

L'impact de la pandémie de COVID-19 sur le recours des enfants et adolescents aux soins de santé mentale

Les consultations, hospitalisations et soins urgents psychiatriques et les médicaments pour les troubles de santé mentale

Svetlana Sholokhova, Clara Noirhomme, Ann Morissens, Rebekka Verniest – Service d'études
Avec nos remerciements à Rose-Marie Ntahonganyira, Hervé Avalosse et Sophie Cès

Résumé

Les mesures prises pour endiguer la pandémie de COVID-19 ont eu un impact majeur sur notre société et notamment sur la santé mentale des enfants et des adolescents. Des signaux d'alerte et des appels à plus de considération et de soutien pour ce groupe ont été lancés.

Dans cet article, nous nous concentrons sur les soins de santé mentale dispensés aux membres de la MC de moins de 18 ans, sur la base des données de facturation disponibles. Cela concerne les soins psychiatriques et psychologiques ambulatoires, les admissions psychiatriques hospitalières et l'aide psychiatrique urgente en milieu hospitalier. En outre, nous étudions de près les prescriptions de médicaments pour les troubles de santé mentale. Enfin, nous examinons s'il existe des inégalités sociales dans l'usage de ces soins et médicaments.

Les résultats de notre étude sont alarmants. En ce qui concerne les hospitalisations, après une baisse des admissions au cours des deuxième et troisième trimestres 2020, les données relatives aux admissions en psychiatrie montrent une tendance à la hausse. Depuis 2021, nous assistons à une augmentation significative de l'utilisation des soins psychiatriques urgents. En ce qui concerne l'utilisation de médicaments prescrits pour des troubles de santé mentale, le résultat le plus frappant est la forte augmentation des volumes mesurés en DDD (dose journalière définie), combinée à une diminution du nombre de patients.

L'étude met en avant un constat interpellant quant à l'utilisation des soins par les publics fragilisés. Le risque d'être hospitalisé ou d'utiliser des médicaments antipsychotiques est plus élevé pour les enfants et les adolescents vivant dans des zones où les revenus médians sont faibles que pour leurs camarades vivant dans des secteurs où les revenus médians sont plus élevés. Pour l'accès à des soins ambulatoires moins invasifs, nous constatons le contraire. Il existe donc un gradient social dans les soins de santé mentale pour les enfants et adolescents.

Nous concluons avec quelques points d'attention sur l'insuffisance des données quantitatives, les inégalités sociales importantes dans l'usage des soins et la prescription d'antipsychotiques, le risque accru pour les groupes vulnérables de recourir à des soins curatifs plutôt que préventifs et la place de la téléconsultation pour les jeunes.

Mots-clés : Soins de santé mentale pour enfants et adolescents, COVID-19, consultations psychologiques, consultations psychiatriques, hospitalisation en service psychiatrique, hospitalisation en hôpital psychiatrique, médicaments pour les troubles de santé mentale, analyse quantitative

1. Introduction

Depuis le début de la pandémie de COVID-19 beaucoup d'attention a été consacrée au sujet de la santé mentale et notamment à la santé des adolescents et des jeunes enfants. Tant les médias que les politiques et les chercheurs se sont penchés sur la façon dont les mesures prises pour contenir la pandémie ont fragilisé la santé mentale des jeunes et ont détérioré leur bien-être global. Cette attention répondait aux interpellations alarmantes qui venaient de nombreux services de soins de santé mentale et d'accompagnement des jeunes et qui signalaient des situations parfois dramatiques en leur sein : longues listes d'attente tant pour les hospitalisations que pour les consultations, manque de places et de personnel pour assurer un suivi de qualité aux nombreux patients nouveaux et anciens avec des profils cliniques plus graves que par le passé (Un collectif de psychiatres et de pédopsychiatres, 2021).

Le service d'études de la MC a décidé d'explorer l'influence que la pandémie de COVID-19 a eue sur l'utilisation des soins de santé mentale pour jeunes qui ont moins de 18 ans, en s'appuyant sur les données de consommation de soins dont dispose la MC en tant que gestionnaire de l'assurance obligatoire soins de santé. L'objet de notre étude est donc les soins médicaux et spécialisés de santé mentale pour tous les jeunes indépendamment du fait qu'ils aient été ou non malades de la COVID-19. Dans ce sens, c'est bien la pandémie de COVID-19 et la crise sociale provoquée par cette dernière et les mesures qui ont été prises pour la contenir qui sont au centre de notre attention et non pas l'impact éventuel du fait d'être malade de la COVID-19 sur la santé mentale de la personne.

Soulignons que notre analyse ne permet pas d'affirmer avec certitude si la santé mentale des jeunes s'est empirée ou non sous l'influence de la pandémie. La santé mentale, tout comme la santé en général, ne se réduit en effet pas au domaine médical et donc à l'usage des soins de santé, car elle dépend de multiples facteurs (biologiques, économiques, sociaux, environnementaux) qui exercent une influence à différents niveaux (individuel, communautaire, national, mondial). L'analyse que nous proposons permet néanmoins de comprendre si, depuis le début de la pandémie, il y a eu des évolutions notables dans la consommation de soins de santé et si ces dernières permettent de faire des hypothèses sur la façon dont les enfants et les adolescents ont réagi à la crise provoquée par la pandémie de COVID-19. Ces hypothèses nécessitent ensuite d'être investiguées à l'aide d'autres méthodes de travail.

Cette étude quantitative constitue ainsi une base pour une étude qualitative menée actuellement par les auteures sur le même sujet. Les résultats de cette dernière feront l'objet d'une publication en juillet 2022 dans le cadre d'un numéro thématique consacré à la santé mentale et les soins de santé mentale en Belgique.

2. État des lieux de l'offre de soins en santé mentale pour les enfants et les adolescents en Belgique

2.1. L'organisation des soins

Le paysage des soins de santé mentale pour les enfants et les adolescents en Belgique a été redéfini suite à la dernière réforme entamée en 2015. Cette réforme, tant attendue, résultait de l'identification de différents blocages dans l'organisation des soins de santé mentale pour les jeunes. Ainsi, en 2012 le Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé (KCE) a publié les résultats d'une recherche participative qui visait à réfléchir à l'orientation que devrait prendre la réforme de ce secteur. En 2015, la Conférence Interministérielle Santé publique (CIM) a signé le « Guide vers une nouvelle politique de soins de santé mentale pour enfants et adolescents » qui devenait alors le document de référence pour la transformation du secteur¹.

Une des conclusions centrales de l'analyse du KCE était le constat de « la fragmentation et du cloisonnement extrêmes entre les organisations, secteurs, professions et piliers confessionnels » (Vandenbroeck, et al., 2012, p. 37). Le risque de toute fragmentation des soins est le fait que les usagers des soins ont du mal à s'orienter dans le système des soins, mais aussi qu'ils ne reçoivent pas toujours un suivi coordonné et cohérent par les différentes parties. En réponse à ce problème, la réforme des soins de santé mentale pour les enfants et adolescents visait à ancrer les soins dans le territoire en créant un système de réseaux au sein desquels différents services et professionnels auront plus de facilité à collaborer. Chaque réseau est responsable d'un territoire particulier et a pour fonction la détection précoce, le screening et l'orientation, le diagnostic, le traitement, l'inclusion dans tous les domaines de vie ainsi que l'échange et la valorisation de l'expertise. Le territoire belge est ainsi couvert aujourd'hui par onze réseaux qui coïncident avec les territoires des provinces et de la Région de Bruxelles-Capitale.

1. En amont de la création du guide, un travail préparatoire a été lancé en 2012 suite à la Déclaration conjointe pour la réalisation de réseaux et de circuits de soins en santé mentale pour enfants et adolescents.

La réforme visait également à répondre à une autre conclusion du KCE, à savoir « des carences de taille dans l'offre de services, en particulier au niveau des services à domicile et au sein de la communauté » ainsi que l'insuffisance « des services de répit, qui offrent une relève temporaire de courte durée aux soignants de proximité des membres de leur famille » (Vandenbroeck, et al., 2012, p. 30). En continuité avec la réforme des soins en santé mentale pour les adultes entamée en 2010², l'objectif était de « geler » des lits psychiatriques au sein des hôpitaux afin d'utiliser le personnel et les moyens libérés dans le cadre de soins alternatifs, notamment dans les services ambulatoires et de proximité. Cette reconversion suit les recommandations de l'OMS que la Belgique applique avec retard, par rapport à d'autres pays européens.

Le secteur belge des soins de santé mentale pour enfants et adolescents compte aujourd'hui 51 hôpitaux, dont 25 hôpitaux psychiatriques (HP) et 26 hôpitaux généraux (qui ont des services psychiatriques en leur sein (SPHG)), disposent de lits pour l'hospitalisation résidentielle, l'hospitalisation de jour ou l'hospitalisation de nuit (687 lits au total, soit 414, 202 et 71 respectivement) (SPF Santé Publique, 2021, p. 27).

Parmi les recommandations du KCE, on trouve également l'appel au renforcement de « la capacité de fournir des soins en situation de crise et d'urgence qui soient accessibles, réactifs et efficaces pour les enfants et les adolescents » (Vandenbroeck, et al., 2012, p. 27). Le KCE a en effet constaté la pénurie de capacité d'urgence et de crise. Or, pour répondre à cette pénurie, il faudrait aussi, selon le KCE, considérer les soins psychiatriques urgents comme une « 'fonction' distincte, plutôt que comme un service ou un département spécifique » (Vandenbroeck, et al., 2012, p. 27). De même que la reconversion des lits, ce changement de perspective dans l'approche de l'aide urgente accentue encore la priorité aux soins non résidentiels qui permettent de rapprocher l'aide de la population (Deboutte, et al., 2010). C'est également dans ce but que les équipes mobiles multidisciplinaires ont été mises en place. Leur intervention rapide permet de commencer le traitement dans l'environnement domestique des patients et éventuellement d'éviter une hospitalisation (SPF Santé Publique, 2021, pp. 35-37).

L'aide psychiatrique urgente (APU) aux enfants et adolescents souffrant de problèmes de santé mentale est aujourd'hui proposée par trois secteurs : le secteur des soins de santé, les services d'aide sociale et le secteur de la justice. L'APU vise avant tout à garantir la sécurité du patient et à maîtriser le danger pour la personne et/ou son entourage. Cela inclut, par exemple, les situations où la personne présente un danger

pour elle-même ou pour les autres (avec un comportement homicide ou suicidaire, actes d'autodestruction, agressivité), ou encore lorsqu'elle est exposée à une maltraitance, ou qu'elle souffre d'une psychose aiguë, etc. La procédure comprend généralement l'enregistrement, les conseils, la stabilisation, l'évaluation, le traitement et la référence vers d'autres professionnels. Une évaluation clinique joue un rôle central dans le processus, car elle permet d'identifier les besoins de la personne et d'organiser les soins de façon qu'ils y soient adaptés.

2.2. Les données sur les besoins et l'offre de services en santé mentale

Dans son rapport de 2012, le KCE soulignait une réelle difficulté à cartographier et quantifier la demande en soins de santé mentale : « des données de bonne qualité à propos du type et de la fréquence de la demande à laquelle se trouve confronté le système de soins [...] font pratiquement défaut » (Vandenbroeck, et al., 2012, p. 34). Une étude qualitative menée par le KCE et basée sur les témoignages des parties prenantes montre « le net accroissement de la demande de services de santé mentale de la part des jeunes et de leurs familles » (Vandenbroeck, et al., 2012, p. 15) et l'existence de longues listes d'attente pour avoir accès aux services. Néanmoins les données précises sur le nombre de personnes et le temps d'attente restent manquantes. L'évaluation de l'accessibilité et de l'efficacité de l'offre existante qui aurait pu être faite si de telles données avaient été disponibles est difficile en raison du manque de connaissances précises des besoins objectifs réels des enfants et des familles qu'ils soient d'ordre psychosocial ou proprement médicaux ou encore thérapeutiques.

Le problème de la difficulté d'estimer correctement les besoins en soins de santé mentale et de garantir que l'offre soit adéquate reste d'actualité. C'est pourquoi, dans cette étude quantitative, nous nous concentrons davantage sur l'analyse de l'utilisation des soins de santé mentale. Selon les données du SPF Santé Publique, le nombre de séjours dans les services psychiatriques pour enfants et adolescents (l'ensemble de toutes les formes d'hospitalisation, qu'elles soient résidentielles ou uniquement de jour ou de nuit) a fortement augmenté ces dernières années. Si, en 2005, le nombre de séjours dans les hôpitaux psychiatriques était de 3.076, en 2018 il s'agissait déjà de 3.745 ; dans les services psychiatriques au sein des hôpitaux généraux, l'augmentation a été encore plus importante : de 2.242 séjours en 2005 à 3.452 séjours en 2018 (SPF Santé Publique, 2021, p. 31).

2. La réforme des soins en santé mentale pour les adultes est souvent appelée « Projet 107 », en référence à l'article 107 de la loi sur les hôpitaux, qui stipule que « le Roi peut prévoir des moyens de financement spécifiques pour permettre, à titre expérimental et pour une période limitée, un financement prospectif et programmé des circuits et réseaux de soins ».

Si l'on analyse les admissions par catégorie d'âge, on constate que non seulement « la majorité des admissions concernent les catégories d'âge 10-14 et 15-18 ans »³, mais qu'en plus ces groupes « ont de plus en plus besoin de soins psychiatriques résidentiels » : pour la première catégorie on observe une augmentation du nombre de séjours de 1.602 en 2005 à 2.178 en 2018, et pour la deuxième de 2.177 à 3.176 respectivement (SPF Santé Publique, 2021, pp. 32-33). En ce qui concerne la durée de séjour dans les services psychiatriques pour enfants et adolescents en hôpitaux psychiatriques et services psychiatriques au sein des hôpitaux généraux, « la durée de plus de 80% de l'ensemble des séjours terminés des enfants et adolescents dans les HP et les SPHG est inférieure à 3 mois. 2,4% y séjournent plus d'un an » (SPF Santé Publique, 2021, p. 33).

