

LA PSYCHOLOGIE
DE PREMIÈRE LIGNE

EERSTELIJNS-
PSYCHOLOGISCHE
ZORG

in België
en Belgique

Leontien Jansen
Fabienne Glowacz
Ronny Bruffaerts



ASP Academic &
Scientific
Publishers



LA PSYCHOLOGIE DE PREMIÈRE LIGNE

EERSTELIJNS- PSYCHOLOGISCHE ZORG

in België
en Belgique

Leontien Jansen
Fabienne Glowacz
Ronny Bruffaerts



ASP Academic &
Scientific
Publishers

Omslagontwerp: Text Design BV
Boekverzorging: Text Design BV

© 2024 Uitgeverij ASP nv
(Academic and Scientific Publishers nv)
Keizerslaan 34
B-1000 Brussel
Tel. + 32 (0)2 289 26 56
E-mail: info@aspeditons.be
www.aspeditions.be

ISBN 9789461175793
NUR 740
Wettelijk depot D/2023/11.161/159

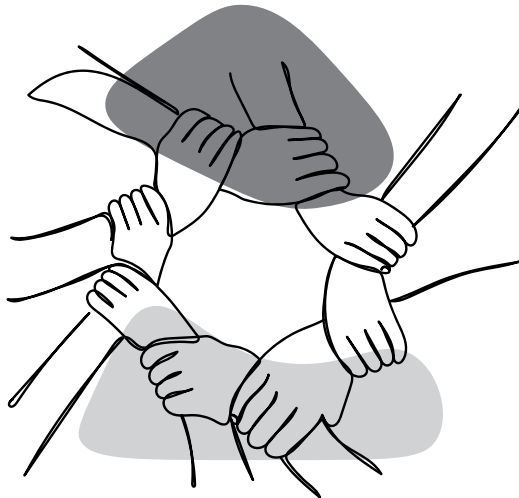
Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm, op elektronische of welke andere wijze ook zonder voorafgaande, schriftelijke toestemming van de uitgever.

EERSTELIJNSPSYCHOLOGISCHE ZORG IN BELGIË

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

LA PSYCHOLOGIE DE PREMIÈRE LIGNE EN BELGIQUE

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



VOORWOORD

In de loop van het jaar 2021 is een belangrijke hervorming in de geestelijke gezondheidszorg op de rails gezet. Sinds 1 januari 2022 wordt ze effectief uitgerold op het terrein. Deze hervorming, die georganiseerd wordt met een conventie ‘psychologische zorg in de eerste lijn’, de ‘ELP-conventie’, had verschillende doelstellingen.

Essentieel is dat onrustwekkende signalen bij kwetsbare doelgroepen sneller gedetecteerd moeten worden, en dat daarbij ingezet wordt op veerkracht opdat beperkte problemen niet zouden escaleren tot complexe problemen en ernstige stoornissen. Dat vereist dat de zorg niet alleen laagdrempelig en betaalbaar is, maar ook zo dicht mogelijk bij deze mensen aangeboden wordt. Geconventioneerde psychologen en orthopedagogen moeten dus ook buiten de muren van hun eigen praktijk aan de slag, in ‘vindplaatsen’ zoals scholen, sociale diensten, huisartsenpraktijken ... Het gaat dus niet alleen om een omvangrijke investering in psychologische zorg, maar ook om een echte paradigmaverschuiving.

Van meet af aan vonden we het heel belangrijk dat op basis van evidentie wetenschappelijk geëvalueerd zou worden of deze hervorming haar doelen bereikt. Op die vraag kwam in 2023 een eerste antwoord met het onafhankelijke wetenschappelijke EPCAP-rapport. In het rapport lees ik zeer bemoedigende concrete resultaten van het nieuwe aanbod dat tot stand aan het komen is: mensen zoeken via de nieuwe conventie sneller professionele hulp, en wachten veel minder lang wanneer ze problemen ervaren dan men vroeger vaak wachtte. Een ‘onzichtbare wachtlijst’ wordt zo ingekort. Ook de noodzakelijke mentaliteitswijziging bij de betrokken psychologen en orthopedagogen is ingezet. De samenwerking met andere actoren komt geleidelijk op gang. Kortom, de systeemwijziging die we beogen is op gang gebracht. Na veel overleg en puzzelwerk is de trein wel degelijk vertrokken. Daarover leest u veel meer in dit boek, een even mooie als interessante neerslag van het EPCAP-rapport.

Dit zijn dus mooie stappen vooruit, maar we zijn er nog niet. We moeten onze inspanningen blijven versterken om deze hervorming duurzaam te verankeren in ons zorglandschap. Dat zal ook bijstellingen en nieuwe initiatieven vereisen. Dit boek is ook een uiterst nuttige bijdrage om daarover scherp na te denken en de goede keuzes te maken voor de toekomst.

Frank Vandenbroucke

Vice-Eerste Minister en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

TEN GELEIDE

Het onderzoeksproject 'Evaluation of Primary Care Psychology' (EPCAP) kadert in de ontwikkeling van de conventie eerstelijnspsychologische zorg en werd uitgevoerd in opdracht van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) (referentie 2019/S084-200672). Het betreffende project moet worden gezien als een formele (zowel kwantitatieve als kwalitatieve) evaluatie van de conventie eerstelijnspsychologische zorg in België. Het project is het resultaat van onderzoek dat werd gevoerd door samenwerking van de universiteiten KU Leuven en Université de Liège. Het onderzoeksproject liep van 5 december 2019 tot 30 juni 2023 en werd gefinancierd door het RIZIV. De gegevens in dit boek werden verzameld tussen april 2022 en juni 2023 via gestructureerde vragenlijsten, ingevuld door psychologen en patiënten, en in focusgroepen. Daarnaast konden we gebruikmaken van gegevens inzake gefactureerde zorgverstrekkingen van de deelnemende patiënten in de periode 2018-2022, beschikbaar gesteld door het InterMutualistisch Agentschap.

We willen alle patiënten, klinisch psychologen / orthopedagogen en huisartsen bedanken die deelnamen aan de online bevraging. Daarnaast gaat onze dank uit naar alle netwerkcoördinatoren, lokale en zorgcoördinatoren, klinisch psychologen / orthopedagogen, ervaringsdeskundigen en stakeholders die deel uitmaakten van de focusgroepen. We willen graag ook alle GGZ-netwerken voor zowel volwassenen als kinderen en jongeren bedanken voor hun inzet om de studie mee te dragen en om de communicatie met de klinisch psychologen en orthopedagogen te ondersteunen.

