologues et orthopédagogues conventionnés a permis d'apporter des éléments de réponses à la question suivante « *Selon vous, qu'est-ce qui favorise la mise en place d'une collaboration avec d'autres professionnels/services dans le secteur de la santé mentale/des soins de santé ?* ». Deux questions avaient été posées, l'une pour le secteur de la santé mentale, et l'autre pour le secteur des soins de santé. Les participants ayant pour la plupart répondu de la même manière aux deux questions, les verbatims ont été analysés conjointement.

### Collaborateurs

**Connaître les collaborateurs et services** apparaît comme élément saillant favorisant la collaboration. L'organisation de **rencontres**, formelles ou informelles, de « **réseautage** » permettant de rencontrer les partenaires du réseau et d'en apprendre plus sur leurs **compétences, domaines d'action ou pratiques**, permet de développer et enrichir la collaboration entre ces parties. De surcroît, il ressort de l'analyse des verbatims l'importance d'avoir une vue d'ensemble des partenaires, avec l'accès à une **cartographie** exhaustive **des services**, qui soit facile d'accès pour tous. Enfin, **avoir déjà collaboré** avec certains services et donc les connaître en amont de la collaboration facilite également cette dernière.

« *Mieux connaître les services existants et se faire connaître d'eux. Echanger sur les missions, les limites, les complémentarités possibles.* »

« *Une vue d'ensemble claire des autres professionnels et des outils de communication nécessaires.* »

Plus que le fait de les connaître, les **relations entretenues avec les collaborateurs** et les facteurs favorisant celles-ci sont associés à la réalisation d'une bonne collaboration. Une relation basée sur une **confiance** réciproque, le **respect** mutuel, la **transparence**, la **conscience de ses propres limites**, l'**ouverture** vis-à-vis des savoir-faire et expériences de l'autre sont autant de facteurs mis en avant par les participants. Pouvoir **créer du lien, prendre du plaisir à collaborer** et développer une certaine **unité entre les services** sont également évoqués dans ce cadre.

« *Le respect des fonctions et des compétences de chacun, une connaissance (et son actualisation) du réseau via les démarches personnelles et les coordinateurs, une relation de confiance instaurée entre les professionnels, des rencontres réseau, etc.* »

Enfin, la **sensibilisation des praticiens** à l'importance de la collaboration est un autre élément facilitant la mise en place de celle-ci.

« *Une meilleure connaissance par tous les praticiens de cette philosophie.* »

### Facilitateurs organisationnels

Certains éléments organisationnels facilitent les collaborations. La **proximité géographique** met en avant le travail de réseau, et certains collaborateurs soulignent le fait de **travailler dans la même structure** comme bénéfique pour la collaboration, avec la possibilité de faire partie d'une équipe pluridisciplinaire.

« *Proximité géographique et aspects pratiques facilités.* »

Le **temps** et la **disponibilité**, tant des partenaires que des collaborateurs, sont nécessaires à la réalisation d'un suivi conjoint. Certains participants manifestent une **surcharge de travail** (de leur côté ou de celui des médecins généralistes essentiellement), qui rend plus difficile l'intégration de la collaboration à un horaire déjà rempli. Certains suggèrent ainsi de mettre en place des **horaires fixes** de communication entre professionnels, ou de **prévoir la collaboration** assez tôt dans le suivi afin que tous les agendas puissent s'accorder.

« *Le temps et la disponibilité des professionnels.* »

« *Réunions régulières à des moments fixes - Plus de temps disponible - Meilleure connaissance de champs d'action de chacun.* »

L'**aspect financier**, et plus particulièrement la **rémunération**, ou **compensation financière** des professionnels pour les consultations communes encouragent la collaboration. Il ressort néanmoins des analyses que cette rémunération devrait également prendre en compte tout le temps passé à entrer en contact avec les collaborateurs, temps qui n'est pour l'instant pas valorisé.

« *La rémunération de ce temps de travail.* »

« *Le financement - il demande beaucoup de temps et n'est généralement pas ou peu remboursé, le rendre plus accessible peut faciliter la consultation - non seulement pour notre profession mais aussi pour tous les acteurs de la santé - - les possibilités de consultation en ligne ont été grandement facilitées* »

Enfin, le fait d'avoir des **lieux mis à disposition**, que ce soit par le réseau ou les institutions favorise les collaborations.

« *Des lieux mis à disposition pour se réunir, une situation géographique proche, une approche multidisciplinaire du patient.* »

Les éléments développés ci-dessus sont parfois mis en lien avec les **difficultés** rencontrées par les participants **pour mettre en place la collaboration**, particulièrement concernant le temps que demande cette entreprise.

« *Les secteurs de soins sont débordés. Le gros problème est lié à un manque de temps. Réussir à augmenter les offres de soins, la qualité par un refinancement global du secteur pourrait permettre d'avoir le temps nécessaire de le faire.* »

### **Patient**

Les éléments favorisant la collaboration ne se limitent pas aux partenaires et services avec lesquels le psychologue ou orthopédagogue travaille, mais sont également en lien avec le **patient** lui-même. En effet, celui-ci peut être à l'origine de la **demande** de collaboration. Les participants de l'enquête notent également l'importance d'avoir son **accord** vis-à-vis de la collaboration et de la transmission d'informations. Les professionnels expriment le fait qu'ils ne doivent pas collaborer à tout prix, mais **agir selon les besoins et pour les intérêts** du patient : est-ce que la pathologie le nécessite, est-ce que cela pourra faire avancer le suivi, est-ce pertinent ? Trois d'entre eux précisent tout de même que l'obligation de collaborer peut également faciliter cette démarche. Ils doivent également avoir des **objectifs communs** vis-à-vis de leur patient, et pouvoir travailler avec lui. Enfin, certains évoquent l'importance de **responsabiliser** celui-ci vis-à-vis de sa santé mentale, en développant l'importance du travail de collaboration pour un meilleur suivi.

« *Le fait que le patient le souhaite en confiance avec son psy - ce qui nécessite du temps d'explication avec lui si on estime qu'il en tirerait du bénéfice.* »

« *Les besoins du patient et son accord.* »

### **Collaborations**

Certaines caractéristiques des collaborations ou pratiques collaboratives ont été rapportées par les participants.

La **complémentarité des pratiques ou démarches** et l'adoption d'une **approche holistique** dans la démarche collaborative sont deux éléments présentés par les participants.



« Une représentation claire de son rôle et de ses limites et une ouverture suffisante sur l'idée de la complémentarité des fonctions de chaque intervenant. »

Parmi les pratiques collaboratives évoquées, citons les moments de **concertations** et **échange d'informations** quant aux suivis communs, les **intervisions et supervisions** parfois organisées par le réseau, les séances de **groupes**, les **consultations** conjointes (en présentiel ou en distanciel pour faciliter les choses).

« Interventions, groupes de travail, consultations de soins. »  
« A partir des besoins des patients, nécessité de se relayer des informations, de réfléchir ensemble à la mise en place des meilleures conditions de suivi du patient. »

Il est nécessaire pour les participants que la collaboration soit ancrée dans un **cadre clair**, que l'offre et les rôles de chacun soient bien définis, en prenant garde à s'inscrire dans une démarche éthique et déontologique. Ceci entre professionnels mais également vis-à-vis du patient, afin que chacun comprenne bien le déroulement de la collaboration et quelles en sont les modalités.

« La demande du patient et un cadre clair (au niveau législatif, financier, ...). »

### **Communication**

Il existe actuellement une **multiplicité des moyens de communication** (mail, téléphone, courrier...) qui pour certains favorise la collaboration, et pour d'autres l'entrave. La création d'un **système uniformisé et simplifié de contact** et échange d'informations serait pour beaucoup un élément facilitateur du travail entre professionnels. Ce système informatisé pourrait servir tant au contact des professionnels qu'au partage des dossiers communs ou encore à la communication avec les patients. Il se devrait par conséquent d'être bien sécurisé. La communication peut également se faire par l'intermédiaire du patient, qui peut transmettre les informations aux professionnels assurant son suivi. Il ressort des réponses verbatims un caractère d'accessibilité dans les communications : les professionnels ont besoin de pouvoir se contacter directement, sans devoir passer par des démarches administratives qui pourraient alourdir les communications. Enfin, un facilitateur de la collaboration est la **présence d'un coordinateur ou d'une personne relais** facilitant le contact entre collaborateurs.

« Plate-forme sur laquelle les travailleurs sociaux de différentes disciplines peuvent se contacter de manière sécurisée. »

« La relation avec notre coordinatrice et les personnes qui gèrent le réseau. Les intervisions. »

Certaines caractéristiques de la communication sont également importantes pour le développement de partenariats. Celle-ci se doit d'être **régulière, efficace, facilitée** par l'**utilisation d'un langage commun**, et **réciproque**, soit que psychologues comme collaborateurs soient **proactifs** dans la prise de contact et la transmission d'information.

« La proactivité avec l'accord du patient facilite les collaborations. Le fait de se rencontrer permet de démystifier l'autre, tout en préservant la nécessité de ne partager que ce qui est utile aux bons soins du patient. »

« Se connaître et être conscient du savoir-faire de l'autre, communication à double sens. »

### *Caractéristiques des professionnels*

Parmi les éléments favorisant la collaboration, la **motivation** des professionnels à s'engager dans ce processus, leur **expérience personnelle** de ce type d'approche ou encore la possibilité de recevoir une **formation** pour apprendre à s'y engager sont ressortis des analyses.

« Une formation/expérience de terrain / des rencontres professionnels leur permettant d'aborder l'étendue des services existants. - La possibilité de valoriser le temps nécessaire à ces collaborations (supporter le coût financier). »

### **Besoins**

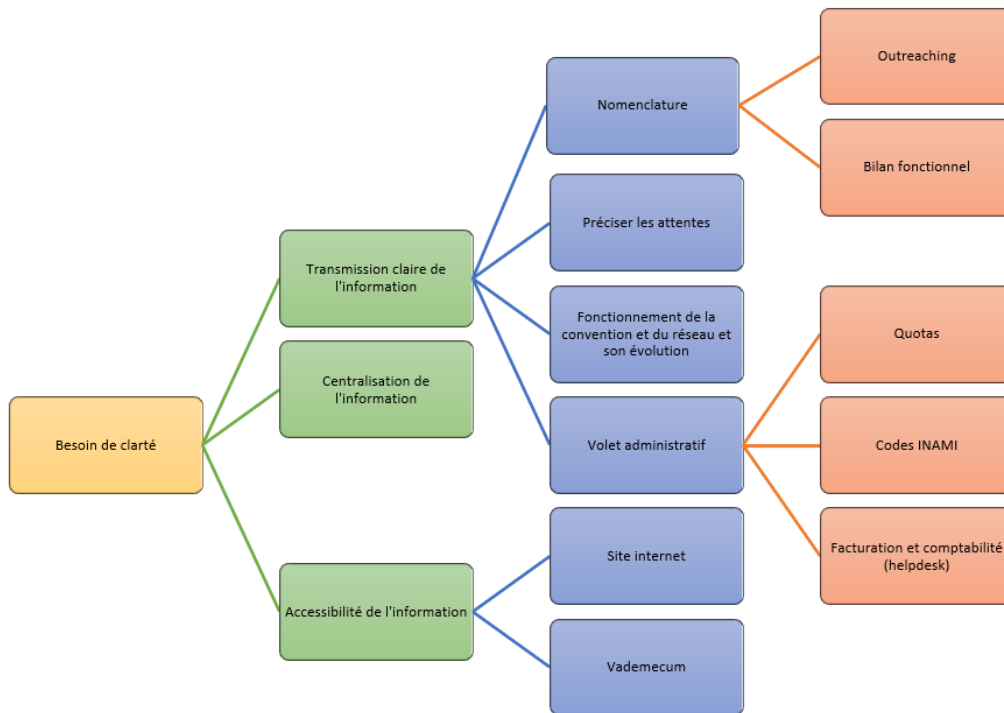
La question « *Quels sont vos besoins en tant que professionnel dans le cadre de votre/vos convention(s) ?* » a permis aux psychologues et orthopédagogues de s'exprimer quant aux éléments qui pourraient faciliter leur exercice de cette fonction dans le cadre de la convention.

#### *Besoin de clarté*

De manière assez unanime, les sujets identifient **un besoin de clarté**. Les PPL se sentent perdus face à la masse de demandes et d'informations. Ils ont l'impression de ne pas toujours avoir de réponse à leurs questions, et ne savent pas où aller chercher l'information souhaitée. Ainsi, les PPL souhaiteraient **un changement en ce qui concerne la circulation de l'information en vue de plus de clarté et d'accessibilité**.

Ce besoin de clarté se décline en 3 volets :

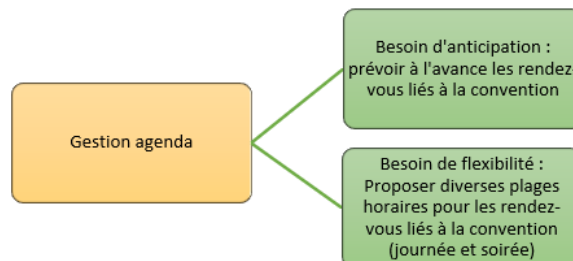
- **Transmission claire de l'information en ce qui concerne le fonctionnement du réseau, la définition du travail** (ex : *Qu'est-ce que l'outreaching ?* Pratique qui a tendance à se réduire à des consultations à domicile), les attentes et exigences du réseau (ex : *Qu'est ce qui est attendu dans la réalisation d'un bilan fonctionnel ?*).  
Les sujets sont également perdus en ce qui concerne le volet administratif et sont en demande de plus de clarté et de simplicité concernant le calcul des quotas d'heures attribuées, les critères pour l'octroi du remboursement, les codes et règles INAMI ainsi que concernant la comptabilité et la facturation. Ils proposent également la création d'une newsletter permettant de tenir informé des changements/évolution de la convention.
- **Centralisation de l'information**
- **Accessibilité de l'information** sur un intranet ou un vadémécum afin de savoir où aller chercher l'information



**Figure 13.3 : Besoins – besoin de clarté**

### *Gestion des agendas*

Au vu des différentes configurations de statuts professionnels, les PPLs manifestent le besoin d’anticiper longtemps à l’avance les rendez-vous liés à la convention (formation, intervention, etc.) et de proposer autant des rendez-vous en journée qu’en soirée.

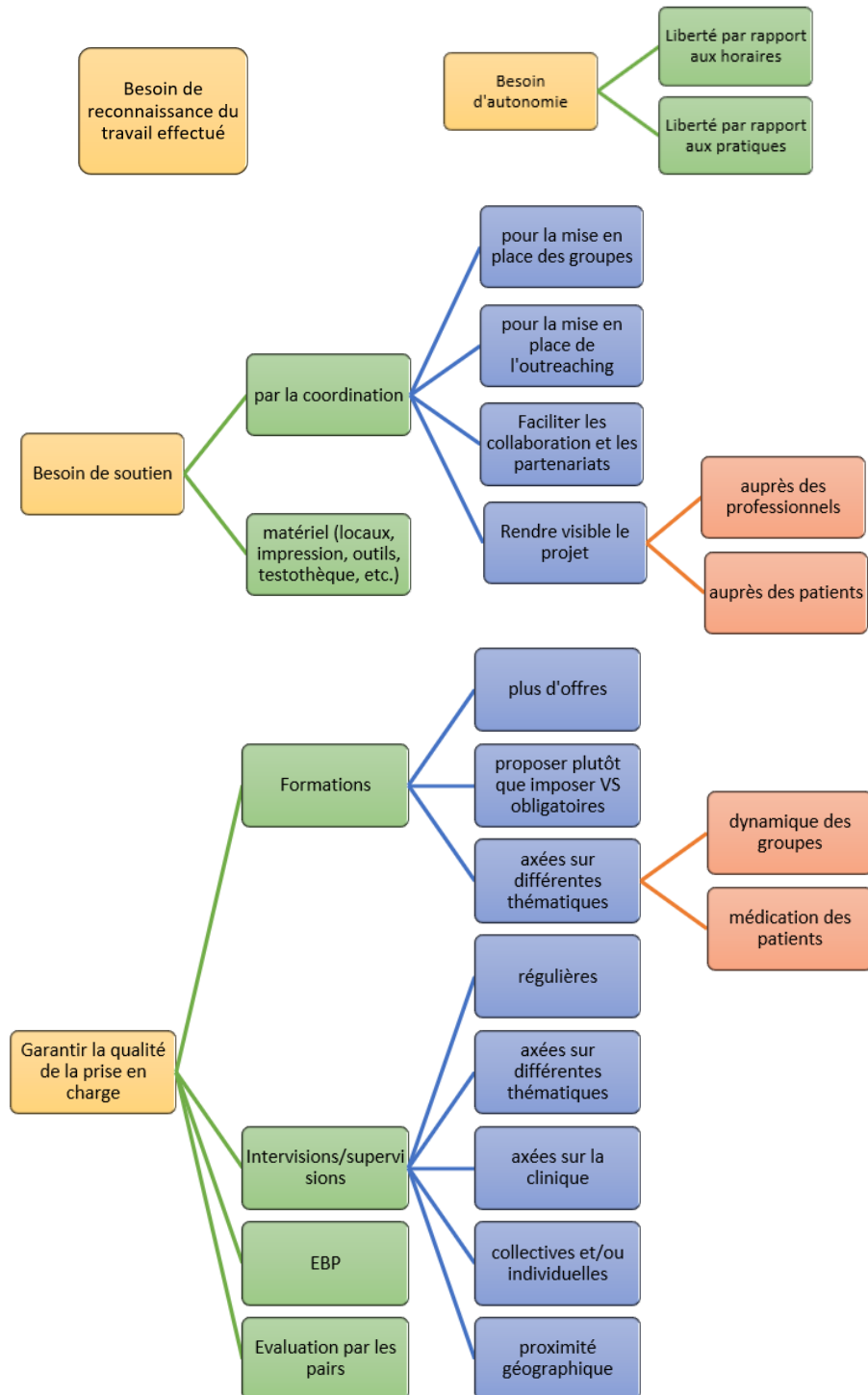


**Figure 13.4 : Besoins – Gestion des agendas**

### *Besoin de reconnaissance, de soutien et d'autonomie*

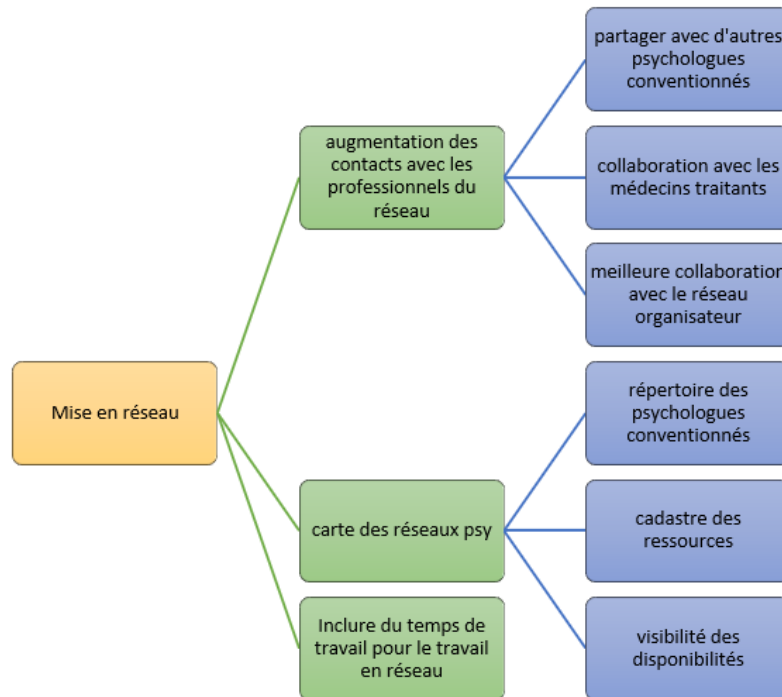
Les sujets mettent aussi un avant un besoin d’autonomie, de soutien et de reconnaissance du travail effectué par les psychologues. Le **besoin de soutien** inclut le soutien du coordinateur de réseau pour la mise en place du projet (aider à la mise en place des groupes, de l’outreaching, de la création de partenariat, etc.) ainsi que le soutien au niveau infrastructure et matériel (fournir les locaux, mise à disposition de matériels décentes, espace de coworking, accès à une testothèque, etc.). Ils insistent sur l’importance de rester **libre** quant à leur organisation horaire et leur pratique tout en demandant à être soutenu dans leur travail.

S'ils demandent que leurs compétences soient reconnues et valorisées, ils insistent également sur l'importance de **garantir la qualité de la prise en charge via des formations, des supervisions et des intervisions** axées sur la clinique et proposées à des horaires divers (autant en journée qu'en soirée), dans une proximité géographique. Une demande EBP et d'évaluation par les pairs est souhaitée par certains.



**Figure 13.5 : Besoins – Besoin de reconnaissance, de soutien et d'autonomie**

## Besoin de réseaux



**Figure 13.6 : Besoins – Besoin de réseaux**

Les sujets soulignent **un besoin du réseau**, tant une collaboration avec les professionnels du réseau et une meilleure communication avec le réseau organisateur, qu'un besoin d'avoir une carte claire et détaillée du réseau des psychologues conventionnés afin de connaître leurs coordonnées, leurs ressources et leur disponibilité. En effet, il arrive souvent que le psychologue conventionné doive refuser un patient car il a atteint le quota imposé par la convention et qu'il ne sache pas vers quel autre psychologue conventionné réorienter le patient afin qu'il puisse être pris en charge rapidement.

### *Ajustements de la convention*

#### Confusion critères PPL ET PPS

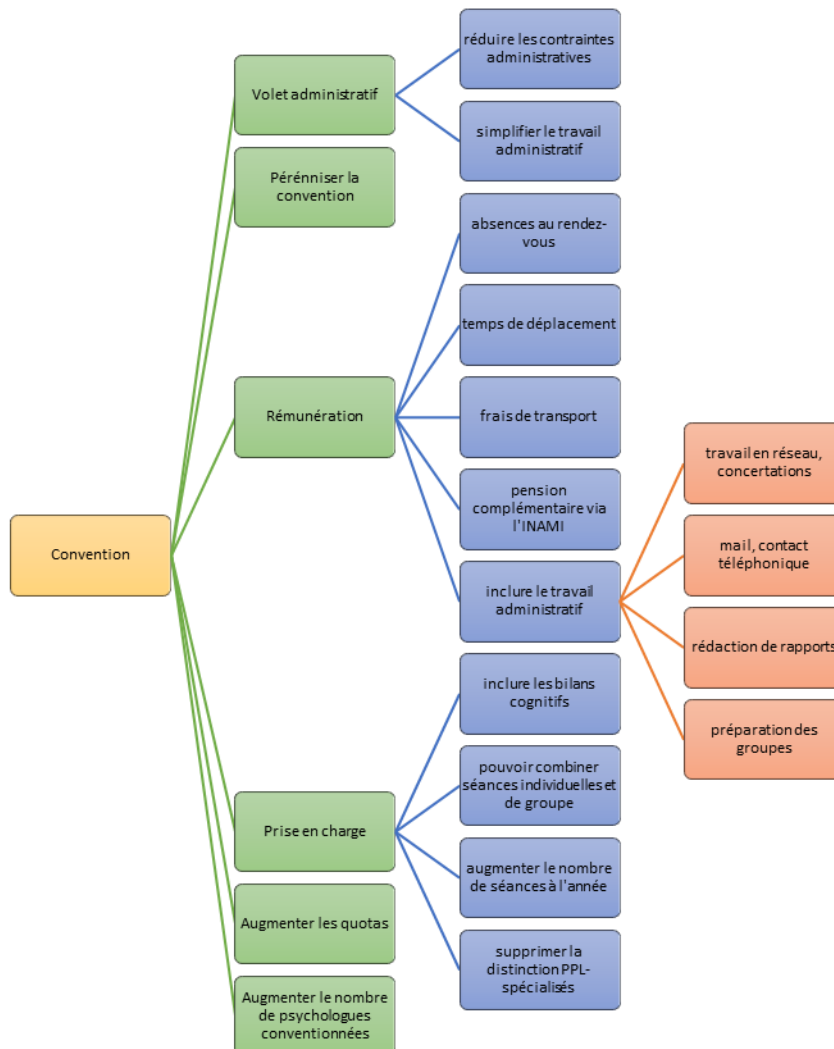
Les PPL insistent sur la difficulté à déterminer qui répond aux critères de la convention ou non. Nombreux sont ceux qui souhaiteraient **supprimer la distinction entre PPL et spécialisé**. Selon eux, **cette distinction renforce les inégalités et la discrimination** en poussant le thérapeute à choisir le patient qui va bénéficier de la convention au détriment d'un autre. Élargir la convention à tous les patients serait un idéal. Le cas échéant, augmenter les quotas et/ou le nombre de séances remboursées à l'année serait une belle avancée.