Par rapport aux situations d'urgence, le KCE mettait en évidence, déjà dans son rapport de 2010, le besoin accru en aide psychiatrique urgente pour les enfants et adolescents, du fait d'une augmentation des personnes se présentant dans les services d'urgence (Deboutte, et al., 2010). Il est vrai que depuis plusieurs années, il existe une hausse générale d'admissions au sein de l'unité de crise et d'urgence psychiatrique des hôpitaux. « Cependant – comme le remarquaient déjà des études menées aux Cliniques universitaires Saint-Luc pour les années 2011-2013 – malgré cet accroissement en valeur absolue de toutes les populations adultes et mineures, le pourcentage des mineurs admis, relativement au nombre total d'urgences psychiatriques est en majoration »⁴ (Koener, Deschietere, & de Becker, 2015, p. 5). En outre, comparés aux données pour les années 2005-2007, les chiffres pour les années 2011-2013 montrent « un accroissement des demandes de prise en charge urgente chez les plus jeunes adolescents et enfants depuis 2007 » (Koener, Deschietere, & de Becker, 2015, p. 5). Il faut néanmoins rester prudent dans l'interprétation de ces observations, car, comme l'indiquent les professionnels du secteur, cette hausse peut être comprise non seulement comme « la conséquence de nombreuses modifications sociétales et culturelles, mais également en tant que reflet d'une sursaturation du réseau ambulatoire et résidentiel, qui ne peut offrir les soins dans un temps imparti raisonnable » (Koener, Deschietere, & de Becker, 2015, p. 7).

Parmi les raisons les plus courantes pour lesquelles les jeunes se retrouvent dans les services d'urgence psychiatrique, on trouve les idées suicidaires et les tentatives de suicide (Deboutte, et al., 2010, p. 26). « Avec un taux de mortalité standardisé par suicide pour 100.000 habitants de près de 18,3 en 2019, la Belgique se situe au-dessus de la moyenne européenne, estimée à 11 pour 100.000 habitants en 2016 » : selon les données de Statbel, chez les jeunes, le suicide est aujourd'hui la première cause de décès⁵.

2.3. Impact de la pandémie de COVID-19 sur l'offre de soins de santé mentale pour les jeunes

Avec l'arrivée du virus SARS-CoV-2, le système des soins de santé mentale a été mis à rude épreuve et les soins pour enfants et adolescents en particulier⁶. Depuis le début de la pandémie, et surtout à partir de l'automne 2020, parmi d'autres, les professionnels travaillant dans les unités psychiatriques belges signalent « une augmentation des demandes d'aide de jeunes entre 17 et 20 ans », en citant parmi les raisons : « le confinement, la Covid et toutes les inquiétudes qui vont avec, le décrochage scolaire et la rupture sociale » (Klaric, 2020). En effet, les jeunes représentent un des publics les plus vulnérables face à la pandémie sur le plan de la santé mentale : les adolescents souffrent notamment plus de la solitude imposée par les mesures sanitaires, car ils ont plus que d'autres groupes d'âge besoin d'interactions avec leurs pairs pour un bon développement psychologique (Loades, et al., 2020). Une étude confirme également la prévalence de la détresse psychologique en Belgique chez les jeunes de 15 à 24 ans par rapport aux autres groupes plus âgés lors de la pandémie (Lorant, Smith, Seeber, Van den Broeck, & Nicaise, 2021).

De nombreuses questions se sont alors posées pour les professionnels tant à l'égard des personnes déjà suivies que par rapport à l'accueil de nouveaux patients : « Comment les familles vont-elles vivre confinées avec les enfants atteints de troubles sévères ? Sans l'accueil thérapeutique pluri-hebdomadaire qui structure le temps et l'espace par les temps de soins, et sans les processus thérapeutiques nécessaires ?

3. Bien que les adolescents puissent être admis en psychiatrie pour adultes à partir de 15 ans, un service pour enfants et adolescents (K, K1 ou K2) est encore souvent choisi. Dans certains cas, un patient reste admis dans un service psychiatrique pour enfants et adolescents même après son 18e anniversaire. On suppose que cet âge de transition est acceptable jusqu'à l'âge de 23 ans (SPF Santé Publique, 2021, p. 32).
4. « Il évolue de 2,02 à 3,32 puis 6,40%, pour les années 2011, 2012 et 2013 respectivement. De même, dans les deux sous-groupes extraits de la population de jeunes mineurs, on note tout d'abord chez les moins de 14 ans, une majoration de 0,49 à 1,13 puis 1,79% des urgences psychiatriques totales pour les années 2011, 2012 et 2013 respectivement. Chez les moins de 12 ans, le pourcentage se majore de 0,31 à 0,93 puis 1,13%, respectivement en 2011, 2012 et 2013, mais c'est la tranche entre 14 et 17 ans révolus qui connaît l'accroissement le plus important » (Koener, Deschietere, & de Becker, 2015, p. 5).
5. Voir <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/mortalite-et-esperance-de-vie/causes-de-deces#figures> et <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/sante-mentale/comportements-suicidaires#referencés>.
6. À ce jour nous ne disposons pas de beaucoup de littérature scientifique concernant l'impact de la pandémie sur la demande et l'offre de soins de santé mentale pour enfants et adolescents en Belgique. Quelques sources proprement belges peuvent être complétées par des articles parus en France et d'autres pays européens que nous citons dans cette partie.

Quel retentissement sur les symptômes et sur l'évolution des troubles verrons-nous à moyen terme ? » (Benoit, 2020, p. 8).

Durant le premier confinement, les téléconsultations se sont vite imposées comme une des solutions pour maintenir le lien avec les patients dans le cadre de nouvelles règles sanitaires. Cette pratique a été alors généralisée et inscrite dans le cadre de la gestion de l'assurance obligatoire soins de santé avec la création des codes spéciaux de nomenclature. Cette décision a été également motivée par le fait que, de façon générale, les téléconsultations sont considérées dans la littérature scientifique comme un dispositif utile dans le suivi des patients (Fegert, Vitiello, Plener, & Clemens, 2020). Dans la pratique, les professionnels ont également fait rapidement appel à cet outil comme le seul à pouvoir garantir la continuité des soins notamment dans le cadre du confinement général qui a marqué 'la première vague' de la pandémie.

Néanmoins, les professionnels ont également relevé les limites des télé- et vidéoconférences. Pour assurer un suivi à distance, les équipes doivent disposer d'un matériel adéquat pour pouvoir les mettre effectivement en œuvre, or tous les services n'ont pas aujourd'hui le même niveau d'équipement (Catheline, et al., 2021, p. 1). D'autre part, les consultations à distance peuvent s'avérer inefficaces, voire contre-efficaces, en fonction de la nature de l'affection de la personne en demande de soins. Ainsi « il est difficile d'assurer un suivi téléphonique chez une personne qui pense que son téléphone ou son ordinateur est surveillé par les services secrets ou la mafia » (Deschietere, et al., 2020, p. 346). Globalement, on constate qu'il est difficile de dégager une vision unique sur la question. Les prestataires des soins notent que « les appels ont une autre teneur », étant « la plupart du temps des appels de soutien, pas de réels moments mobilisateurs comme dans un cadre de thérapie ordinaire ». En même temps, ils remarquent que « certains adolescents en particulier ont apprécié de n'avoir que le lien par la parole sans avoir à être vus » (Catheline, et al., 2021, p. 2).

2.4. Inégalités sociales et recours aux soins de santé mentale

La santé mentale, tout comme la santé en général, est en grande partie dépendante des facteurs qui dépassent le cadre proprement médical. En ce sens, elle suit un gradient social : les indicateurs de santé tendent à se détériorer à mesure que la position socio-économique s'affaiblit. Il s'agit d'un cercle vicieux responsable du fait que la santé n'étant pas distribuée de façon égale dans la société influence en retour le statut socio-économique : les personnes qui vivent dans un contexte socio-économique moins favorable sont en moins bonne santé, or être en moins bonne santé expose la personne davantage aux risques d'exclusion sociale et fragilise sa situation économique (Patel, et al., 2010, p. 124).

Notons que loin de se limiter au domaine économique, les inégalités sociales en santé renvoient à l'environnement social

de l'individu. Ce dernier est pourtant moins objectif car il nécessite non pas de faire des analyses en termes de revenus absolus, mais en termes de revenus relatifs (où la personne évalue le niveau de son revenu par rapport au revenu de son entourage ou évalue son insertion dans un réseau social) (Couffinhal, Dourgnon, Grignon, Jusot, & Naudin, 2004). Cela ne rend pas pour autant ce type de déterminants moins objectivable même si cela demande de développer de nouveaux outils pour aborder des problèmes sociétaux comme le racisme systémique (Azria, et al., 2020), les inégalités de genre (Piccinelli & Wilkinson, 2000), la stigmatisation autour des problèmes mentaux, etc.

En 2019, l'Agence intermutualiste (AIM) a publié une étude qui visait à mesurer les inégalités sociales de santé au sein de la population belge (Avalosse, et al., 2019). On y retrouve quelques indicateurs d'utilisation de soins de santé mentale : les hospitalisations psychiatriques et la consommation des antidépresseurs et des antipsychotiques – même si, à la différence de notre étude, l'AIM a analysé la situation pour toute la population belge, tous les groupes d'âge confondus. La méthode de travail consistait à mettre en relation certains indicateurs indirects de santé (construits sur base d'informations administratives ou de consommation de soins) avec une échelle de stratification sociale (données fiscales sur les secteurs statistiques où résident les affiliés des organismes assureurs). Cette échelle a été construite à l'aide de statistiques fiscales du SPF Économie existantes au niveau des secteurs statistiques, c'est-à-dire des unités géographiques administratives pour lesquelles des données statistiques sur les revenus fiscaux sont connues. Ce sont les revenus médians des habitants remplissant leur déclaration fiscale qui ont été repris pour distinguer entre cinq classes de secteurs statistiques allant de la moins (secteur 1) à la plus riche (secteur 5). Dans le cas de l'étude de l'AIM, l'année de référence était 2016.

Les résultats de l'étude de l'AIM sont alarmants. En ce qui concerne les hospitalisations, les chercheurs soulignent l'existence d'un gradient social très accentué : « les individus appartenant à la classe la plus faible (classe 1) présentent, en 2016, un surrisque de 149% ($= [157,8/63,3]-1$) d'avoir une hospitalisation psychiatrique par rapport à ceux qui appartiennent à la classe la plus élevée (classe 5) » (Avalosse, et al., 2019, p. 49). La situation est similaire dans le cas de la consommation des antidépresseurs et des antipsychotiques : les individus de la classe la moins riche présentent un surrisque de 18% de recourir aux antidépresseurs et un surrisque de 112% de recourir aux antipsychotiques par rapport à ceux qui appartiennent à la classe la plus riche.

Ces indications sur l'ampleur des inégalités sociales en santé mentale suggèrent que l'impact de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale des jeunes serait particulièrement important pour les enfants et adolescents venant des milieux les plus défavorisés. En effet, premièrement, il est vite apparu

que malgré le fait que le virus SARS-CoV-2 a provoqué une épidémie capable de toucher une partie importante de la population mondiale, cette dernière n'y était pas exposée de façon uniforme : d'une part, du point de vue biologique, notamment à cause des risques des comorbidités potentielles qui ont été identifiés, d'autre part, à cause des inégalités sociales caractéristiques de la société contemporaine.

Deuxièmement, l'aggravation de la situation socio-économique provoquée par la pandémie et des mesures qui ont été déployées pour la contenir s'est superposée au cercle vicieux dont nous avons parlé plus haut en creusant ainsi davantage les inégalités sociales en santé mentale. Des études menées dans d'autres pays le confirment. Par exemple, une étude menée en Angleterre a montré que, durant le *lockdown*, « les enfants de 5 à 16 ans avec des problèmes d'ordre psychologique présentaient un risque deux fois plus grand de vivre dans une famille qui a des difficultés de payer les factures, le loyer ou crédit hypothécaire par rapport aux enfants dont les familles n'éprouvaient pas de difficultés de payer leur facture » (Newlove-Delgado, et al., 2021, nous traduisons).

3. Analyse des données MC : objectifs, méthode et limites de l'étude

3.1. Objectifs

Le but de notre étude est d'objectiver l'impact de la pandémie de COVID-19 sur l'utilisation des soins de santé mentale pour enfants et adolescents en Belgique. Nous voulons établir, d'abord, si des changements se sont opérés dans l'utilisation des consultations psychologiques et psychiatriques, le recours aux séjours hospitaliers et aux soins psychiatriques urgents, et les prescriptions de médicaments depuis le début de la pandémie. Nous voulons ainsi voir dans quelle mesure les statistiques sur l'usage de ces types de soins pourraient confirmer les signaux d'alarme envoyés par les travailleurs du secteur de la santé mentale. Nous voulons ensuite comprendre si les inégalités sociales ont le même type d'impact sur la santé mentale des enfants et adolescents que sur la santé des adultes. Est-ce que les jeunes issus de milieux socialement défavorisés sont plus à risque d'avoir recours aux soins de santé mentale ? Existe-t-il des différences dans les types de soins qu'ils utilisent le plus ? Enfin, nous voulons analyser les évolutions dans l'utilisation des soins de santé mentale pour enfants et adolescents qui ont eu lieu depuis le début de la pandémie à la lumière des inégalités sociales.

3.2. Méthode

Notre analyse porte sur les données de facturation des soins de santé remboursés pour les membres de la MC. Nous avons

regroupé les membres de la MC en quatre groupes d'âge : de 0 à 5 ans, de 6 à 11 ans, de 12 à 14 ans et de 15 à 17 ans. Dans cet article, lorsque nous parlons des membres de la MC, nous faisons référence aux membres de la MC de moins de 18 ans, à moins que nous ne mentionnions explicitement qu'il s'agit de l'ensemble des membres de la MC. Tous les chiffres, tableaux et figures présentés dans la suite de cet article proviennent ainsi des données de la MC et concernent les membres entre 0 et 17 ans.

Les membres de la MC représentent à ce jour environ 40% de la population belge (et précisément 36,4% de la tranche 0-17 ans). Or, la répartition socio-démographique des membres de la MC n'est pas identique à 100% à celle de la population belge. Les BIM sont ainsi sous-représentés parmi les membres de la MC de moins de 18 ans par rapport à l'ensemble de la population belge de la même tranche d'âge (en 2020, on compte 15% de BIM parmi les membres de la MC pour 21% dans la population belge de moins de 18 ans). C'est pour cette raison qu'une extrapolation éventuelle de nos chiffres à la population belge pourrait varier légèrement de la réalité et constituerait donc une (sous)estimation.

Afin de dégager les évolutions dans l'utilisation des soins de santé mentale par les enfants en Belgique, nous nous sommes penchés sur les données de facturation des membres de la MC dans trois secteurs : celui du suivi psychiatrique et psychologique ambulatoire, celui des hospitalisations et des soins psychiatriques urgents et celui des médicaments.