De volgende personen willen we nadrukkelijk bedanken voor hun ondersteuning in de uitvoering van de studie: Annabelle Kinard, dr. Wouter Voorspoels, Franco Gericke, Erik Bootsma, dr. Rozemarijn Jeannin, Lucie Pelz, Bernard Jacob, dr. Sarah Morsink, Morgane Steffen, Isabel Moens, Daniel Crabbe, Lieselotte Huyghe, Arthur Francois, Prof. dr. Nady van Broeck, dr. Birgit Gielen, Dirk De Kesel, Montse Urbina, Sarah Bel, Nathalie Haeck, Frank Robben en Toon Boon.

We willen ook onze dank betuigen aan de volgende organisaties voor de ondersteuning van de EPCAP-studie: RIZIV/ INAMI; FOD Volksgezondheid; Intermutualistisch Agentschap (IMA/AIM); vzw IM; eHealth, Smals en alle partners betrokken in de datakoppelingsprocedure. Tot slot willen we graag de leden van de volgende commissies danken: EPCAP-stuurgroep, begeleidingscomité EPCAP en begeleidingscomité conventie GGZ.

Leuven, 20 november 2023

dr. Leontien Jansen

Prof. dr. Fabienne Glowacz

Prof. dr. Ronny Bruffaerts

SAMENSTELLING ONDERZOEKSTEAM

Coördinator

Prof. dr. Ronny Bruffaerts (KU Leuven)

Hoofdonderzoeker

Prof. dr. Fabienne Glowacz (ULiège)

Onderzoekers

Dr. Leontien Jansen (KU Leuven)

Annabelle Kinard (ULiège)

SAMENVATTING

De structuur en de organisatie van de ambulante geestelijke gezondheidszorg in België is sinds 2011 fundamenteel veranderd. Die nieuwe structuur en organisatie is op het Belgische grondgebied al meer dan een decennium verankerd in netwerken, waarvan de verankering van de geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn een *Leitmotiv* is. Hiermee volgt het Belgische beleid de sterke aanbeveling van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, 2022). Deze verankering is een eerste stap naar een verduurzaamde geïntegreerde zorg en biedt hoofd aan twee problematische aspecten in de Belgische geestelijke gezondheidszorg. Er is ten eerste de hoge *unmet need*, uitgedrukt als een lage proportie personen met psychische problemen die op korte termijn in behandeling komt; of uitgedrukt als de lange uitsteltijd vóór iemand in de zorg komt (grosso modo 10-15 jaar) (Bruffaerts et al., 2011). Ten tweede is er het probleem van de *overmet need*, uitgedrukt als een hoge mate van hooggespecialiseerde zorg, ook voor patiënten met milde psychische problemen (Mistiaen et al., 2017). Dit leidt onder andere tot het hoge gebruik van psychofarmaca in de Belgische algemene bevolking, of tot een snelle doorstroom naar psychiatrische hospitalisatie of hooggespecialiseerde psychiatrische behandeling. De conventie eerstelijnspsychologische zorg^{1,2} dient te worden beschouwd ten aanzien van deze twee kenmerken van de Belgische geestelijke gezondheidszorg in de 21ste eeuw. Dit leidt tot twee vragen. Ten eerste kan de vraag worden gesteld in welke mate de conventie eerstelijnspsychologische zorg patiënten sneller naar de zorg leidt. Een lang uitstel tussen start van de psychische problemen en het moment waarop effectief professionele hulp wordt gezocht leidt immers tot een progressie van de aanwezige problemen. Een laagdrempelige en snelle toegang tot de zorg zijn hierbij noodzakelijk, met inbegrip van een richting (of indicatiestelling) waarin de zorg voor een bepaalde patiënt dient te gebeuren. Ten tweede dient de vraag te worden gesteld in welke mate de conventie een rol kan spelen in het verminderen van de snelle doorstroom naar hooggespecialiseerde psychiatrische zorg. Tegenover deze achtergrond is het belangrijk de psychologische zorg vroeg en ‘dicht bij de mensen’ aan te bieden. De conventie kan dus worden beschouwd als een systemische, maatschappelijke innovatie: het is een systeem van terugbetaalde zorgverstrekking dat wordt toegevoegd aan de al bestaande organisatie van de zorg, om ervoor te zorgen dat elke persoon de meest geschikte zorg voor zijn problematiek krijgt, op de geschikte termijn, en niet zozeer een specifieke behandeling die bij patiënten wordt toegepast. Tegen deze achtergrond situeert de huidige studie zich; meer specifiek worden de volgende onderzoeksvragen behandeld: (1) Welke specifieke patiëntenprofielen worden toegeleid

-
- 1 Psychologische zorg in de eerste lijn omvat verschillende interventies (groep of individueel) die kunnen variëren in de duur van de zorg maar die alle kaderen in het eerstelijns perspectief, in samenwerking met netwerkpartners. Hierdoor wordt het mogelijk om de zorg voor patiënten in hun eigen leefomgeving te ondersteunen. Er zijn twee soorten interventies: eerstelijnspsychologische zorg (ELP) en gespecialiseerde psychologische zorg (GPZ).
 - 2 Eerstelijns geestelijke gezondheidszorg: dit theoretische concept verwijst naar een biopsychosociaal gezondheids perspectief, en wordt door de WHO in de Conventie van Genève (2001) gedefinieerd als het verlenen van curatieve en preventieve geestelijke gezondheidszorg op het eerste contactpunt en bij binnenkomst in het gezondheidszorgsysteem.

naar de eerstelijnspsychologische zorg?; (2) Welke plaats heeft de geconventioneerde psycholoog / orthopedagoog in de organisatie van de zorg, i.c. het netwerk?; en (3) Welke voorstellen kunnen er aan de hand van de studie worden geformuleerd, die een duurzaam beleidskader bieden voor de eerstelijnspsychologische zorg in België?

Welke klinische profielen worden behandeld in de conventie eerstelijnspsychologische zorg?

Op jaarbasis worden ongeveer 147.000 patiënten behandeld in het kader van de conventie eerstelijnspsychologische zorg in België, die op jaarbasis ongeveer 850.000 sessies genereert (equivalent aan 6 sessies per zorgtraject). Vanuit deze groep werd via *convenience sampling* een steekproef van 2.745 patiënten getrokken (met datacollectie tussen november 2020 en maart 2023) en werden patiënten aan de start van de behandeling (baseline) geïncludeerd in een vragenlijstonderzoek dat polste naar de klinische profielen (i.c. sociodemografische karakteristieken, diagnose van psychische stoornissen, kwaliteit van leven, absentieïsme en veerkracht) en zorggebruik in het verleden. Patiënten werden opgevolgd na 3, 6 en 12 maanden na de start van de behandeling. De gemiddelde leeftijd van de patiënten betrof 39 jaar; de gegevens van de steekproef werden statistisch gewogen om representatief te zijn voor de populatie behandelde patiënten ($N \sim 147.000$) aan de hand van populatieparameters verkregen door het RIZIV.