#### Tensions par rapport à la charge administrative

Le travail sous la convention est également source de stress et d'insatisfactions à différents niveaux. La majorité des sujets soulignent la **lourdeur du travail administratif**. Il apparaît que les contraintes administratives sont nombreuses et pas aisées, ce qui provoque une perte de temps là où le temps vient déjà à manquer. Les sujets souhaitent une réduction et/ou une simplification des démarches administratives.

Aussi, la majorité des sujets souhaiteraient **une révision du cadre de prise en charge notamment concernant la gestion des rendez-vous et le respect des quotas**. Cette dernière ne semble pas aisée, considérant qu'elle ne tient pas compte de l'anticipation des rendez-vous manqués.

Les sujets abordent également **la question de la rémunération** qui semble ne pas couvrir l'ensemble du travail presté : les rendez-vous manqués ne sont pas payés alors que les heures sont bloquées et comptabilisées dans le quota des 35%, les déplacements ne sont pas inclus alors que l'outreaching est recommandé, le temps dédié aux démarches administratives imposées par la convention, au secrétariat et à la préparation des séances de groupe n'est pas non plus supporté.



**Figure 13.7 : Ajustements de la convention**

## Recommandations

La dernière question ouverte posée dans ce rapport concernait les recommandations pouvant être faites par les participants : « *Quelles sont vos recommandations (au niveau organisationnel, interprofessionnel ou personnel) pour les soins psychologiques dans la première ligne ?* ». Trois niveaux de recommandations ont été mises en évidence dans l'analyse, micro, méso et macro.

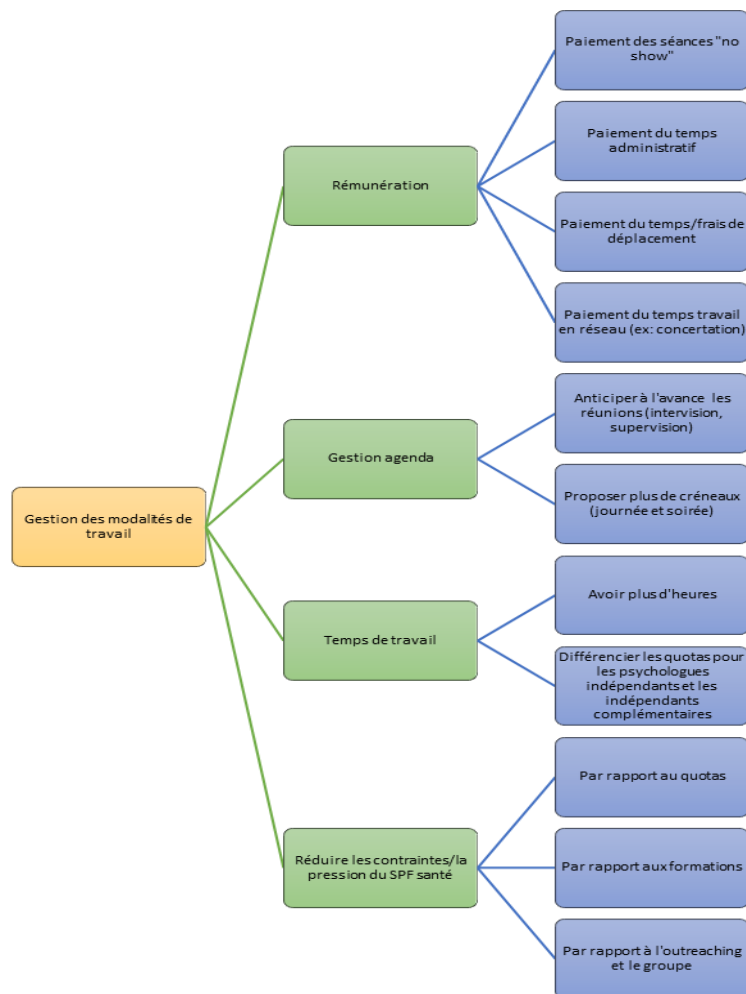
### *Gestion des modalités de travail*

Les participants reprennent des thématiques de la question précédente concernant les besoins. Ils mettent à nouveau en évidence une nécessité de revoir la **rémunération**, afin de solutionner le souci des *rendez-vous manqués* non pris en charge par l'INAMI, de prendre en considération le temps de *travail administratif*, le temps de *travail en réseau* ainsi que les déplacements inhérents à l'*outreaching*.

Certains praticiens souhaiteraient de surcroît pouvoir augmenter leurs *heures de prestation*. D'autres aimeraient que la *répartition des heures soit fonction du temps de travail* (indépendant total VS complémentaire).

Ils demandent également à revoir l'organisation des réunions en *fixant les rencontres longtemps à l'avance* et en proposant des *créneaux horaires divers* (plus de choix en termes de jours et d'horaire).

Enfin, ils se sentent opprimés par les exigences du SPF en termes de *quotas à respecter*, de *formations/interventions/supervisions* à honorer et se sentent forcés à faire de l'*outreaching*.



**Figure 13.8 : Recommandations – Gestion des modalités de travail**

#### *Gestion administrative et intersectorielle*

Comme dit précédemment (question sur les besoins), les conventionnés souhaiteraient *plus de clarté et de cohérence* quant aux informations reçues. Les procédures **administratives** sont décrites comme conséquentes, ce qui amène les participants à souhaiter une *simplification de la gestion administrative*, ainsi qu'un support, via des *formations* ou la mise à disposition d'un *canevas* par exemple, pour la gestion administrative et l'utilisation du logiciel. La comptabilisation des heures par semaine est difficile à maintenir de manière constante, c'est pourquoi ils souhaiteraient opter pour une *autre méthode de comptabilisation*. Ils aimeraient également que cette gestion administrative devienne moins laborieuse et plus intuitive : optimisation du logiciel et du site internet pour réduire les bug informatiques, développement d'une application pour tablette, création d'une ebox sécurisé pour le transfert de documents et le partage d'outils online.

Au niveau du **réseau**, les participants manifestent le besoin d'*augmenter leurs contacts* avec les autres psychologues conventionnés du réseau, et de permettre la continuité de ces contacts via notamment l'*utilisation systématique d'outils de communication*. Afin de réseauter et créer des liens, ils envisagent la mise en place d'une ou deux *journées de mise au vert*.

Également dans un souci de clarté, les psychologues et orthopédagogues insistent sur l'importance d'avoir accès à une **carte** claire et mis à jour **du réseau**. Cette cartographie du réseau inclurait un *répertoire des professionnels* et préciserait les *compétences et ressources de chacun*, les *offres proposées* (ex : groupe) ainsi que leur *disponibilité de prise en charge*. Certains souhaiteraient également que le parcours professionnel soit visible afin de connaître le niveau d'expertise du professionnel. Cette carte

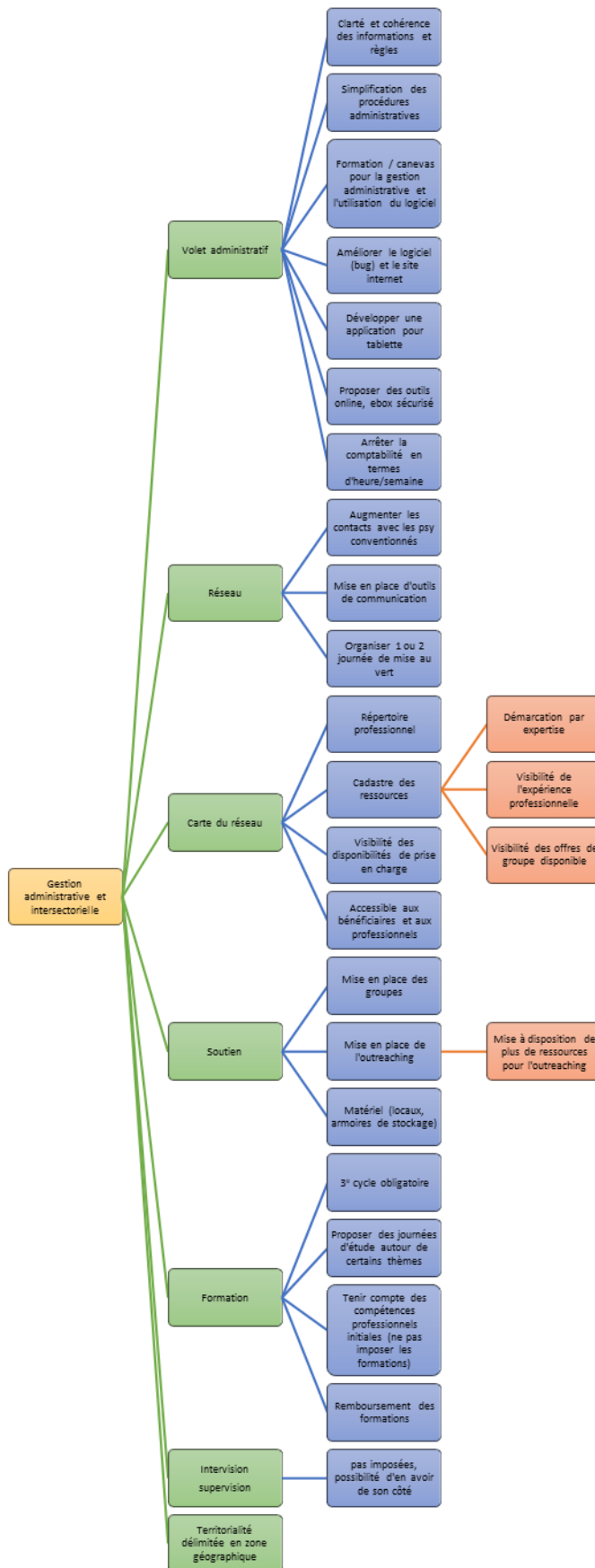


des réseaux doit être accessible (en partie au moins) tant pour les professionnels que pour les bénéficiaires.

Les praticiens demandent plus de **soutien de la part du réseau** pour la *mise en place des groupes*, pour l'*outreaching* mais aussi un *soutien matériel*.

En ce qui concerne le dispositif de formation, intervision, supervision, certains sont satisfaits et même demandeurs de ce qui est proposé par le réseau, d'autres trouvent que cela est contraignant et revendiquent une reconnaissance des expertises ainsi que des formations et supervision en dehors du réseau. Certains préconisent l'obligation d'un 3<sup>e</sup> cycle en psychothérapie obligatoire, afin de garantir la qualité de la prise en charge. L'idée de proposer ponctuellement des journées d'études sur certaines thématiques émergent également.

La délimitation des prises en charge par commune semble poser problème. Certains participants préconisent une **délimitation géographique par territoire** qui ne se limite pas aux communes.



**Figure 13.9 : Recommandations – Gestion administrative et intersectorielle**

## Révision du cadre de la convention

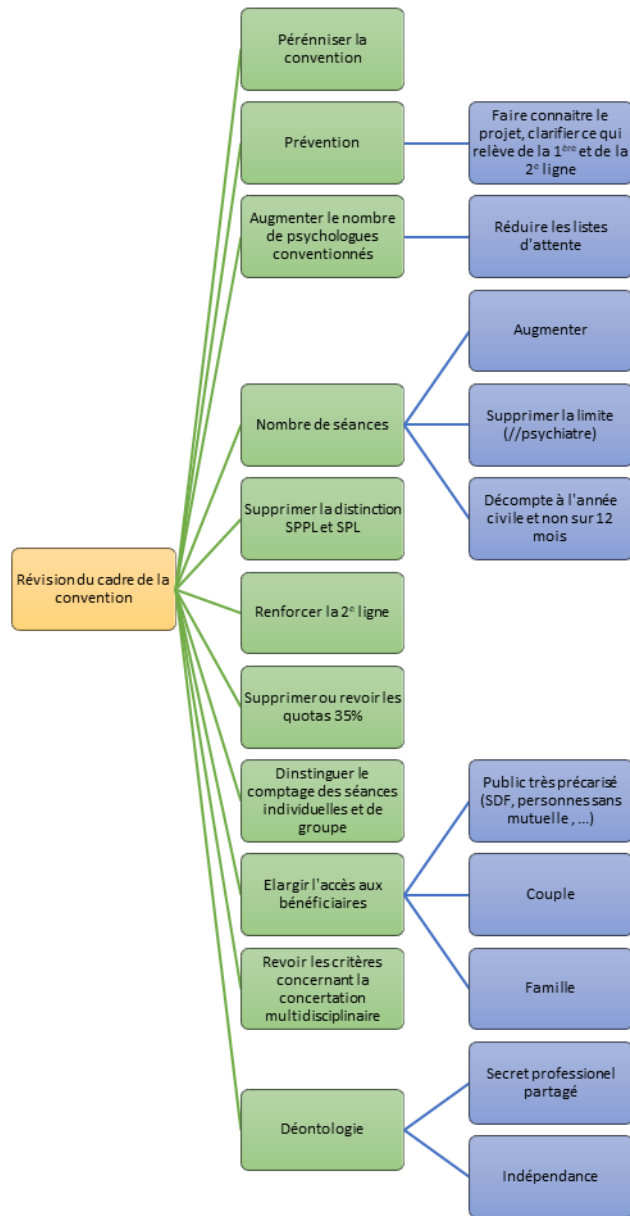


Figure 13.10 : Recommandations – Révision du cadre de la convention

Les participants souhaiteraient que la **convention** soit **pérennisée** afin de pouvoir se projeter à plus long terme.

Ils regrettent que la convention soit peu connue, et préconisent un travail de **sensibilisation** en amont afin de rendre le projet plus visible, et de **clarifier la distinction** entre ce qui relève de la première et ce qui relève de la deuxième ligne.

Les psychologues et orthopédagogues préconisent aussi d'augmenter le nombre de psychologues conventionnés afin de **réduire les listes d'attente**.

Au niveau du cadre de la convention, les participants suggèrent une *augmentation du nombre de séances* remboursées, une suppression ou, au moins, une *révision des quotas* et/ou une *suppression de la distinction SPPL et SPL*. Ils aimeraient également un *renforcement des soins de 2<sup>e</sup> ligne*. Ils demandent à ce que les séances de groupe et individuelles soient comptabilisées de manière distincte et qu'un patient puisse bénéficier des deux offres *parallèlement*. Les praticiens trouveraient du sens à élargir la convention à la *prise en charge des couples, des familles et des personnes en grande précarité*.

Enfin, ils rappellent l'importance de pouvoir continuer à travailler sous la **déontologie** du psychologue, et donc de respecter les règles du *secret professionnel partagé* et de continuer à travailler en tout *indépendance*.

### **Vers une modélisation des soins psychologiques**

La distinction entre les soins de première ligne et soins spécialisés apparaît comme difficilement tangible en pratique pour les professionnels et fait l'objet de nombreuses incompréhensions et recommandations. Un cadrage complémentaire a émergé de nos résultats et des pratiques du terrain et a donné lieu à une modélisation des interventions des soins psychologiques dans la première ligne. Le modèle indique la porte d'entrée vers les soins psychologiques basée à la fois sur l'intensité de la symptomatologie et la précocité de l'intervention, à la fois sur les modalités des soins. Le modèle se structure à partir de deux axes positionnant les indications et besoins de suivi du patient. L'axe vertical porte sur la nature légère/sévère de la symptomatologie, il est croisé à un axe horizontal inscrivant les interventions dans une perspective de prévention précoce et de prévention de la rechute. Ces soins psychologiques s'inscrivent dans un réseau et une communauté avec lesquels des partenariats s'organisent en vue d'une prévention précoce et de prévention de la rechute. Toutes les interventions sont centrées sur les besoins et objectifs du patient. Elles répondent également aux critères fondamentaux d'accessibilité, de rapidité de l'intervention et de mobilisation des ressources internes et environnementales du patient et des ressources des réseaux.

Les soins psychologiques de première ligne relèvent d'une prévention précoce face à une "problématique/ difficulté clinique" survenant au cours de la trajectoire de vie d'un patient, soit identifiée et orientée par les acteurs de première ligne, soit par les personnes elles-mêmes et/ou leur entourage. Ces interventions sont des primo-interventions de "courte durée" et sont une porte d'entrée vers les soins psychologiques dans la première ligne ( comprenant l'orientation, la psychoéducation, des interventions orientées solutions, ...) pour des symptômes de faible intensité. Ces soins de première ligne sont rapides (court délai), accessibles (bas seuil) et de proximité (au plus proche du patient), ils sont ciblés sur les besoins du patient. Ils peuvent recourir aux différents formats d'interventions (individuelles, groupales, dans des lieux d'accroche, lieux de vie, avec expert de vécu, .. ...) proposées dans la convention, en vue de mobiliser les ressources internes et externes du patient avec pour objectifs de tendre vers une qualité de vie, résilience et un "réaccrochage social" au sein de la communauté et avec les partenaires de première ligne du réseau.

Les soins psychologiques spécialisés s'apparentent à une prévention de la rechute face à des difficultés et une symptomatologie clinique plus sévère chez des personnes soit en « premier épisode », soit pour des problématiques/ troubles psychologiques plus ancrés. C'est à la fois l'intensité modérée/ sévère de la symptomatologie et les besoins de soins psychologiques plus intenses et spécialisés qui donnent

l'indication de soins psychologiques spécialisés. Ces soins, comme les soins de première ligne sont accessibles, rapidement mis en place, ciblés sur les besoins et objectifs du patient, dans une perspective de prévention de la rechute. Ils recouvrent diverses missions dont la réorientation, des traitements ciblés/ spécialisés, ils peuvent recourir aux différentes formes d'interventions (individuelles, groupales, des lieux d'accroche, avec expert de vécu, .. ...) incluses dans la convention, en vue de mobiliser les ressources internes et externes du patient et du réseau de santé mentale avec pour objectifs de tendre vers un maintien des changements en termes qualité de vie et de résilience, une mobilisation des ressources existantes dans le réseau dans une perspective de rechute potentielle de la rechute. Les outils cliniques seront mobilisés dans les soins de première ligne et spécialisés en début de suivi et en cours de suivi pour cibler les besoins du patient et orienter son trajet de soins.

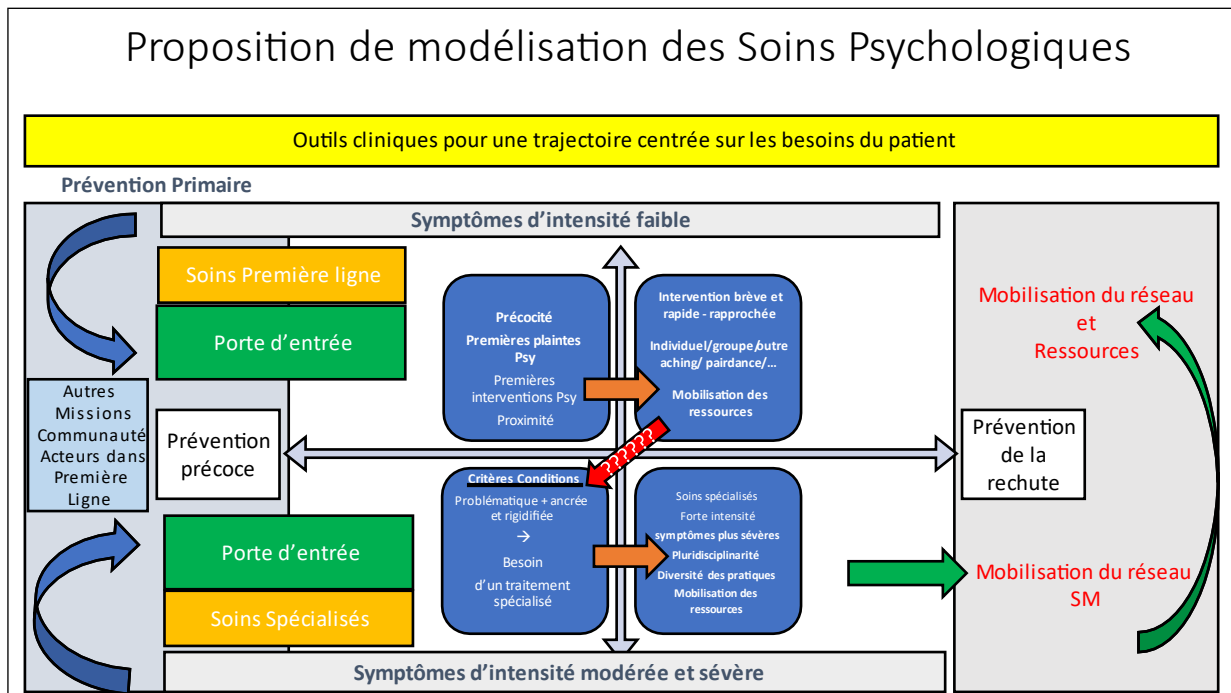


Figure 13.11 : Proposition de modélisation des soins psychologiques

## RÉSUMÉ

Les conceptions des soins psychologiques dans la première ligne et du réseau mettent en exergue des fondamentaux de la convention et les besoins des praticiens pour y répondre.

- Le concept de soins psychologiques de première ligne est défini par les PPL et orthopédagogues conventionnés par l'accessibilité, la proximité géographique, la rapidité de la prise en charge
- Les soins psychologiques de première ligne sont caractérisés par le suivi à court terme et une approche globale ou holistique prenant en compte le réseau social du patient. Ils incluent l'évaluation, la concrétisation de la problématique/demande, le soutien du patient, la (ré)orientation, la psychoéducation.
- Les objectifs poursuivis sont le bien-être et la qualité de vie, la mobilisation et le renforcement des ressources personnelles, la résilience ainsi que la responsabilisation du patient vis-à-vis de sa problématique.
- Le réseau est défini comme un maillage de différents acteurs gravitant autour du patient (comprenant le réseau de soin composé des professionnels et d'institutions, et le réseau naturel composé de personnes des sphères familiale et sociale).
- Le réseau est également défini comme un maillage de différents acteurs autour du PPL par des rencontres, des intervisions, le partage d'outils et d'expériences.

Parmi les besoins :

- Besoin du réseau et d'avoir une cartographie claire et détaillée du réseau afin de connaître leurs coordonnées, leurs ressources et leur disponibilité.
- Besoin de clarté, de soutien formel (par le réseau/ coordinateur) et matériel pour les ressources.
- Besoin de formation et intervisions pour le développement de compétences pour les nouvelles modalités d'interventions.