3.3. Secteur du suivi psychiatrique et psychologique ambulatoire

Nous avons retenu l'ensemble des prestations en ambulatoire liées aux soins de santé mentale qui sont remboursées par l'assurance obligatoire soins de santé. Si les médecins généralistes peuvent également assurer un suivi en santé mentale, les données de facturation ne permettent toutefois pas de l'identifier (la raison à l'origine d'une consultation / visite d'un généraliste n'est pas mentionnée sur l'attestation de soins remboursée par l'organisme assureur). C'est pourquoi l'activité des médecins généralistes n'entre pas dans le champ de notre analyse. Ainsi, avant l'introduction du remboursement de prestations de soins psychologiques dans le cadre de la réforme « psychologie de première ligne » en 2020, les prestations ambulatoires retenues concernent principalement les interventions du médecin spécialiste en psychiatrie, à savoir :

- les consultations au cabinet du neuropsychiatre et du psychiatre (catégorie 1 dans le texte ci-dessous) ;
- les séances d'un traitement psychothérapeutique au cabinet du psychiatre (catégorie 2) ;
- la psychiatrie infanto-juvénile (catégorie 3).

Dans cette dernière catégorie sont compris les traitements psychothérapeutiques des enfants ou adolescents de moins

de 18 ans par le médecin spécialiste en psychiatrie, par une thérapie de médiation. Ces prestations doivent toujours être prestées en présence d'un ou de plusieurs adultes, qui assure(nt) l'éducation et l'encadrement quotidien de l'enfant concerné (ce dernier peut ou non être présent). Pour le traitement psychothérapeutique de l'enfant seul, les prestations sont reprises dans la catégorie 2. La catégorie 3 comprend également les évaluations psychiatriques⁷, les concertations pluridisciplinaires (en présence ou non du patient et du ou des adulte(s) qui assure(nt) l'éducation) et les concertations entre le psychiatre et le psychologue ou orthopédagogue au sujet du traitement ambulatoire du patient (sans sa présence)⁸. Suite aux mesures de confinement prises dans le cadre de la pandémie de COVID-19, les psychiatres peuvent désormais réaliser ces prestations par visio-conférence.

A partir du 1er avril 2020, le champ de la réforme de psychologie de première ligne s'est étendu aux moins de 18 ans. Dans le cadre de cette réforme, le remboursement des consultations avec des psychologues ou des orthopédagogues est permis sur prescription du médecin généraliste pour des problèmes dépressifs, externalisés, sociaux ou anxieux, à raison de huit consultations par an. Ces prestations sont également reprises dans l'analyse.

3.4. Secteur des hospitalisations dans les hôpitaux psychiatriques (HP) et les services psychiatriques des hôpitaux généraux (SPHG)⁹ et celui de l'aide psychiatrique urgente dispensée en milieu hospitalier

Afin d'analyser l'évolution des hospitalisations psychiatriques, nous avons observé les séjours en hôpital psychiatrique (HP) ainsi que les séjours dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux (SPHG). Il existe deux types de services psychiatriques dans les hôpitaux généraux. Les services infantiles sont destinés aux patients de moins de 18 ans, mais peuvent également accueillir des patients ayant jusqu'à 23 ans pour permettre la transition avec les services pour adultes. Ces patients constituent un groupe spécifique et nécessiteraient une analyse plus approfondie que nous n'allons pas entreprendre dans le cadre de cette étude. Les services pour adultes, quant à eux, acceptent les patients mineurs à partir de 15 ans. Il existe également plusieurs types de places/lits disponibles : les lits pour hospitalisation résidentielle (ap-

pelés lits K lorsqu'il s'agit de services pédiatriques), les places pour hospitalisation de jour (k1) et les lits pour hospitalisation de nuit (k2). Ces différents types de séjour sont tous repris dans notre analyse.

L'analyse classique de l'évolution des hospitalisations consiste à observer les nouvelles admissions et la durée des séjours hospitaliers. Celle-ci ne permet toutefois pas d'évaluer le nombre de places occupées dans ces services, alors que ce nombre de places est bien connu et limité. Nous proposons ici en addition une analyse de l'occupation des lits/places disponibles dans les HP et les SPHG. Pour calculer cette statistique, nous avons calculé le nombre de membres de la MC enregistrés chaque jour de l'année (entre leur date d'admission et de sortie) et effectué des moyennes par mois et ensuite par an.

En ce qui concerne l'évolution de l'utilisation des soins psychiatriques urgents, nous nous sommes basés sur la facturation des honoraires pour l'examen, dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, effectué par un médecin spécialiste en (neuro)psychiatrie appelé par le médecin qui y assure la permanence. Nous avons également examiné les interventions psychiatriques urgentes par des médecins spécialistes en psychiatrie pour les patients âgés de moins de 18 ans (en sachant que ces dernières doivent être demandées par un médecin traitant et ont lieu un samedi, un dimanche, un jour férié ou après 21 heures et n'ont n'a pas lieu le jour d'une admission hospitalière). Il s'agit donc d'une image partielle des soins de santé mentale urgents, puisque dans de nombreux cas, bien que l'urgence soit de nature psychiatrique, elle n'est pas enregistrée en tant que telle (par exemple lorsqu'une hospitalisation psychiatrique est directement envisagée après un contact avec le médecin traitant).

3.5. Secteur des médicaments prescrits pour les troubles de santé mentale

Dans le cadre de cette étude, nous avons analysé les données liées aux prescriptions des médicaments pour les troubles de santé mentale remboursables par l'assurance obligatoire soins de santé. Nous nous sommes penchés sur deux groupes de médicaments du deuxième niveau selon le système de classification anatomique, thérapeutique et chimique (*Ana-*

7. L'évaluation psychiatrique approfondie suppose, par séance, au moins un contact personnel d'au moins 60 minutes avec l'enfant ou l'adolescent et/ou le(s) responsable(s) de son éducation et de l'encadrement quotidien. Elle peut aussi être utilisée pour les contacts éventuels pour l'hétéro-anamnèse de tiers et pour la délivrance d'instructions aux tiers (médecin généraliste, institutions scolaires, centre d'accueil) et pour la supervision et l'interprétation commune des tests psychologiques nécessaires. L'évaluation psychiatrique approfondie couvre, outre l'examen approfondi de l'enfant ou de l'adolescent de moins de 18 ans, l'établissement d'un plan de traitement détaillé, un ou plusieurs entretiens d'avis avec l'(les) adulte(s) responsable(s) de l'éducation et de l'encadrement quotidien et l'initiation du traitement (INAMI, 2018).
8. Avant la concertation, le psychiatre a précisé le rôle du psychologue ou de l'orthopédagogue dans un plan de traitement établi au cours d'une évaluation psychiatrique approfondie, d'une thérapie de médiation ou d'une hospitalisation dans un service de neuropsychiatrie infantile (service K).
9. Autant les hospitalisations résidentielles que les hospitalisations de jour ou de nuit sont reprises dans l'analyse.

tomical Therapeutic Chemical (ATC) Classification System)¹⁰ : médicaments psychoanaleptiques (N06) et psycholeptiques (N05). Parmi ces données, on s'est intéressé en particulier au nombre de membres de la MC à qui ces médicaments sont prescrits ainsi qu'aux volumes de prescription mesurés en doses journalières définies (DDD – *defined daily dose*), c'est-à-dire la quantité moyenne d'un médicament nécessaire quotidiennement pour traiter un patient adulte, pour l'indication principale de ce médicament (déterminée par l'OMS).

3.6. Inégalités sociales en santé mentale

Deux proxys ont été utilisés pour prendre en compte les inégalités sociales et leur influence sur la santé mentale :

- le statut « bénéficiaire de l'intervention majorée » (BIM) qui permet d'identifier les personnes qui disposent d'un faible niveau de revenu ;
- les données fiscales sur les secteurs statistiques où résident les affiliés des organismes assureurs, en réutilisant la méthodologie de l'étude de l'AIM citée au point 2.4. (Avalosse, et al., 2019). Les données fiscales de 2018 (c'est-à-dire les données fiscales les plus récentes disponibles) permettent ainsi d'identifier le niveau de revenu médian des secteurs de résidence et de créer cinq classes. Les secteurs « inférieurs », « bas », « moyens », « hauts » et « supérieurs » correspondent donc au niveau de richesse des lieux de résidence des membres.

3.7. Limites de l'étude

Notre choix s'est porté sur les données d'utilisation des soins ambulatoires et hospitaliers psychiatriques et des médicaments car il s'agit en réalité des principales données disponibles (complètes et fiables) en la possession des mutualités. Ainsi, tous les soins qui ne sont pas remboursés par l'assurance obligatoire soins de santé ne sont pas repris dans nos données, ne nous permettant pas d'avoir un aperçu de l'utilisation de certains médicaments (somnifères et calmants par exemple) et soins, tels que ceux prodigués par les psychologues en cabinet privé par exemple.

Nos données ne comprennent pas non plus d'informations quant à certains centres de soins tels que les Services de santé mentale (SSM) et les Centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG) qui dépendent des entités fédérées¹¹ et sont

financés par ces dernières. Or, les SSM/CGG aident au total 70.000 nouvelles personnes chaque année (Mistiaen, Cornelis, Detollenaere, Devriese, & Ricour, 2019) et sont des acteurs importants de la santé mentale. Ils sont constitués d'équipes multidisciplinaires (psychiatres, psychologues et travailleurs sociaux) qui offrent des soins ambulatoires spécialisés, à savoir le dépistage, la détection précoce et le traitement de problèmes de santé mentale (Mommerency, et al., 2011). Des soins de santé mentale sont également dispensés en première ligne par les médecins généralistes, l'Office de la naissance et de l'enfance (ONE), Kind en Gezin ainsi que par les centres psycho-médicosociaux (CPMS) / Centra voor leerlingen begeleiding (CLB) et les maisons médicales. Il n'est pourtant pas possible de mesurer les interventions liées à la santé mentale de ces organisations et prestataires car elles sont associées à leur pratique plus générale. D'autres initiatives existent également, dont nous ne pouvons pas quantifier l'utilisation, telles que TeJo en Flandre, association qui vise à combler la pénurie de spécialistes offrant aux jeunes une aide accessible et professionnelle (aide gratuite). En 2019, les professionnels bénévoles de TeJo ont accompagné 2.528 jeunes de moins de 20 ans en Flandre (TeJo, 2019).

Calculer l'utilisation des soins remboursés signifie mesurer l'utilisation d'une partie de l'offre, mais ne nous permet ni d'évaluer la demande telle qu'elle est exprimée par le patient ni ses besoins réels. En effet, d'un côté, nous ne disposons pas d'indicateurs quantitatifs sur les files d'attente qui pourraient préciser le niveau de la demande exprimée. De l'autre côté, le besoin réel peut être supérieur à la demande exprimée, notamment en raison de la stigmatisation entourant encore aujourd'hui la santé mentale ou de l'inaccessibilité financière de certains services qui peuvent freiner les patients et leurs familles à s'orienter vers de l'aide. Une partie des besoins risque également de ne pas être ressentis par les personnes elles-mêmes en raison du déni par exemple.

4. Suivi psychologique et psychiatrique ambulatoire

4.1. Évolution de l'offre et de l'utilisation des soins ambulatoires prestés par le psychiatre durant les dix dernières années

Afin d'analyser l'utilisation des soins de santé mentale ambulatoires, nous avons pris en compte le pourcentage de patients bénéficiant de ces soins parmi les membres de la MC de moins

10. La classification ATC catégorise les médicaments selon cinq niveaux : le premier niveau ou ATC1 classe les médicaments selon l'organe sur lequel ils agissent, le deuxième niveau ou ATC2 classe les médicaments selon les propriétés thérapeutiques principales, le troisième et quatrième niveau ou ATC3 et ATC4 correspondent à des sous-groupes chimiques, pharmacologiques ou thérapeutiques, et au cinquième niveau ou ATC5 les médicaments sont classés selon une substance chimique particulière.

11. On compte 65 SSM en Wallonie, 20 en Flandre, 27 à Bruxelles (5 pour la COCOF, 22 pour la COCOM) et un centre en Communauté germanophone.

de 18 ans. Cela permet de vérifier que les tendances ainsi dégagées ne sont pas liées à des changements du nombre de membres de la MC qui peut varier d'une année à l'autre.

Lorsqu'on analyse l'ensemble des prestations qui peuvent être assimilées à un suivi ambulatoire par un psychiatre entre 2010 et 2020, on observe une série de variations importantes (voir Figure 1). Cette figure permet d'observer l'évolution dans le temps de deux données reprises sur les deux axes verticaux : l'axe de gauche présente la proportion de membres de la MC bénéficiant d'un suivi ambulatoire et l'axe de droite le nombre moyen de prestations par patient et par an. Lorsqu'on observe ce graphique, tout d'abord, on voit que la proportion de membres de la MC à bénéficier de ce type de soins diminue de 2010 à 2013, pour augmenter ensuite de façon continue à partir de 2015. En outre, on observe que le nombre moyen de prestations par patient augmente tout au cours de la période, passant de 3 prestations par an en 2010 à 3,5 en 2019 – la médiane restant toutefois stable avec 2 prestations par patient et par an.

La fluctuation qu'on observe à la figure 1 entre 2010 et 2015 est davantage imputable aux changements dans l'offre de soins de santé mentale qu'à l'évolution de la demande. Ainsi, suite à la réforme des soins de santé mentale intervenue dès 2015 et l'introduction de nouvelles prestations de psychiatrie infanto-juvénile dès 2013 (notamment celles qui concernent les concertations entre les médecins), on constate une augmentation importante des volumes dans cette catégorie (constante entre 2010 et 2019) avec davantage d'évaluations,

de thérapies de médiation et de concertations pluridisciplinaires. En contrepartie, on voit une diminution constante des prestations effectuées uniquement au cabinet du psychiatre (consultations et séances d'un traitement psychothérapeutique). Cette fluctuation est donc due à la réforme de l'organisation des soins de santé mentale, avec des soins davantage globaux et intégrés, qui portent une attention à la bonne collaboration entre les différents acteurs et l'entourage des enfants et des adolescents (SPF Santé publique, 2015).

En 2020, comme le montre la figure 1, on observe toutefois une diminution de la proportion de patients ayant accès à un suivi ambulatoire psychiatrique.