Klinische profielen van behandelde patiënten

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

Hoe worden patiënten toegeleid tot zorg in de eerstelijnspsychologische conventie?

Binnen deze onderzoeksvraag zijn er drie belangrijke bevindingen. (1) Voor 4/10 patiënten was de ELP- of GPZ-behandeling de eerste ooit; (2) Ongeveer de helft van de behandelde patiënten rapporteert een voorgeschiedenis van behandeling voor psychische problemen. Een derde van de behandelde patiënten heeft al een (medicamenteuze) behandeling gekregen binnen het jaar waarin ook de eerstelijnspsychologische behandeling plaatsvond. Eén patiënt op vier had al minstens twee behandeltrajecten binnen de conventie. (3) De mediane duur tussen de start van de psychische problemen en het moment waarop patiënten hulp zochten binnen de conventie bedraagt 4 jaar voor degenen die nog nooit eerder in behandeling waren en

3 jaar voor degenen die wel al ooit in behandeling waren. In vrijwel alle gevallen wordt de zorg uitgesteld omwille van cognitieve en attitudinale redenen, zoals de wens de problemen zelf te willen oplossen (>50%), financiële redenen (30-40%) en de hoop dat de problemen uit zichzelf zullen oplossen (30-40%).

Kenmerken van het behandeltraject in de conventie eerstelijnspsychologische zorg

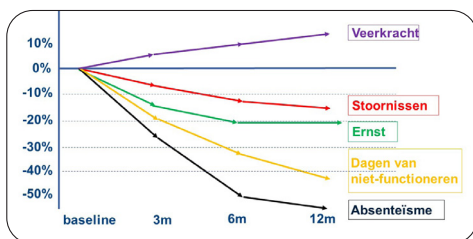
Baseline-gegevens. Met betrekking tot de plaats van behandeling kunnen we stellen dat minder dan 10% van alle sessies effectief plaatsvindt in groep en 1/6 op een vindplaats. We vonden echter dat bij kwetsbare patiënten 1/4 van de sessies plaatsvond op een vindplaats, een gegeven dat sterk suggereert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

Longitudinale gegevens na 3, 6 en 12 maanden na de start van de behandeling.

Eén jaar na de start van de behandeling heeft drie kwart het maximum van 8 sessies gehad en is 1/3 patiënten gestopt met behandeling, maar continueert 1/10 de sessies nadat de geconventioneerde sessies zijn afgelopen en start 4/10 een nieuwe reeks. Ongeveer 1/2 heeft nog nood aan een verdere ambulante of residentiële behandeling. Eén derde van de patiënten heeft al op een wachtlijst gestaan voorafgaand aan de behandeling; gemiddeld ging het over één wachtlijst.

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

Figuur S1. Evolutie kwaliteit van leven, veerkracht en aanwezigheid psychische stoornissen na 3, 6 en 12 maanden



Er zijn drie centrale bevindingen: (1) globaal genomen zijn de outcomes na respectievelijk 3 en 6 maanden met 17 en 26% gedaald en is veerkracht met respectievelijk 5 en 10% gestegen (zie **figuur S1**); (2) na 3 en 6 maanden na de start van de behandeling zijn het vooral de maatschappelijke en participatieve outcomes (i.c. absenteïsme en dagen waarop de patiënt helemaal niet kon functioneren) gedaald (met respectie-

lijk 22 en 37%) ten aanzien van de meer klinische outcomes (8% minder psychische stoornissen en een daling van 25% van de ernst van de psychische problemen na 6 maanden na de behandeling); (3) de comparatieve gegevens verschillen in functie van het aantal en het type stoornissen: zo is bijvoorbeeld de daling van het aantal maandelijkse absenteïsmedagen bij studenten en werkenden het grootst in deze groep

die een hoog absentieïsme had bij aanvang van de behandeling. Bovendien is de daling in outcomes het grootst bij specifieke types psychische stoornissen, voornamelijk bij angst- en stemmingsstoornissen en suïcidaliteit. Een jaar na behandeling blijft de evolutie van deze outcomes behouden; zo stijgt de veerkracht verder met 11% en blijft de impact op dagelijks functioneren in termen van ernst alsook maatschappelijke absentieïsme stabiel over tijd.

De plaats en de functie van eerstelijnspsychologische zorg in de organisatie van de zorg en de netwerken

Momenteel zijn er ongeveer 3.000 geconventioneerde psychologen / orthopedagogen. Om een beeld te verkrijgen van hun mening rond de functie en de plaats van eerstelijnspsychologische zorg werden, via *convenience sampling*, 793 psychologen / orthopedagogen en 270 huisartsen geïncludeerd in een online interview. Er werden ook 20 focusgroepen gehouden met 62 netwerk- en lokale coördinatoren. De belangrijkste outcomes betroffen de gehanteerde praktijken en de samenwerking met verschillende stakeholders in het netwerk. Naast dit kwantitatieve luik werd een *case study design* doorgevoerd in twee locaties. De specifieke outcomes in dit kwalitatieve luik betroffen vooral ideeën, voorwaarden en good practices met betrekking tot een vlotte toeleiding tot en doorstroom van patiënten op netwerkniveau.

Profielen en gevoegde klinische praktijken van geconventioneerde psychologen / orthopedagogen

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

Met betrekking tot de **samenwerkingspraktijken** kunnen we zeggen dat 51% van de geconventioneerde psychologen / orthopedagogen nooit overleg pleegt met stakeholders uit het netwerk. Van degenen die wel overleg plegen is het opvallend dat dit overleg niet vaak gebeurt, i.c. minder dan éénmaal per week. Het overleg gebeurt dan het vaakst met collega-psychologen / -orthopedagogen, mobiele teams, huisartsen en psychiaters, maar vrijwel niet met partners zoals Kind en Gezin, buurtwerk, CLB's of gerieters (in het geval van geriatrische patiënten).

Conceptueel model van psychologische zorg in de eerste lijn. Psychische problemen binnen de eerste lijn kunnen gekaderd worden op twee dimensies: (1) de ernst en (2) de duurtijd van psychische problemen. Deze dimensies kaderen de eerstelijns- (ELP) en gespecialiseerde zorg (GPZ) binnen het GGZ-landschap. Waar ELP zich situeert in de bovenste twee kwadranten bij psychische symptomen van milde tot matige intensiteit, richt de GPZ zich op de ernstige psychische symptomen. Zowel de eerstelijns- als gespecialiseerde psychologische zorg kan zich richten op vroeginterventie en een laagdrempelige toegang vormen voor recent ontstane psychische problemen.