## CHAPITRE 14

### **Etude par focus groups sur l'expérience des psychologues/orthopédagogues conventionné(e)s dans un réseau de santé mentale adulte ou enfant/adolescent**

---

#### **Introduction**

Afin d'approcher le vécu expérientiel des psychologues et orthopédagogues conventionnés et d'approfondir les données de l'enquête en ligne, nous avons organisé des focus groups composés de PPL qui s'étaient déclarés en fin d'enquête comme volontaires pour cette étape de la recherche. Il a été décidé de mener quatre focus groups dont deux en région Wallonie-Bruxelles et deux en région flamande. Pour les deux régions, un focus group s'adressait aux conventionnés dans les réseaux adultes et un aux professionnels avec une pratique mixte ou conventionnés uniquement dans un réseau enfant/adolescent.

Pour rappel, un guide de conduite du focus groups a été réalisé abordant diverses thématiques permettant de répondre aux quatre questions de recherche suivantes :

- 1) À quoi correspondent les pratiques ainsi que les patients rencontrés dans le cadre des soins psychologiques de première ligne ?
- 2) Comment les nouvelles pratiques suggérées par la convention s'intègrent-elles aux consultations des professionnels conventionnés ?
- 3) Que recouvrent le travail en réseau et les collaborations interprofessionnelles des conventionnés dans la première ligne ?
- 4) Quels sont les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces que les psychologues et orthopédagogues associent à la convention ?

Nous présentons dans cette section les données d'analyse de ces focus groups obtenues pour les professionnels francophones et néerlandophones exerçant d'abord auprès de patients adultes et ensuite ceux avec une pratique mixte ou uniquement adressée aux enfants et adolescents.

**Pour les conventionnés adultes (Francophones et Néerlandophones)**

**Composition des groupes :**

	<b>Statut professionnel</b>	<b>Réseau</b>	<b>Entrée dans la convention</b>
<b>GROUPE 1 (FR)</b>	Indépendante principale	Mosaïque	2019
	Indépendante principale	Resmé	2019
	Indépendante complémentaire	Resmé	2019
	Indépendante complémentaire	Resmé	2022
	Indépendante principale	Fusion	2022
	Indépendante complémentaire	Brumenta	2022
	Indépendante complémentaire	Resmé	2022
	Indépendante complémentaire	Fusion	2022
	Indépendante principale	Fusion	2020
	<b>GROUPE 2 (NL)</b>	Indépendante principale	Emergo
Indépendante principale		Noolim (GGZ Limburg)	2021
Indépendante principale		Reling (GGZ Limburg)	2022
Indépendante principale		Diletti	2022



## **Pratiques et patients rencontrés en première ligne**

### **Pratiques cliniques**

Les praticiens conventionnés décrivent particulièrement les soins de première ligne comme étant **des soins généralistes et accessibles à proximité du patient**. Ils se présentent comme un professionnel de premier recours où les soins de première ligne sont envisagés comme **des soins à court terme** en termes de faisabilité et d'efficacité de l'intervention.

Pour les professionnels conventionnés, les soins de première ligne se distinguent des soins spécialisés qui s'inscrivent dans la deuxième ligne pour lesquels un avis psychiatrique et des techniques psychothérapeutiques sont mises en œuvre pour apporter des soins à des troubles plus sévères.

*« La fonction des soins en première ligne concerne en fait les soins généralistes tandis que les soins spécialisés pour moi sont des psychothérapies qui s'adressent à des troubles, elles sont plus spécialisées en deuxième ligne. » (NL)*

*« Pour moi, le travail en première ligne c'est surtout une façon de penser dans le domaine des soins de santé qui consiste à dire que si c'est possible à court terme, on le fait et il faut que ce soit bien accessible. Si vous avez 8 ou 9 séances, vous devez parfois commencer à penser différemment et réfléchir à ce que vous pouvez offrir pendant ces séances. » (NL)*

Certains types d'accompagnement ressortent comme centraux dans la pratique de la psychologie dans la première ligne : la psychoéducation, la thérapie brève ou encore l'hypnothérapie.

Ces pratiques sont mobilisées pour répondre et s'adapter à l'évolution **du profil des patients, qui diffère du public habituel rencontré par les psychologues dans leur cabinet de consultation**. Les patients sont en **recherche de solutions rapides** et d'outils concrets à mettre en place au quotidien pour améliorer leur qualité de vie.

*« Cette convention a permis, c'est d'avoir accès à une population peut-être plus défavorisée qui n'avait pas réellement accès aux soins avant... clairement ce n'était pas le genre de patients qu'on voyait dans les cabinets avant. Je pense que la levée du frein financier a levé aussi d'autres freins. » (FR)*

*« Les patients qui viennent sont des patients qui ne demandent plus une thérapie à long terme, mais qui demande des outils pour aller plus rapidement vers une solution. » (FR)*

*« Les soins psychologiques de première ligne apportent également un autre type de clientèle et impliquent une autre façon de travailler. » (NL)*

Ces interventions de première ligne peuvent prendre **deux formes de trajectoire de soin** : soit **une intervention brève et intensive** avec des séances rapprochées, soit **des séances de soutien s'inscrivant dans la durée avec des séances étalées dans le temps**. Pour les psychologues et orthopédagogues, les soins de première ligne s'intéressent particulièrement aux différentes étapes du cycle de vie et s'adressent aux citoyens « lambdas » qui rencontrent à un moment donné des événements de vie difficiles et pour lesquels le psychologue peut offrir un espace d'écoute et de soutien pour déposer ces vécus et questionnements s'y rapportant.

*« Il y a d'une part les personnes que vous avez vues de façon intensive pendant un certain temps que ce soit pour un problème physique ou psychologique. Puis les personnes qui ont encore du mal à savoir comment appliquer tout cela maintenant et le conserver (...) alors c'est du travail de première ligne, ce n'est pas du court terme mais du très long terme à faible fréquence. » (FR)*

« Ou les personnes qui par exemple ont un problème mais qui est stable et qui, à la suite d'un évènement de vie supplémentaire, ont des difficultés pendant un certain temps et vous les aidez pendant quelques séances, la ligne de front est là pour les soutenir pendant un certain temps en quelques séances et ils sont aidés de sorte qu'ils ne peuvent pas évoluer vers des problèmes plus difficiles. » (NL)

« Je suis également heureuse d'aider les personnes qui viennent juste pour poser des questions, les citoyens ordinaires qui sont bloqués ou qui ne savent plus ou toute autre question qu'ils se posent. On peut souvent les aider à court terme et ils ont un rôle important à jouer dans notre société. » (NL)

### **Problématiques cliniques**

Dans le cadre de la convention, les problématiques relevées par les psychologues concernent principalement **le burnout, la dépression, l'anxiété, le stress, l'estime de soi ou encore des croyances limitantes**. Le burnout est décrit comme particulièrement présent dans les différentes régions du pays chez les jeunes travailleurs et les étudiants avec une perte de sens et des questionnements existentiels portant notamment sur la poursuite de leur activité professionnelle ou de leurs études. On remarque par ailleurs que la pratique auprès de personnes âgées fait émerger des problématiques en lien avec l'acceptation du deuil ou du vieillissement, qui étaient auparavant peu prises en considération. En outre, les praticiens en région néerlandophone évoquent une difficulté spécifique à atteindre les personnes âgées vivant à leur domicile et en dehors de toute institution.

« Dans des institutions mais ici, ce que j'observe, c'est beaucoup de **jeunes en burnout**, parfois même de 21, 22 ans, c'est à dire dès leur premier job » (FR)

« Une problématique qui revient souvent, c'est **une perte de sens**. C'est énormément de jeunes qui viennent me voir aussi, alors je pense que c'est aussi enfin peut être, entre autres hein le COVID. Mais voilà qui pour eux, ils recherchent beaucoup le sens à au fait de faire des études, de trouver un travail. » (FR)

« Ce sont essentiellement des personnes qui viennent pour des questions **de stress, de dépression et de burn-out**. Ça, ce sont les symptômes et en fait en dessous. Ce que je constate de plus en plus dans ma pratique et essentiellement avec le réseau, c'est qu'en dessous tous ces symptômes, je retrouve et j'en ai parlé avec une collègue qui retrouvé la même chose. On a une idée de faire un groupe. D'ailleurs des problèmes d'estime de soi, de difficulté à lâcher prise. » (FR)

Et c'est vrai, **c'est quelque chose qui se faisait rarement avant**, ce n'est pas parce qu'on a perdu son épouse, qu'il fallait voir un psy ». (FR)

« Cela m'a échappé à l'époque, mais aujourd'hui, les groupes cibles que nous ne pouvons pas atteindre sont les personnes âgées qui ne sont pas dans une maison de repos, qui vivent seules et qui sont très difficile à atteindre. Nous ne trouvons pas ce groupe cible. Si j'en trouve dans mon cabinet, ils se révèlent tous très seuls, c'est un très gros problème. » (NL)

## **Intégration des nouvelles pratiques émanant de la convention**

### **Pratiques de l'outreaching**

Pour les deux focus groups, les pratiques de l'outreaching et de groupe ont soulevé des questionnements et des demandes. La pratique de l'outreaching est décrite comme un outil et une modalité d'intervention intéressante pour aller à la rencontre des patients dans leur milieu de vie et principalement lorsqu'il existe peu de moyens de transports publics disponibles autour du cabinet de consultation du psychologue/orthopédagogue permettant ainsi d'assurer un travail de proximité auprès des bénéficiaires.

Certains praticiens en région néerlandophone précisent utiliser l'outreaching de façon transitoire avec un objectif thérapeutique afin d'aller à la rencontre du patient et de construire une accroche avec le bénéficiaire de soin. Ceux-ci donnent l'exemple de l'agoraphobie pour laquelle ils vont progressivement rechercher à accompagner le patient à sortir de son domicile et se rendre au cabinet de consultation. D'autres mettent en évidence que l'offre de soin de première ligne n'est pas toujours en adéquation avec certaines réalités institutionnelles suscitant ainsi un sentiment d'inutilité et de perte de temps chez les professionnels.

Toutefois, les professionnels relèvent des difficultés à mettre en place des séances en outreaching avec parfois une incompréhension concernant les attentes et les objectifs quant à l'implémentation de ces pratiques de mobilisation en milieu de vie. En effet, ceux-ci constatent par exemple que les patients ne sont pas forcément demandeurs que le psychologue se rende à leur domicile et préfèrent se rendre au cabinet dans un autre contexte que leur milieu de vie quotidien. Les intervenants décrivent davantage pratiquer la visio-consultation en cas d'impossibilité ponctuelle pour le patient de se rendre à son cabinet.

*« Les gens enfin moi personnellement en général. Ils ne sont pas très preneurs que j'aille chez eux, tout simplement. C'est trop précarisé quoi. En gros voilà, et d'autres disent aussi simplement que ça leur fait du bien aussi de sortir, d'être dans un autre cadre. » (FR)*

### **Pratiques de groupe**

Les séances en groupe ont fortement mobilisé les praticiens qui ont néanmoins rencontré de **nombreux obstacles dans la mise en place** concrètement sur le terrain tels que :

- L'impossibilité d'intégrer le travail préparatoire de ces séances dans la facturation ;
- L'absence de rémunération en cas de non-présentation des participants aux séances ;
- L'absence de locaux disponibles pour mener à bien les animations ;
- L'incompréhension face à l'obligation d'être à deux intervenants pour garantir l'animation.

D'autres soulignent **leurs attentes concernant une formation à la dynamique de groupe** afin d'assurer un travail de qualité auprès des patients.

*« Mais j'aimerais quand même bien une formation et donc j'attends toujours la formation premièrement, et deuxièmement y a quelque chose qui me qui voilà, qui me contraint et je ne comprends pas trop le **sens d'imposer qu'on soit forcément deux** parce que donc par exemple moi j'ai une bonne connaissance de la méditation par la pleine conscience, donc je veux vraiment. » (FR)*

*« C'est donc une véritable farce que d'obliger ce deuxième co-thérapeute. Ils auraient mieux fait de ne pas s'engager. Certains collègues préfèrent le faire à deux et ils devraient le faire, mais je préfère le faire seul ou avec mon expert de vécu qui est un bon partenaire. » (FR)*

« Pour les groupes aussi, ma collègue et moi, on a beaucoup réfléchi à faire le, enfin, à faire des groupes de paroles. Mais en fait, les contraintes nous ont arrêtées également pour les faire parce que à la fois la thématique du groupe devait être validée. Alors, ils sont assez vastes, hein ? Je pense que ça n'aurait pas été refusé nos thématiques, mais en fait, ce qui nous a freiné également, c'était en effet le temps de préparation qui n'était pas tenu en compte, la disponibilité des locaux aussi, où est-ce qu'on fait ça ? » (FR)

« Et au fait, et la grosse contrainte aussi, c'est que on ne peut facturer que si on a un certain nombre de personnes qui participent au groupe. Et voilà, en fonction des grandes vacances ou en fonction des périodes hivernales ou les, les personnes sont facilement malades et donc pas présentes au groupe. Ça arrive ça. **Notre crainte, c'était d'arriver à des groupes qui n'étaient pas complets et donc de pas de fournir un travail. Alors on adore notre métier et ce n'est pas ça, mais de quand même pas être financé.** » (FR)

« Pourquoi est-ce qu'on nous impose de nouveau ? Ça ne correspond pas à tous les psys. On n'est pas tous à l'aise dans l'animation de groupe. Parfois il n'y a pas de demande de patient. » (FR)

### **Le travail en réseau et les collaborations interprofessionnelles**

#### **Collaborations intra et interprofessionnelles**

Les praticiens conventionnés mettent en exergue **deux formes de partenariats distincts et complémentaires** :

D'une part des **collaborations intra professionnelles entre psychologues** qui étaient peu pratiquées par le passé et que la convention a permis de développer. Le réseau rompt ainsi l'isolement que le psychologue indépendant pouvait ressentir. Les psychologues et orthopédagogues de première ligne soulignent le soutien et la sécurité comme bénéfices majeurs de ces collaborations entre psychologues. En effet, se connaître et pouvoir échanger quant aux situations rencontrées favorise en plus la réorientation vers le bon professionnel.

D'autre part, le réseau est également décrit au travers de **la collaboration interprofessionnelle avec les médecins généralistes, désignés par les participants comme leurs premiers partenaires**. Le travail en réseau favorise le développement d'une perspective holistique du soin et la construction d'un réseau collaboratif entre professionnels autour du patient. D'autres partenaires sont également mentionnés tels que les CPAS qui envoient de nombreux patients aux psychologues et orthopédagogues conventionnés ainsi que les maisons de repos, les équipes mobiles, les équipes de soin à domicile et les pharmaciens.

#### **Le bilan fonctionnel comme outil de communication**

Dans le cadre de ces collaborations, **le bilan fonctionnel** est perçu par les praticiens néerlandophones comme un outil de travail intéressant et pertinent pour relayer les informations auprès de différents partenaires. Néanmoins, de nombreux patients ne sont pas forcément en accord avec le partage de ces informations et les échanges avec les médecins généralistes sont décrits comme ponctuels en fonction des situations et non systématiques. Selon les praticiens, le partage d'informations doit rester en accord avec le patient et servir aux objectifs définis communément. Les psychologues et orthopédagogues font preuve de prudence dans le partage des informations médicales notamment dans les situations d'épuisement professionnel ou de litige avec les sociétés d'assurance.

« Je pense que de se connaître entre professionnels de première ligne, c'est super essentiel. On a développé quelques collaborations avec les médecins traitants et clairement, quand on en discute une bonne fois, le discours qui ressort c'est, on ne va pas s'appeler après chaque consultation, mais on est disponible l'un pour l'autre en cas de, en cas d'inquiétude, si on a des questions, si on a besoin de la vie, de des confrères, et cetera. » (FR)

« Donc le travail en réseau. Mais je le fais vraiment beaucoup aussi. Je travaille également avec les équipes mobiles, hein ? J'ai entendu parler des équipes mobiles avec les spécialistes aussi avec les psychiatres neurologues, les gériatres. Donc ici, toujours dans le domaine du vieillissement, je suis désolé de vous embêter avec ça. C'est un petit peu en dehors de vos pratiques à vous. Je travaille aussi beaucoup avec les coordinations de soins, avec les médecins traitants, forcément. » (FR)

« Je tiens fort au travail d'équipe et là, de sentir l'équipe qui peut rapidement se constituer autour d'une personne, mais aussi autour de moi. C'est vraiment très très agréable et sécurisant. » (FR)

« C'est un constat aussi qu'on se faisait avec ma collègue, que les médecins généralistes avaient été bien informés par rapport à la mesure. Et donc voilà, ça c'est, c'est un apport dans notre pratique. » (NL)

### **Les forces, faiblesses, opportunités et menaces associées à la convention**

#### **Forces**

Comme cela a déjà pu être exposé, les psychologues ont observé dans leur pratique un changement dans la population rencontrée. Parmi les forces relevées, ils décrivent **une avancée majeure sur le plan financier favorisant l'accessibilité des soins psychologiques** et une approche déstigmatisante envers la santé mentale. La convention promeut aussi par ses **nouvelles modalités l'accès aux soins** psychologiques pour les personnes âgées ainsi que pour les personnes en situation de handicap, notamment par la pratique de soins à domicile. Les participants observent également une **augmentation de la population qui consulte**, avec notamment l'apparition d'une population plus précarisée parmi leurs patients. De surcroît, ils constatent un renforcement de l'adhésion au suivi dans le processus thérapeutique. L'intégration de la convention est perçue par les professionnels comme un défi et une nouvelle opportunité de travail.

« C'est aussi une bonne chose pour nous de pouvoir nous adapter à nouveau. C'est un nouveau défi, je l'aime bien, je découvre des collègues et j'aime parler, consulter et je trouve cela amusant et enrichissant à ce jour et je suis heureuse d'avoir franchi ce pas vers la convention. » (NL)

#### **Faiblesses**

##### **Confusion autour de notions amenées par la convention**

Une des faiblesses soulevée par les praticiens au sein de la convention renvoie aux **incompréhensions voire aux confusions persistantes autour de plusieurs** « nouvelles » **notions** amenées par la convention. De façon unanime, **la distinction entre les soins de première ligne et les soins spécialisés** ressort comme une source de préoccupation dont l'existence même fait l'objet de questionnement chez les psychologues et orthopédagogues. En outre, la distinction des patients selon la modalité de soins envisagées ainsi que **l'éligibilité des patients à la convention suscitent un inconfort et des questionnements éthiques importants chez les praticiens**. De plus, cette confusion s'accroît au vu **des interprétations distinctes de la convention selon les réseaux** qui engendrent certaines inégalités entre les praticiens.

« C'est très compliqué à comprendre pour une convention qui est à la base qui vient du SPF santé et de l'INAMI donc, qui est censé effectivement être fédéral et de réaliser que **chaque réseau interprète les choses différemment** et ça aussi c'est une autre difficulté, cela signifie que les choses ne sont pas faciles à interpréter. » (FR)

« **Je trouve effectivement que c'est une grosse faiblesse, ça devrait être beaucoup plus fédéraliste. Les règles devraient être les mêmes pour tous les réseaux.** Il devrait être clair parce qu'elles sont pas du tout claires. Chaque réseau fait à sa sauce mais parce qu'il ne donne pas les réponses ou des réponses très vagues et du coup. » (FR)

Les psychologues conventionnés en région néerlandophone soulignent également une conceptualisation peu définie à l'égard de la notion de la **vulnérabilité sociale**.

Le concept **d'outreaching** donne lieu à des pratiques qui sont confondues avec celle de soins à domicile au sein des échanges réalisés.

**Les autres missions définies dans la convention ne sont à aucun moment abordées dans la pratique des conventionnés.**

« **Pourquoi faire cette distinction entre les deux et en plus d'ailleurs ce n'est même pas tellement défini un tout petit peu, mais c'est quand même très vague** sur qu'est-ce qu'un soin de première ligne ? Qu'est-ce qu'un spécialisé, dans quelle situation on est dans le cadre d'une première ligne, dans quelle situation on est dans le cadre d'un soin spécialisé ? Par contre, je ne comprends pas bien pourquoi il y a cette différence et s'il y avait quelque chose à changer dans la convention, pour moi ça ce serait ça principalement. » (FR)

« **D'un point de vue éthique, c'est parfois très difficile pour les psychologues.** Mais je trouve très antidémocratique d'établir des priorités telles que vous le faites ou vous ne le faites pas. Bref, et pas vraiment juste non plus. » (NL)

« La distinction entre la première et la deuxième ligne c'est un peu à moi qu'il revient de faire ce choix, je ne veux pas en assumer toute la responsabilité. Si nous devons dire que vous êtes ou vous n'êtes pas en première ligne, je trouve cela très difficile même si je peux faire la distinction entre les deux. » (NL)

« Et j'estime que **nous n'avons pas de vrais soins de séance de psychologie de première ligne** actuellement. Puisque pour avoir des vraies séances de première ligne, il faudrait des gens qui sont à risque, des gens qui ont une vulnérabilité, mais qui n'ont pas développé de trouble. » (FR)

« Je pense que son commentaire est tout à fait justifié et que la convention n'insiste pas assez sur la **définition de la vulnérabilité sociale**, psychologique et multifactorielle des personnes qui se situent à différents niveaux » (NL)

« **Ce que j'entends dire ici sur l'outreaching ne correspond pas du tout à ce que j'ai lu dans les deux conventions. Faire du domicile, ça peut passer pour de l'outreaching.** Ça ne correspond pas à ce qui est dans l'esprit de la convention, comme je la comprends. En revanche, l'organisation de l'outreaching, dans l'esprit de la convention, est de la responsabilité du réseau et pas de la responsabilité des psychologues individuels. » (FR)

Contraintes liées à la fonction des psychologues et orthopédagogues dans la première ligne

Certaines contraintes inhérentes au travail de psychologue/orthopédagogue conventionné ont également été mises en évidence. Les participants évoquent la difficulté **de respecter le quota d'heures** à prester, avec l'impossibilité d'en faire plus ou moins selon les semaines et selon les annulations éventuelles. Les professionnels mettent ainsi en place une réorientation des patients non pas sur base volontaire mais au vu du nombre limité de séances possibles au sein de la convention. Ceux-ci éprouvent également des difficultés à savoir à quel moment réorienter le patient et trouver la limite avec un travail thérapeutique plus approfondi. Ils soulignent également des **annulations plus fréquentes et/ou plus tardives chez les patients** avec une faible disponibilité de consultation vacante chez eux ainsi que chez leurs confrères en première ligne.