4.2. Évolution de l'utilisation des soins ambulatoires en période de COVID-19

La figure 2 présente l'évolution du pourcentage de membres de la MC qui bénéficient d'un suivi avec un psychiatre en ambulatoire entre 2018 et 2021, et ce par trimestre. Dès le premier trimestre de 2020, période correspondant au début de la pandémie de COVID (mi-mars 2020), on observe une diminution du pourcentage de patients bénéficiant de soins par rapport à une projection réalisée dans le cas où l'évolution serait restée similaire à celle de la période 2010-2019.

On remarque ensuite un grand écart entre cette projection et le pourcentage de patients ayant accès aux soins au deuxième trimestre de 2020, qui correspond à la période de la première

Figure 1 : Évolution du pourcentage de membres de la MC bénéficiant d'un suivi ambulatoire (neuro)psychiatrique et du nombre de prestations moyen par patient entre 2010 et 2020 (0-17 ans)

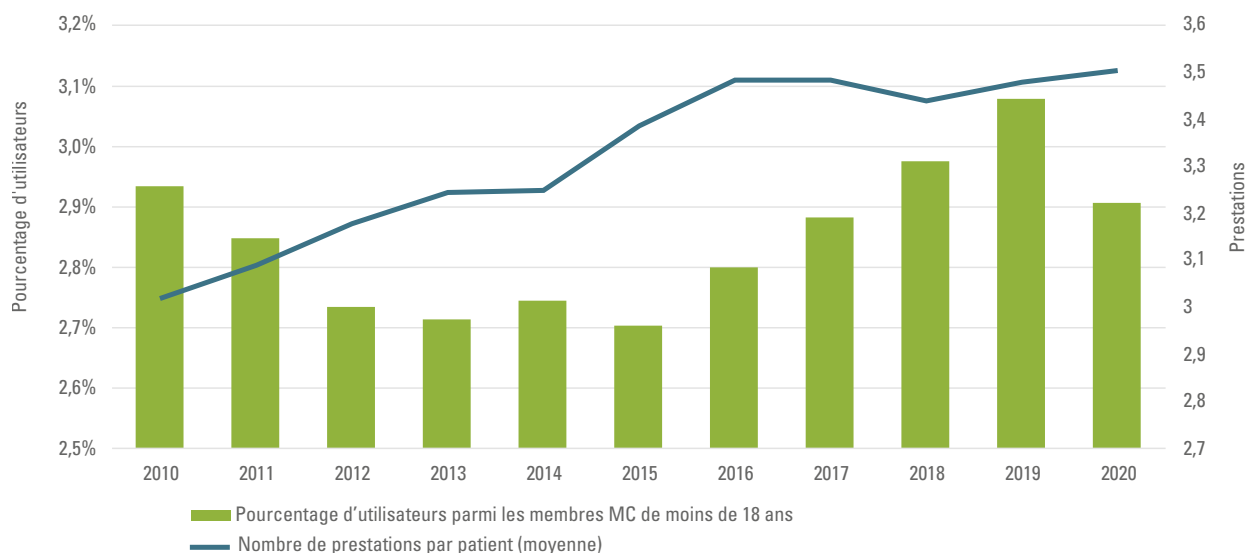
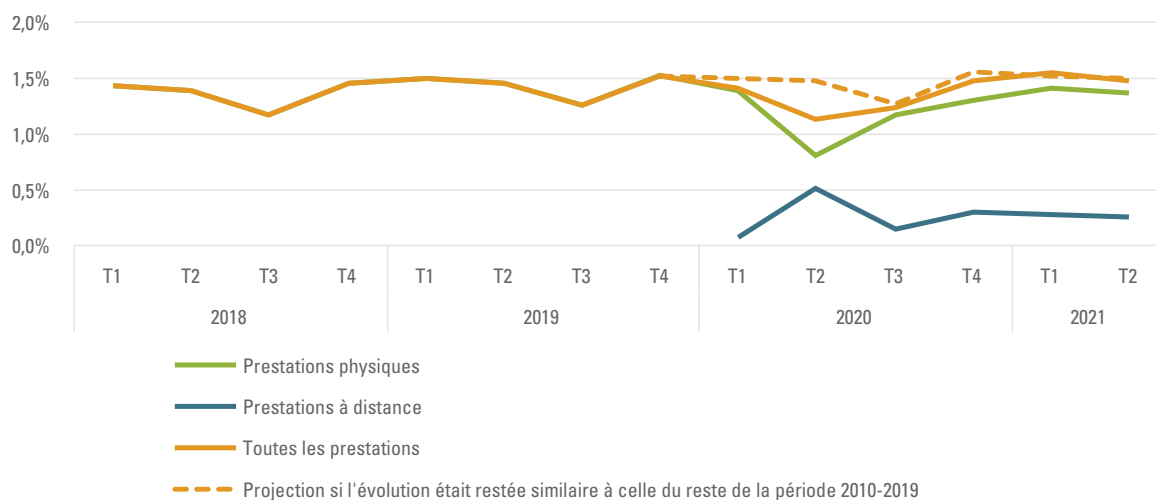


Figure 2 : Évolution du pourcentage de membres de la MC bénéficiant d'un suivi ambulatoire de 2018 à 2021, par trimestre (0-17 ans)



vague de la crise sanitaire en Belgique, où des mesures de confinement strictes ont été prises par les autorités. L'interdiction des déplacements jugés non essentiels, la peur des personnes elles-mêmes de se déplacer (en particulier lorsque les consultations ont lieu dans des hôpitaux), la décision de reporter les soins « non urgents » peuvent être autant de facteurs qui pourraient expliquer la chute drastique du nombre de patients bénéficiant de consultations physiques chez le psychiatre. Ces hypothèses doivent toutefois être explorées davantage.

Bien que les autorités aient réagi rapidement et permis le remboursement des téléconsultations dans l'assurance obligatoire pour palier l'impossibilité de se rendre chez le psychiatre, permettant ainsi à 4.248 patients, soit 0,5% des membres de la MC de moins de 18 ans, d'avoir accès à un suivi à distance au deuxième trimestre de 2020, cela ne permet pas de combler l'écart avec la projection, ainsi qu'on peut le voir à la figure 2. Potentiellement, près de 3.000 patients n'ont pas eu accès aux soins pendant cette période.

En revanche, à partir du troisième trimestre de 2020, le pourcentage de patients ayant accès aux soins rejoint la projection (période de vacances scolaires et accalmie de la pandémie) et ce même au quatrième trimestre de 2020 où de nouvelles mesures concernant la pandémie ont été prises. Au premier trimestre de 2021, le pourcentage de patients bénéficiant de soins dépasse légèrement la prédiction.

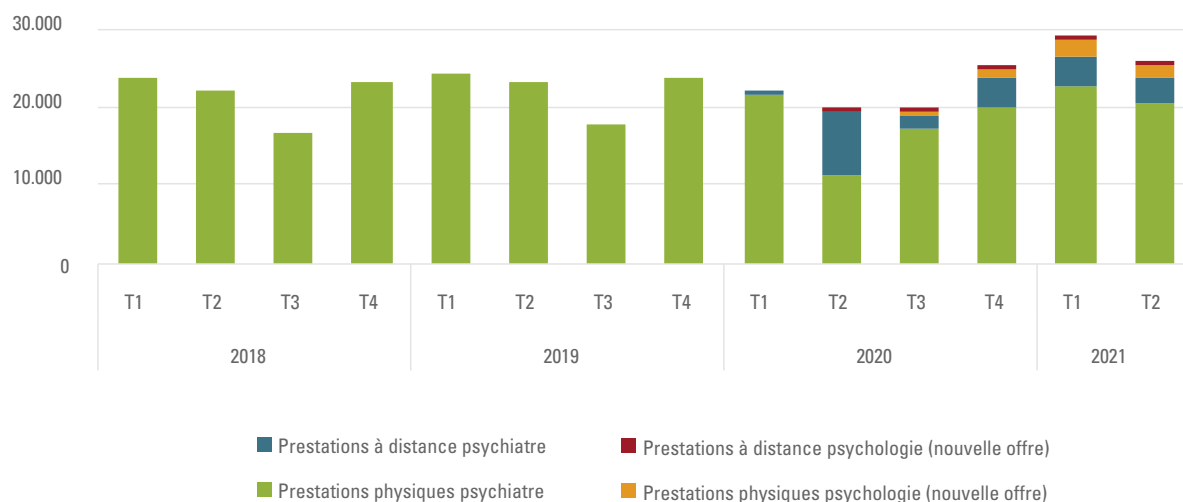
Malgré les interpellations alarmantes des nombreux services de santé mentale concernant les besoins en santé mentale

accrus des enfants et des adolescents, ces chiffres ne permettent toutefois pas de confirmer l'hypothèse d'une explosion de la demande suite à la dégradation importante de la santé mentale chez les jeunes. D'une part, s'il n'y a pas d'élargissement de l'offre ou s'il y a un manque de place et de personnel dans les services, cela peut expliquer pourquoi l'augmentation de la demande ne se reflète pas dans les données. D'autre part, le fait que le confinement ait réduit de façon substantielle l'accessibilité des soins de santé mentale constitue une limite importante à l'interprétation des données d'utilisation par rapport à l'évolution de la demande.

Simultanément à la crise de COVID-19, en avril 2020, l'application de la réforme de la psychologie de première ligne s'est étendue aux moins de 18 ans, avec l'ouverture de la possibilité d'obtenir, sous une série de conditions, le remboursement de consultations psychologiques. Toutefois, peu de prestations sont actuellement enregistrées pour les moins de 18 ans, avec 466 patients pour 1.888 (télé)consultations en 2020 et 1.009 patients pour 4.328 (télé)consultations au cours du premier semestre de l'année 2021.

De manière générale, l'introduction de nouvelles consultations à but thérapeutique et la possibilité de télé-consulter, autant pour les consultations psychologiques que psychiatriques, ne permettent pas d'atteindre le niveau des années précédentes, avec un écart particulièrement marqué au deuxième trimestre (voir Figure 3). Si l'augmentation de l'utilisation des soins de santé mentale en ambulatoire était restée la même que celle de la période 2010-2019, on aurait dû observer une augmenta-

Figure 3 : Évolution du volume de prestations remboursées dans le cadre d'un suivi ambulatoire entre 2018 et 2021, par trimestre (membres de la MC 0-17 ans)¹²



tion du volume de prestations de 1,6% au premier trimestre de 2020 par rapport au même trimestre de l'année précédente, or on observe une diminution de 8,7%. La constatation est la même pour le deuxième trimestre de 2020 : on observe une diminution de 16,6% à la place d'une augmentation de 2,1%. Il faut toutefois tenir du compte du fait qu'il s'agit de nouvelles prestations, qui nécessitent un certain temps de « mise en route ». Lorsque des réformes sont mises en œuvre, cela demande du temps pour que l'offre soit connue du grand public et que des prestataires soient disposés à offrir ces services. En matière de téléconsultations, un certain ajustement est également nécessaire du côté des prestataires, qui peut ne pas être immédiat de la part de tous.

En revanche, dès le « déconfinement » à l'été 2020 et grâce à l'introduction des nouvelles prestations de santé mentale, on observe une augmentation du volume de prestations ambulatoires de santé mentale de 8,7% au troisième trimestre de 2020, de 5,8% au quatrième et de même au premier trimestre de 2021 avec une augmentation totale de 17,9%. Au total, 13.463 patients ont accès à ce type de soins au premier trimestre de 2021, soit une augmentation de 8,7% par rapport à 2019. On remarque donc que lorsque l'offre des soins en santé mentale remboursés s'élargit, nous enregistrons davantage de patients à bénéficier d'un suivi ambulatoire dans nos données.

5. Hospitalisations et soins urgents

5.1. Hospitalisations psychiatriques

Selon les chiffres du SPF Santé publique, le nombre de séjours dans les services psychiatriques pour enfants et adolescents a fortement augmenté ces dernières années, aussi bien dans les hôpitaux généraux que dans les hôpitaux psychiatriques (SPF Santé Publique, 2021). Nos chiffres nous mènent à la même constatation avec, entre 2010 et 2019, une augmentation des nouvelles admissions en hôpital psychiatrique (HP) de 20,9% et de 34,7% dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux (SPHG) (tant les hospitalisations résidentielles que les hospitalisations de jour ou de nuit sont reprises dans l'analyse). Sur cette même période, on observe une fluctuation de la durée des séjours avec une diminution de la durée médiane en HP et une augmentation de la durée médiane en SPHG infantile. Toutefois, il n'y a pas d'évolution marquante entre 2019 et 2020 : la durée médiane du séjour en HP passe de 40 à 41 jours d'hospitalisation par an et par patient et elle reste stable en SPHG infantile avec 53 jours. En ce qui concerne le nombre de nouvelles admissions, on observe une grande diminution au deuxième et au quatrième trimestre de 2020, suivie par une augmentation au premier trimestre de 2021. Toutefois, si ces chiffres nous

12. En matière de consultations, on observe une tendance claire entre 2010 et 2019 entre les différents trimestres : sur l'année, le nombre de patients est toujours plus faible au cours du troisième trimestre, qui correspond à la période des vacances d'été, et plus élevé au cours du quatrième trimestre, qui correspond au retour à l'école.

permettent d’observer une utilisation accrue, ils ne nous permettent pas de mesurer la disponibilité des services.

Pour cette étude, nous nous sommes penchés également sur le nombre moyen de membres de la MC de moins de 18 ans hospitalisés simultanément, ce qui correspond à l’occupation moyenne des lits/places sur l’année (voir Figure 4). On y perçoit une augmentation constante du nombre de lits/places occupés. Si on observe une légère diminution en 2020 qu’on peut attribuer à la crise COVID-19, on peut toutefois voir qu’en 2021, un record est atteint avec une moyenne de 249 (HP) et de 209 (SPHG) lits/places occupé(e)s par jour par des membres de la MC. Notons que les données pour l’année 2021 restent incomplètes et pourraient varier une fois l’année terminée et que toutes les informations concernant les hospitalisations seront reprises dans nos bases de données. Parallèlement, le nombre de lits/places disponibles dans les HP et les SPHG évolue également et passe de 961 en 2010 à 1.289 en 2020 (644 en Flandre, 391 en Wallonie, 254 à Bruxelles) (SPF Santé Publique, 2021).