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

Een ‘good practices’ case study in twee netwerken

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

Er is **nood aan duidelijkheid aan datgene wat de conventie nu effectief borgt**: een specifieke interventie voor een specifiek profiel van patiënten (met andere woorden: een interventie op microniveau) en/of een interventievorm in de organisatie van de zorg, of een systemische interventie (op mesoniveau). Momenteel gelden, afhankelijk van de individuele psychologen / orthopedagogen, hun samenwerkingsverbanden en specifieke preferenties van het netwerk, beide conceptualisaties. Het is duidelijk dat de conventie een doelpubliek kent dat benoemd kan worden als ‘sociaal en maatschappelijk kwetsbaar’; er is geen twijfel aan het gegeven dat precariteit van de patiënt en zijn/haar systeem een leidraad is ter inclusie van de patiënt. Er is daarentegen meer onduidelijkheid die zich reflecteert in de vraag of er specifieke klinische profielen zijn die een voorkeur genieten om binnen de conventie te worden behandeld. Deze vraag creëert een spanningsveld inzake criteria voor inclusie/exclusie enerzijds en oriëntatie/heroriëntatie anderzijds.

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

De derde voorwaarde betreft het **doel en de functie van het functioneel bilan**. Het doel van het functioneel bilan zou erin moeten bestaan een communicatiemiddel te zijn op het niveau van de organisatie van de zorg, en tegelijkertijd een middel ter reflectie en verdere planning van de zorg. De kwalitatieve gegevens tonen echter

aan dat in de huidige praktijkvoering het bilan enkel pro forma wordt gebruikt, erg onpopulair is en sterke weerstand kent. Het doel van het bilan is om in de eerste plaats patiëntgecentreerd te zijn als onderdeel van geïntegreerde zorg.

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

Conclusie en aanbevelingen

De wetenschappelijke gegevens vergaard binnen het EPCAP-project tonen duidelijk aan dat, met bijna 150.000 behandelde patiënten op jaarbasis, het kader van geconventioneerde psychologische zorg in de eerste lijn maatschappelijk gevalideerd wordt: er is een progressief stijgende influx van patiënten die nog nooit eerder in behandeling zijn geweest. We zien bovendien dat patiënten minder lang het zoeken van zorg uitstellen: personen met psychische problemen/stoornissen komen dus opmerkelijk sneller in de zorg. De toeleiding van de patiënt tot de zorg gebeurt dus vlotter en sneller. De gegevens tonen ook klinische validiteit: na een periode van gemiddeld 4 jaar van psychische problemen of psychische stoornissen dalen na 8 sessies de psychische klachten en stijgt de dagelijkse kwaliteit van leven en veerkracht van de behandelde patiënten, en dit tot minstens 12 maanden na de start van de behandeling.

Op het **niveau van de patiënt en de samenleving** zijn er de volgende bevindingen: (1) 34% van de patiënten behandeld binnen de conventie zijn patiënten zonder psychische stoornissen of met psychische stoornissen die minder dan een jaar geleden zijn ontstaan; (2) voor 44% van de patiënten is de behandeling de eerste ooit en bedraagt de uitsteltijd tussen de start van de psychische problemen en het moment waarop men effectief hulp zoekt 4 jaar; (3) 28% van de behandelde patiënten bevindt zich in een precare kwetsbare socio-economische of socio-demografische positie; (4) voor ongeveer een kwart van de patiënten is er na de geconventioneerde behandeling nog verdere ambulante of residentiële zorg nodig; (5) 10% van alle sessies vindt plaats in een groep en 1 op 6 sessies op een vindplaats; (6) vindplaatsgericht werken verhoogt de toegankelijkheid tot zorg, zeker voor het bereiken van kwetsbare doelgroepen (met name voor personen in een meer precare situatie); (7) 12 maanden na de start van de behandeling met gemiddeld 8 sessies is er een daling van 67% absentisme op het werk (van 5 naar 2 dagen per maand) en verbetering op niveau van het algemene dagelijks functioneren.

Op het **niveau van de klinisch psycholoog / orthopedagoog** zijn er de volgende bevindingen: (1) de klinische praktijk van de geconventioneerde eerstelijnspsychologische zorg wordt gevoerd door klinische psychologen / orthopedagogen die gemiddeld 10 jaar ervaring hebben; (2) de samenwerking met actoren in de eerste lijn is belangrijk en wordt als erg waardevol geacht maar dient nog verder te worden gestimuleerd. Dit is overigens een expliciete vraag van zowel de geconventioneerde psychologen / orthopedagogen als van de netwerken; (3) klinisch psychologen / orthopedagogen staan open voor groepsinterventies, werken op vindplaatsen of werken in de eerstelijnszorg

in het algemeen maar zijn er vaak nog niet voldoende mee vertrouwd en hebben een daarmee samenhangende nood aan opleiding, vorming, intervisie/supervisie; (4) geconventioneerde psychologen / orthopedagogen staan, anno 2023, (mits een aantal voorwaarden) open om de shift te maken naar werken op de eerste lijn en op vindplaatsen. De *mindset* lijkt te veranderen naar een meer maatschappelijk verankerde behandeling waarin de noden van patiënten en dus de noden van de maatschappij centraal staan.

Aanbevelingen op hulpverleningsniveau

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

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

Een derde aanbeveling heeft betrekking op het brede maatschappelijke voortraject van behandeling binnen een eerstelijnspsychologisch traject in termen van het ontwikkelen van een continuüm van interventies. Tegen de achtergrond van een maatschappelijke toeleiding tot de zorg (i.c. het voorzien van specifieke interventies in de maatschappij die in staat stellen personen met milde en/of beginnende psychische problemen tijdig, laagdrempelig en kort te behandelen via vindplaatsen) en de gekende barrières ten aanzien van het zoeken van professionele hulp voor psychische problemen is de verdere stimulatie van **online interventies en zelfhulp** essentieel. Er is voldoende wetenschappelijke evidentie om te stellen dat zelfhulp en online interventies ‘voortrajecten’ van behandeling zijn (Andrews et al., 2018; Wright et al., 2019; Richards et al., 2020; Palacios et al., 2022; Timulak et al., 2022). Hier kan worden gewerkt aan een portfolio voor de individuele psycholoog / orthopedagoog met bestaande evidence-based online interventies en zelfhulpinitiatieven voor specifieke of brede probleemgebieden.