« L'autre difficulté par rapport aux soins spécialisés, c'est qu'il faut faire un choix. Je constate dans ma pratique que beaucoup de patients pourraient passer en soins spécialisés, mais comme j'ai atteint mon quota de 30%, je suis obligée de les réorienter alors qu'il y a déjà tout un début de travail. » (FR)

« Comme il y a beaucoup de demandes et beaucoup de psychologues de première ligne qui sont déjà full au niveau de leur consultation, on observe que y a des patients qui prennent plusieurs rendez-vous et qui enfin, chez différents thérapeutes et qui ne viennent pas et donc ça bloque des heures. » (NL)

« Plus facilement des annulations aussi parce que ce n'est pas grave, on ne paye que 4€, donc la Psy, voilà on prévient pas forcément. On annule en dernière minute, même si on avertit qu'il faut annuler dans les 48 h alors. » (FR)

Dans le cas de séances en outreaching, une des difficultés récurrentes tant chez les praticiens francophones que néerlandophones est **l'absence de rémunération financière des déplacements** qui se montrent coûteux en énergie et en temps. L'intégration de nouvelles modalités d'intervention est soulignée comme une opportunité intéressante mais certains professionnels tant francophones que néerlandophones souhaiteraient avoir également **la possibilité d'avoir un cadre défini pour les consultations familiales et conjugales au sein de la convention.**

« Les inconvénients qui sont à prendre en compte aussi et puis alors y a l'aspect financier puisque ben c'est vrai que finalement ce déplacement n'est payé par personne, donc ça me prend et du temps et de l'argent. Et au prix de l'essence actuellement, c'est vrai qu'il faut en parler aussi. Voilà. » (FR)

« Je rejoins aussi sur le fait que ça a un coût et c'est un temps dans nos consultations qui n'est pas forcément pris en compte dans la convention. » (FR)

« Je suis d'accord avec le remboursement de nos déplacements qui n'est pas remboursé, je pense que le déplacement est acceptable mais en effet, vous êtes coincé avec l'indemnisation. » (NL)

« Et le dernier petit point que je vois mais là je prêche un peu plus pour ma chapelle en étant systémicien ; ce qui est dommage dans la mesure c'est que les familles, les couples ne sont pas pensés et compris dans la convention. » (NL)

« Je suis d'accord avec ce besoin de diversité dans notre travail, ce qui me manque dans la convention en dehors du travail individuel et du travail de groupe, c'est le travail systémique avec les familles, ce sont aussi des groupes. (FR)

De manière générale, ceux-ci regrettent également **l'absence de visibilité du projet au sein de la population** et remarquent une méconnaissance du dispositif au sein de leur entourage.

« Je suis désolée, **mais personne n'est au courant où très peu de personnes sont encore au courant que maintenant elles peuvent avoir accès à un soin à un tarif qui leur permet d'aller se faire donc. Et parce que on m'a donné un flyer.** » (FR)

« Supprimer le tabou de la psychologie ou du psychologue et bien sûr je pense **qu'il est important de savoir que tout le monde peut être aidé très rapidement en quelques séances.** » (NL)

## Opportunités

### Renforcement de l'identité professionnelle

Les praticiens mettent en évidence l'intérêt de cette convention pour la population favorisant l'accessibilité des soins mais aussi pour eux en tant que professionnel. En effet, la convention apporte une forme de **reconnaissance à la profession du psychologue** et rappelle l'importance de son rôle à jouer au sein de notre société actuelle. D'autre part, elle a suscité chez les intervenants **un renforcement des liens d'appartenance à la profession avec une perspective plus collaborative** que comparative entre praticiens. En effet, les professionnels ont ainsi davantage l'occasion de se rencontrer, d'apprendre à se connaître et de partager leurs pratiques communes entre psychologues et orthopédagogues indépendants. Ceci favorise notamment la connaissance des ressources professionnelles au sein de leur commune et facilite les démarches de réorientation éventuelle pour les patients.

### De nouvelles offres de soins combinées

La possibilité pour les patients de combiner à la fois des séances individuelles et de groupe a permis la mise en place de dispositif spécifique de la part de certains professionnels en région néerlandophone. En effet, ceux-ci accompagnent le patient individuellement avant de le motiver vers des séances de groupe afin par exemple de soutenir un travail d'abstinence face à une addiction ou encore l'acquisition et le maintien de nouvelles compétences face à des événements de vie traumatique. Ceux-ci utilisent également ces séances pour intégrer le témoignage d'experts de vécu au sein de ceux-ci qui apporte une réelle plus-value aux interventions malgré l'investissement que cela nécessite pour le professionnel qui doit guider et accompagner l'expert de vécu lors des séances.

« C'est la **reconnaissance du rôle de du psychologue dans la société**, alors qu'avant on faisait énormément peur. Les psychologues, c'est pour les faibles, c'est pour les fous. C'est un discours qu'on entendait encore énormément. Il y a à peine 50 ici et là en fait, je pense qu'on a basculé dans la santé mentale est au moins tout aussi importante que la santé physique. Et là je pense que ça, c'est une belle valorisation du rôle du psychologue, encore plus depuis le COVID. » (FR)

« Je ne sais pas si c'est lié à la convention, si c'est lié au COVID, mais moi **dans ma pratique l'énorme changement c'est qu'il n'y a plus de rivalité entre nous, psychologues.** On se connaît. Les psychologues de ma région. On se connaît, on passe des soirées ensemble au restaurant. » (FR)

« Et je pense que ce besoin de travail en réseau se fait vraiment de plus en plus sentir. D'ailleurs y a beaucoup de journées de réseautage qui sont prévues, qui ont été faites ; **voilà, il y a tout le monde qui se réveille, qui a vraiment envie de faire réseau.** » (FR)

« Voilà, voilà ma plus grande, ma plus grande joie est de travailler justement avec d'autres personnes. Ça fait 30 ans que je suis en cabinet privé et le fait d'avoir participé à la convention, j'ai pu rencontrer des collègues, discuter et participer à des groupes comme celui de ce soir. » (FR)



« Avant la réforme de janvier, les patients devaient choisir entre des sessions individuelles et des sessions de groupe au sein d'une même fonction et bien sûr, ils choisissaient l'individuel, il était donc très difficile au début de motiver les gens pour le groupe. Aujourd'hui, les choses ont changé et ces groupes sont très populaires. (...) **La plupart des personnes que je vois en groupe sont en fait des personnes que j'ai déjà vues individuellement, parce que maintenant ils peuvent combiner les deux.** » (NL)

« En fait, cela complète très bien les séances individuelles. Individuellement, vous pouvez travailler sur les traumatismes par exemple et ensuite pour l'acquisition de compétences, je les renvoie au groupe. » (NL)

« Je suis spécialisée dans les addictions, donc je vois les gens individuellement pour qu'ils se désintoxiquent. Et pour le suivi, ils peuvent ensuite intégrer le groupe de rétablissement tout au long de l'année. » (NL)

## Menaces

Trois formes de menaces ont été relevées par les conventionnés à des niveaux distincts :

### Insécurité et tensions

Ceux-ci font part de la pression ressentie de la part des autorités en imposant la mise en place de certaines pratiques alors que cela n'est pas forcément indiqué pour la patientèle ou qu'elle vient occulter d'autres besoins perçus chez les patients. Cette injonction peut également se confronter à la posture du professionnel qui ne se sent pas suffisamment formé ou à l'aise dans la pratique demandée. Leur attente principale vis-à-vis de la convention est un élargissement financier de cette dernière permettant à l'ensemble des patients de pouvoir en bénéficier et de ne plus devoir refuser des patients pour se conformer au cadre de la convention.

« On est et c'était dommage mais qu'on nous l'impose, ça n'a pas de sens si ça ne convient pas à notre patientèle, à notre façon de travailler, et cetera. **Pourquoi est-ce que c'est une pénalité ? Pourquoi on nous pousse alors à ça alors que pour moi ça ne répond pas à une demande de la majorité ?** » (FR)

« Je trouve ça très chouette mais les choses se font quand même souvent dans le dans le sens inverse, c'est à dire que on va se retrouver, créer des groupes pour répondre à une demande du SPF santé qui ne marche pas tellement y avait une autre difficulté. » (FR)

« Oui, moi je me dis, comment je souhaiterais que ça évolue, mais effectivement, dans un monde idéal serait qu'il n'y ait **plus de limites au budget que l'enveloppe ne soit plus fermée** et que, tout comme les médecins généralistes, qu'on puisse vraiment être sur le même pied que la santé mentale soit sur le même pied que la santé physique ; que tous les psychologues ne peuvent pas bénéficier de cette convention alors qu'il y a de la demande. Je veux dire, **on doit refuser tous les jours des patients et ça c'est vraiment dommage. Je pense que ça, ça risque aussi, ça peut être un risque de mettre à mal la convention.** » (FR)

« Dans le cadre de la convention actuelle, **les ressources sont limitées, nous ne pouvons pas admettre tout le monde. Nous devons faire des sélections.** » (NL)

Vis-à-vis de leurs confrères, les psychologues et orthopédagogues repris dans la convention rapportent leurs inquiétudes face aux tarifs préférentiels qu'ils ont l'occasion d'exercer, ce qui crée des disparités au sein d'une même profession en fonction de l'accès ou non au conventionnement.

« Il y a comme une concurrence déloyale entre les psychologues cliniciens qui travaillent sous format indépendant et les conventionnés car nous pouvons pratiquer un prix qui n'a strictement rien à voir avec ce que les patients doivent payer chez quelqu'un d'autre. » (FR)

Ceux-ci font part de leurs craintes relatives aux aspects sécuritaires de leur pratique en rapport avec les soins à domicile. Certains psychologues soulèvent leur inquiétude à se rendre au domicile des patients en l'absence de confrère/collègue dans un lieu dont ils ne peuvent partager l'adresse et des risques associés avec certains patients.

« En fait, personne ne savait que j'étais à l'adresse de mon patient. Personne ne sait où je suis. C'est un patient adulte, un homme qui est effectivement des problèmes d'alcoolisation, y a aucun souci, il est pas du tout agressif à la première consultation, je me suis dit, mince, **si ce monsieur m'agresse, je suis seule, je ne travaille pas en équipe, personne ne sait où je suis et ça, ça n'a jamais été débattu dans les réseaux**, on envoie des psychologues seul à des domiciles, des gens, en les encourageant très très fort « faites de l'outreaching », mais les conséquences effectivement financières et par rapport au temps perdu et par rapport à l'aspect thérapeutique, mais aussi les conséquences au niveau sécuritaire sont pas du tout du tout débattues et je trouve ça assez fou qu'on enfin comme je disais. » (FR)

### Pour les conventionnés enfants/adolescents (Francophones et Néerlandophones)

#### Composition des groupes :

	Statut professionnel	Réseau	Entrée dans la convention
<b>GROUPE 3 (FR)</b>	Indépendante principale	Brustars	2020
	Indépendante complémentaire - neuropsychologue	Matilda	2022
	Indépendante complémentaire - orthopédagogue	Réalism	2020
	Indépendante principale	Brustars	2022
	Indépendante principale	Rhéseau	2021
<b>GROUPE 4 (NL)</b>	Indépendante complémentaire	PANGGO-18	2021
	Indépendante principale	PANGGO-18	2022
	Indépendante complémentaire	Ligant	2022
	Indépendante principale	Ligant	2021
	Indépendante complémentaire	PANGGO-18	2019

#### Pratiques et patients reconstruits et première ligne

##### Pratiques cliniques

Au sein de ce focus group, les psychologues et orthopédagogues conventionnés décrivent les soins psychologiques de première ligne comme étant un soin accessible **axé sur la prévention et la psychoéducation**. Le rôle du professionnel dans la première ligne est d'avoir **une action immédiate dans l'environnement du patient et de diminuer les symptômes survenus de façon rapide** afin d'éviter une psychiatisation ou la médication du patient. Un des objectifs en première ligne souligné par les intervenants néerlandophones est de pouvoir se confronter à des problématiques très larges ; d'orienter adéquatement les patients vers des soins plus spécifiques si nécessaire et d'avoir une connaissance des soins existants dans le réseau.

Deux formes d'intervention sont mises en évidence au sein de la première ligne avec à la fois une prise en charge rapprochée avec quelques séances en vue de **soutenir le patient face à un évènement de vie difficile et de remobiliser ses ressources** pour dépasser cette difficulté **mais également la prévention de la rechute** qui peut alors se mettre en place pour des problématiques psychiatriques persistantes.

La réalisation **d'un (pré) diagnostic initial ou d'un dépistage** est également reprise pour certains intervenants au sein des échanges tant du côté francophone que néerlandophone bien que cela ne fasse pas l'unanimité au sein du groupe, certains réalisent des bilans et tests au cours des séances afin d'orienter les patients par la suite, même si l'ensemble des intervenants précisent que cela doit se faire au sein d'une équipe pluridisciplinaire et qu'il n'appartient pas à un seul professionnel de poser un diagnostic chez un patient.

Au sein de la première ligne chez les enfants et adolescents, les praticiens accordent également une importance toute particulière à **prendre en compte le contexte dans lequel évolue le patient et à proposer des séances d'information éducative ou de guidance parentale** pour les adultes qui accompagnent l'enfant dans son quotidien.

« Je pense que ce qui me vient à l'esprit en premier lieu, **c'est le mot accessible, vous proposez une offre à bas seuil aux gens.** » (NL)

« Donc à mon avis le travail spécifique en première ligne **c'est lié à la prévention.** Il faut pouvoir avoir une **action immédiate** d'envoyer le patient vers un service psychiatrique pour y être évalué ou de diminuer les symptômes de façon rapide comme les symptômes d'anxiété au sein même de la consultation. » (FR)

« Pour moi les soins de première ligne c'est un peu une métaphore : tout le monde rencontre des obstacles sur sa route, on trébuche dessus et on aide la personne qui trébuche dans ce cadre mais avant qu'elle ne tombe complètement à plat, une aide supplémentaire est alors nécessaire, on aide à la résilience générale et les choses que tout le monde peut expérimenter à un moment ou à un autre de sa vie dans lequel on peut s'enliser. » (NL)

« Mais je pense qu'en tant que psychologue dans le cadre des soins de première ligne, nous devons être capable de **travailler de manière très large sur un grand nombre de problèmes**, et si vous remarquez que vous n'arrivez pas parce que le problème est trop spécifique ou qu'il pèse trop, alors vous devez vous adresser à quelqu'un qui est plus formé dans ce domaine ou dans un autre. » (NL)

« **La psychoéducation fait aussi partie de notre travail en première ligne**, de pouvoir donner quelques informations aussi par rapport aux différentes approches thérapeutiques qu'on a. » (FR)

« Mon objectif c'est que quelques séances **puissent les soutenir pour les accompagner à mobiliser leurs ressources et à faire face aux problèmes qu'ils rencontrent.** » (FR)

« J'ai aussi des demandes qui viennent des équipes mobiles où ils veulent passer le relais où la personne est plus ou moins stabilisée mais ils veulent que la personne fasse un travail thérapeutique par exemple et ce sont des personnes qui ont déjà un suivi psychiatrique établi et moi **je viens un peu en force pour éviter qu'il y ait une rechute quoi.** » (NL)

« Il y a aussi des gens qui ont un sac à dos psychiatrique, mais qui ont reçu beaucoup de traitements et qui sont stables au point qu'avec un travail de soutien ils ne tombent plus. Certains trébuchent peut-être de temps en temps mais ne tombent plus. Je me demande alors pourquoi ils ne seraient pas inclus dans la convention, je trouve que cela parfois est très difficile sur le plan éthique, on doit faire des compromis éthiques et cela ne devrait pas être autorisé. » (NL)

« Dans ce cadre-là, souvent on travaille avec une de mes collègues psychologue pour faire une première orientation « diagnostic », donc **moi j'y inclurai quand même aussi cette première orientation** chez des enfants qui n'ont jamais vu de professionnel et où on essaye de comprendre bien tiens qu'est-ce qui se passe en fait ? » (FR)

« J'ai beaucoup entendu parler de psychoéducation et c'est effectivement quelque chose que je vais inclure dedans mais il y a aussi et qui me semble vraiment important quand on travaille avec des tout petits, mais pas uniquement, c'est aussi pouvoir faire **un accompagnement éducatif avec les parents ou bien une guidance parentale**. L'aspect parental doit être pris en compte en tout cas chez les enfants, d'avoir un travail plus large et voir comment les parents peuvent accompagner l'enfant à ce moment-là et voir si cela peut se montrer suffisant ou s'il y a d'autres choses à mettre en place ? » (FR)

### **Problématiques cliniques**

Les patients rencontrent généralement des difficultés au sein de leur vie que ce soit en lien avec leur famille ou dans le milieu scolaire mais **n'osent pas franchir le pas vers un psychologue notamment dû à une incompréhension quant à son rôle**. Les personnes se présentent généralement à la suite de l'annonce d'un diagnostic en consultation. Les problématiques présentes chez les enfants et adolescents qui consultent sont généralement en lien avec **un trouble de l'attention ou un trouble du comportement**. Les praticiens relèvent également des troubles anxieux, des difficultés dans la gestion émotionnelle, des troubles du sommeil, de l'encoprésie/énurésie, des problématiques en lien avec l'attachement ou encore des difficultés scolaires ou relationnelles ainsi que des reviviscences traumatiques.

Les intervenants néerlandophones décrivent les patients au sein de la convention comme étant davantage confrontés à des problématiques financières et qui ont par conséquent postposé pendant longtemps la mise en place des soins psychologiques.

« Ce sont plutôt des personnes qui ont des difficultés, **des problèmes que ce soit dans leur vie familiale ou à l'école et où il n'y a pas encore vraiment eu, a situation ce n'est pas à tel point dégradée qu'il y a eu une psychiatisation ou une médication**. » (FR)

« Il y a souvent une confusion avec d'autres professionnels de la santé mentale, les patients n'osent pas franchir le pas juste parce qu'il y a cette incompréhension du rôle du psychologue de première ligne. » (FR)

*« Donc j'ai énormément d'adolescents qui viennent me voir, qui ont des troubles, souvent de concentration ou du comportement. Ce sont souvent des patients qui se sont orientés chez moi après diagnostic. Il y a une orientation qui est faite soit par la neuropsychologue ou la logopède ou la pédopsychiatre pour avoir cette attention que l'enfant ai un espace de parole et puisse être accompagné dans la gestion de ses émotions. Surtout ça, c'est une demande qui revient souvent chez moi par les parents. » (FR)*

### **Intégration des nouvelles pratiques émanant de la convention**

#### **Pratiques de l'outreaching**

Certains praticiens soulignent avoir développé les séances en outreaching au sein de leur pratique avec une augmentation des demandes à cet égard. D'autres réservent cela pour les situations d'urgence dans un cadre limité pour aller rejoindre le patient qui n'ose plus se confronter au monde extérieur, afin de l'accompagner vers un autre environnement. Une partie des intervenants en première ligne ne parviennent pas à mettre en place ce type de pratique par manque de temps ou au vu de l'absence de compensation financière pour les déplacements engendrés, ou se limitent à des situations spécifiques pour lesquelles il est impossible pour le patient de se déplacer mais ne sont pas en demande de développer cette modalité d'intervention.

Pour certains praticiens, la vidéo-consultation sert davantage quand le patient se trouve dans l'impossibilité de se rendre au cabinet lorsqu'ils sont malades, qu'il y a une grève des transports, des intempéries ou encore lorsque le patient séjourne à l'étranger.

*« Et donc ils ne peuvent pas affronter le monde, comment dire médical, mais qu'elle doit être dans un lieu un peu décontracté pour pouvoir relâcher la pression psychologique donc ben voilà à ce moment-là je me déplace et généralement je fais la séance pas forcément à leur domicile mais ça peut être à l'extérieur mais ça ne dépasse pas une à deux fois maximum. » (FR)*

*« je vais chez deux personnes mais j'aurais fait la même chose indépendamment de la convention, ce sont des personnes pour qui... l'une est tellement phobique que c'est la raison pour laquelle elle s'est portée candidate, elle ne sort pas de chez elle mais j'ai l'intention avec le temps que cette personne puisse entrer dans mon cabinet et une autre avec un handicap physique mais je ne trouve pas cela pratique du tout, c'est difficile à planifier et on perd du temps dans des trajets non rémunérés et je ne considère donc pas comme acquis le fait que l'on attende de nous que nous fassions cela, je pense qu'on ne peut pas nous demander de faire du travail de proximité s'il n'est pas rémunéré d'une façon ou d'une autre. » (NL)*

#### **Pratiques de groupe**

Alors que la pratique groupale était plutôt réservée aux institutions privées, les psychologues et orthopédagogues soulignent la plus-value d'intégrer les séances en groupe au sein de la convention mais déplorent le manque de ressources disponibles pour les mettre en œuvre avec notamment un manque de locaux potentiels ou l'investissement que demande la diffusion de l'information pour trouver des participants en plus de la charge de travail usuel. Les objectifs lors de ces séances sont notamment la socialisation de personnes isolées ou de mamans célibataires en conservant une approche préventive.

Les professionnels mettent également en évidence une diversité dans les pratiques déployées en lien avec le milieu scolaire telles que des consultations menées au sein des écoles, des observations menées en classe pour soutenir les enseignants dans la prise en charge ou encore des réunions avec les corps enseignants.

« Les séances en groupe sont un excellent principe mais à mettre en pratique, c'est un peu problématique. L'une des plus grandes problématiques que j'ai particulièrement, c'est surtout le lieu car le cabinet n'est pas possible dans mon cas pour une dizaine de personnes. Par exemple, j'ai fait une séance de groupe dans un resto, une sorte de petit déj matinal mais voilà c'était juste une solution d'urgence parce qu'il fallait trouver un endroit pour se réunir. » (FR)

« Enfin, on est tous des indépendants, donc ça veut dire que c'est notre temps qui n'est pas payé, il faut quand même organiser cela et je pense qu'on a envie de le faire mais on a aussi d'autres priorités ailleurs. » (FR)

« La majorité des personnes, ce sont des personnes qui ont des soucis familiaux et sont solitaires avec un besoin profond de sociabilité mais ils n'ont aucun contact avec des personnes externes, ce qui vient amplifier le ressenti de solitude et augmente leur anxiété, le fait déjà de pouvoir rencontrer d'autres personnes qui vivent la même situation ça fait beaucoup. » (FR)

### **Le travail en réseau et les collaborations interprofessionnelles**

Le travail en réseau se fait au travers de réunions mais également de contacts ponctuels avec différents intervenants permettant ainsi de se fixer des objectifs liés à la prise en charge du patient. Les partenaires en première ligne sont variés mais un des acteurs clés reste le médecin généraliste qui se montre demandeur de cette collaboration et avec qui un lien s'est créé et perdure depuis la première convention. Ceux-ci soulignent également leur collaboration avec les écoles, les centres PMS, les équipes mobiles, les (pédo)psychiatres ainsi que les logopèdes ou encore plus récemment avec les plannings familiaux, les centres de cohésion social et les CPAS.

Ces collaborations permettent de croiser les approches entre professionnels, de cibler les priorités dans la prise en charge des patients, de limiter la multiplication des interventions et d'assurer un réseau soutenant entre intervenants face à une même situation.

« Pour moi, **le travail en réseau c'est aussi pour un même patient, se fixer des objectifs, pouvoir étudier la problématique à plusieurs et avec plusieurs regards** mais aussi dans l'accompagnement de la personne, se fixer des objectifs, savoir un petit peu, qu'est-ce qui est attendu, quelles sont les approches de chacun et ces objectifs spécifiques pour se répartir le travail, éviter les doublons (...) » (FR)

« Et là on a **une communication entre nous qui se fait mais il n'y a pas forcément des réunions qui sont prévues, cela peut se faire par email, par message ou par téléphone, donc de façon bien concise et rapide sur la problématique à discuter.** » (FR)

« Parce que depuis la première convention, les médecins c'étaient d'abord toujours les premiers qui orientaient les patients vers les psychologues de première ligne et ce lien a été gardé avec la convention, donc il a été renouvelé même si on a plus besoin de passer par un médecin ; mais voilà le lien était déjà instauré depuis pas mal de temps. » (FR)

« **Oui je travaille beaucoup avec les médecins généralistes, ce sont mes principales références** mais ce n'est pas qu'ils ne sont pas intéressés mais ils n'ont pas le temps. Si vous arrivez à discuter de la situation d'un patient en profondeur je pense que je n'ai que deux médecins avec qui je peux le faire mais vous avez leur soutien. » (NL)

« Ou bien des fois j'ai un suivi mutuel, c'est-à-dire que le patient me suit et continue également à fréquenter son psychiatre ou pédopsychiatre et à ce moment-là il y a un suivi donc des deux côtés pour prendre en charge la personne avec des communications qui peuvent être faites de temps en temps. » (FR)

### **Les forces, faiblesses, opportunités et menaces associées à la convention**

#### **Forces**

La force principale de la convention mise en avant par les psychologues et orthopédagogues est le **renforcement de l'accessibilité des soins en santé mentale** notamment pour les personnes précarisées au vu de la saturation de nombreux services de santé mentale. Cet accès aux soins est également renforcé par **l'élargissement des critères** permettant d'inclure davantage de patients au sein de la convention.