Comment interpréter les données de la MC ? Au 1^{er} janvier 2020, le nombre de lits disponibles en hôpital psychiatrique (HP) en Belgique pour les moins de 18 ans est de 687 et de 602 dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux (SPHG) (SPF Santé Publique, 2021). Or, en 2020, on observe qu’en moyenne, 220 lits sont occupés par des membres de la MC dans les HP et 163 dans les SPHG. En sachant que nos membres de 0 à 17 ans représentent 36,4% des belges de la même tranche d’âge

(chiffres 2020), que les BIM sont sous-représentés parmi les membres de la MC par rapport à l’ensemble de la population belge dans cette tranche d’âge et que ces chiffres d’occupation sont des moyennes sur l’année, cela signifie qu’à un jour donné, le risque est très grand que les lits/places disponibles soient tou(te)s occupé(e)s et que des patients nécessitant une hospitalisation psychiatrique ne puissent pas être admis. Ainsi, en 2020, on atteint un maximum le 28 janvier avec 250 lits/places occupé(e)s en HP et le 26 novembre avec 204 lits/places occupé(e)s en SPHG par des membres de la MC.

Lorsqu’on observe de plus près l’occupation des lits/places dans les services de (neuro)psychiatrie infantile des hôpitaux généraux, on remarque une diminution importante pendant la période du confinement de mars à mai 2020 (voir Figure 5). À partir du troisième trimestre de 2020 et ce jusqu’au deuxième trimestre de 2021, l’occupation augmente de façon continue. Cette évolution rompt avec la tendance des années précédentes caractérisées par une diminution de l’occupation des lits/places au troisième trimestre. Cette période correspond aux vacances scolaires d’été et, de ce point de vue, les hospitalisations suivent l’année scolaire. Durant le troisième trimestre de 2020, une telle diminution n’est pas observée. Au contraire, on voit une augmentation qui pourrait être interprétée comme un rattrapage des soins n’ayant pas été prestés pendant la période du confinement du deuxième trimestre. L’augmentation très importante des lits/places occupé(e)s en 2021 pourrait également être symptomatique d’un besoin ac-

Figure 4 : Nombre moyen de membres de la MC hospitalisés simultanément entre 2010 et 2021 (0-17 ans)

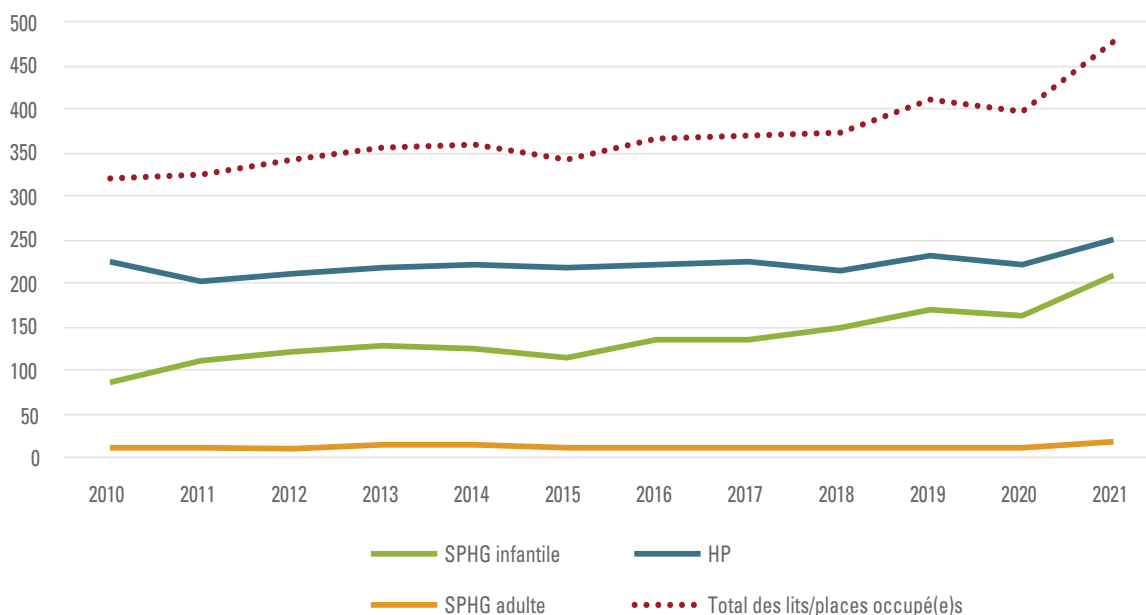
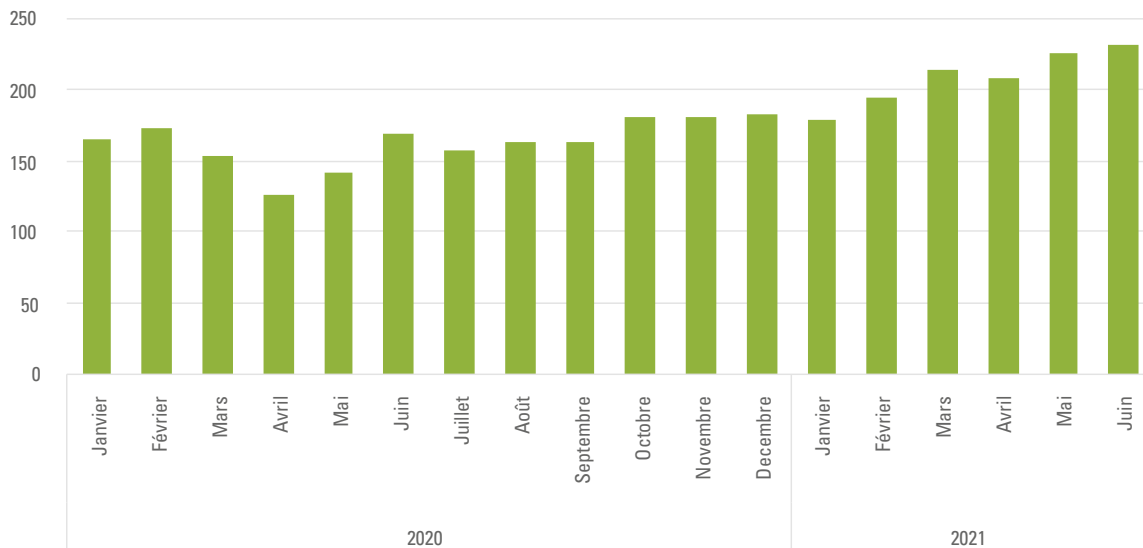


Figure 5 : Nombre moyen de membres de la MC hospitalisés simultanément en 2020 et en 2021 dans les SPHG infantiles (0-17 ans)



cru de soins. Cette augmentation est préoccupante et pourrait refléter les conséquences de la crise COVID-19 sur la santé mentale des enfants et des adolescents ainsi que la conséquence d'une diminution temporaire du suivi ambulatoire.

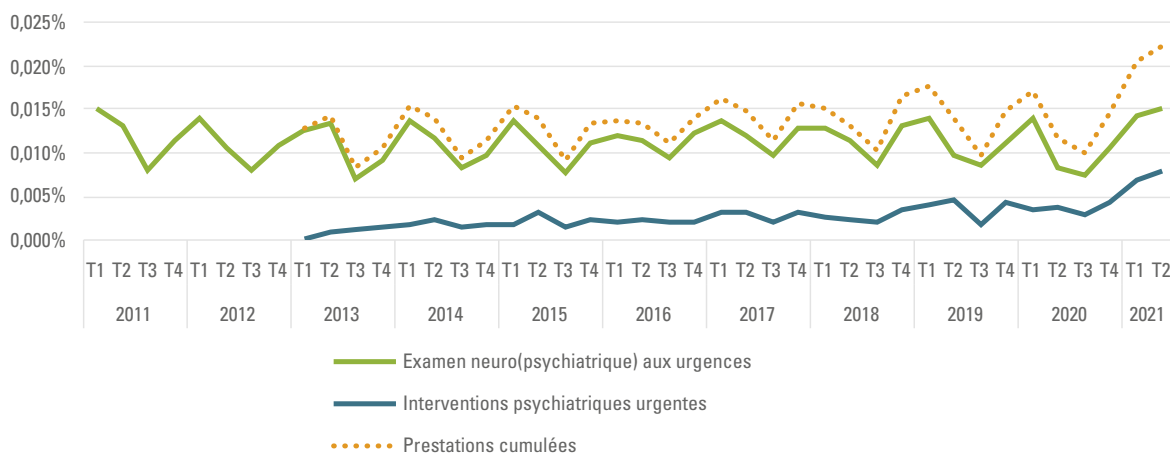
Cette diminution est particulièrement marquée au deuxième et au troisième trimestre (voir Figure 6). En revanche, au premier semestre de 2021, alors que les chiffres pourraient encore être incomplets, on observe d'ores et déjà une augmentation des admissions aux urgences, tant en nombre d'admissions qu'en nombre de patients, pour atteindre des chiffres qui n'avaient plus été aussi importants depuis 2011.

5.2. Soins psychiatriques urgents

Parmi les membres de la MC, on observe, en 2020, une diminution du nombre de patients admis aux urgences avec examen (neuro)psychiatrique, avec 316 patients admis aux urgences avec examen (neuro)psychiatrique sur l'ensemble de l'année.

En outre, les interventions psychiatriques urgentes par des médecins spécialistes en psychiatrie ont été introduites dans la nomenclature en 2013. Lorsqu'on les ajoute aux admissions aux urgences, on observe que l'augmentation totale du recours aux

Figure 6 : Évolution du pourcentage de membres de la MC à bénéficier de soins psychiatriques urgents entre 2011 et 2021, par trimestre (0-17 ans)



soins psychiatriques urgents est très importante en 2021 (voir Figure 6), tout comme nous l'avons vu pour les hospitalisations.

6. Prescription des médicaments pour les troubles de santé mentale

En ce qui concerne la prescription globale des médicaments pour les troubles de santé mentale en 2020, nous constatons en premier lieu une diminution prévisible du nombre de patients qui reçoivent les prescriptions durant la première moitié de l'année 2020. Les chiffres atteignent le niveau très bas durant le deuxième trimestre de l'année et ensuite augmentent significativement en hiver sans néanmoins atteindre le niveau des années précédentes. Au cours de l'année 2020, nous observons également d'abord une baisse et ensuite une augmentation du volume total des médicaments prescrits, c'est-à-dire du volume total des doses définies journalières (DDD). Or, cette évolution ne suit pas tout à fait la diminution de la quantité de patients à qui ces médicaments sont prescrits. Au contraire le volume total des doses prescrites en 2020 reste comparable aux années passées avec une légère hausse durant le quatrième trimestre. Ce décalage entre la quantité de patients et le volume de médicaments qui leur a été prescrits a pour conséquence une augmentation du volume moyen de médicaments

prescrits par patient : le nombre de patients décroît, mais le volume de prescriptions augmente. Ainsi à la figure 7 on peut voir que, en 2020, le volume moyen par patient augmente de 17,3% par rapport à l'année 2019, malgré la diminution du pourcentage de membres de la MC à qui les médicaments pour les troubles de santé mentale ont été prescrits (% d'utilisateurs).

À quoi correspond dans la pratique l'augmentation du volume moyen quand le nombre de patients diminue ou reste stable ? Cela peut signifier que les médicaments sont prescrits pour une période plus longue et/ou que la dose prescrite est augmentée. Pour les patients déjà suivis, cela peut refléter l'aggravation de la situation, et, pour les nouveaux patients, des tableaux cliniques plus sévères au moment de la prescription que par le passé. Il est vrai que l'on peut observer une tendance annuelle à la hausse : la moyenne annuelle de 2019 est de 6% supérieure à celle de 2018. Néanmoins l'augmentation en 2020 dépasse largement ces chiffres. Cela laisse supposer un impact important de la pandémie sur le recours accru à la prescription médicamenteuse.

Penchons-nous sur les données plus détaillées pour l'année 2020. Parmi les médicaments prescrits pour les jeunes patients, nous allons nous concentrer sur :

- les médicaments psychoanaleptiques (notamment les psychostimulants et les antidépresseurs) : en volume de DDD,

Figure 7 : Évolution sur les dix dernières années des prescriptions des médicaments pour les troubles mentaux (officine publique et hospitalière ; membres de la MC 0-17 ans)



ce sont les médicaments le plus prescrits en Belgique (en 2020, ils constituent 80% du volume total des médicaments prescrits aux jeunes moins de 17 ans) ;

- les médicaments psycholeptiques (les antipsychotiques, les médicaments hypnotiques et sédatifs et les anxiolytiques) : avant 2020, en moyenne 35% des utilisateurs des médicaments pour les troubles de santé mentale sont des personnes à qui on a prescrit ce type de médicaments.

En ce qui concerne les *médicaments psychoanaleptiques*, en 2020, nous pouvons observer une légère augmentation du volume moyen de DDD par patient, surtout pour les antidépresseurs. Or, une augmentation similaire peut être constatée pour les années précédentes. Comme le note par ailleurs le KCE, « on observe une augmentation de la prescription d'antidépresseurs partout en Europe, mais les chiffres belges sont généralement plus élevés que la moyenne des autres pays européens sans que les causes de cette situation soient très claires » (Devos, et al., 2019, p. 71).