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

Aanbevelingen op netwerkniveau

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

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

Aanbevelingen op macroniveau

De aanbevelingen op beleidsniveau situeren zich op twee doelstellingen. De eerste doelstelling is de doorontwikkeling van een **populatiemanagementtool**: een beleid dat op een inhoudelijke en kwantificeerbare wijze de plaats van eerstelijnspsychologische zorg in de samenleving duidt en klinisch valideert. Binnen deze aanbeveling is het

cruciaal te werken aan (1) populatiegegevens rond voorkomen en zorggebruik van psychische stoornissen en psychische problemen op populatie- en netwerkniveau, die de noden van de bevolking en haar kwetsbare groepen articuleren, (2) zorgtrajecten die zich afspelen binnen netwerken en (3) een verduurzaming van populatiegebaseerde verdeling van financiële middelen waarin kwetsbaarheid en precariteit op regionaal, lokaal en gemeentelijk niveau leidende principes zijn.

Een tweede aanbeveling op beleidsniveau is de ontwikkeling van een **stap-voor-stap leidraad voor de doorontwikkeling van de eerstelijnspsychologische zorg**, geararticuleerd in het ontwikkelen en nastreven van (1) standaarden in implementatietrajecten van eerstelijnspsychologische zorg, (2) standaarden in de eerstelijnspsychologische zorg (inclusief goed/best practices, evidence-based interventies op individueel en groepsniveau) en monitoring en (3) standaarden in samenwerkingsverbanden en doorverwijstrajecten binnen netwerken. Naar analogie met de HIC- (High Intensive Care) en ART- (Active Recovery Triad) monitor (een gelijkaardige monitor voor de behandeling van personen met ernstige psychiatrische problematieken – zie Van Melle et al., 2019; Zomer et al., 2022) zou een Belgische versie voor de eerstelijnspsychologische zorg (**een ELP-monitor**) kunnen dienen als een leidraad voor implementatie, kwaliteit en modelgetrouwheid, het waarborgen van een aantal *standards-of-care* en het identificeren en evalueren van kwaliteitsindicatoren voor de uitoefening en de organisatie van de zorg. Om deze input te monitoren en om motivatie te genereren en te behouden voor het implementeren van een aantal standaarden is een betrouwbare modelgetrouwheidsschaal nodig. Omdat het model vele facetten heeft – het bestaat uit verschillende componenten die elk belangrijk zijn voor de kwaliteit van de zorg in brede zin – is het van cruciaal belang te kunnen meten in hoeverre modelgetrouwheid en standaarden effectief zijn geïmplementeerd binnen netwerken. Na ontwikkeling heeft dergelijke monitor een functie als beoordelingsschaal ten behoeve van de kwaliteit en modelgetrouwheid van de interventies en de organisatie van de eerstelijnspsychologische zorg in België. De monitor zal netwerken in staat stellen het eigen functioneren in beeld te brengen door het eigen functioneren te kunnen bekijken ten aanzien van een aantal standaarden. Zo kunnen netwerken naar aanleiding van hun scores op de ELP-monitor de kwaliteit van zorg en modelgetrouwheid van interventies verder optimaliseren en bijsturen. (4) Een laatste standaard betreft een standaard in allocatie van financiële middelen op niveau van netwerken, rekening houdend met de specifieke kenmerken van de bevolking van gemeenschappen, gewesten en netwerken in termen van precariteit, kwetsbaarheden en ongelijkheden van de bevolking, teneinde een verdeelsleutel te ontwikkelen volgens een solidariteitsprincipe.

REFERENTIES

- Andrew, G., Basu, A., Cuijpers, P., ..., Newby, J. M. (2018). Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: An updated meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 55, 70-78.
- Bruffaerts, R., Vilagut, G., Demyttenaere, K., & the EU-World Mental Health Consortium investigators. (2011). *The burden of mental disorders in the European Union. Results from the European Union – World Mental Health (EU-WMH) Surveys Initiative Project*. Luxembourg: Executive Agency for Health and Consumers (EAHC), European Commission. Retrieved from <http://www.eu-wmh.org/PDF/BURDEN.pdf>

- Dolan, N., Simmonds-Buckley, M., Kellett, S., Siddell, E., & Delgadillo, J. (2021). Effectiveness of stress control large group psychoeducation for anxiety and depression: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology, 60*(3), 375-399. <https://doi.org/10.1111/bjc.12288>
- Kaldo, V., Bothelius, K., Blom, K., ..., Jernelöv, S. (2020). An open-ended primary-care group intervention for insomnia based on a self-help book: A randomized controlled trial. *Journal of Sleep Research, 29*(1), e12881. <https://doi.org/10.1111/jsr.12881>
- Kinard, A., Glowacz, F., Bruffaerts, R., & Jansen, L. (2023). *L'implémentation des soins psychologiques de première ligne en Belgique: profil et satisfaction des psychologues et orthopédagogues de première ligne*. *Annales Médico-Psychologiques* [In press].
- McDaniel, S. H., Grus, C. L., Cubic, B. A., ..., Johnson, S. B. (2014). Competencies for psychology practice in primary care. *American Psychologist, 69*(4), 409-429. <https://doi.org/10.1037/a0036072>
- Palacios, J. E., Enrique, A., Mooney, O., ..., Richards, D. (2022). Durability of treatment effects following internet-delivered cognitive behavioural therapy for depression and anxiety delivered within a routine care setting. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 29*(5), 1768-1777. <https://doi.org/10.1002/cpp.2743>
- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). *Redefining health care*. Boston: Harvard Business Review Press.
- Richards, D., Enrique, A., Eilert, N., ..., Solesse S. (2020). A pragmatic randomized waitlist-controlled effectiveness and cost-effectiveness trial of digital interventions for depression and anxiety. *npj Digital Medicine, 3*, 85. <https://doi.org/10.1038/s41746-020-0293-8>.
- Rogiers, R., Baeken, C., Van den Abbeele, D., ..., Lemmens, G. M. D. (2022). Group Intervention 'Drop it!' Decreases Repetitive Negative Thinking in Major Depressive Disorder and/or Generalized Anxiety Disorder: A Randomised Controlled Study. *Cognitive Therapy and Research, 46*(1), 182-196. <https://doi.org/10.1007/s10608-021-10240-6>
- Sundquist, J., Palmér, K., Johansson, L., & Sundquist, K. (2017). The effect of mindfulness group therapy on a broad range of psychiatric symptoms: A randomised controlled trial in primary health care. *European Psychiatry, 43*, 19-27. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.328>.
- Timulak, L., Richards, D., Bhandal-Griffin, L., ..., Eustis, E. H. (2022). Effectiveness of the internet-based Unified Protocol transdiagnostic intervention for the treatment of depression, anxiety and related disorders in a primary care setting: A randomized controlled trial. *Trials, 23*, 721. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06551-y>.
- van Melle, A. L., Voskes, Y., de Vet, H. C. W., ..., Widdershoven, G. A. M. (2019). High and Intensive Care in Psychiatry: Validating the HIC Monitor as a Tool for Assessing the Quality of Psychiatric Intensive Care Units. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 46*(1), 34-43. doi: 10.1007/s10488-018-0890-x.
- World Health Organization. (2022). World mental health report: *Transforming mental health for all*. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Wright, J. H., Owen, J. J., Richards, D., ..., Thase, M. E. (2019). Computer-assisted cognitive-behavior therapy for depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry, 80*(2), 18r12188.
- Zomer, L. J. C., van der Meer, L., van Weeghel, J., ..., Voskes, Y. (2022). The Active Recovery Triad monitor: Evaluation of a model fidelity scale for recovery-oriented care in long-term mental health care settings. *BMC Psychiatry, 22*(1), 346. doi: 10.1186/s12888-022-03949-5.