**La rémunération associée aux prestations** est également un atout pour les professionnels permettant d'offrir leur service à des personnes en situation plus précaire mais en s'assurant une rémunération décente et reconnaissante du travail effectué. Les démarches administratives associées à la prestation ainsi que **l'application de facturation sont soulignées comme facile d'utilisation** et ne demandant plus un investissement important en dehors des séances prestées. Les intervenants conventionnés apprécient également largement la liberté qui leur est donnée en termes de pratique.

« Pour moi l'une des plus grandes forces de la convention, c'est d'abord **l'accessibilité**. Avec la deuxième convention, il ne faut pas passer par un médecin pour avoir une prescription pour les consultations de première ligne et ça c'est une information qui facilite énormément l'accès mais aussi l'élargissement de la population qu'on peut recevoir, c'est-à-dire qu'ici on est dans l'accompagnement, la prévention mais également dans la thérapie. » (FR)

« Le fait de **pouvoir disposer d'une rémunération correcte parce que pour viser un public précarisé c'est difficile de demander à la personne de payer une consultation 40-50 euros et ce n'est pas suffisant pour pouvoir vivre correctement donc je crois que c'est aussi un grand avantage de la convention c'est d'avoir une rémunération correcte pour notre travail.** » (FR)

« Mais aussi **la facilité administrative des démarches**, c'est-à-dire que pour moi en tant que psychologue, c'est quelque chose qui m'avait beaucoup rebuté au début, je ne suis pas du tout fonctionnaire, je n'aime pas les démarches, les paperasses et les machins mais c'est vrai que c'est hyper facile en fait, le programme est quand même hyper facile d'utilisation et on ne perd vraiment pas de temps dans son utilisation. » (FR)

#### **Faiblesse**

##### **Définir l'accessibilité selon les patients**

La difficulté majeure relevée par les psychologues et orthopédagogues francophones et néerlandophone est **de définir des critères communs permettant aux patients d'accéder à la convention** et ainsi de limiter les différences entre praticiens. Il existe également **une confusion importante sur ce qui différencie les soins de première ligne et les soins spécialisés**, la limite entre les deux restant difficilement tangible pour les professionnels sur le terrain. L'importance de la demande aujourd'hui chez les patients engendre **des listes d'attente chez les professionnels pour lesquels la disponibilité du praticien guide davantage l'orientation des patients plutôt que la plainte de ces derniers.**

Les praticiens néerlandophones soulignent particulièrement leur difficulté à atteindre certains groupes de patients ciblés tels que ceux touchés par un handicap et notamment la surdité ou encore un handicap mental ainsi que certaines populations immigrées.

« Pour moi ce qui est compliqué, c'est de pouvoir évaluer si la personne rentre dans les conditions, de pouvoir bénéficier d'une séance conventionnée ou non. » (FR)

« Je trouve qu'il est difficile d'évaluer ce qui peut être fait et ce qui ne peut pas l'être parce qu'idéalement tout le monde devrait avoir un accès facile je sais que c'est une utopie mais ce serait bien si on pouvait faire cette distinction pour ne plus avoir à se préoccuper de qui peut, qui ne peut pas avoir accès à la convention. » (NL)

« C'est vraiment très compliqué et je trouve que du coup il y a un flou complet d'un psychologue à un autre ça va être très différent, donc là pour moi il y a quelque chose qui n'est pas juste, pas correct vis-à-vis du public. Je pense qu'il y a vraiment quelque chose qui ne va pas que ce soit à nous de porter cela. » (FR)

« J'ai une liste d'attente qui est assez longue et ce n'est pas l'intention de la convention. Alors je pose la question suivante aux gens : « pensez-vous avoir droit à ... » et il y a beaucoup de gens qui disent : non, si cela signifie que d'autres personnes ne peuvent les utiliser, alors je choisis de payer la totalité de la somme au lieu d'obtenir le remboursement de l'INAMI mais dans notre réseau le consensus était tel que de nombreux collègues procèdent de cette manière. » (NL)

« Je dois refuser des gens et je dois les transférer, mais ils reviennent tous avec le même message. Pour les autres, il faut également attendre deux mois alors mettez-moi sur votre liste d'attente. » (NL)

#### Manque de ressources face aux nouvelles modalités d'intervention

Concernant les nouvelles modalités d'intervention, les praticiens mettent en évidence la nécessité d'un **investissement important dans le travail préparatoire des séances en groupe**, ce travail étant cependant non rémunéré, ils ne peuvent s'y investir au détriment de leurs consultations individuelles. En outre, ceux-ci rapportent **la difficulté de trouver un second professionnel pour animer les groupes en binôme** car les professionnels ne sont généralement pas sensibilisés à cette approche.

Au sein de leur prise en charge pour les enfants et adolescents, ceux-ci souhaiteraient vivement pouvoir **disposer d'entretiens familiaux perçus comme nécessaires pour assurer une approche globale** de la situation rencontrée.

Lors des réunions et intervisions proposées par le réseau, les praticiens suggèrent au-delà des informations partagées et des échanges entre eux de **pouvoir bénéficier davantage d'outils et de formations ciblés sur des approches thérapeutiques** afin de potentialiser la qualité et l'efficacité de leurs prises en charge en première ligne. Les praticiens néerlandophones relèvent également un manque de formation et d'information généralisée chez les médecins généralistes concernant les soins psychologiques.

« Par rapport à la pratique de groupe, moi j'ai été formée aussi à cette pratique et en fait je suis demandeuse mais le problème c'est qu'effectivement en tant qu'indépendante seule je ne suis pas dans un cabinet pluridisciplinaire et donc c'est compliqué de trouver un local, de mettre en pratique, d'assurer la diffusion pour cibler le public donc bah clairement si je dois m'occuper de tout cela, j'ai plus et c'est du temps non rémunéré et j'ai pas assez de temps pour pouvoir faire cela .. » (FR)

« Je trouve que c'est le plus grand défi du travail de groupe, mais cela m'intéresse beaucoup, j'aimerais beaucoup le faire mais c'est surtout au niveau de l'organisation pratique que je trouve que c'est assez difficile. » (NL)



« Je trouve que c'est compliqué d'imposer chaque fois d'avoir deux professionnels de soins de santé pour animer, des fois ça peut poser problème pour la simple raison que généralement si on a un groupe qui est suivi par un psychologue, le groupe a instauré une relation de confiance et (...) j'avais déjà posé la question à certains médecins et ils me disent oui mais on va faire quoi ? On n'est pas formé pour animer mais la convention impose la présence de deux professionnels et donc à certains moments c'est un peu problématique à mettre en place. » (FR)

« Pour moi, un des points à améliorer dans la convention ce serait de pouvoir prendre en charge plusieurs personnes en même temps parce qu'on est obligé de suivre une personne à la fois comme par exemple dans le cadre d'une thérapie de couple. » (FR)

« Je crois très fortement que la résilience des gens est également déterminée par les personnes qui vous entourent et la façon dont elles vous portent. Je pense que la convention devrait aussi penser aux formes de thérapies familiale que les gens puissent venir et faire thérapie dans leur contexte avec des confidents, des partenaires, une famille et que cela soit remboursé. Il ne s'agit pas seulement de travailler avec les familles mais il serait alors résilient et préventif d'avoir un partenaire pour l'impliquer et d'élargir son champ d'action et consolider davantage. » (NL)

« Parfois j'accompagne le patient chez le médecin généraliste mais les traitements ne devraient plus être aussi séparés à l'avenir car tout est biopsychosocial, mais il nous faut un terrain d'entente pour examiner quelque chose ensemble et je pense que c'est ce qui nous manque aujourd'hui, les médecins ont un grand nombre de questions sur la base de ce que nous faisons avec les patients réellement. » (NL)

## Opportunités

### Levier favorisant les partenariats

De façon unanime, les psychologues et orthopédagogues soulignent **l'augmentation de leurs collaborations et des échanges entre professionnels de la santé** depuis leur entrée dans la convention. L'inscription dans le réseau augmente les partenariats et facilite ceux-ci. La convention est également perçue comme **un outil venant modifier les représentations négatives associées au rôle du psychologue** au sein de la population. En effet, celle-ci promeut une approche déstigmatisante de la santé mentale auprès de la population et génère un sentiment d'utilité publique chez les professionnels.

La rémunération associée à ces prestations permet aux psychologues de davantage partager leurs connaissances et leurs compétences auprès de l'ensemble de la population et non plus uniquement auprès d'une patientèle ciblée d'autant plus avec **les nouvelles modalités d'intervention permettant la mise en place de séances au sein même du milieu de vie des patients que ce soit en individuel ou en groupe**. Les intervenants soulignent également leur volonté de s'investir dans d'autres missions au sein de la communauté comme le permet la convention.

« Je pense que c'est une réelle opportunité pour agrandir ses partenariats et travailler plus en réseau et faire que les différents partenaires ne travaillent plus tout seul dans leur coin. » (FR)

« Cela m'a vraiment aidé à connaître plus de gens autour de moi qui travaillent aussi dans la convention. Et vous sentez que cela commence vraiment à créer un sentiment d'appartenance. Tout le monde travaille dans le même but et je pense qu'avec le temps, je pourrai trouver un partenaire pour faire du groupe mais c'est un aspect très précieux de ces réseaux, qui permet de créer du lien. » (NL)

« Le fait justement de pouvoir aussi mener des activités de groupe et de pouvoir se déplacer, faire de l'outreaching ça c'est une grande force pour moi aussi ainsi que la collaboration avec les partenaires qui se met tout doucement en place. » (FR)

« Je vois une vraie valeur ajoutée dans les groupes. Je pense que c'est ce dont nous avons besoin, étant donné les listes d'attente et le besoin d'aide chez nos patients. » (NL)

« Il y a aussi la déstigmatisation donc je crois que cette convention elle est très importante de ce point de vue dans le message qu'elle fait passer pour la santé mentale. » (FR)

« La convention m'a donné cette sensation de pouvoir faire ça pour tous les gens, je me sens en liberté de dire oui à tout le monde, ça c'est génial par rapport à notre éthique professionnelle, de pouvoir donner mes connaissances aux gens. » (FR)

« Ce qui est également important pour moi dans la convention c'est que je pense que beaucoup de drames auront été évités, il y a beaucoup de patients qui sont venus me voir maintenant et je me suis dit que s'ils n'étaient pas venus, cela aurait mal tourné. » (NL)

## Menaces

### Insécurité pour l'avenir et limitation des moyens face à une demande croissante

Selon les intervenants, les menaces qu'ils perçoivent concernant la convention sont principalement liées **aux limites budgétaires associées aux prestations, aux nombres de séances et aux nombres d'intervenants possibles au vu de la demande présente chez les patients**. Ceux-ci craignent que des changements politiques engendrent une re-priorisation dans les décisions gouvernementales venant mettre à mal ce projet qui implique des changements de grande ampleur à long terme. Ceux-ci reçoivent peu d'information sur les perspectives de la convention, son évolution sur le long terme suscitant **un sentiment d'insécurité relativement permanent**.

« Ça va rejoindre le sujet précédent mais qui n'ait pas de limite budgétaire, que ce soit accessible à tous les soins de santé mentale comme les autres soins de santé. On est dans une sorte d'instabilité politique et à certains moments eux-mêmes ne savent pas, est-ce qu'ils devront conventionner plus de psychologues pour augmenter le nombre de consultations ou bien limiter le nombre de psychologues pour ne pas exploser le budget ... » (FR)

« Ici la convention elle va jusque fin 2023 et on ne nous dit rien sur les perspectives. Enfin, les visions sur l'avenir et donc je pense que ce qui peut mettre à mal ce sont les décisions politiques ou des visions politiques qui changent. On a un gouvernement qui change de façon régulière et si le prochain gouvernement décide que c'est plus sa priorité de donner de l'argent pour les soins de santé mentale, ça peut s'arrêter du jour au lendemain. » (FR)

« Il y a vraiment beaucoup trop de demandes par rapport à ce que les structures peuvent offrir ; ainsi nous pourrions absorber. » (NL)

### Demande de nouvelles pratiques sans formation associée

Un autre risque mis en évidence par les professionnels, est **la demande insistante formulée par les autorités fédérales envers les praticiens concernant les séances de groupe alors qu'une majorité des intervenants ne sont pas formés de façon systématique à cette pratique** dans leur parcours de formation. Ceci peut être à risque de venir impacter la qualité des soins mis en œuvre pour les patients si les acteurs ne reçoivent pas une formation tournée vers la dynamique de groupe nécessitant des compétences différentes de celles associées à une consultation en individuel.

*« La majorité ont pas forcément cette formation-là et tout d'un coup, on leur demande de faire du groupe et donc d'un côté c'est bien mais d'un autre je pense que c'est aussi dangereux parce que faire du groupe quand on y est pas formé ce n'est pas anodin, ce n'est pas facile et ça n'a rien à voir avec une pratique en individuel, c'est vraiment deux choses différentes et quelque part on les force à faire quelque chose pour lesquels ils sont peut-être pas formés et y a peut-être un danger qu'on fasse tout et n'importe quoi. » (FR)*

*« Je pense qu'en Belgique nous avons très peu développé l'approche en groupe et il faut des compétences que nous n'avons pas eues dans notre formation pour diriger des groupes et des processus de groupe mais cela devrait venir de la convention, que je pense personnellement que c'est un soutien que nous attendons d'eux. » (NL)*

## **RÉSUMÉ**

Au cours des Focus group, la discussion autour de la convention et les différentes modalités de soins de première ligne et de fonctionnement ont mis en avant plusieurs éléments centraux.

- La convention apporte une forme de reconnaissance à la profession du psychologue et un renforcement des liens d'appartenance à la profession avec une perspective collaborative. De façon unanime, les psychologues et orthopédagogues soulignent l'augmentation de leurs collaborations et des échanges entre professionnels de la santé depuis leur entrée dans la convention.
- La prévention et la psychoéducation avec une action immédiate dans l'environnement du patient ainsi que la diminution rapide des symptômes sont au centre des pratiques des PPL
- Les pratiques de l'outreaching, tout en étant reconnues comme intéressantes pour aller à la rencontre des patients dans leur milieu de vie demandent à être davantage définies et soutenues (par la clarification du concept, la formation et sur le plan financier pour les déplacements)
- Les interventions de groupe doivent être accompagnées de formations des praticiens et de support matériel (absence de locaux, rémunération des travaux préparatoires,..)

Sont à revoir/ envisager :

- L'absence de rémunération en cas de non-présentation des participants aux séances
- Le bilan fonctionnel
- La clarification entre la distinction entre les soins de première ligne et les soins spécialisés
- La possibilité d'une complémentarité du recours à des modalités d'intervention (individuelle, familiale, en contexte, conjugale,...)
- L'éligibilité des patients à la convention suscitant un inconfort et des questionnements éthiques chez les praticiens.

## HOOFDSTUK 15

### Goede praktijken in de psychologische zorg in de eerste lijn

---

#### **Inleiding**

Binnen twee netwerken is dieper ingegaan op de implementatie van de conventie eerstelijnspsychologische zorg. Hierbij lag de nadruk op het in kaart brengen van goede praktijken en mogelijkheden die optimaal zijn in hoe de zorg wordt uitgevoerd (op microniveau), op niveau van de samenwerking tussen de psycholoog en de andere actoren (met specifieke aandacht voor een optimaal samenwerkingsverband met de huisarts - mesoniveau) en hoe een duurzaam beleidskader er zou kunnen uitzien (op macroniveau). Hieronder worden de vier “good practices” besproken werden door de netwerken zelf werden geformuleerd en dus kunnen bijdragen aan een verdere optimalisatie van de conventie eerstelijnspsychologische zorg.

#### **Centrale triage voorafgaand aan ELP (toeleiding, heroriëntatie, nazorg)**

Waar we zien dat de patiënten die worden behandeld binnen de conventie ernstigere psychische problemen beschrijven die reeds langere tijd bestaan dan aanvankelijk werd verwacht, moet de vraag blijvend worden gesteld in welke mate zowel de patiënt als de zorgprofessional geholpen dienen te worden in het adequaat toeleiden van de patiënten naar de psychologische zorg in de eerste lijn. Door die patiënten toe te leiden naar respectievelijk eerstelijns- of gespecialiseerde psychologische zorg, waakt men enerzijds over het effect van dit type van professionele behandeling op het welzijn van de patiënt. Anderzijds beschermt men ook de patiënten die minder gebaat zijn bij deze vormen van behandeling inzake onnodige kosten en tijdsinvestering maar blijft vooral ook het vertrouwen in de professionele hulpverlening behouden voor deze groep van patiënten doordat zij gerichter doorverwezen worden. Echter zijn zowel de klinisch psychologen en orthopedagogen als de netwerken vragende partij om handvaten te krijgen in het gericht toeleiden van patiënten naar de juiste type psychologische zorg, een vraag die zelfs conventie overstijgend is.

*“Ik moet ook filteren wie bij mij komt. En wie niet; en ik vind het zelf ook belangrijk dat mensen met een smalle beurs hier gebruik van kunnen maken en degene die het wel kan betalen probeer ik op een andere manier te helpen.”*

De klinisch psychologen en -orthopedagogen ervaren moeilijkheden in het selecteren van de “juiste” patiënten en variëren de richtlijnen inzake de triage van patiënten per netwerk. Bijkomend is men niet altijd op de hoogte van de alternatieven, enerzijds in het type aanbod maar vooral ook in de partners binnen het netwerk. Kennis van het netwerk alsook de sociale kaart worden dan ook als essentieel beschouwd maar is in de huidige geestelijke gezondheidszorg verre van evident. Bijkomend heeft men binnen de conventie te maken met een grote groep jonge klinisch psychologen en orthopedagogen met nog onvoldoende kennis van en inbedding in de netwerken.

Bijkomend is men ervan overtuigd de eerstelijnspsychologische zorg te bewaken als behandelvorm, en dienen deze sessies niet ingezet te worden als een louter triagefunctie. De vraag is bijkomend dan ook of triageren per definitie hoort tot het takenpakket van een eerstelijnspsycholoog. Uiteraard dient een psycholoog kennis te hebben van zijn of haar professioneel netwerk om adequaat te heroriënteren of door te verwijzen in het kader van nazorg. Doorverwijzing en heröriëntatie zijn ook vormen van goede zorg. Maar is de eerstelijnspsychologische zorg niet bedoeld als een poortwachter van de GGZ waarbij de acht sessies dienen om louter aan indicatiestelling te doen en vervolgens door te verwijzen. Men is veel meer voorstander om deze triagerende functie te plaatsen vóór de eerstelijnspsychologische zorg, met een meervoudig doel:

- De patiënt op adequate wijze toe te leiden aan de hand van diens hulpvraag en doelstellingen (goal-oriented approach), rekening houdend met (a) de urgentie, context en ernst van de psychische problemen, (b) de beschikbaarheid van geschikte hulpverlening inzake nabijheid, de financiële situatie van de patiënt als ook wachttijden;
- Het creëren van een professioneel netwerk rond de patiënt in aanvulling op het reeds aanwezige persoonlijke netwerk, gebaseerd op gegronde kennis van de sociale kaart en vanuit de functie van een centraal aanspreekpunt van zowel de patiënt als de professionele hulpverlener;
- Het ontlasten van professionals, zoals de eerstelijnspsycholoog, inzake triage, om de terugbetaalde zorg zo efficiënt mogelijk te gebruiken.

Op deze geïntegreerde wijze kan de patiënt toegeleid worden naar eerstelijnspsychologische zorg, op basis van vooraf bepaalde richtlijnen binnen een GGZ-netwerk. Een voorbeeld hiervan zijn de kruispunten in GGZ Limburg, waarbij op centrale punten in het netwerk in multidisciplinaire teams hulpvragen besproken worden, gesteld door zowel de patiënt als professionele hulpverleners en vervolgens getriageerd worden. In deze multidisciplinaire teams zetelen zowel gezondheids- als welzijnspartners en behoren onder andere ook eerstelijnspsychologen tot de vaste kern. Op deze wijze worden patiënten efficiënt en gericht toegeleid, worden de indicaties voor de diverse behandelvormen gewaarborgd, en dienen deze kruispunten ook als belangrijk aanspreekpunt in de heroriëntatie en nazorg. Het werken met vaste triagepunten, zoals kruispunten, maakt ook de integratie van het Geïntegreerd Breed Onthaal (GBO) als de sociale kaart mogelijk in de toeleiding naar ELP als ook in de heroriëntatie en nazorg.

*“En ik vind dat dat iets ook vanuit de overheid moet worden, dat je dat niet bij de psychologen zelf kunt leggen van wie wel en wie niet includeren... [...]*

*“Dat is... dat vind ik wel heel interessant en belangrijk dat je zegt van ik wil niet filteren. Ik zou graag willen dat ervan tevoren een filter heeft plaatsgevonden om de juiste mensen binnen te krijgen.”*

### **Samenwerking tussen netwerken**

Waar de netwerken geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen en kinderen en jongeren overlappen in doelgroep (i.c. 15-25-jarigen; de transitieleeftijd), overlappen zij ook op vlak van partners, werkgebied en regio-specifieke kenmerken en doelgroepen. Bijkomend ervaart men dat veel klinisch psychologen en orthopedagogen geconventioneerd zijn binnen de twee typen netwerken. Dit maakt dan ook dat de netwerken voor volwassenen sinds de komst van de netwerken voor kinderen en jongeren in steeds intensere mate samenwerken op vlak van opleiding, vorming, intervisie én ook inzake communicatie en de technische ondersteuning in de uitvoering van de ELP-conventie. Deze samenwerking heeft niet alleen als doel het werk te ontdebelen en te verdelen, maar ook het uitdragen van een sterk imago, creëren van verbondenheid en van nauwe multidisciplinaire samenwerkingen inzake triage, overleg, nazorg en heroriëntatie.

*“Daarna, het feit dat er twee netwerken zijn en dat er een sterke identiteit is, ben ik met mijn collega's eens, maar we praten altijd over één pad en dus of het nu het netwerk voor volwassenen of het netwerk voor kinderen is, we bespreken altijd dingen samen.”*

Deze samenwerkingsverbanden creëren ook een versterking van de positie van ELP in het GGZ-zorglandschap, doordat er eenduidigheid ontstaat over het toeleiden van patiënten naar zowel eerstelijns- als gespecialiseerde psychologische zorg. Bijkomend kan een duidelijke communicatiestrategie uitgebouwd worden op zowel regionaal als lokaal niveau, in contact met alle betrokken partijen op de verschillende niveaus.

*“En dan is het maar denk ik ook dat je die netwerken nodig hebt om te communiceren want ik denk dat da ook nog een uitdaging is op dit moment.”*

*De groepen die wel georganiseerd geweest zijn ja... via welk kanaal gaat ge toch bij de bevolking brengen hé? Zolang dat dat bij ... ons is dat goed maar dan moet je al cliënten hebben waar je aan denkt; maar als daar ook... als je ook gebruik kunt maken van een facebook kanalen, huizen van het kind of het stadsbladje dat verdeeld wordt, dan kan je ook een beetje die taboe doorbreken, dat ook hé. Dat het lokaal bestuur een aanbod heeft rond GGZ maar dat je goed bij die communicatie ook stelt van wat wordt er verwacht.”*

Op deze wijze kan ook gericht ingezet worden op kwetsbare groepen, in het bijzonder de groep patiënten die overlappen in de netwerken: zwangere vrouwen, kwetsbare gezinnen en jongeren in de transitieleeftijd.