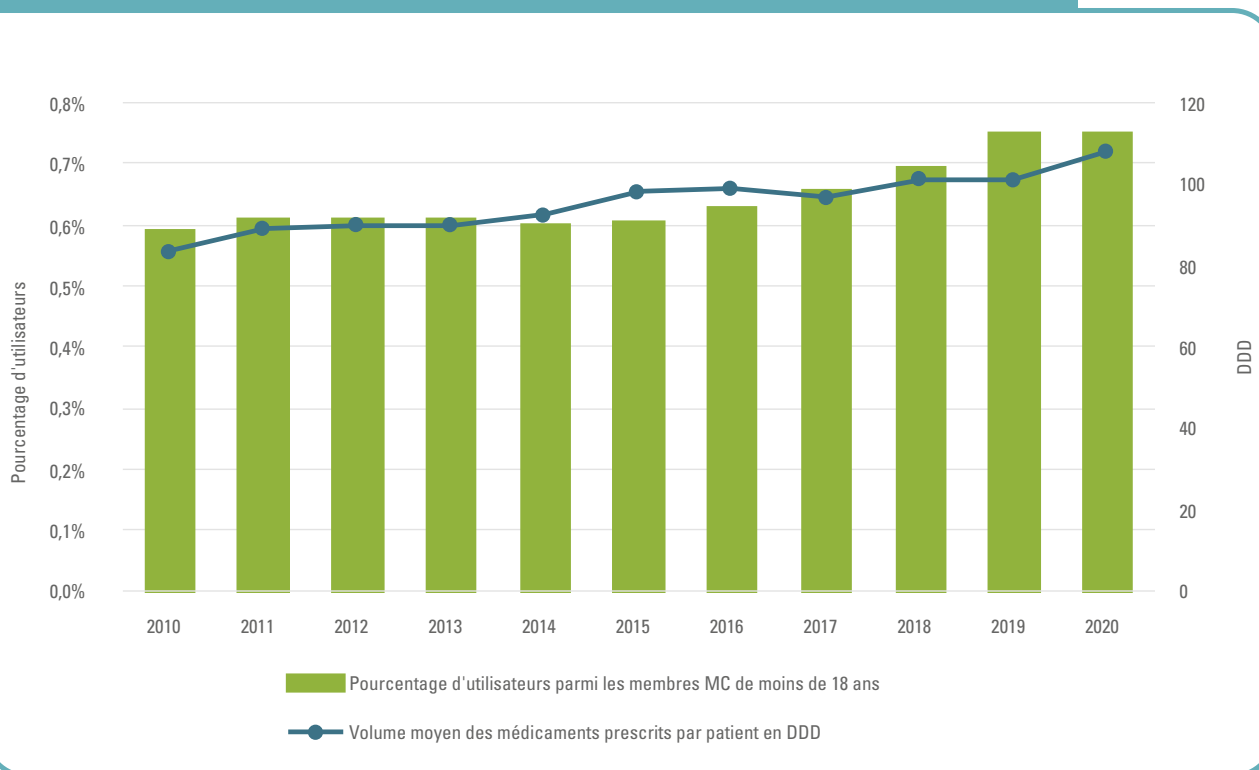
Ce sont les *médicaments psycholeptiques* qui sont prescrits plus en 2020 que durant les années précédentes par rapport aux autres médicaments. En 2020, le volume moyen de prescriptions par patient augmente de 37% par rapport à l'année 2019 : tandis que le nombre de patients diminue de 23% par

rapport à l'année précédente, le volume global des prescriptions augmente de 6%.

a) Parmi les médicaments psycholeptiques, ce sont en premier lieu *les médicaments hypnotiques et sédatifs* qui sont concernés. On constate une diminution drastique de 33% de nombre de patients à qui ce type de médicament est prescrit en 2020 par rapport à 2019, tandis que le volume moyen des médicaments prescrits par patient au contraire augmente de presque 7%. Selon nos données, ce type de médicaments est délivré par des pharmacies hospitalières aux hospitalisés et aux patients en ambulatoires. Probablement, ces chiffres reflètent la diminution significative des hospitalisations durant l'année 2020. Soulignons que nous ne parlons pas ici des urgences où la situation restait comparable aux années précédentes jusqu'au dernier trimestre de l'année 2020 quand le volume moyen des médicaments hypnotiques et sédatifs prescrits par patient a significativement augmenté.

b) Il nous semble particulièrement important de souligner l'évolution dans la prescription pour l'autre groupe des médicaments psycholeptiques - les *médicaments antipsychotiques*. En principe, ce type de médicaments est prescrit dans le cas des problèmes psychologiques graves comme la schizophrénie, les troubles bipolaires, le syndrome autistique et les troubles envahissants du développement, ainsi que le syndrome de Gilles de la Tourette et les tics moteurs chro-

Figure 8 : Évolution sur les dix dernières années des prescriptions d'antipsychotiques (officine publique et hospitalière ; membres de la MC 0-17 ans)



niques. Les données MC montrent que tandis que le nombre de patients ne change presque pas en 2020, le volume moyen en DDD par patient augmente presque de 7% (voir Figure 8).

Toute évolution dans les prescriptions de médicaments antipsychotiques demande une attention particulière, surtout chez les enfants et adolescents. Ce sont des traitements médicamenteux lourds avec des effets secondaires importants, prescrits dans les cas graves (souvent chronicisant) et dont l'impact sur la santé et sur la vie des personnes en général ne doit pas être sous-estimé. C'est pourquoi l'augmentation du volume moyen des médicaments antipsychotiques prescrits par patient par rapport à l'année précédente est d'autant plus interpellante que, selon un rapport de l'INAMI basé sur les données de 2019, « la tendance à la hausse de la consommation de DDD [tout âge confondu] que l'on observe depuis un certain temps s'est aplatie depuis 2017 », et « la consommation d'antipsychotiques n'a pas changé de façon significative au cours des trois dernières années », le nombre de patients et le nombre de DDD restant stables (MORSE, p. 97-100).

L'augmentation du volume moyen des antipsychotiques par patient peut être constatée pour tous les groupes d'âge de 0 à 17 ans, mais c'est pour les enfants moins de 6 ans et les jeunes de 15 à 17 ans que le saut a été le plus grand en 2020. Ainsi nous pouvons observer que sur les dernières trois années le volume moyen a augmenté de presque 50% pour le premier groupe et 30% pour le deuxième.

En ce qui concerne le type de prescripteur, nous ne constatons pas de changements importants durant l'année 2020. De façon générale, 60% des prescripteurs des antipsychotiques en Belgique sont des médecins généralistes et 40% sont des spécialistes. En volume de médicaments prescrits (en DDD), les spécialistes prescrivent toutefois au total 1,5 fois plus de médicaments que les généralistes. Cela s'explique par le fait que les spécialistes suivent plusieurs patients, tandis qu'un médecin généraliste prescrit les antipsychotiques en moyenne à un patient par an. En 2020, ce sont avant tout les spécialistes en neurologie et en psychiatrie qui ont dû prescrire plus qu'avant. En ce qui concerne le lieu de délivrance, la plus grande partie des antipsychotiques est délivrée aux membres de la MC par les officines publiques.

7. Inégalités sociales et utilisation des soins de santé mentale

7.1. Classes de secteurs statistiques

Suivi ambulatoire

L'analyse de la relation entre l'utilisation de toutes les prestations ambulatoires impliquant un suivi par un psychiatre

et les données sur les secteurs statistiques pour l'année 2018 mettent en évidence un gradient social : plus le secteur statistique de résidence correspond à une zone où les revenus sont élevés, plus les chances de recourir aux soins sont grandes. Les enfants appartenant à la classe la plus élevée ont ainsi 12% de chances supplémentaires de recourir à ces soins ($= [102,1/91,6] - 1$) par rapport à ceux appartenant à la classe la plus basse (voir Figure 9). La différence s'observe surtout dans les secteurs statistiques où les revenus sont les plus faibles, ce qui indique que l'accès financier est un vrai problème dans les secteurs où les revenus déclarés sont inférieurs à la moyenne. Au-delà d'un certain niveau de revenu, il n'y a plus de différence d'utilisation.

Soulignons qu'il existe également un gradient social dans la prévalence des problèmes de santé mentale, mais qui est exactement inverse : plus la position socio-économique est faible, plus les indicateurs de santé tendent à se détériorer, comme nous l'avons vu au point 2.4. Si les personnes les plus démunies sont celles qui ont le plus besoin de ces soins, elles ont pourtant moins de chances de pouvoir y recourir. La loi inverse des soins qui décrit le manque d'équité du système de soins de santé est dès lors valable également pour les soins de santé mentale pour enfants et adolescents (50 years of the inverse care law, 2021).

Hospitalisations et soins urgents

Comme nous l'avons vu au point 2.4., une étude de l'AIM démontre l'existence d'un gradient social très accentué pour les hospitalisations psychiatriques pour l'ensemble de la population belge en 2016, avec un surrisque de 149% pour les individus appartenant à la classe la plus faible par rapport à ceux de la classe la plus élevée (Avalosse, et al., 2019). Nous avons réitéré l'exercice pour les membres de la MC de moins de 18 ans. Nous constatons que, pour les enfants faisant partie de la classe la plus pauvre, il existe un surrisque de 32% de subir une hospitalisation ($= [116,6/88,5] - 1$) et qu'en outre, ce type de risque est très dépendant des revenus de la population vu le caractère linéaire de la relation de l'indice par rapport à la classe de secteurs statistiques (voir Figure 10).

En revanche, pour les soins psychiatriques urgents, la fréquence de recours aux urgences hospitalières et aux interventions psychiatriques urgentes apparaît plutôt « égalitaire » (absence de gradient).

Prescription de médicaments pour les troubles de santé mentale

Enfin, nous nous sommes penchés sur la prescription des médicaments et en particulier des antidépresseurs et des antipsychotiques. Tandis que le calcul ne révèle pas l'existence en 2018 d'un gradient social pour la prescription d'antidépresseurs aux enfants de moins de 18 ans, nous constatons un impact important des inégalités sociales sur la prescription la prescription d'antipsychotiques.

Figure 9 : Risque relatif d'avoir recours aux soins ambulatoires psychiatriques par classe de secteurs statistiques (membres de la MC 0-17 ans, données 2018)

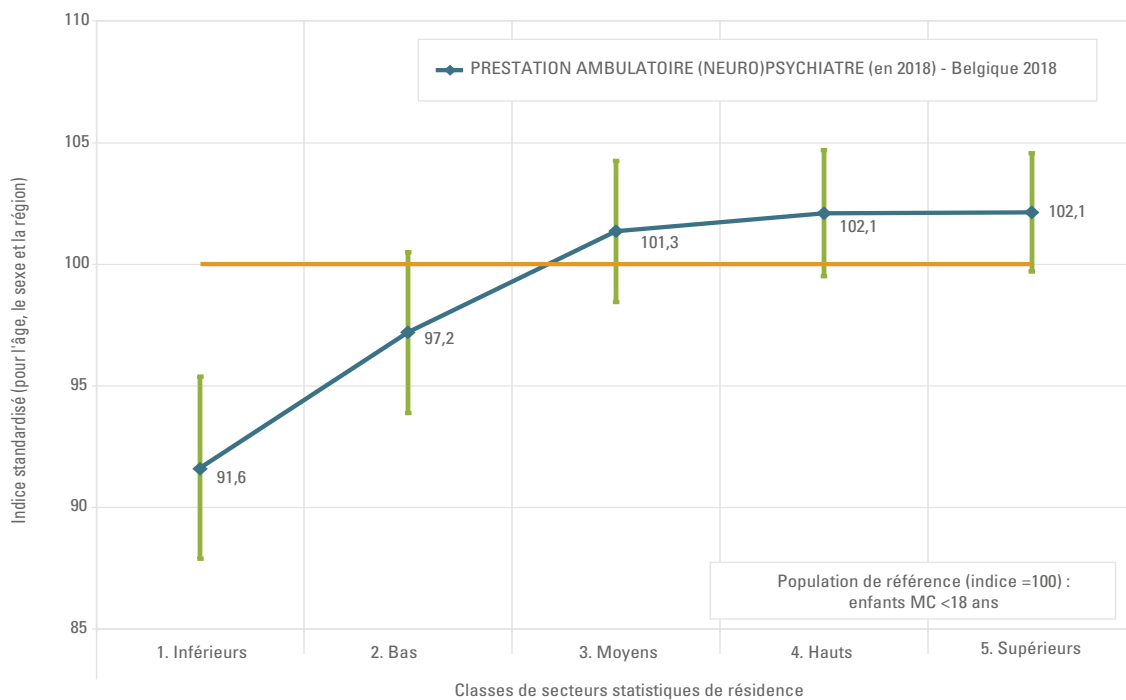
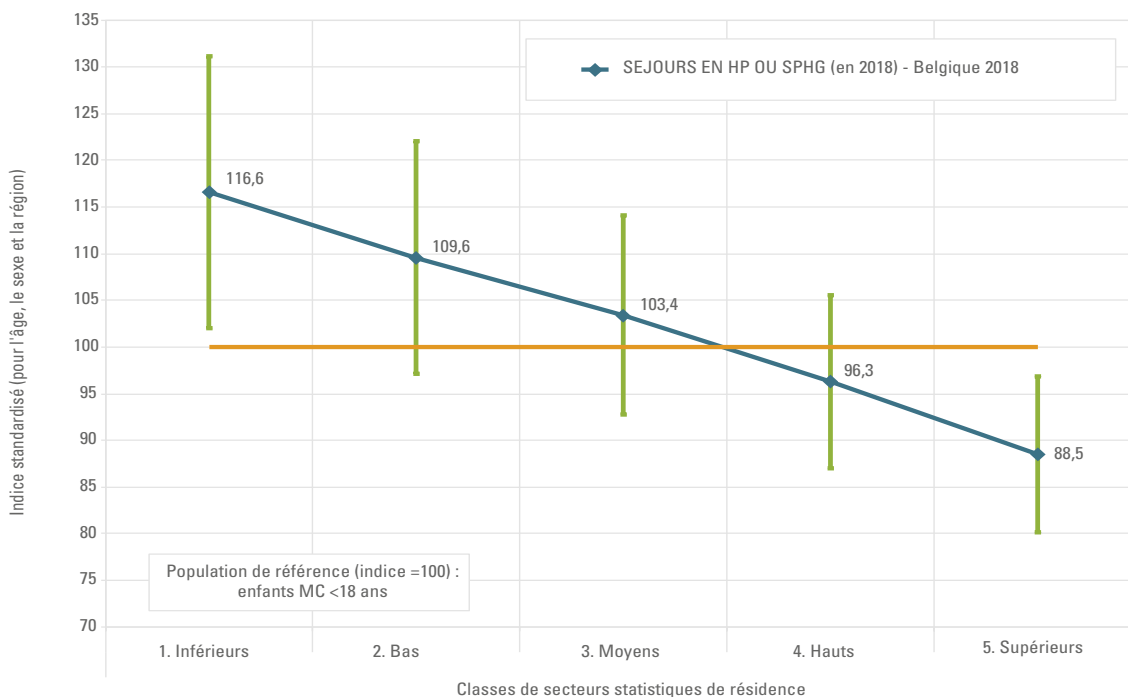


Figure 10 : Risque relatif d'être hospitalisé en HP ou en SPHG par classe de secteurs statistiques (membres de la MC 0-17 ans, données 2018)



En 2018, les enfants appartenant à la classe la plus pauvre ont un surrisque de 37% (= [113,1/82,7]-1) de recourir à ce type de médicament par rapport aux enfants de la classe la plus élevée (voir Figure 11). En 2016, ce surrisque était encore plus grand : 67%.