RÉSUMÉ

La structure et l'organisation des soins ambulatoires en santé mentale en Belgique ont fondamentalement changé depuis 2011. Ces nouvelles structures et organisations sont ancrées sur le territoire belge depuis plus d'une décennie dans des réseaux dont l'ancrage des soins de santé mentale de première ligne est un *leitmotiv*. Ce faisant, la politique belge suit la recommandation de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2022). Cet ancrage est une première étape vers des soins intégrés durables et permet d'aborder deux aspects problématiques des soins de santé mentale en Belgique. Premièrement, il y a la problématique du *unmet need*, qui se traduit par un long délai avant qu'une personne souffrant de problèmes de santé mentale n'entre en traitement (environ 10-15 ans) (Bruffaerts et al., 2011). Deuxièmement, il y a le problème de l'*overmet need*, qui se traduit par un niveau élevé de soins hautement spécialisés, même pour les patients souffrant de problèmes de santé mentale légers (Mistiaen et al., 2017). Cela conduit, entre autres, à l'utilisation élevée de produits psychopharmaceutiques dans la population générale belge, ou à une progression rapide vers l'hospitalisation psychiatrique ou un traitement psychiatrique très spécialisé. La convention des soins psychologiques dans la première ligne^{1,2} doit être envisagée au regard de ces deux caractéristiques des soins de santé mentale en Belgique au 21^e siècle. Deux questions se posent alors. Tout d'abord, on peut se demander dans quelle mesure la convention des soins psychologiques dans la première ligne conduit les patients vers des soins plus précoces. En effet, un long délai entre le début des problèmes psychologiques et le moment où une aide professionnelle est effectivement recherchée conduit à une progression ou une intensification et aggravation de ces problèmes. Dès lors, un accès rapide et à bas seuil aux soins est nécessaire, et une orientation et des indications quant à ces soins doivent être fournis au patient. Deuxièmement, il convient de se demander dans quelle mesure la convention peut jouer un rôle dans l'acheminement rapide vers des soins psychiatriques hautement spécialisés. Dans ce contexte, il est important d'offrir des soins psychologiques précoces et « proches des gens » (OMS, 2022). La convention peut donc être considérée comme une intervention systémique : il s'agit d'un système de soins remboursés qui s'ajoute à l'organisation des soins déjà existante, plutôt que d'un traitement spécifique proposé aux patients.

C'est dans ce contexte que se situe la présente étude. Plus précisément, les questions de recherche suivantes sont abordées : (1) quels profils de patients spécifiques sont admis aux soins psychologiques de première ligne ? ; (2) quelle est la place du psychologue/

-
- 1 Les soins psychologiques dans la première ligne : couvrent différentes interventions (en groupe ou individuelle), qui peuvent varier dans la durée de prise en charge s'inscrivant toutes dans une logique de soins primaires en collaboration avec les partenaires du réseau permettant de soutenir la prise en charge du patient au sein même de son milieu de vie. Ils incluent deux modalités d'intervention : le soins psychologiques de première ligne (SPL) et les soins psychologiques spécialisés (SPS).
 - 2 Les soins primaires en santé mentale : Ce concept théorique renvoie à une perspective de santé biopsychosociale, ils sont définis par l'OMS dans la convention de Genève (2001) comme la mise à disposition de soins en santé mentale curatifs et préventifs au premier point de contact et d'entrée dans le système de soin de santé.

orthopédagogue conventionné dans l'organisation des soins, c'est-à-dire le réseau ? ; et (3) quelles propositions peuvent être formulées, sur la base de l'étude, pour fournir un cadre politique durable pour les soins psychologiques de première ligne en Belgique ?

Quels sont les profils cliniques couverts par la convention de psychologie dans la première ligne?

Sur une base annuelle, environ 147.000 patients sont traités dans le cadre de la convention de soins psychologiques de première ligne en Belgique, ce qui génère environ 850.000 séances sur une base annuelle (équivalent à 6 séances par parcours de soins). Dans ce groupe, un échantillon de 2.745 patients a été constitué par échantillonnage de commodité (avec une collecte de données entre novembre 2020 et mars 2023) et les patients ont été inclus dans une enquête par questionnaire qui sondait les profils cliniques (c'est-à-dire les caractéristiques sociodémographiques, le diagnostic de troubles psychiques, la qualité de vie, l'absentéisme et la résilience) et le recours antérieur aux soins. Les patients ont été interrogés 3, 6 et 12 mois après le traitement de référence. L'âge moyen des patients était de 39 ans ; les données de l'échantillon ont été statistiquement pondérées pour être représentatives de la population des patients traités (N~147.000) en utilisant les paramètres de population obtenus par l'INAMI.

Profils cliniques des patients traités

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

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

Cette question de recherche a donné lieu à trois résultats principaux. (1) pour 4 patients sur 10, le traitement actuel est le tout premier pour des raisons (ou motifs) de santé mentale; (2) environ la moitié des patients traités font état d'antécédents de traitement pour des problèmes psychologiques. Un tiers des patients traités avaient déjà reçu un traitement (médicamenteux) au cours de l'année pendant laquelle le traitement psychologique primaire a également eu lieu. Un patient sur quatre avait déjà suivi au moins deux traitements dans le cadre de la convention. (3) La durée médiane entre l'apparition des problèmes de santé mentale et le moment où les patients ont cherché de l'aide dans le cadre de la convention était de 4 ans pour ceux qui n'avaient jamais été en traitement auparavant, et de 3 ans pour ceux qui avaient

été en traitement auparavant. Dans presque tous les cas, les soins sont retardés pour des raisons cognitives et attitudeles, telles que le désir de vouloir résoudre les problèmes soi-même (>50%), des raisons financières (30-40%) et l'espoir que les problèmes se résoudront d'eux-mêmes (30-40%).