*“We zijn naar alle 38 gemeenten in de provincie gegaan en het is duidelijk dat het ons veel tijd heeft gekost om ons overal voor te stellen. En om in de gemeenten te komen, gingen we naar binnen via hulpbronnen en sleutelfiguren die ondersteunend waren en die het contact vergemakkelijkten, en deze sleutelfiguren waren de GGZ, dus degenen voor wie het op het eerste gezicht misschien leek dat ... dat was het, maar het maakte het makkelijker om te zeggen, nou, we gaan met je mee naar binnen.”*

### **Hertekening van het functioneel bilan**

Het huidige functioneel bilan, zoals deze geïntroduceerd werd in de hernieuwde conventie in 2022, bestaat momenteel in diverse vormen binnen de GGZ-netwerken waarbij met name de klinisch psycholoog/orthopedagoog zoekende is in het integreren van dit document in zijn of haar werkwijze. Het bilan wordt bij uitstek pro forma gebruikt om gespecialiseerde psychologische zorg te kunnen opstarten, maar de implementatie van het bilan als een werk- en communicatie-instrument lijkt nog verre van evident. Waar het document met name wordt gebruikt om de nodige handtekening van bijvoorbeeld de huisarts te bekomen, zou het document moeten dienen voor reflectie, communicatie en zorgplanning met de focus op de doelstelling van de patiënt en ter versterking van geïntegreerde zorg. Het functioneel bilan wordt dan ook niet gezien als een statisch gegeven maar als een continu document ter ondersteuning van de multidisciplinaire samenwerking en ter bevordering van de communicatie tussen professionals én patiënt.

*“Ik vind functioneel bilan hoe dat nu opgezet is, dat daar echt middel-doel verwarring is. Het doel is je moet cyclussen doorlopen: wat ben ik aan het doen, is er een indicatie voor gespecialiseerde en wat is die indicatie, inzetten om geïntegreerde zorg. Ik herhaal heel vaak mijn plaat naar de geconventioneerde mensen want dat is zoiets geworden als getekend door de dokter. En het doel is de handtekening van de dokter. Het doel is uw indicatiestelling en uw geïntegreerde zorg en het middel is een handtekening. En dat vind ik een beetje jammer in deze conventie naar voorgeschoven wordt dat er zoveel nadruk ligt op de handtekening van de arts. Waardoor het doel van dat bilan en het goed reflecteren over uw traject eigenlijk ondergesneeuwd raakt.”*

*“Ik zou sowieso dat je het kunt versturen naar de huisarts. Dus dat kan nu ook in principe maar het is zo een document nu waar je dingen aan moet aankruisen maar het zou meer een verslag moeten zijn van wat je tot nu toe gedaan hebt en wat je nog wil gaan doen met die cliënt. Zoiets. Dat je daar van de huisarts op de hoogte brengt.”*

### **Bevordering van de kwaliteit van de eerstelijnspsychologische conventie**

Op de vraag hoe een ideaal zorgpad eruitziet binnen de eerste lijn en welke aanpassingen binnen de conventie daarmee gepaard gaan, reageert men binnen de netwerken met de bedenking dat de ELP in zijn huidige vorm eerst bestendig dient te worden in combinatie met duidelijke communicatie, richtlijnen inzake toeleiding maar vooral ook gericht op standaardisatie van zorg, gefundeerd op evidence based practice vanuit een goal oriented approach. De eerstelijnspsychologische zorg vertrekt vanuit zijn generalistische functie waarbij de patiënt en zijn doelen centraal staan en niet zozeer de visie van de hulpverlener. Dit vergt expertise van de eerstelijnspsychologen en -orthopedagogen, en gedegen kennis van het public health perspectief met daarin een degelijke portfolio met richtlijnen en handvaten om de hulpvragen binnen dit kader op adequate wijze aan te pakken.

*“Als we kwalitatieve zorg... en wat ik vooral hoor is kwalitatieve zorg verbieden in die eerste lijn dan zou het goed zijn als die psychologen, orthopedagogen, ongeacht hun leeftijd goed ingebed zijn en dat daar teams zijn waar voldoende expertise is. Dat mensen ook voldoende uren in die eerste lijn zitten en daarin ook aan deskundigheidsbevordering kunnen doen. Dan raken we natuurlijk heel erg aan het model zoals het nu is waar zelfstandigen voor vier uur kunnen instappen. Waar je in solopraktijken op eilandjes werkt. Dat vraagt een ander organisatie model om in die eerste lijnsteams en die goed te kunnen inbedden in het netwerk.”*

Het is net dat waar de netwerken nog onvoldoende zicht op hebben, men weet niet hoe gedegen de kennis en deskundigheid van de klinisch psychologen en orthopedagogen is en hoe zij te werk gaan. Momenteel wordt vooral vertrokken vanuit het aantal jaar expertise van een klinisch psycholoog of orthopedagoog en bijkomende (psychotherapeutische) opleidingen als maatstaf voor kennis en kunde, maar er wordt door de netwerken expliciet de vraag gesteld in welke mate dat dit volstaat als voorwaarde voor volwaardige zorg. Daarnaast stelt men zich de vraag of jonge psychologen en orthopedagogen niet bijkomend ondersteund zouden moeten worden, bijvoorbeeld door supervisie, in het eerstelijns werk.

*“ik geloof wel dat je jonge psychologen onder supervisie moet kunnen plaatsen.”*

*“Ik geloof juist dat die ELP een instap voor psychologen kan zijn mits de juiste ondersteuning”*

*“Tegelijk ben ik het er wel mee eens ook dat jonge psychologen ook moet kunnen groeien maar met een goede omkadering maar je zit wel in een zelfstandig statuut en waar is die omkadering dan hé? Waar is die omkadering dan?”*

Het ultieme doel is de kwaliteit van zorg vergroten waarbij de taak van het netwerk ligt in het faciliteren van communicatie, groepsaanbod, vindplaatsgericht en outreachend werken. Dit met als doel de kwaliteit van de ELP te vergroten.

#### **SAMENGEVAT**

Inzake werkmodellen van toeleiding tot behandeling en effectieve behandeling werden in het kwalitatieve luik van deze studie vier centrale voorwaarden geformuleerd:

- Duidelijkheid rond de rol van de eerstelijnspsychologische zorg;
- Werkbare samenwerkingsverbanden tussen netwerken;
- Het herbekijken van het doel en de functie van het functioneel bilan
- Het waarborgen van de kwaliteit van behandeling binnen de conventie.

## DEEL V

### CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

---



## HOOFDSTUK 16

### CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

---

De wetenschappelijke gegevens vergaard binnen het EPCAP-project (januari 2020 en juni 2023) tonen duidelijk aan dat, met bijna 150.000 behandelde patiënten op jaarbasis, het kader van geconventioneerde psychologische zorg op de eerste lijn maatschappelijk gevalideerd wordt: er is een aanzienlijke proportie patiënten die nog nooit eerder in behandeling is geweest; en die proportie stijgt in functie van datum van inclusie. We zien bovendien dat patiënten minder lang het zoeken van zorg uitstellen: personen met psychische problemen/ psychische stoornissen komen dus opmerkelijk sneller in de zorg. De toeleiding van de patiënt tot de zorg gebeurt dus vlotter en sneller. De gegevens tonen ook klinische validiteit: na een periode van gemiddeld 4 jaar wachten tot er hulp wordt gezocht dalen na gemiddeld 6 sessies de psychische klachten en stijgt de dagelijkse kwaliteit van leven en veerkracht van behandelde patiënten, en dit tot minstens 6 maanden *na* de start van de behandeling.

Op het niveau van de patiënt en de samenleving zijn er de volgende bevindingen: (1) 34% van de patiënten behandeld binnen de conventie zijn patiënten zonder psychische stoornissen of met psychische stoornissen die minder dan een jaar geleden zijn ontstaan; (2) voor 44% van de patiënten is de behandeling de eerste ooit en bedraagt de uitsteltijd tussen start van de psychische problemen en het moment waarop men effectief hulp zoekt, 4 jaar; (3) 28% van de behandelde patiënten bevindt zich in een precare kwetsbare socio-economische of socio-demografische positie; (4) voor ongeveer een kwart van de patiënten is er na de geconventioneerde behandeling nog verdere ambulante of residentiële zorg nodig; (5) 10% van alle sessies vindt plaats in een groep en 1 op 6 sessies op een vindplaats; (6) vindplaatsgericht werken verhoogt de toegankelijkheid tot zorg, zeker voor het bereiken van kwetsbare doelgroepen (met name voor personen in een meer precare situatie); (7) 6 maanden na de start van de behandeling met gemiddeld 6 sessies is er een daling van absentisme op het werk (van 5 naar 2 dagen per maand) en verbetering op het algemene dagelijks functioneren.

Op het niveau van de klinisch psycholoog/-orthopedagoog zijn er de volgende bevindingen: (1) de klinische praktijk van de geconventioneerde eerstelijnspsychologische zorg wordt gevoerd door klinische psychologen/-orthopedagogen die gemiddeld 10 jaar ervaring hebben; (2) de samenwerking met actoren in de eerste lijn is belangrijk en wordt als erg waardevol geacht maar dient nog verder te worden gestimuleerd. Dit is overigens een expliciete vraag van zowel de geconventioneerde psychologen/ -orthopedagogen als vanuit de netwerken; (3) klinisch psychologen/-orthopedagogen staan open voor maar zijn nog vaak niet voldoende vertrouwd met groepsinterventies, werken op vindplaatsen of werken in de eerstelijnszorg in algemeen en hebben een daarmee samenhangende nood aan opleiding, vorming, intervisie/supervisie; (4) geconventioneerde psychologen / -orthopedagogen en netwerken GGZ staan, anno 2023, mits een aantal voorwaarden, erg open om de shift te maken naar werken op de eerste lijn en op vindplaatsen. De *mindset* lijkt te veranderen naar een meer maatschappelijk verankerde behandeling waarin de noden van patiënten en dus de noden van de maatschappij centraal staan.

#### **Aanbevelingen op het niveau van de klinische zorg**

Er zijn vier aanbevelingen voor duurzame integratie van eerstelijnspsychologische zorg op het niveau van de hulpverlening. Het onderscheid tussen eerstelijnszorg en gespecialiseerde zorg is voor professionals in de praktijk moeilijk te maken omdat de klinische profielen van ELP vs. GPZ-patiënten niet zijn te onderscheiden. Toch dient dit **onderscheid tussen ELP en GPZ niet te worden opgegeven**: op conceptueel niveau zijn immers twee vormen van interventie naar voren gekomen, zowel uit onze onderzoeksbevindingen als uit de gevoerde klinische praktijken. Deze hebben minder te maken met de ernst van de symptomen of stoornissen dan wel met het soort interventie dat is geïndiceerd voor de patiënt. De eerste vorm van zorg is gebaseerd (ELP) op een vroege interventie die een preventief karakter heeft en verwijst naar een generalistische zorgaanpak op korte termijn. Het gaat om een

bepaalde reeks van sessies gefocust op het mobiliseren van hulpbronnen van de patiënt en het voorkomen dat de symptomen verergeren. De tweede vorm (GPZ) leunt dicht aan bij het klinische profiel en de noden van patiënten met een bestaande psychiatrische voorgeschiedenis, met meer klinische doelstellingen die verder gaan dan het mobiliseren van hulpbronnen. De behandelaar gebruikt vervolgens het toegewezen aantal sessies voor middellange termijn follow-up, waarbij de sessies worden gespreid over een langere periode zodat middellange termijn follow-up mogelijk is.

Tegen de achtergrond dat een breed palet aan psychische problemen en stoornissen wordt behandeld is het, ten tweede, noodzakelijk te werken met **klinische instrumenten en vragenlijsten ('klinische tools') voor de patiënt**. Deze hebben niet tot doel een triage te zijn voor een eventuele inclusie/exclusie van de patiënt, maar helpen de professional in een adequate indicatiestelling van de aangemelde patiënt (zoals ELP, GPZ, psychotherapie en - daarna - individuele/groepsinterventie). Deze aanbeveling omvat drie centrale elementen. Ten eerste zal het doel van de klinische instrumenten liggen in het beschrijven van de doelen van de patiënt, alsook psychiatrische elementen (zoals psychische stoornissen), veerkracht en kwaliteit-van-leven (McDaniel et al., 2014). Op deze wijze kan een dergelijke tool ook worden gebruikt als een verloopinstrument, dat inzicht geeft in de evolutie van de desbetreffende patiënt. Ten tweede zal deze klinische tool een gepersonaliseerde indicatiestelling geven, met predictieve validiteit ten aanzien van de zorg die nodig is voor deze of gene patiënt. Bovenstaande creëert, ten derde, een kader voor datacollectie en monitoring van patiënten behandeld binnen de conventie, zowel op netwerk- als beleidsniveau. Een dergelijk monitoringsysteem biedt een antwoord op de noodzakelijkheid om brede patiënt-gecentreerde en -gerapporteerde gegevens van behandelingen op populatie- en netwerkniveau in beeld te brengen en dus concreet te werken aan een value-based gezondheidsbeleid (Porter & Teisberg 2006).

Een derde aanbeveling heeft betrekking op het brede maatschappelijke voortraject van behandeling van psychische stoornissen in termen van het ontwikkelen van een **continuüm van interventies**. Tegen de achtergrond van een maatschappelijke toeleiding tot de zorg (i.c. het voorzien van specifieke interventies in de maatschappij die in staat stellen personen met milde en/of beginnende psychische problemen tijdig, laagdrempelig en kort te behandelen via vindplaatsen) en de gekende barrières ten aanzien van het zoeken van professionele hulp voor psychische problemen is de verdere stimulatie van **online interventies en zelfhulp** essentieel. Er is voldoende wetenschappelijke evidentie om te stellen dat zelfhulp en online interventies 'voortrajecten' van behandeling zijn (Andrews et al., 2018; Andersson et al., 2019; Wright et al., 2019; Richards et al., 2020; Eilert et al., 2021; Mitchell et al., 2021; Palacios et al., 2022; Timulak et al., 2022). Hier kan worden gewerkt aan een portfolio voor de individuele psycholoog met bestaande evidence-based online interventies en zelfhulpinitiatieven voor specifieke of brede probleemgebieden.

Een vierde aanbeveling volgt rechtstreeks uit de vaststelling dat de proportie **vindplaatsgerichte en outreachende interventies** niet ten volle wordt benut. Dergelijke interventies leiden nochtans tot de uptake van kwetsbare patiënten (bijvoorbeeld: 25% van de kwetsbare patiënten wordt behandeld op een vindplaats in vergelijking met 17% in het algemeen). Ook de **groepsinterventies** zijn onontgonnen mogelijkheden om laagdrempelige psychologische zorg te organiseren (Kaldo et al., 2019; Sundquist et al., 2020; Dolan et al., 2021; Rogiers et al., 2022).

#### **Aanbevelingen op netwerkniveau**

Onder **opleiding en vorming** worden drie elementen verstaan: (1) opleiding gericht op evidence-based behandelingen voor eerstelijnspsychologische zorg alsook specifieke opleidingen voor specifieke klinische problemen; (2) opleiding inzake het gebruik van klinische instrumenten in de eerstelijnspsychologische praktijk en (3) opleidingspakketten over evidence-based behandelmodellen in groepsinterventies (met inbegrip van de duiding van verschillen tussen groepsinterventie en -therapie), evidence-based behandelmodellen in de gespecialiseerde en eerstelijnspsychologische zorg (met inbegrip van de verschillen met behandelmodellen binnen een psychotherapeutisch kader),

behandelmodellen voor vindplaatsgericht en outreachend, en multidisciplinair werken (i.c. met stakeholders).

Een tweede aanbeveling op het niveau van de netwerken gaat over het creëren van hefboomen die de **samenwerking binnen de netwerken verder stimuleren** om meer outreachend te kunnen werken (bijvoorbeeld het voorzien van een verzuimvergoeding bij een no-show), een betere kennis te hebben omtrent doorverwijsmogelijkheden binnen het eigen netwerk, de mogelijkheden tot uitwisseling van good practices en de mogelijkheden tot optimale communicatie tussen de stakeholders onderling. Hier dient te worden gedacht aan alternatieven voor het functioneel bilan in functie van het creëren van optimale communicatie tussen stakeholders en patiënt.

### **Aanbevelingen op beleidsniveau**

De aanbevelingen op beleidsniveau situeren zich op twee doelstellingen. De eerste doelstelling is de doorontwikkeling van een **populatiemanagement-tool**: een beleid dat op een inhoudelijke en kwantificeerbare wijze de plaats van eerstelijnspsychologische zorg in de samenleving duidt en klinisch valideert. Binnen deze aanbeveling is het cruciaal te werken aan (1) populatiegegevens rond voorkomen en zorggebruik van psychische stoornissen en emotionele problemen op populatie- en netwerkniveau, welke de noden van de bevolking en haar kwetsbare groepen articuleren, (2) zorgtrajecten die zich afspelen binnen deze populatiegegevens en op netwerkniveau en (3) een verduurzaming van populatiegebaseerde verdeling van financiële middelen waarin kwetsbaarheid en precariteit op regionaal, lokaal en gemeentelijk niveau leidende principes zijn.

Een tweede aanbeveling op beleidsniveau is de ontwikkeling van een **stap-voor-stap leidraad voor de doorontwikkeling van de eerstelijnspsychologische zorg**, gearticuleerd in het ontwikkelen en nastreven van (1) standaarden in implementatietrajecten van eerstelijnspsychologische zorg, (2) standaarden in de eerstelijnspsychologische zorg en monitoring (inclusief good/best practices, evidence-based interventies op individueel en groepsniveau) en (3) standaarden in samenwerkingsverbanden en doorverwijstrajecten binnen netwerken. Na analogie met de HIC- en ART-monitor (een gelijkaardige monitor voor de behandeling van personen met ernstige psychiatrische problematieken – zie Van Melle et al., 2019; Zomer et al., 2022) zou een Belgische versie voor de eerstelijnspsychologische zorg (een “ELP-monitor”) kunnen dienen als een leidraad voor implementatie, kwaliteit en modelgetrouwheid, het waarborgen van een aantal *standards-of-care* en het identificeren en evalueren van kwaliteitsindicatoren voor de uitoefening en de organisatie van de zorg. Om dit te garanderen is een betrouwbare modelgetrouwheidsschaal nodig. Omdat eerstelijnspsychologisch werken vele facetten heeft – het bestaat uit verschillende componenten die elk belangrijk zijn voor de kwaliteit van de zorg in brede zin – is het van cruciaal belang te kunnen meten in hoeverre modelgetrouwheid en standaarden effectief zijn geïmplementeerd binnen netwerken. Na ontwikkeling heeft dergelijke monitor een functie als beoordelingsschaal ten behoeve van de kwaliteit en modelgetrouwheid van de interventies en de organisatie van de eerstelijnspsychologische zorg in België. De monitor zal netwerken in staat stellen het eigen functioneren in beeld te brengen door het eigen functioneren te kunnen bekijken ten aanzien van een aantal standaarden. Zo kunnen netwerken naar aanleiding van hun scores op de ELP-monitor de kwaliteit van zorg en modelgetrouwheid van interventies verder optimaliseren. (4) Een laatste standaard betreft een standaard in allocatie van financiële middelen op niveau van netwerken, rekening houdend met de specifieke kenmerken van de bevolking van gemeenschappen, gewesten en netwerken in termen van precariteit, kwetsbaarheden en ongelijkheden, teneinde een verdeelsleutel te ontwikkelen volgens een solidariteitsprincipe.

## CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

---

Les données scientifiques accumulées dans le cadre du projet EPCAP (janvier 2020 et juin 2023) montrent clairement qu'avec près de 150.000 patients traités annuellement, le cadre des soins psychologiques conventionnels en soins en première ligne est en train d'être validé socialement : il y a une proportion importante de patients qui n'ont jamais été en traitement auparavant ; et cette proportion augmente en fonction de la date d'inclusion. On constate également que les patients retardent moins le recours aux soins : les personnes ayant des problèmes de santé mentale/troubles psychiques entrent donc significativement plus rapidement dans le système de soins. L'admission du patient aux soins est plus fluide et plus rapide. Les données montrent également une validité clinique : après une période moyenne de 4 ans d'attente de recherche d'aide, après une moyenne de 6 séances, les symptômes psychologiques diminuent et la qualité de vie quotidienne et la résilience des patients traités augmentent, et ce pendant au moins 6 mois après le début du traitement.

**Au niveau des patients et de la communauté**, les résultats sont les suivants : (1) 34% des patients traités dans le cadre de la convention sont des patients sans troubles psychiques ou avec des troubles psychiques datant de moins d'un an ; (2) pour 44% des patients, le traitement est le tout premier, et le délai entre le début des problèmes de santé mentale et le moment de la recherche effective de l'aide est de 4 ans ; (3) 28% des patients traités sont dans des positions socio-économiques ou sociodémographiques vulnérables et précaires ; (4) environ un quart des patients ont besoin de soins ambulatoires ou résidentiels supplémentaires après le traitement dans le cadre de la convention ; (5) 10 % de toutes les séances ont lieu en groupe et 1 séance sur 6 dans un lieu d'accroche ; (6) le traitement sur place augmente l'accessibilité aux soins, notamment pour atteindre les groupes cibles vulnérables (en particulier ceux qui se trouvent dans des situations plus précaires) ; (7) 6 mois après le début du traitement avec une moyenne de 6 séances, il y a une diminution de l'absentéisme au travail (de 5 à 2 jours par mois) et une amélioration du fonctionnement général au quotidien.

**Au niveau du psychologue clinicien/orthopédagogue**, les conclusions sont les suivantes : (1) la pratique clinique des soins psychologiques conventionnels de première ligne est menée par des psychologues cliniciens/orthopédagogues qui ont en moyenne 10 ans d'expérience ; (2) la collaboration avec les acteurs des soins de première ligne est importante et est considérée comme très précieuse, mais doit être davantage encouragée. Il s'agit d'ailleurs d'une demande explicite de la part des psychologues/orthopédagogues conventionnés et des réseaux ; (3) les psychologues/orthopédagogues cliniciens sont ouverts aux interventions de groupe, au travail sur les sites ou au travail dans les soins de première ligne en général, mais n'en sont pas encore suffisamment familiers et ont un besoin de formation, d'éducation, d'intervision/supervision; (4) les psychologues/orthopédagogues conventionnels et les réseaux de santé mentale sont, anno en 2023, sous réserve d'un certain nombre de conditions, très ouverts à l'idée de travailler dans le domaine des soins de première ligne et dans les lieux d'accroche. L'état d'esprit et la culture des soins psychologiques semblent évoluer vers un traitement plus ancré dans la société, dans lequel les besoins des patients et, donc, les besoins de la population sont au centre des préoccupations.