Tandis qu'il est difficile de prévoir exactement la différence de risque en 2020, il est possible d'émettre l'hypothèse qu'il sera toujours présent, car de façon générale, les gradients sociaux sont très stables au cours du temps : ainsi en 2012, le risque qu'on prescrit à la population belge (tous âges confondus) de la classe la plus pauvre - des antipsychotiques était 114% plus élevé que celui de la classe la plus élevée (Avalosse, Vancorenland, & Verniest, 2015, p. 31) et en 2016 il n'avait presque pas évolué (112%).

7.2. Statut BIM

Le deuxième indicateur qui nous permet d'analyser la relation entre le statut socio-économique et le recours aux soins est le statut « bénéficiaire de l'intervention majorée ». Il s'agit de comparer le nombre d'utilisateurs de soins ambulatoires BIM aux bénéficiaires non-BIM et l'ensemble des membres de la MC BIM aux membres non-BIM : si la proportion des membres BIM est supérieure chez les utilisateurs des soins par rapport

à cette proportion dans la population, cela signifie qu'il y a une surreprésentation des BIM chez les utilisateurs et donc une utilisation des soins plus fréquente que pour les membres non BIM.

Les données de la MC montrent que la proportion des membres BIM qui consomment des soins ambulatoires n'est pas beaucoup plus élevée que la proportion de BIM parmi nos membres. Ainsi, en 2020, parmi les bénéficiaires de soins ambulatoires de moins de 18 ans, 18% d'entre eux sont BIM, alors que c'est le cas de 15% des membres de la MC de la même tranche d'âge (voir Tableau 1). Nous le verrons par la suite, cette surreprésentation des membres BIM parmi les utilisateurs des soins ambulatoires est légère par rapport aux autres types de soins (hospitalisations, soins urgents et consommation d'antipsychotiques). Nous observons également que le statut BIM n'est pas un frein aux télé/vidéo-consultations, puisque la proportion de BIM y ayant accès est similaire (19%).

Lorsqu'on examine la proportion de BIM parmi les membres de la MC ayant été hospitalisés en HP ou en SPHG, on voit qu'elle est nettement plus importante que celle de l'ensemble des membres de la MC de moins de 18 ans (en 2020, 29% contre 15%, voir Tableau 1). C'est également le cas pour les soins psychiatriques urgents, avec 25% de BIM parmi les bénéficiaires en 2020. Étant donné que les BIM sont surreprésentés parmi

Figure 11 : Risque relatif de recourir aux antipsychotiques par classe de secteurs statistiques (membres de la MC 0-17 ans, données 2018)

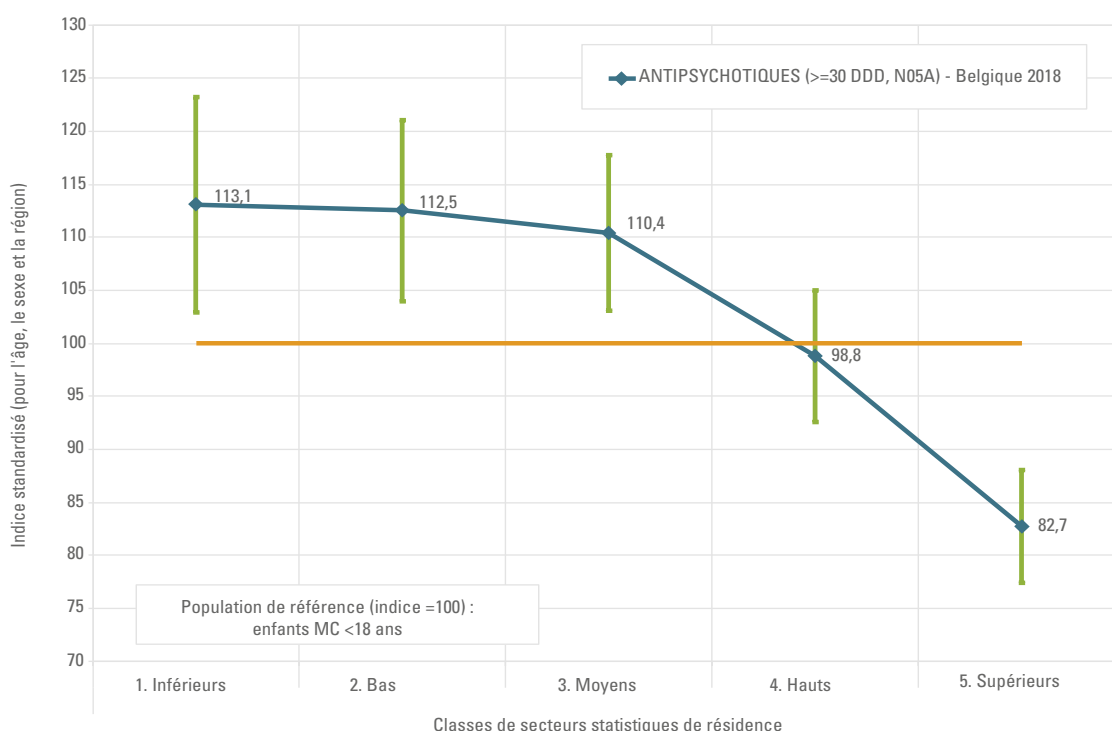


Tableau 1 : Comparaison de la proportion de membres BIM qui utilisent les soins de santé par rapport à la proportion des membres BIM parmi les membres de la MC (membres de la MC 0-17 ans, données 2018, 2019 et 2020)

| Année | Type de prestation | Proportion de BIM parmi les utilisateurs des services | Proportion de BIM parmi les membres de la MC |
|-------|--------------------------------------|---|--|
| 2018 | Prestations psychiatre | 19% | 15% |
| | Hospitalisation | 30% | |
| | Soins urgents | 26% | |
| | Prescription d'antipsychotiques | 34% | |
| 2019 | Prestations psychiatre | 19% | |
| | Hospitalisation | 30% | |
| | Soins urgents | 26% | |
| | Prescription d'antipsychotiques | 34% | |
| 2020 | Prestations psychiatre + psychologue | 18% | |
| | <i>Prestations physiques</i> | 18% | |
| | <i>Prestations à distance</i> | 19% | |
| | Hospitalisation | 29% | |
| | Soins urgents | 25% | |
| | Prescription d'antipsychotiques | 33% | |

la population ayant recours aux hospitalisations et aux soins urgents, cela pourrait impliquer une inégalité de risque d'avoir recours à ce type de soins.

En ce qui concerne la prescription de médicaments, nous pouvons alors observer que les membres BIM sont surreprésentés et donc consomment plus fréquemment un médicament antipsychotique que les membres non-BIM et que cette différence reste stable.

8. Points d'attention

8.1. Des données quantitatives insuffisantes

Nous l'avons vu dans cet article, si les données disponibles permettent de mettre en lumière toute une série de constats quant à l'utilisation de l'offre, elles ne permettent toutefois pas de chiffrer de façon exhaustive l'utilisation des soins de

santé mentale. Les données dont dispose la MC en tant que gestionnaire de l'assurance obligatoire soins de santé ne comprennent pas d'informations concernant les soins non remboursés¹³ et les soins prestés par des services, institutions ou organisations qui ne sont pas financés dans le cadre fédéral de l'assurance obligatoire soins de santé ou pour lesquels l'enregistrement des données n'est pas systématique.

En outre, les données d'utilisation des soins de santé ne permettent pas d'évaluer les besoins en soins de santé mentale. Ceci est valable pour tout type de soins de santé car en règle générale, une fraction de ces besoins reste insatisfaite pour diverses raisons : une partie des besoins peut ne pas être perçue ou, lorsque le besoin est perçu par les patients, il est possible qu'il soit reporté parce qu'il peut être considéré comme non urgent ou pour d'autres raisons (comme l'obstacle financier, par exemple). C'est pourquoi, si une augmentation de l'utilisation des soins de santé mentale est observée, celle-ci n'est pas attribuable de façon univoque à l'augmentation des besoins : elle peut être due à une meilleure accessibilité de certains soins ou une meilleure détection des problèmes

13. À savoir que les données de l'assurance complémentaire font également l'objet d'un enregistrement à la MC, mais qu'elles sont délicates à analyser parce que les avantages évoluent avec le temps et ne sont pas uniformes d'une région à l'autre. Ainsi, depuis janvier 2017, les membres francophones de la MC ont droit à un remboursement des consultations de psychologie sans limites de séances, à raison de 15 euros par prestation, avec un plafond à 180 euros par année. En revanche, en Flandre, pour les enfants et les adolescents, les séances sont remboursées à hauteur de 50% du montant de la consultation (avec un maximum de 30 euros) et 75% pour les BIM (maximum de 45 euros). Au total, 24 séances peuvent être remboursées sur l'ensemble de la vie du membre.

de santé mentale, des formes de prise en charge qui évoluent ou encore des soins inappropriés (voir à ce propos l'article « L'accès aux soins de santé, définition et enjeux » de ce même numéro du MC-Informations).

Les acteurs de terrain des soins de santé mentale interpellent sur le fait que l'offre est insuffisante pour répondre à la demande croissante, mais les données dont nous disposons ne permettent pas de le confirmer définitivement, notamment car il n'existe pas dans nos données d'indicateurs de la détresse psychologique ou de l'état de santé mentale de la population mineure.

Il en ressort dès lors de notre analyse qu'il est nécessaire de prêter l'attention à la nature des données qui alimentent les réflexions sur la santé mentale des enfants et des adolescents en Belgique. Il nous semble nécessaire de rester prudent face aux chiffres disponibles vu leur caractère partiel, non seulement en termes de volume, mais aussi en termes de possibilité de refléter les besoins réels. De ce point de vue, nous appuyons l'avis du Conseil Supérieur de la Santé sur la nécessité de la création d'un baromètre de la santé mentale (Conseil Supérieur de la Santé, 2021b). En 2018, l'enquête de santé de Sciensano a inclus pour la première fois la population mineure dans son étude (Gisle, Drieskens, Demarest, & Van der Heyden, 2018). Néanmoins il nous semble important de recueillir non seulement des données quantitatives, mais également des données qualitatives car celles-ci permettraient de mieux aiguïser l'interprétation des statistiques (disponibles ou qu'on espère d'obtenir via un baromètre) ainsi que de compléter ces dernières.

8.2. Les inégalités sociales de santé mentale

Notre étude permet de faire des constats interpellants quant aux inégalités sociales de santé mentale. Nous avons en effet pu observer des disparités importantes en termes d'utilisation des soins. Les populations ayant un statut socio-économique défavorisé (c'est-à-dire les BIM et les patients résidant dans les secteurs statistiques où les revenus sont les plus bas) ont plus de risques d'être touchées par les problèmes de santé mentale, mais aussi d'avoir davantage recours à certains types de soins. Ainsi, les antipsychotiques et les soins hospitaliers (HP et SPHG), c'est-à-dire des soins lourds, ont beaucoup plus de risques d'être utilisés par ceux et celles qui résident dans les secteurs statistiques défavorisés. En outre, les différences constatées entre les groupes socio-économiques seraient encore plus importantes si elles étaient calculées sur base de données individuelles (c'est-à-dire sur les revenus des ménages eux-mêmes et non sur base du revenu médian du secteur statistique de résidence). De même, lorsqu'on observe la proportion de BIM parmi les bénéficiaires de ce type de soins, on voit que les BIM sont largement surreprésentés par rapport à la proportion de BIM dans la population générale. Ainsi, en 2020, 33% des utilisateurs

d'antipsychotiques, 29% des patients hospitalisés et 25% des patients ayant recours aux soins urgents sont BIM, alors que les BIM représentent 15% de l'ensemble des membres de la MC de moins de 18 ans.

En revanche, on observe que les soins psychiatriques ambulatoires sont nettement moins utilisés par les enfants et adolescents résidant dans des secteurs statistiques pauvres que par ceux résidant dans des secteurs statistiques plus riches. Il s'agit, ici, des contacts de l'enfant lui-même avec le psychiatre sous la forme de consultations, mais aussi avec les adultes chargés de l'éducation de l'enfant et des prestations remboursées dans le cadre du suivi effectué par le psychiatre, telles que les concertations pluridisciplinaires. Ce fait est d'autant plus alarmant que les classes défavorisées devraient non seulement autant utiliser de soins ambulatoires que les classes favorisées, mais en utiliser davantage que ces dernières. Ceci parce que, la santé étant distribuée de façon inégale dans notre société, les besoins de santé des personnes socialement vulnérables sont plus élevés et demandent donc des actions en prévention et promotion de la santé d'une ampleur et d'une intensité proportionnelles au niveau de défaveur sociale (principe d'universalisme proportionné).

Sur base de ces observations, nous pouvons faire l'hypothèse que ce sont les jeunes dont la position socio-économique est plus faible qui, depuis le début de la pandémie, ont dû passer à des traitements plus longs et/ou plus lourds : ce sont eux qui se sont probablement vu prescrire plus d'antipsychotiques que l'année précédente et ont été davantage hospitalisés que les jeunes des classes plus aisées. En d'autres termes, l'impact de la pandémie aurait été plus dur pour les jeunes confrontés à une situation sociale et économique défavorable.

8.3. Importance des quatre dimensions de la prévention

Le fait que les classes les plus défavorisées soient plus à risque d'être hospitalisées ou de consommer des médicaments antipsychotiques et qu'elles aient en même temps moins de chance de consulter un spécialiste en ambulatoire constitue, à notre avis, les deux revers de la même médaille, notamment lorsque l'on analyse ce fait sous l'angle de la prévention : là où il manque de la prévention, plus de pression se fait sur les soins curatifs. Par la prévention, nous entendons donc, ici, non seulement les actions qui peuvent être prises en amont, en détection ou durant une maladie (prévention primaire, secondaire et tertiaire), mais aussi celles qui prennent en compte le cadre non médical de la situation de la personne (prévention quaternaire (Sholokhova, 2020)). Cette définition de la prévention suit la définition large de la santé selon laquelle vivre en bonne santé dépend de multiples facteurs, dont la plupart, de même qu'ils ne sont pas maîtrisables par la personne, ne relèvent non pas du biologique, mais du social, de l'économique et de l'environnemental.