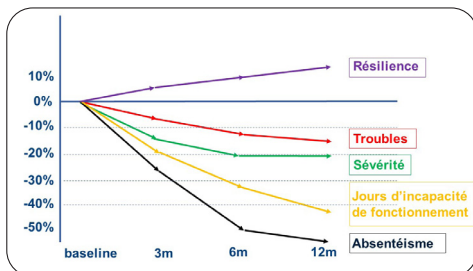
Caractéristiques des trajectoires de traitement dans les soins psychologiques conventionnés dans la première ligne

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

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

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

Figure S1. Évolution de la qualité de vie, de la résilience et de la présence de troubles mentaux après 3, 6 et 12 mois



Trois conclusions principales se dégagent : (1) en général, après 3 et 6 mois, respectivement, les problèmes ont diminué de 17 et 26% et la résilience a augmenté de 5 et 10 %, respectivement (voir **figure S1**) ; (2) après 3 et 6 mois après le début du traitement, les outcomes sociaux et participatifs (c.-à-d. l'absentéisme et les jours de non-fonctionnement) ont diminué (de 22 et 37%, respectivement) par rapport aux outcomes plus cliniques (8% de troubles

psychiques en moins et une diminution de 25% de la sévérité des problèmes six mois après le début du traitement) ; (3) les données comparatives diffèrent en fonction du nombre et du type de troubles : par exemple, la diminution du nombre de

jours d'absentéisme mensuel chez les étudiants et les travailleurs est plus importante dans ce groupe qui présentait un taux d'absentéisme élevé au début du traitement. En outre, la réduction des problèmes est plus importante pour certains types de troubles psychiques, principalement les troubles de l'anxiété et de l'humeur et la suicidalité. Un an après le traitement, l'évolution de ces résultats se maintient ; par exemple, la résilience augmente encore de 11% et l'impact sur le fonctionnement quotidien en termes de sévérité et d'absentéisme social reste stable au fil du temps.

La place et la fonction des soins psychologiques primaires dans l'organisation des soins et des réseaux

Actuellement, il y a 3.000 psychologues/orthopédagogues conventionnés. Afin d'obtenir une image de leurs points de vue et expériences sur la fonction et la place des soins psychologiques de première ligne, 793 psychologues/orthopédagogues et 270 médecins ont participé aux enquêtes en ligne via un échantillonnage de commodité. Vingt *focus groups* ont été menés avec 62 coordinateurs de réseaux et coordinateurs locaux. Les principaux résultats concernent les processus d'implémentation dans les réseaux, les pratiques utilisées et la collaboration avec les différents acteurs du réseau. Outre ce volet quantitatif, une étude de cas (*case study*) a été mise en œuvre dans deux sites. Les résultats spécifiques de ce volet qualitatif concernaient principalement les expériences des praticiens conventionnés dans les soins psychologiques de première ligne, les collaborations ainsi que les conditions et les bonnes pratiques liées à l'accès et au flux des patients au niveau du réseau.

Profil et pratiques cliniques affiliées des psychologues/orthopédagogues conventionnés dans la première ligne

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

En ce qui concerne les **pratiques de collaboration**, 51% des psychologues/orthopédagogues conventionnés ne consultent jamais les partenaires du réseau. Parmi ceux qui les consultent, ces contacts sont peu fréquents, c'est-à-dire moins d'une fois par semaine. Les contacts se font alors le plus souvent avec les collègues psychologues, les équipes mobiles, les médecins généralistes et les psychiatres, mais presque jamais avec, par exemple, l'ONE, le travail communautaire, les centres PMS ou le gériatre (dans le cas des patients gériatriques).

Modèle conceptuel des soins psychologiques dans la première ligne. Les problèmes psychologiques dans le cadre des soins primaires peuvent être encadrés par deux dimensions : (1) la sévérité et (2) la durée des problèmes psychologiques. Ces dimensions définissent les soins de première ligne (SPL) et les soins spécialisés

(SPP) dans le paysage de la santé mentale. Alors que le SPL se situent dans les deux quadrants supérieurs pour les symptômes mentaux d'intensité légère à modérée, les soins plus spécialisés se concentrent sur les symptômes psychiques sévères. Les soins psychologiques de première ligne et spécialisés peuvent tous deux se concentrer sur l'intervention précoce et l'accès à bas seuil pour des problèmes de santé mentale récemment apparus. Par ailleurs, par définition, les soins psychologiques primaires doivent se situer à proximité (au plus proche) du patient, de préférence à des points de référence, comme première porte d'entrée vers des soins professionnels dans les cas d'impact léger à modéré sur le fonctionnement quotidien. Les soins psychologiques spécialisés ont également cette fonction, mais ils se concentrent davantage sur des problèmes plus enracinés ayant des répercussions plus graves. En plus de la détection précoce, la convention met également l'accent sur la prévention des rechutes par (1) le renforcement de la résilience et la mobilisation des ressources sous la forme d'interventions individuelles ou de groupe à court terme dans le cas des soins psychologiques primaires et par (2) un traitement individuel ou de groupe plus intensif axé sur la spécificité et la sévérité des problèmes dans le cas des soins psychologiques spécialisés. Les besoins et les objectifs du patient sont au centre des préoccupations, les deux formes de traitement, dans les deux dimensions, visent à activer le réseau individuel et professionnel autour du patient, et à orienter ou réorienter le cas échéant, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la convention.

Une étude de cas de « bonnes pratiques » dans deux réseaux

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

Il est nécessaire de **clarifier ce que la convention garantit effectivement aujourd'hui** : une intervention spécifique pour un profil spécifique de patients (en d'autres termes, une intervention au niveau micro) et/ou une forme d'intervention dans l'organisation des soins, ou une intervention systémique (au niveau méso). Actuellement, en fonction des psychologues individuels, de leurs partenariats et des préférences spécifiques du réseau, les deux conceptualisations s'appliquent. Il est clair que la convention vise un public que l'on peut qualifier de « socialement vulnérable » ; il ne fait aucun doute que la précarité du patient et de son système est un principe directeur pour l'inclusion des patients. En revanche, il existe une plus grande ambiguïté qui se reflète dans la question de savoir s'il existe des profils cliniques spécifiques qu'il est préférable de traiter dans le cadre de la convention. Cette question crée une tension entre les critères d'inclusion/exclusion d'une part et l'orientation/réorientation d'autre part.

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

niveau du réseau est une condition essentielle. Les coordinateurs de réseaux et les coordinateurs locaux jouent un rôle essentiel dans ces processus.