### Recommandations au niveau clinique

Quatre recommandations ont été formulées en vue d'une intégration durable des soins psychologiques de première ligne. La distinction entre les soins de première ligne et les soins spécialisés est difficile à faire pour les professionnels dans la pratique, car les profils cliniques des patients du PPL et des patients qui reçoivent des soins spécialisés sont indiscernables. Néanmoins, **la distinction entre PPL et soins spécialisés ne doit pas être abandonnée**: en effet, au niveau conceptuel, deux formes d'intervention se dégagent, des résultats de notre recherche et des pratiques cliniques menées. Celles-ci sont à la fois liées à la sévérité des symptômes ou des troubles, à la fois au type d'intervention indiqué. Le premier

type de prise en charge est basé (PPL) sur une intervention précoce à caractère préventif et renvoie à une prise en charge généraliste de courte durée. Il s'agit d'une série limitée de séances axées sur la mobilisation des ressources du patient et la prévention de l'aggravation des symptômes. La seconde forme, les soins spécialisés se rapproche du profil clinique et des besoins des patients ayant des antécédents psychiatriques, avec des objectifs plus cliniques au-delà de la mobilisation des ressources. Le praticien utilise alors le nombre de séances prévues pour le suivi à moyen terme, en répartissant les séances sur une période plus longue pour permettre un suivi à moyen terme.

Étant donné qu'un large éventail de problèmes et de troubles psychiques est traité, il est nécessaire de travailler avec des **instruments cliniques et des questionnaires** ("outils cliniques") pour le patient. Ceux-ci ne visent pas à trier les patients en vue d'une éventuelle inclusion/exclusion, mais à aider le professionnel à poser une indication adéquate pour le patient notifié (comme le PPL, les soins spécialisés, la psychothérapie et, par la suite, l'intervention individuelle/de groupe). Cette recommandation comprend trois éléments centraux. Premièrement, l'objectif des outils cliniques sera de décrire les besoins/ objectifs du patient, ainsi que les éléments psychiatriques (tels que les troubles psychiques), la résilience et la qualité de vie (McDaniel et al., 2014). Ainsi, un tel outil peut également être utilisé comme un outil qui démontre l'évolution du patient. Deuxièmement, cet outil clinique fournira des indications personnalisées, avec une validité prédictive concernant les soins nécessaires pour tel ou tel patient. Troisièmement, ce qui précède crée un cadre pour la collecte de données et le suivi des patients traités dans le cadre de la convention, tant au niveau du réseau qu'au niveau politique. Un tel système de suivi répond à la nécessité de recueillir des données générales sur les traitements, centrées sur le patient et déclarées par lui, au niveau de la population et du réseau, et donc de travailler concrètement à une politique de santé fondée sur la valeur (Porter & Teisberg 2006).

Une troisième recommandation concerne le parcours sociétal général des troubles psychiques avant traitement, en termes de **développement d'un continuum d'interventions**. Dans le contexte d'un parcours sociétal de soins (c'est-à-dire la mise en place d'interventions spécifiques dans la société qui permettent aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale légers et/ou naissants de recevoir un traitement opportun, à bas seuil et bref par le biais de sites d'orientation) et des obstacles connus à la recherche d'une aide professionnelle pour les problèmes de santé mentale, il est essentiel de continuer à **promouvoir les e-interventions et des programmes/ interventions d'auto-assistance psychologique**. Il existe suffisamment d'évidence scientifique pour affirmer que les interventions sur le site web et des programmes d'auto-assistance sont des "précurseurs" du traitement (Andrews et al., 2018 ; Andersson et al., 2019; Wright et al., 2019 ; Richards et al., 2020; Eilert et al., 2021; Mitchell et al., 2021; Palacios et al., 2022 ; Timulak et al., 2022). Dans ce cas, un portfolio destiné au psychologue individuel et comprenant des interventions en ligne fondées sur des données probantes et des initiatives d'auto-assistance psychologique pour des domaines problématiques spécifiques ou généraux pourrait être élaboré.

Une quatrième recommandation découle directement de l'observation selon laquelle la proportion **d'interventions sur le terrain et l' outreach** n'est pas pleinement utilisée. Ces interventions permettent pourtant de prendre en charge les patients vulnérables (par exemple, 25 % des patients vulnérables sont traités dans des lieux d'accroche, contre 17 % dans l'ensemble). Les interventions de groupe sont également des occasions inexploitées d'organiser des soins psychologiques à bas seuil (Kaldo et al., 2019 ; Sundquist et al., 2020 ; Dolan et al., 2021 ; Rogiers et al., 2022).

### **Recommandations de niveau de l'organisation et les réseaux**

**La formation et l'éducation** comprennent trois éléments : (1) une formation axée sur les traitements fondés sur des données probantes pour les soins psychologiques de première ligne, ainsi qu'une formation spécifique pour des problèmes cliniques particuliers ; (2) la formation à l'utilisation d'outils cliniques dans la pratique psychologique de première ligne et (3) des modules de formation sur les modèles de traitement fondés sur des données probantes dans les interventions de groupe (y compris l'interprétation des différences entre l'intervention de groupe et la thérapie), les modèles de traitement

fondés sur des données probantes dans les soins psychologiques spécialisés et de première ligne (y compris les différences avec les modèles de traitement dans un cadre psychothérapeutique), les modèles de traitement pour le travail dans des lieux d'accroche et de proximité, et le travail multidisciplinaire.

Une deuxième recommandation au niveau des réseaux concerne **la création de leviers qui stimulent davantage la coopération au sein des réseaux** afin d'être en mesure de travailler davantage sur le terrain (par exemple en fournissant une compensation en cas d'absence), d'avoir une meilleure connaissance des possibilités d'orientation au sein de son propre réseau, des possibilités d'échange de bonnes pratiques et des possibilités de communication optimale entre les partenaires. Il convient ici d'envisager des alternatives au bilan fonctionnel en vue de créer une communication optimale entre les partenaires et le patient.

### **Recommandations au niveau politique**

Les recommandations au niveau politique s'articulent autour de deux objectifs. Le premier objectif est **la poursuite du développement d'un outil de gestion de la population**: une politique qui opérationnalise et valide cliniquement la place des soins psychologiques de première ligne dans la société d'une manière substantielle et quantifiable. Dans le cadre de cette recommandation, il est essentiel de travailler sur (1) les données de la population sur la prévalence et l'utilisation des soins pour les troubles psychiques et les problèmes émotionnels au niveau de la population et du réseau, qui articulent les besoins de la population et de ses groupes vulnérables, (2) les trajectoires de soins qui se déroulent dans le cadre de ces données démographiques et au niveau du réseau, et (3) une distribution durable des ressources financières basée sur la population dans laquelle la vulnérabilité et la précarité sont des principes directeurs au niveau régional, local et municipal.

Une deuxième recommandation au niveau politique est **le développement d'une ligne directrice étape par étape pour la poursuite du développement des soins psychologiques de première ligne**, articulée autour du développement et de la poursuite (1) des standards dans les parcours de mise en œuvre des soins psychologiques de première ligne, (2) des standards dans les soins psychologiques de première ligne et le suivi (y compris les bonnes/meilleures pratiques, les interventions fondées sur des preuves au niveau individuel et collectif) et (3) des standards dans les parcours de collaboration et d'aiguillage au sein des réseaux. Par analogie avec les moniteurs HIC et ART (des moniteurs similaires pour le traitement résidentiel et ambulatoire des personnes souffrant de problèmes psychiatriques graves - voir Van Melle et al., 2019 ; Zomer et al., 2022), une version adaptée belge pour les soins psychologiques de première ligne (un "moniteur PPL") pourrait servir de guide pour la mise en œuvre, la qualité et la fidélité au modèle, en garantissant un ensemble de standards de soins et en identifiant et en évaluant les indicateurs de qualité pour la pratique et l'organisation des soins. Pour ce faire, il est nécessaire de disposer d'une échelle fiable de fidélité au modèle. Le travail dans le domaine des soins de première ligne étant multiforme - il se compose de plusieurs éléments, dont chacun est important pour la qualité des soins au sens large - il est crucial de pouvoir mesurer le degré de fidélité du modèle et les standards effectivement mises en œuvre au sein des réseaux. Une fois développé, ce moniteur aura une fonction d'échelle d'évaluation de la qualité et de la fidélité au modèle des interventions et de l'organisation des soins psychologiques de première ligne en Belgique. Le moniteur permettra aux réseaux de visualiser leur propre fonctionnement par rapport à un certain nombre de standards. Cela permettra aux réseaux d'optimiser davantage la qualité des soins et la fidélité des interventions en fonction des résultats obtenus sur le moniteur du PPL. (4) Un dernier standard concerne l'allocation des ressources financières au niveau du réseau, en tenant compte des caractéristiques spécifiques de la population des communautés, des régions et des réseaux en termes de précarité, de vulnérabilité et d'inégalités, afin d'élaborer une clé de répartition selon un principe de solidarité.

## REFERENTIES

---

- Altweck, L., Marshall, T. C., Ferenczi, N., & Lefringhausen, K. (2015). Mental health literacy: a cross-cultural approach to knowledge and beliefs about depression, schizophrenia and generalized anxiety disorder. *Frontiers in Psychology*, 6, 1272.
- Amirkhan, J. H. (2018). A brief stress diagnostic tool: The short stress overload scale. *Assessment*, 25(8), 1001-1013.
- Andersson, G., Titov, N., Dear, B. F., Rozental, A., & Carlbring, P. (2019). Internet-delivered psychological treatments: from innovation to implementation. *World Psychiatry*, 18, 20-28. doi: 10.1002/wps.20610.
- Andrade LH, Alonso J, Mneimneh Z, ..., Kessler RC. (2014). Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychol Med*, 44(6): 1303-17.
- Andrew, G., Basu, A., Cuijpers, P., ..., Newby, J. M. (2018). Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: An updated meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 55, 70-78.
- Araujo, A. C., Oliveira, C. B., Ferreira, P. H., & Pinto, R. Z. (2017). Measurement properties of the Brazilian version of the Working Alliance Inventory (patient and therapist short-forms) and Session Rating Scale for low back pain. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*, 30(4), 879-887.
- Auerbach, R.P., Mortier, P., Bruffaerts, R., ..., Kessler, R.C. (2018). Mental disorder comorbidity and suicidal thoughts and behaviors in the World Health Organization World Mental Health Surveys International College Student initiative. *Int J Methods Psychiatr Res*, 18:e1752. doi: 10.1002/mpr.1752.
- Auerbach, R.P., Alonso, J., Axinn, W.G., ..., Bruffaerts, R. (2016). Mental disorders among college students in the WHO World Mental Health Surveys. *Psychol Med*, 46: 2955-2970.
- Azur, M.J., Stuart, E.A., Frangakis, C., Leaf, P.J. (2011). Multiple Imputation by Chained Equations: What is it and how does it work? *Int J Methods Psychiatr Res*, 20(1): 40–49.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT – The Alcohol Use Disorders Identification Test – Guidelines for Use in Primary Care* (2nd ed.). Geneva: World Health Organization.
- de Bakker, D. H., & Groenewegen, P. P. (2009). Primary care in the Netherlands: current situation and trends. *Italian Journal of Public Health*, 6(2), 128-135.
- Bassilios, B., Telford, N., Rickwood, D., Spittal, M. J., & Pirkis, J. (2017). Complementary primary mental health programs for young people in Australia: Access to Allied Psychological Services (ATAPS) and headspace. *International Journal of Mental Health Systems*, 11(1), 1-11.
- Beacham, A. O., Kinman, C., Harris, J. G., & Masters, K. S. (2012). The patient-centered medical home: Unprecedented workforce growth potential for professional psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(1), 17.
- Beehler, G. P., Funderburk, J. S., Possemato, K., & Dollar, K. M. (2013). Psychometric assessment of the primary care behavioral health provider adherence questionnaire (PPAQ). *Translational Behavioral Medicine*, 3(4), 379-391.
- Benjet, C., Mortier, P., Kiekens, G., ..., Bruffaerts, R. (2021). A risk algorithm that predicts alcohol use disorders among college students. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01712-3>.

- Berjot, S., Girault-Lidvan, N., & Gillet, N. (2012). Appraising stigmatization and discrimination: Construction and validation of a questionnaire assessing threat and challenge appraisals to personal and social identity. *Identity, 12*(3), 191-216.
- Black, N. (1999). High-quality clinical databases: breaking down barriers. *Lancet, Apr 10;353*(9160):1205-1206.
- Blount, A. (2003). Integrated primary care: organizing the evidence. *Families, Systems, & Health, 21*(2), 121.
- Bluestein, D., & Cubic, B. A. (2009). Psychologists and primary care physicians: A training model for creating collaborative relationships. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 16*(1), 101-112.
- Bonnewyn, A., Bruffaerts, R., Vilagut, G., Almansa, J., Demyttenaere, K. (2007). Lifetime risk and age-of-onset of mental disorders in the Belgian general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 42*: 522-529.
- Bonnewyn, A., Bruffaerts, R., Van Oyen, H.,..., Demyttenaere, K. (2005). De impact van mentale stoornissen op het dagelijks functioneren van de Belgische bevolking. *Tijdschrift voor Geneeskunde, 61*: 1102-1109.
- Bono, C., Ried, L. D., Kimberlin, C., & Vogel, B. (2007). Missing data on the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: a comparison of 4 imputation techniques. *Research in Social and Administrative Pharmacy, 3*(1), 1-27.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist, 59*(1), 20–28.
- Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., Demyttenaere, K. (2007). Lifetime treatment for mental disorders in the Belgian general population. *Soc Psych Psychiatr Epidemiol, 42*: 937-944.
- Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., Demyttenaere, K. (2008). Mental Health in Belgium: Current Situation and Future Perspectives. In Kessler, R.C. & Üstün, T.B. (Eds.). *The World Mental Health Survey Initiative Volume One: Patterns of mental illness in the WMH Surveys*, pp.279- 304. New York: Cambridge University Press.
- Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., Demyttenaere, K. (Eds.). (2011). Kan geestelijke gezondheid worden gemeten? *Psychische stoornissen in de Belgische algemene bevolking*. Leuven: Acco.
- Bruffaerts, R., Vilagut, G., Demyttenaere, K. and the EU-World Mental Health Consortium investigators. (2011). The burden of mental disorders in the European Union. Results from the European Union – World Mental Health (EU-WMH) Surveys Initiative Project. Luxembourg: Executive Agency for Health and Consumers (EAHC), European Commission. Available at <http://www.eu-wmh.org/PDF/BURDEN.pdf>
- Bruffaerts, R., Vilagut, G., Demyttenaere, K., ..., Kessler, R.C. (2012). The role of common mental and physical disorders in partial disability around the world. *British Journal of Psychiatry, 200*: 454-461.
- Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., Demyttenaere, K. (2014). Psychische stoornissen in België in de 21ste eeuw. Reflecties voor behandeling en preventie. In *VVGG/Politeia: Omgaan met geestelijke gezondheidsproblemen voor overheden en organisaties* (afl. 1). Brussel: Politeia.
- Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Al-Hamzawi, A.O.,..., Kessler, R.C. (2015). Proportion of patients without mental disorders being treated in mental health services worldwide. *Br J Psychiatr, 206*: 101-109.
- Bruffaerts, R., Mortier, P., Kiekens, G., ..., Kessler, R.C. (2018). Mental health problems in college freshmen: Prevalence and academic functioning. *J Affec Disord, 225*:97-103.



- Bruffaerts, R., Mortier, P., Auerbach, R.P., ..., Kessler, R.C. (2019). Lifetime and 12-month treatment for mental disorders and suicidal thoughts and behaviors among first year college students. *Int J Methods Psychiatr Res*, 28:e1764.
- Bruffaerts, R., Mortier, P., Auerbach, R.P., ..., Kessler, R.C. (2019). Lifetime and 12-month treatment for mental disorders and suicidal thoughts and behaviors among first year college students. *Int J Meth Psychiatr Res*, 28: e1764.
- Bruffaerts, R. (2021). De mythes voorbij. Het Public Health perspectief in de geestelijke gezondheidszorg. *Zorgnet-Icuro*.
- Buist-Bouwman, M., de Graaf, R., Vollebergh, W., ..., Ormel, J. (2006). Functional disability of mental disorders and comparison with physical disorders. A study among the general population of six European countries. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113: 492-500 .
- Busseri, M. A., & Tyler, J. D. (2003). Interchangeability of the working alliance inventory and working alliance inventory, short form. *Psychological Assessment*, 15(2), 193.
- Cameron, J. E. (2004). A three-factor model of social identity. *Self and Identity*, 3(3), 239-262.
- Carreau, E., Brière, N., & Houle, N. (2018). Continuum of interprofessional collaborative practice in health and social care-Guide. Réseau de Collaboration sur les Pratiques Interprofessionnelles en Santé et Services Sociaux (RCPI).
- Chen, T., & Guestrin, C. (2016). XGBoost: A Scalable Tree Boosting System. *Proceedings of the 22nd ACM SIGKDD International Conference on Knowledge Discovery and Data Mining*, 785-794. <https://doi.org/10.1145/2939672.2939785>
- Clark, D. M. (2011). Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: the IAPT experience. *International Review of Psychiatry*, 23(4), 318-327.
- Clark, D. M., Canvin, L., Green, J., ..., Janecka, M. (2018). Transparency about the outcomes of mental health services (IAPT approach): an analysis of public data. *The Lancet*, 391(10121), 679-686.
- Clark, D.M. (2018). Realizing the Mass Public Benefit of Evidence-Based Psychological Therapies: The IAPT Program. *Annu Rev Clin Psychol*, May 7;14:159-183.
- Clemence, A. J., Hilsenroth, M. J., Ackerman, S. J., Strassle, C. G., & Handler, L. (2005). Facets of the therapeutic alliance and perceived progress in psychotherapy: Relationship between patient and therapist perspectives. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 12(6), 443-454.
- Coolican, H. (2013). *Research Methods and Statistics in Psychology*, 5th ed. New York: Routledge.
- Coppens, E., Neyens, I., Van Audenhove, C. (2015). Onderzoek naar de invoering van een eerstelijnspsychologische functie in Vlaanderen: onderzoeksrapport. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Corcoran, M., & Byrne, M. (2017). Evaluating a primary care psychology service in Ireland: A survey of stakeholders and psychologists. *Health & Social Care in the Community*, 25(3), 1080-1089.
- Cordeiro, K., Foroughe, M., Mastorakos, T. (2015). Primary Mental Health Care in the Family Health Team Setting: Tracking Patient Care from Referral to Outcome. *Can J Commun Ment Health*; 34(3): 51-65.
- Cubic, B., Mance, J., Turgesen, J. N., & Lamanna, J. D. (2012). Interprofessional education: Preparing psychologists for success in integrated primary care. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 19(1), 84-92.

- Curran, V. R., Sharpe, D., Forristall, J., & Flynn, K. (2008). Attitudes of health sciences students towards interprofessional teamwork and education. *Learning in Health and Social Care*, 7(3), 146-156.
- Defuentes-Merillas, L., Dejong, C.A.J., & Schippers, G.M. (2002). Reliability and validity of the Dutch version of the Readiness to Change Questionnaire. *Alcohol & Alcoholism*, 37 (1), 93-99.
- Demarest, S., Van Oyen, H., Bonnewyn, A., ..., Bruffaerts, R. (2011). De ESEMeD / WMH-studie: samenstelling van de steekproef, dataverzameling en gebruikte statistische modellen. In: Bruffaerts R, Demyttenaere K, Bonnewyn A(Eds.), *Kan geestelijke gezondheid worden gemeten? Psychische stoornissen in de Belgische algemene bevolking*, pp.29-46. Leuven, Acco.
- Demerouti, E., & Bakker, A. B. (2008). The Oldenburg Burnout Inventory: A good alternative to measure burnout and engagement. *Handbook of Stress and Burnout in Health Care*, 65, 78.
- Demidenko, E. (2008). Sample size and optimal design for logistic regression with binary interaction. *Stat Med*;27(1):36–46.
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J.,..., Kessler RC. (2004). Prevalence, Severity and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health (WMH) Surveys. *JAMA*; 291:2581-2590.
- Derksen, J. (2009). Primary care psychologists in the Netherlands: 30 years of experience. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(5), 493.
- Deville J, Sarndal C, Sautory O. (1993). Generalized Raking Procedures in Survey Sampling. *J Am Stat Assoc*. 88(423): 1013-1020. doi:10.2307/2290793
- Dolan, N., Simmonds-Buckley, M., Kellett, S., Siddell, E., & Delgadillo, J. (2021). Effectiveness of stress control large group psychoeducation for anxiety and depression: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 60(3), 375-399. <https://doi.org/10.1111/bjc.12288>
- Drieskens, S., Van der Heyden, J., Hesse, E., Gisle, L., Demarest, S. & Tafforeau, J. (2010). Gezondheidsenquête België, 2008. Rapport III – Medische consumptie. Operationele Directie Volksgezondheid en surveillance. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.
- Drieskens, S., Gisle, L., Berete, F. (2018). Gezondheidsenquête 2018: Contacten met paramedische zorgverstrekkers. Brussel, België: Sciensano; D/2020/14.440/12
- Eilert, N., Enrique, A., Wogan, R., Mooney, O., Timulak, L., & Richards, D. (2021). The effectiveness of Internet-delivered treatment for generalized anxiety disorder: An updated systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 38, 196-219. doi: 10.1002/da.23115.
- Elder, M. Q., & Silvers, S. A. (2009). The integration of psychology into primary care: Personal perspectives and lessons learned. *Psychological Services*, 6(1), 68.
- Evers, S.M., Van Wijk, A.S., Ament, A.J. (1997). Economic evaluation of mental health care interventions. A review. *Health Econ* 6, 161-177.
- Fisher, L., & Dickinson, W. P. (2014). Psychology and primary care: New collaborations for providing effective care for adults with chronic health conditions. *American Psychologist*, 69(4), 355.
- Fitzpatrick, M. R., Iwakabe, S., & Stalikas, A. (2005). Perspective divergence in the working alliance. *Psychotherapy Research*, 15(1-2), 69-80.
- Fraeyman, J., Beutels, P., Van Hal, G. (2011). Gezondheidseconomische analyse van de crisisopvang voor middelengebonden problemen in België. In: R. Bruffaerts, W. Vanderplasschen, G. Van Hal & K. Demyttenaere: *Crisisopvang voor middelengebruikers in België / La prise en charge de crise des assuétudes*. Gent: Academia Press.