De ce point de vue, une consultation chez un professionnel de première ligne ou chez un spécialiste peut être bien considérée comme préventive dans la mesure où, d'une part, elle peut constituer une source de détection précoce d'une souffrance psychologique et permettrait éventuellement d'éviter une hospitalisation dans le futur (prévention secondaire). D'autre part, une consultation laisse plus de possibilités pour intégrer la dimension sociale dans les soins grâce à son dispositif. Étant donné qu'il s'agit d'une rencontre et d'un échange entre le patient et le prestataire, elle permet au dernier de prendre connaissance de la spécificité de la situation du premier et d'en tenir compte par la suite (prévention quaternaire). On pourrait ainsi se demander si un traitement médicamenteux tout comme une hospitalisation ont servi de solution là où un traitement psychothérapeutique aurait pu être suffisant, mais qui n'a pas pu être offert dans les conditions de la crise sanitaire. Cette hypothèse, formulée sur base de données quantitatives, mérite d'être vérifiée qualitativement.

Cela ne vaut néanmoins pas uniquement pour les populations défavorisées. Ainsi, on constate globalement une diminution des consultations et une augmentation des hospitalisations et des prescriptions des médicaments antipsychotiques depuis la 'deuxième vague' de la pandémie. Tandis que l'on soupçonne que cela concerne davantage les personnes vulnérables, il nous semble justifié d'affirmer qu'il s'agirait, ici, du manque de soins préventifs qui provoquerait un risque accru d'utilisation de soins curatifs en général. Or, la tendance vers plus de soins curatifs en résidentiels ou médicamenteux dans les soins de santé mentale n'est pas sans impact sur la qualité de vie des jeunes. Les médicaments antipsychotiques représentent des traitements médicamenteux lourds avec des effets secondaires susceptibles d'affecter la santé des jeunes dans l'avenir (Cohen, et al., 2012). De même, une hospitalisation constitue un événement difficile, mais aussi une charge financière importante pour les personnes et leurs familles.

8.4. Téléconsultations comme une solution limitée

Nous voudrions également attirer l'attention sur l'usage croissant des téléconsultations. Quand bien même les chiffres montrent un recours significatif à ce type de soins depuis le début de la pandémie, il nous paraît important de bien souligner la différence entre une téléconsultation et une rencontre thérapeutique face à face. Même s'il est vrai que la téléconsultation peut servir d'outil précieux dans la prise de contact avec certains types de public, comme les jeunes habitués à l'interaction médiée par un écran, le contact et l'entente avec le professionnel de santé qui se développent lors d'une rencontre physique constituent un élément crucial dans le suivi des patients tant sur le plan de thérapie et du rétablissement psychologique que sur le plan du suivi d'un traitement médicamenteux prescrit (Fuchs, 2021). C'est autant le cas des soins de santé mentale que de tout type de soins de santé. Ainsi dans son rapport du juin 2020 le KCE soulignait que « le contact

personnel, l'examen physique et la communication humaine et face-à-face restent des éléments fondamentaux des soins de santé » (Mistiaen, Devriese, Pouppez, Roberfroid, & Savoye, 2020, p. 26). Ces aspects sont d'autant plus importants pour un processus diagnostique dans la mesure où le diagnostic repose non seulement sur l'inventorisation des symptômes, mais également sur l'analyse du langage non verbal du patient, du ressenti du professionnel et de l'atmosphère globale de la rencontre (Pallagrosi, Fonzi, Picardi, & Bondi, 2014).

Nous soutenons les recommandations formulées par le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) selon qui « il est nécessaire de renforcer une offre de soins à bas seuil, de sorte que l'aide professionnelle soit accessible (notamment financièrement) à tous sans augmenter le risque d'infection » et « cela pourrait inclure une offre en ligne » (Conseil Supérieur de la Santé, 2021a, p. 10). En même temps, nous appuyons la remarque du CSS selon laquelle « une attention particulière devrait également être accordée aux groupes les plus vulnérables qui n'ont pas toujours l'accès nécessaire à celle-ci [offre en ligne] » (Conseil Supérieur de la Santé, 2021a, p. 10). En effet, notre analyse montre qu'il existe un gradient social dans l'accès aux consultations chez un (neuro)psychiatre : les enfants appartenant à la classe la plus élevée ont 12% plus de chances de consulter ce type de spécialiste que les enfants des classes les plus basses (voir partie 4.3. et Figure 4). Nous sommes donc d'accord avec l'avis du CSS que « la préférence va donc à une approche mixte, en restant le plus possible en face à face (en particulier avec les groupes vulnérables) et en ligne si c'est nécessaire » (Conseil Supérieur de la Santé, 2021a, p. 10).

9. Conclusion

Dans cet article, nous avons d'abord fait un état des lieux de l'offre de soins en santé mentale pour les enfants et les adolescents en Belgique. À partir d'une série de constats tels que l'orientation difficile des patients dans le système, l'offre trop hospitalo-centrée, le secteur a été soumis à une réforme entamée en 2015 qui avait notamment pour objectifs de défracter et de décloisonner les organisations, secteurs et professions, de palier la carence de l'offre de services à domicile et de renforcer la capacité de fournir des soins en situation de crise et d'urgence qui soient accessibles, réactifs et efficaces pour les enfants et les adolescents.

Suite à cette réforme, le secteur était-il prêt pour répondre à la demande croissante en soins de santé mentale des enfants et des adolescents, qui n'a fait que s'aggraver avec la pandémie de COVID-19 ? Un des constats de notre étude est qu'il est difficile de répondre à cette question uniquement avec des chiffres. Premièrement, il nous manque des moyens pour cartographier et quantifier la demande, et encore plus les besoins

réels en soins de santé mentale. La stigmatisation entourant les maladies mentales et le manque de sensibilité aux besoins réels et d'acceptabilité de la part du public constitue un frein important pour chercher à temps un soutien professionnel. Deuxièmement, les données d'utilisation restent partielles, l'offre étant très complexe. En raison de la complexité de son organisation, l'offre risque ainsi d'être moins facilement lisible non seulement pour les patients, mais aussi les professionnels.

Même mesuré à l'aide d'indicateurs d'utilisation partiels, nous avons pu observer des changements qui peuvent être liés aux conséquences directes de la pandémie de COVID-19 sur les soins de santé mentale des enfants et des adolescents en Belgique. Ainsi, la sous-utilisation des soins de santé mentale remboursés particulièrement marquée au deuxième trimestre de 2020 prouve que toute une série de patients n'a pas eu accès aux soins (malgré l'introduction des téléconsultations, solution louable, mais non suffisante). Au vu des signaux d'alarme lancés par les professionnels de terrain quant à l'augmentation de la détresse psychologique des enfants, cette sous-utilisation et le report des soins qu'elle signale pourraient avoir des

conséquences désastreuses. Aujourd'hui déjà, nous constatons que si l'utilisation de l'ensemble des soins recommence à suivre la tendance des années précédentes début 2021, on remarque une augmentation importante de l'occupation des lits dans les hôpitaux qui est préoccupante. Or, la crise sociale étant loin d'être terminée, nous pouvons également nous attendre à des effets à retardement sur la santé mentale de la population dans le futur.

Cet exercice de quantification de l'utilisation des soins de santé mentale chez les enfants et adolescents était une première pour le service d'études de la MC et prouve à nouveau à quel point une attention toute particulière doit y être accordée. Afin d'analyser de façon plus complète les conséquences de la pandémie de COVID-19 sur le recours aux soins de la santé mentale des enfants et des adolescents, il est toutefois indispensable de récolter des données qualitatives, c'est-à-dire d'interroger le terrain et les professionnels qui sont directement en contact avec les enfants (non seulement les psychiatres et les psychologues, mais aussi tous les travailleurs qui encadrent les enfants au niveau parascolaire).

Bibliographie

- 50 years of the inverse care law. (2021). *The Lancet*, 397(10276), 767.
- Avalosse, H., Maron, L., Lona, M., Guillaume, J., Allaoui, E., & Di Zinno, T. (2019). *Inégalités sociales en santé*. Bruxelles: Agence intermutualiste.
- Avalosse, H., Vancorenland, S., & Verniest, S. (2015). Les inégalités en santé chez les membres des MC : ne pas avancer, c'est reculer. *MC-Informations*(262), 26-39.
- Azria, E., Sauvegrain, P., Blanc, J., Crenn-Hebert, C., Fresson, J., Gelly, . . . Regnault. (2020). Racisme systémique et inégalités de santé, une urgence sanitaire et sociétale révélée par la pandémie COVID-19. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 48, 847-849.
- Benoit, J.-P. (2020). COVID-19. La pédopsychiatrie à l'épreuve du confinement. *Enfance & Psy*, 6-9.
- Catheline, N., Berthaut, E., Bon-Saint-Côme, M., Carretier, E., Coq, J., Delvenne, V., . . . Raynaud, J. (2021). COVID 19 : Comment la pédopsychiatrie s'adapte en ces temps d'adversité ? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 69(1), 1-3.
- Cohen, D., Bonnot, O., Bodeau, N., Consoli, A., & Laurent, C. (2012). Adverse effects of second-generation antipsychotics in children and adolescents: a Bayesian meta-analysis. *Journal of clinical psychopharmacology*, 32(3), 309-316.
- Conseil Supérieur de la Santé. (2021a). *Prise en charge psychosociale pendant la pandémie Covid-19 : révision 2021*. Avis 9610. Bruxelles: Conseil Supérieur de la Santé.
- Conseil Supérieur de la Santé. (2021b). *Prise en charge psychosociale pendant la pandémie COVID-19: enfants et jeunes*. Avis 9662. Bruxelles: Conseil Supérieur de la Santé.
- Couffinal, A., Dourgnon, P., Grignon, M., Jusot, F., & Naudin, F. (2004). *Mesurer l'impact des déterminants non médicaux des inégalités sociales de santé*. Paris: Institut de recherche et documentation en économie de la santé.
- Deboutte, D., Smet, M., Walraven, V., Janssens, A., Obyn, C., & Leys, M. (2010). *L'urgence psychiatrique pour enfants et adolescents*. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.
- Deschietere, G., Luts, A., Schuller, W., Heymans, J.-P., Germeau, N., Cool, G., . . . Nizet, L. (2020). Ce que la pandémie fait à la psychiatrie : sommes-nous entrés dans une psychiatrie de guerre ? *Louvain Médical*, 139(5-6), 344-348.
- Devos, C., Cordon, A., Lefèvre, M., Obyn, C., Renard, F., Bouckaert, N., Gerkens, S., Maertens de Noordhout, C., Devleeschauwer, B., Haelterman, M., Léonard, C., et Meeus, P. (2019). *Performance du système de santé belge — Rapport 2019*. KCE Reports 313B. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.
- Fegert, J., Vitiello, B., Plener, P., & Clemens, V. (2020). Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 14-20.
- Fuchs, T. (2021). Psychothérapie de l'espace vécu : un concept phénoménologique et écologique. *Klesis*, 51.

- Gisle, L., Drieskens, S., Demarest, S., & Van der Heyden, J. (2018). *Santé mentale. Enquête de santé 2018*. Bruxelles: Sciensano. Numéro de rapport : D/2020/14.440/3.
- INAMI. (2018). *La nomenclature des prestations de santé. Chap. II - Article 2 - Consultations, visites et avis, psychothérapies et autres prestations*. Bruxelles: Coordination officieuse du 01-12-2018.
- INAMI. (2020). *MORSE, Monitoring Of Reimbursement Significant Expenses*, Rapport 2020, Données 2019.
- Klaric, M. (2020). *Coronavirus en Belgique : les unités psychiatriques surchargées*. RTBF.
- Koener, B., Deschietere, G., & de Becker, E. (2015). Les urgences pédopsychiatriques aux cliniques universitaires Saint-Luc à Bruxelles : état des lieux et pertinence de la création de lits de crise. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 63(7), 482-489.
- Loades, M., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S., Shafran, R., Brigden, A., . . . Crawley, E. (2020). Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(11), 1218-1239.e3.
- Lorant, V., Smith, P., Seeber, K., Van den Broeck, K., & Nicaise, P. (2021). *La détresse psychologique de la population générale pendant la crise sanitaire liée à la COVID-19 : résultats de mars à novembre 2020*. UClouvain & Universiteit Antwerpen.
- Mistiaen, P., Cornelis, J., Detollenaere, J., Devriese, S., & Ricour, C. (2019). *Organisation des soins de santé mentale pour les adultes en Belgique*. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.
- Mistiaen, P., Devriese, S., Pouppez, C., Roberfroid, D., & Savoye, I. (2020). *Vidéo-consultations dans le suivi des patients atteints de maladies chroniques somatiques – Synthèse*. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.
- Mommerency, G., Van Den Heede, K., Verhaeghe, N., Swartenbroekx, N., Annemans, L., Schoentjes, E., & Eyssen, M. (2011). *Organisation des soins de santé mentale pour enfants et adolescents: étude de la littérature et description internationale*. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.
- Newlove-Delgado, T., McManus, S., Sadler, K., Thandi, S., Vizard, T., Cartwright, C., & Ford, T. (2021). Child mental health in England before and during the COVID-19 lockdown. *Lancet Psychiatry*, 8(5), 353-354.
- Pallagrosi, M., Fonzi, L., Picardi, A., & Bondi, M. (2014). Assessing clinician's subjective experience during interaction with patients. *Psychopathology*, 47(2), 111-118.
- Patel, V., Lund, C., Hatherill, S., Plagerson, S., Corrigan, J., Funk, M., & Flisher, A. (2010). Mental disorders: equity and social determinants. In E. Blas, & A. Kurup, *Equity, social determinants and public health programmes* (pp. 115-134). Genève: Organisation Mondiale de la Santé.
- Piccinelli, M., & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression : Critical review. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 486-492.
- Sholokhova, S. (2020). Vision, structure et financement de la prévention et promotion de la santé en Belgique. *MC-Informations*, 283, 42-57.
- SPF Santé Publique. (2021). *Données phares dans les soins de santé: soins en santé mentale - Édition 2021*. Bruxelles: SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.
- SPF Santé publique. (2015). *Protocole d'accord du 30 mars 2015 conclu entre le gouvernement fédéral et les autorités fédérées, portant sur l'approbation d'un guide pour la réalisation d'une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents*.
- TeJo. (2019). *Jaarverslag TeJo 2019*.
- Un collectif de psychiatres et de pédopsychiatres. (2021). Carte blanche: «Les adolescents sont en souffrance majeure, sans aucune perspective d'amélioration». *Le Soir*, 27 janvier 2021.
- Vandenbroeck, P., Dechenne, R., Becher, K., Van den Heede, K., Eyssen, M., Geeraerts, G., & Stroul, B. (2012). *Soins de santé mentale pour enfants et adolescents: développement d'un scénario de gouvernance*. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.