- Friedberg, M. W., Lai, D. J., Hussey, P. S., & Schneider, E. C. (2009). A guide to the medical home as a practice-level intervention. *American Journal of Managed Care*, 15(12), 291.
- Fuertes, J. N., Mislowack, A., Brown, S., ..., Gelso, C. J. (2007). Correlates of the real relationship in psychotherapy: A study of dyads. *Psychotherapy Research*, 17(4), 423-430.
- Garcia, C., Golay, P., Favrod, J., & Bonsack, C. (2017). French translation and validation of three scales evaluating stigma in mental health. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 290.
- Glowacz, F., Halin, S., & Fohn, B. (2016). Parentalité, Vulnérabilités psychosociales et Interventions- Evaluation du projet APALEM-Seconde Peau. Université de Liège-Fondation Roi Baudoin. Rapport de recherche. <http://hdl.handle.net/2268/221792>
- Grant, N., Hotopf, M., Breen, G., ..., Tylee, A. (2014). Predicting outcome following psychological therapy in IAPT (PROMPT): a naturalistic project protocol. *BMC Psychiatry*, 14:170.
- Goetzel, R.Z., Long, S.R., Ozminkowski, R.J., ..., Lynch, W. (2004). Health, absence, disability, and presenteeism cost estimates of certain physical and mental health conditions affecting U.S. employers. *J Occup Environ Med*, 46 : 398-412. doi: 10.1097/01.jom.0000121151.40413.bd. PMID: 15076658.
- Guery, O., Vanneste, P., & Dezetter, A. (2019). Perception par les médecins généralistes de la prise en charge des facteurs psychosomatiques. Vers une collaboration professionnelle en Belgique? *Annales Médico-Psychologiques*, 177(2), 157-162.
- Guntuku, S. C., Yaden, D. B., Kern, M. L., Ungar, L. H., & Eichstaedt, J. C. (2017). Detecting depression and mental illness on social media: an integrative review. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 18, 43-49. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2017.07.005>
- Gyani, A., Pumphrey, N., Parker, H., Shafran, R., & Rose, S. (2012). Investigating the use of NICE guidelines and IAPT services in the treatment of depression. *Mental health in Family Medicine*, 9(3), 149.
- Haggerty, J., Burge, F., Lévesque, J. F.,..., Santor, D. (2007). Operational definitions of attributes of primary health care: consensus among Canadian experts. *The Annals of Family Medicine*, 5(4), 336-344.
- Hatcher, R. L., & Gillaspay, J. A. (2006). Development and validation of a revised short version of the Working Alliance Inventory. *Psychotherapy Research*, 16(1), 12-25.
- Hean, S., Clark, J. M., Adams, K., & Humphris, D. (2006). Will opposites attract? Similarities and differences in students' perceptions of the stereotype profiles of other health and social care professional groups. *Journal of Interprofessional Care*, 20(2), 162-181.
- Heinonen, E., Lindfors, O., Härkänen, T., ..., Knekt, P. (2014). Therapists' professional and personal characteristics as predictors of working alliance in short-term and long-term psychotherapies. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(6), 475-494.
- Henckens, B., Vandenbergh, J., Sabbe, M., ..., Bruffaerts, R. (2015). Welke factoren zijn geassocieerd met een gedwongen opname? Een epidemiologische analyse van 12,978 aanmeldingen. *Tijdschrift voor Geneeskunde*; 10: 662-671.
- Hills, D., Joyce, C., & Humphreys, J. (2012). Validation of a job satisfaction scale in the Australian clinical medical workforce. *Evaluation & the Health Professions*, 35(1), 47-76.
- Hoff, T., Weller, W., & DePuccio, M. (2012). The patient-centered medical home: a review of recent research. *Medical Care Research and Review*, 69(6), 619-644.
- International Consortium for Health Outcome Measurement (ICHOM). (2019). Retrieved May 20, 2019, from <https://www.ichom.org/>

- Ivankova, N. V., Creswell, J. W., & Stick, S. L. (2006). Using mixed-methods sequential explanatory design: From theory to practice. *Field Methods*, 18(1), 3-20.
- Jackson, G. L., Powers, B. J., Chatterjee, R., ..., Williams Jr, J. W. (2013). The patient-centered medical home: a systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 158(3), 169-178.
- Jacob, B., & Lucassen, C. (2011). Vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins. *VST-Vie Sociale et Traitements*, (4), 48-54.
- Jacob, B., Macquet, D., & Natalis, S. (2016). La réforme des soins en santé mentale en Belgique: exposé d'un modèle. *L'information Psychiatrique*, 92(9), 731-745.
- Janssens, H., Clays, E., De Clercq, B., De Bacquer, D., Braeckman, L. (2013). The relation between presenteeism and different types of future sickness absence. *J Occup Health*, 55: 132-141. doi: 10.1539/joh.12-0164-0a. Epub 2013 Mar 13. PMID: 23485571.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., & Henderson, S. (1999). Attitudes towards people with a mental disorder: a survey of the Australian public and health professionals. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(1), 77-83.
- Kählke, F., Berger, T., Schulz, A., ..., Ebert, D.D. (2019). Efficacy of an unguided internet-based self-help intervention for social anxiety disorder in university students: A randomized controlled trial. *Int J Methods Psychiatr Res*:e1766. doi: 10.1002/mpr.1766.
- Kaitz, J. E., & Ray, S. (2021). Psychologist and physician inter-professional collaborative experiences in primary care integration. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 28(3), 436-446.
- Kaldo, V., Bothelius, K., Blom, K., ..., Jernelöv, S. (2020). An open-ended primary-care group intervention for insomnia based on a self-help book: A randomized controlled trial and 4-year follow-up. *Journal of Sleep Research*, 29(1), e12881. <https://doi.org/10.1111/jsr.12881>
- Karyotaki, E., Klein, A.M., Riper, H.,..., Cuijpers, P. (2019). Examining the effectiveness of a web-based intervention for symptoms of depression and anxiety in college students: study protocol of a randomised controlled trial. *BMJ Open*;9(5):e028739.
- Keirse, W., Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Igodt, P., Van Daele, B. (2004). Evaluatie van de Wet op de Gedwongen Opname. Rapport Beleidsondersteunend Onderzoek 2002/5. [An evaluation of the Belgian Civil Commitment Law of 1990]. KULeuven, Dienst Psychiatrie.
- Kenaszchuk, C., Reeves, S., Nicholas, D., & Zwarenstein, M. (2010). Validity and reliability of a multiple-group measurement scale for interprofessional collaboration. *BMC Health Services Research*, 10(1), 1-15.
- Kessler, R. C., Santiago, P. N., Colpe, L. J., ..., Ursano, R. J. (2013). Clinical reappraisal of the Composite International Diagnostic Interview Screening Scales (CIDI-SC) in the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS). *Int J Methods Psychiatr Res*, 22, 303-321 .
- Kessler, R.C., Demler, O., Frank, R.G., ..., Zaslavsky, A.M. (2005). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *N Engl J Med*. 352(24):2515-23.
- Kessler, R. C., & Ustun, T. B. (2004). The world mental health (WMH) survey initiative version of the World Health Organization (WHO) composite international diagnostic interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res*, 13, 93-121 .
- Kim, K., & Ko, J. (2014). Attitudes toward interprofessional health care teams scale: a confirmatory factor analysis. *Journal of Interprofessional Care*, 28(2), 149-154.

- Kivlighan Jr, D. M., Gelso, C. J., Ain, S., Hummel, A. M., & Markin, R. D. (2015). The therapist, the client, and the real relationship: An actor–partner interdependence analysis of treatment outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 62(2), 314.
- Kluge, H., Kelley, E., Theodorakis, P. N., Barkley, S., & Valderas, J. M. (2018). Forty years on from Alma Ata: present and future of Primary Health Care research. *Primary Health Care Research & Development*, 19(5), 421-423.
- Kohn, L., Obyn, C., Adriaenssens, J., ..., Eyssen, M. (2016). Organisatie- en financieringsmodel voor de psychologische zorg. KCE reports 265As. Brussels: KCE.
- Kriegsman, D., Penninx, B., van Eijk, J.,..., Deeg, D. (1996). Self-reports and general practitioner information on the presence of chronic diseases in community dwelling elderly. *J Clin Epidemiol*; 49: 1407-1417.
- Kringos, D. S., Boerma, W. G., Hutchinson, A., Saltman, R. B., & World Health Organization. (2015). Building Primary care in a Changing Europe. World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Kautzky, A., Baldinger-Melich, P., Kranz, G. S., ..., Lanzenberger, R. (2019). A new prediction model for evaluating treatment-resistant depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 80(1), 18m12172. <https://doi.org/10.4088/JCP.18m12172>
- Lange, S., Shield, K., Monteiro, M., Rehm, J. (2019). Facilitating Screening and Brief Interventions in Primary Care: A Systematic Review and Meta-Analysis of the AUDIT as an Indicator of Alcohol Use Disorders. *Alcohol Clin Exp Res*; 43:2028–2037. <https://doi.org/10.1111/acer.14171>
- Loranger, A. W., Sartorius, N., Andreoli, A., ..., Reiger, D. (1994). The International Personality Disorder Examination (IPDE): The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration International Pilot Study of Personality Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51, 215-224.
- Lumley, T., Shaw, P. A., & Dai, J. Y. (2011). Connections between survey calibration estimators and semiparametric models for incomplete data. *International Statistical Review*, 79(2), 200-220. <https://doi.org/10.1111/j.1751-5823.2011.00138.x>
- Lundberg, S. M., & Lee, S. I. (2017). A unified approach to interpreting model predictions. In *Advances in neural information processing systems* (pp. 4765-4774).
- Mander, J., Wittorf, A., Teufel, M., ..., Sammet, I. (2012). Patients with depression, somatoform disorders, and eating disorders on the stages of change: Validation of a short version of the URICA. *Psychotherapy*, 49(4), 519-527.
- Marshall, D., Quinn, C., Child, S., ..., Byng, R. (2016). What IAPT services can learn from those who do not attend. *Journal of Mental Health*, 25(5), 410-415.
- Maslach, C., Leiter, M.P. (2106). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2):103-11. doi: 10.1002/wps.20311.
- McDaniel, S. H., & Fogarty, C. T. (2009). What primary care psychology has to offer the patient-centered medical home. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(5), 483.
- McDaniel, S. H., Grus, C. L., Cubic, B. A., ..., Johnson, S. B. (2014). Competencies for psychology practice in primary care. *American Psychologist*, 69(4), 409-429. <https://doi.org/10.1037/a0036072>
- McDaniel, S. H., & deGruy, F. V. (2014). An introduction to primary care and psychology. *American Psychologist*, 69(4), 325.

- McGough, P. M., Bauer, A. M., Collins, L., & Dugdale, D. C. (2016). Integrating behavioral health into primary care. *Population Health Management*, 19(2), 81-87.
- McWilliams, L. A., Cox, B. J., & Enns, M. W. (2003). Use of the Coping Inventory for Stressful Situations in a clinically depressed sample: Factor structure, personality correlates, and prediction of distress. *Journal of Clinical Psychology*, 59(4), 423-437.
- Mehta, N., Kassam, A., Leese, M., Butler, G., & Thornicroft, G. (2009). Public attitudes towards people with mental illness in England and Scotland, 1994–2003. *The British Journal of Psychiatry*, 194(3), 278-284.
- Miller, R., Scherpbier, N., van Amsterdam, L., Guedes, V., & Pype, P. (2019). Inter-professional education and primary care: EFPC position paper. *Primary Health Care Research & Development*, 20, 1-10.
- Mitchell, L. M., Joshi, U., Patel, V., Lu, C., & Naslund, J. A. (2021). Economic Evaluations of Internet-Based Psychological Interventions for Anxiety Disorders and Depression: A Systematic Review. *Journal of Affective Disorders*, 284, 157-182. doi: 10.1016/j.jad.2021.01.092.
- Mukuria, C., Brazier, J., Barkham, M., ... , Parry, G. (2013). Cost-effectiveness of an improving access to psychological therapies service. *British Journal of Psychiatry*, 202(3), 220-227.
- Newman, D. A. (2014). Missing data: Five practical guidelines. *Organizational Research Methods*, 17(4), 372-411.
- Nicaise, P., Grard, A., Leys, M., Van Audenhove, C., & Lorant, V. (2021). Key dimensions of collaboration quality in mental health care service networks. *Journal of Interprofessional Care*, 35(1), 28-36. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1709425>.
- OECD (2013). *OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-being*, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264191655-en>.
- Palacios, J. E., Enrique, A., Mooney, O., ..., Richards, D. Durability of treatment effects following internet-delivered cognitive behavioural therapy for depression and anxiety delivered within a routine care setting. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2022; 29(5): 1768–1777. <https://doi.org/10.1002/cpp.2743>
- Peek, C. J., Cohen, D. J., & deGruy III, F. V. (2014). Research and evaluation in the transformation of primary care. *American Psychologist*, 69(4), 430.
- Pomerantz, A. S., Corson, J. A., & Detzer, M. J. (2009). The challenge of integrated care for mental health: Leaving the 50 minute hour and other sacred things. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 16(1), 40-46.
- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). *Redefining health care*. Boston: Harvard Business Review Press.
- Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., ..., Mann, J. J. (2011). The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry*, 168, 1266-1277.
- Prince, M. (2012). Epidemiology. In P. Wright, J. Stern, & M. Phelan (Eds.), *Core Psychiatry* (3rd ed., pp. xx-xx). Philadelphia: Saunders Elsevier.
- Prins, M., Meadows, G., Bobevski, I., ..., Bensing, J. (2011). Perceived need for mental health care and barriers to care in the Netherlands and Australia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(10), 1033-1044.
- Radhakrishnan, M., Hammond, G., Jones, P. B., ..., Lafortune, L. (2013). Cost of improving Access to Psychological Therapies (IAPT) programme: An analysis of cost of session, treatment, and recovery in

selected Primary Care Trusts in the East of England region. *Behaviour Research and Therapy*, 51(1), 37-45.

Ramanuj, P., Ferenchik, E., Docherty, M., Spaeth-Rublee, B., & Pincus, H. A. (2019). Evolving models of integrated behavioral health and primary care. *Current Psychiatry Reports*, 21(1), 1-12.

Reavley, N. J., Morgan, A. J., & Jorm, A. F. (2014). Development of scales to assess mental health literacy relating to recognition of and interventions for depression, anxiety disorders and schizophrenia/psychosis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(1), 61-69.

Reiter, J. T., Dobbmeyer, A. C., & Hunter, C. L. (2018). The primary care behavioral health (PCBH) model: An overview and operational definition. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 25(2), 109-126.

Reinert, D. F., & Allen, J. P. (2002). The alcohol use disorders identification test (AUDIT): A review of recent research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26(2), 272-279.

Richards, D., Enrique, A., Eilert, N., ... Solesse S. A pragmatic randomized waitlist-controlled effectiveness and cost-effectiveness trial of digital interventions for depression and anxiety. *npj Digit. Med.* 3, 85 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41746-020-0293-8>.

Robben, S., Perry, M., van Nieuwenhuijzen, L., ..., Melis, R. (2012). Impact of interprofessional education on collaboration attitudes, skills, and behavior among primary care professionals. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 32(3), 196-204.

Rogiers, R., Baeken, C., Van den Abbeele, D., ..., Lemmens, G. M. D. Group Intervention 'Drop it!' Decreases Repetitive Negative Thinking in Major Depressive Disorder and/or Generalized Anxiety Disorder: A Randomised Controlled Study. *Cognitive Therapy and Research*. 2022; 46(1): 182-196. <https://doi.org/10.1007/s10608-021-10240-6>

Runyan, C. N. (2011). Psychology can be indispensable to health care reform and the patient-centered medical home. *Psychological Services*, 8(2), 53.

Sacristán, J.A., Aguarón, A., Avendaño-Solá, C., ..., Flores, A. (2016). Patient involvement in clinical research: why, when, and how. *Patient Prefer Adherence*; 10:631-40.

Salmon, P., Peters, S., Rogers, A., ..., Morriss, R. (2007). Peering through the barriers in GPs' explanations for declining to participate in research: the role of professional autonomy and the economy of time. *Family Practice*, 24(3), 269-275.

Samuelson, M., Tedeschi, P., Aarendonk, D., De La Cuesta, C., & Groenewegen, P. (2012). Improving inter-professional collaboration in Primary Care. *Quality in Primary Care*, 20, 303-312.

Sandoval, B. E., Bell, J., Khatri, P., & Robinson, P. J. (2018). Toward a unified integration approach: uniting diverse primary care strategies under the primary care behavioral health (PCBH) model. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 25(2), 187-196.

Sareen, J., Jagdeo, A., Cox, B.J., ..., Stein, M.B. (2007). Perceived barriers to mental health service utilization in the United States, Ontario, and the Netherlands. *Psychiatr Serv*; 58(3): 357-364. doi: 10.1176/appi.ps.58.3.357.

Saunders, J. B., Aasland, O. Q., Babor, T. F., De La Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption—II. *Addiction*, 88(6), 791-804.

Schreurs, P. J. G., Tellegen, B., & Willige, G. van de. (1984). Gezondheid, stress en coping: De ontwikkeling van de Utrechtse Coping Lijst. *Gedrag: Tijdschrift voor Psychologie*, 12, 101-117. Schoevaerts K,

- Bruffaerts R, Vandenberghe J. (2014). *Gedwongen opname in Vlaanderen. Medisch-psychiatrische en epidemiologische perspectieven*. Gent: Academia Press.
- Schoevaerts, K., Bruffaerts, R., Vandenberghe, J. (2012). Wetenschappelijke validatie van gegevens en cijfers met betrekking tot gedwongen opname in Vlaanderen 2007-2010. Zorginspectie (bestek GBO-GC016/2010/01). Brussel: Zorginspectie.
- Sheehan, D.V., Harnett-Sheehan K, Raj BA. The measurement of disability. *Int Clin Psychopharmacol*. 1996 Jun;11 Suppl 3:89-95. doi: 10.1097/00004850-199606003-00015. PMID: 8923116.
- Sicotte, C., D'Amour, D., & Moreault, M. P. (2002). Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres. *Social Science & Medicine*, 55(6), 991-1003.
- Snoek, J., Larochelle, H., & Adams, R. (2012). Practical Bayesian Optimization of Machine Learning Algorithms. *Advances in Neural Information Processing Systems*, 25, 2951-2959.
- Sorel, E. (2013). *21st Century Global Mental Health*. Burlington, Jones & Bartlett.
- Sundquist, J., Palmér, K., Johansson, L., & Sundquist, K. The effect of mindfulness group therapy on a broad range of psychiatric symptoms: A randomised controlled trial in primary health care. *European Psychiatry*. 2017; 43: 19-27. doi:10.1016/j.eurpsy.2017.01.328.
- Taylor, S. M., & Dear, M. J. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*, 7(2), 225-240.
- Thomas, J. E., Jasper, A., & Rawlin, M. (2006). Better Outcomes in Mental Health Care—a general practice perspective. *Australian Health Review*, 30(2), 148-157.
- Thurston, M. M., Chesson, M. M., Harris, E. C., & Ryan, G. J. (2017). Professional stereotypes of interprofessional education naive pharmacy and nursing students. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 81(5).
- Timulak, L., Richards, D., Bhandal-Griffin, L., ..., Eustis EH. (2022). Effectiveness of the internet-based Unified Protocol transdiagnostic intervention for the treatment of depression, anxiety and related disorders in a primary care setting: A randomized controlled trial. *Trials*, 23, 721. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06551-y>.
- Tracey, T. J. (1987). Stage differences in the dependencies of topic initiation and topic following behavior. *Journal of Counseling Psychology*, 34(2), 123.
- Vaishnavi, S., Connor, K., Davidson, J.R. (2007). An abbreviated version of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), the CD-RISC2: psychometric properties and applications in psychopharmacological trials. *Psychiatry Res*, 152:293-297. doi:10.1016/j.psychres.2007.01.006.
- Van Buuren, S. (2007). Multiple imputation of discrete and continuous data by fully conditional specification. *Stat Methods Med Res*, 16, pp. 219-242.
- Van Buuren, S., Groothuis-Oudshoorn, K. (2011). "mice: Multivariate Imputation by Chained Equations in R." *J Stat Softw*; 45(3): 1-67.
- Van der Feltze-Cornelis, C., Knispel, A., Elfeddali, I. (2008). Treatment of mental disorder in the primary care setting in the Netherlands in the light of the new reimbursement system: a challenge? *Int J Integrat Care*; 8(3): doi: 10.5334/ijic.249.
- Van Hoof, E. (2015). *De eerstelijnspsycholoog – Eerste klinisch psychologische hulp dichtbij huis*. Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen.
- van Melle, A. L., Voskes, Y., de Vet, H. C. W., ..., Widdershoven, G. A. M. (2019). High and Intensive Care in Psychiatry: Validating the HIC Monitor as a Tool for Assessing the Quality of Psychiatric Intensive Care



- Units. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 46(1), 34-43. doi: 10.1007/s10488-018-0890-x.
- Villani, M., & Kovess-Masfety, V. (2017). Could a short training intervention modify opinions about mental illness? A case study on French health professionals. *BMC Psychiatry*, 17(1), 1-9.
- Vogel, M. E., Kanzler, K. E., Aikens, J. E., & Goodie, J. L. (2017). Integration of behavioral health and primary care: Current knowledge and future directions. *Journal of Behavioral Medicine*, 40(1), 69-84.
- Von Korff, M., Crane, P. K., Ormel, J., ..., Kessler, R.C. (2008). Modifications to the WHODAS-II for the World Mental Health Surveys: Lessons Learned. *Journal of Clinical Epidemiology*, 61, 1132-1143.
- Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., ..., Wells, J. E. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *The Lancet*, 370(9590), 841-850.
- Winefield, H. R., & Chur-Hansen, A. (2004). Integrating Psychologists Into Primary Mental Health Care in Australia. *Families, Systems, & Health*, 22(3), 294.
- World Health Organization. (1978). Declaration of Alma-Ata (No. WHO/EURO: 1978-3938-43697-61471). World Health Organization. Regional Office for Europe.
- World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Wright, J. H., Owen, J. J., Richards, D., ..., Thase, M.E. (2019). Computer-assisted cognitive-behavior therapy for depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 80(2), 18r12188.
- Zomer, L. J. C., van der Meer, L., van Weeghel, J., ..., Voskes, Y. (2022). The Active Recovery Triad monitor: Evaluation of a model fidelity scale for recovery-oriented care in long-term mental health care settings. *BMC Psychiatry*, 22(1), 346. doi: 10.1186/s12888-022-03949-5.

## DANKBETUIGING

---

We willen alle patiënten, klinisch psychologen/ -orthopedagogen en huisartsen bedanken die deelnamen aan de online bevraging. Daarnaast willen we alle netwerkcoördinatoren, lokale- en zorgcoördinatoren, klinisch psychologen/ -orthopedagogen, ervaringsdeskundigen en stakeholders bedanken die deel uit maakten van de focusgroepen. Alle GGZ-netwerken voor zowel volwassenen als kinderen & jongeren willen we bedanken voor hun inzet om de studie mee te dragen en om de communicatie met de klinisch psychologen en -orthopedagogen te ondersteunen.

De volgende personen willen we nadrukkelijke bedanken voor hun ondersteuning in de uitvoering van de studie: dr. Wouter Voorspoels, Franco Gericke, Erik Bootsma, dr. Rozemarijn Jeannin, Lucie Pelz, Nathalie Haeck, Sarah Bel, Dirk De Kesel, Montse Urbina, Frank Robben en Toon Boon.

We willen de volgende organisaties bedanken voor de ondersteuning van de EPCAP-studie: RIZIV/ INAMI; FOD Volksgezondheid; Intermutualistisch Agentschap (IMA); eHealth, Smals en alle partners betrokken in de datakoppelingsprocedure. Tenslotte willen we graag de leden van de volgende commissies danken: EPCAP stuurgroep, begeleidingscomité EPCAP en begeleidingscomité conventie GGZ.

## REMERCIEMENTS

---

Nous tenons à remercier tous les patients, psychologues cliniciens/orthopédagogues et médecins généralistes qui ont participé à l'enquête en ligne. Nous remercions également tous les coordinateurs de réseaux, les coordinateurs locaux et les coordinateurs de soins, les psychologues cliniciens/orthopédagogues, les experts par expérience et les partenaires qui ont participé aux groupes de discussion. Nous tenons à remercier tous les réseaux de santé mentale pour adultes, enfants et adolescents pour leur engagement à contribuer à la réalisation de l'étude et à soutenir la communication avec les psychologues cliniciens et les orthopédagogues.

Nous tenons à remercier expressément les personnes suivantes pour leur soutien dans la réalisation de l'étude : dr. Wouter Voorspoels, Franco Gericke, Erik Bootsma, dr. Rozemarijn Jeannin, Lucie Pelz, Nathalie Haeck, Sarah Bel, Dirk De Kesel, Montse Urbina, Frank Robben et Toon Boon.

Nous tenons à remercier les organisations suivantes pour leur soutien à l'étude EPCAP : INAMI/RIZIV ; SPF Santé publique ; Agence Intermutualiste (IMA) ; eHealth, Smals et tous les partenaires impliqués dans la procédure de couplage des données. Enfin, nous tenons à remercier les membres des comités suivants : le comité de pilotage de l'EPCAP, le comité d'accompagnement EPCAP et le comité d'accompagnement convention SSM.