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

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

Conclusion et recommandations

Les données scientifiques accumulées dans le cadre du projet EPCAP montrent clairement qu'avec près de 150.000 patients traités annuellement, le cadre de la convention des soins psychologiques dans la première ligne est en cours de validation sociale : on observe un afflux progressivement croissant de patients qui n'ont jamais été en traitement auparavant. On constate également que les patients tardent moins à se faire soigner : les personnes souffrant de problèmes de santé mentale/troubles mentaux entrent donc significativement plus rapidement dans le système de soins. L'admission du patient dans le système de soins est dès lors plus fluide et plus rapide. Les données montrent également une validité clinique : après une période moyenne de 4 ans de problèmes mentaux ou de troubles mentaux, après une moyenne de 6 séances, les symptômes mentaux diminuent et la qualité de vie quotidienne et la résilience des patients traités augmentent, et ce pendant au moins 6 mois après le début du traitement.

Au niveau des patients et de la communauté, les résultats sont les suivants : (1) 34% des patients traités dans le cadre de la convention sont des patients sans troubles mentaux ou avec des troubles mentaux apparus il y a moins d'un an ; (2) pour 44% des patients, le traitement est le tout premier et le délai entre l'apparition des problèmes mentaux et le moment de rechercher effectivement de l'aide est de 4 ans ; (3) 28% des patients traités sont dans une position socio-économique ou sociodémographique vulnérable et précaire ; (4) environ un quart des patients ont besoin d'une prise en charge ambulatoire ou résidentielle après un traitement conventionnel ; (5) 10% des séances se déroulent en groupe et 1 séance sur 6 dans un lieu ressource ; (6) le travail dans un lieu d'accroche augmente l'accessibilité aux soins, notamment pour atteindre les groupes cibles vulnérables (en particulier ceux qui se trouvent dans des situations plus précaires) ; (7) 6 mois après le début du traitement avec une moyenne de 6 séances, il y a une diminution de 41% de l'absentéisme au travail (de 5 à 2 jours par mois) et une amélioration du fonctionnement général de la vie quotidienne.

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

Recommandations au niveau clinique

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

Étant donné qu'un large éventail de problèmes et de troubles psychiques est traité, il est nécessaire de travailler avec des **instruments cliniques et des questionnaires** (« outils cliniques ») pour le patient. Ceux-ci ne visent pas à trier les patients en vue d'une éventuelle inclusion/exclusion, mais à aider le professionnel à poser une indication adéquate pour le patient notifié (comme le SPL, les soins spécialisés (SPS), la psychothérapie et, par la suite, l'intervention individuelle/de groupe). Cette recommandation comprend trois éléments centraux. Premièrement, l'objectif des outils cliniques sera de décrire les besoins/ objectifs du patient, ainsi que les éléments psychiatriques (tels que les troubles psychiques), la résilience et la qualité de vie (McDaniel et al.,2014). Ainsi, un tel outil peut également être utilisé comme un outil qui démontre l'évolution du patient. Deuxièmement, cet outil clinique fournira des indications personnalisées, avec une validité prédictive concernant les soins nécessaires pour tel ou tel patient.

Troisièmement, ce qui précède crée un cadre pour la collecte de données et le suivi des patients traités dans le cadre de la convention, tant au niveau du réseau qu'au niveau politique. Un tel système de suivi répond à la nécessité de recueillir des données générales sur les traitements, centrées sur le patient et déclarées par lui, au niveau de la population et du réseau, et donc de travailler concrètement à une politique de santé fondée sur la valeur (Porter & Teisberg 2006).

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

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

Recommandations au niveau de l'organisation et les réseaux

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

Une deuxième recommandation au niveau des réseaux concerne **la création de leviers qui stimulent davantage la coopération au sein des réseaux** afin d'être en mesure de travailler davantage sur le terrain (par exemple en fournissant une compensation en cas d'absence), d'avoir une meilleure connaissance des possibilités d'orientation au sein de son propre réseau, des possibilités d'échange de bonnes pratiques et

des possibilités de communication optimale entre les partenaires. Il convient ici d'envisager des alternatives au bilan fonctionnel en vue de créer une communication optimale entre les partenaires et le patient.

Recommandations au niveau politique

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

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

RÉFÉRENCES

- Andrew, G., Basu, A., Cuijpers, P., ..., Newby, J. M. (2018). *Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: An updated meta-analysis*. *Journal of Anxiety Disorders*, 55, 70-78.
- Bruffaerts, R., Vilagut, G., Demyttenaere, K., & the EU-World Mental Health Consortium investigators. (2011). *The burden of mental disorders in the European Union. Results from the European Union – World Mental Health (EU-WMH) Surveys Initiative Project*. Luxembourg: Executive Agency for Health and Consumers (EAHC), European Commission. Retrieved from <http://www.eu-wmh.org/PDF/BURDEN.pdf>
- Dolan, N., Simmonds-Buckley, M., Kellett, S., Siddell, E., & Delgadillo, J. (2021). *Effectiveness of stress control large group psychoeducation for anxiety and depression: Systematic review and meta-analysis*. *British Journal of Clinical Psychology*, 60(3), 375-399. <https://doi.org/10.1111/bjc.12288>
- Kaldo, V., Bothelius, K., Blom, K., ..., Jernelöv, S. (2020). *An open-ended primary-care group intervention for insomnia based on a self-help book: A randomized controlled trial*. *Journal of Sleep Research*, 29(1), e12881. <https://doi.org/10.1111/jsr.12881>
- Kinard, A., Glowacz, F., Bruffaerts, R., & Jansen, L. (2023). *L'implémentation des soins psychologiques de première ligne en Belgique: profil et satisfaction des psychologues et orthopédagogues de première ligne*. *Annales Médico-Psychologiques* [In press].
- McDaniel, S. H., Grus, C. L., Cubic, B. A., ..., Johnson, S. B. (2014). *Competencies for psychology practice in primary care*. *American Psychologist*, 69(4), 409-429. <https://doi.org/10.1037/a0036072>
- Palacios, J. E., Enrique, A., Mooney, O., ..., Richards, D. (2022). *Durability of treatment effects following internet-delivered cognitive behavioural therapy for depression and anxiety delivered within a routine care setting*. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 29(5), 1768–1777. <https://doi.org/10.1002/cpp.2743>
- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). *Redefining health care*. Boston: Harvard Business Review Press.
- Richards, D., Enrique, A., Eilert, N., ..., Solesse S. (2020). *A pragmatic randomized waitlist-controlled effectiveness and cost-effectiveness trial of digital interventions for depression and anxiety*. *npj Digit. Med.*, 3, 85. <https://doi.org/10.1038/s41746-020-0293-8>.
- Rogiers, R., Baeken, C., Van den Abbeele, D., ..., Lemmens, G. M. D. (2022). *Group Intervention 'Drop it!' Decreases Repetitive Negative Thinking in Major Depressive Disorder and/or Generalized Anxiety Disorder: A Randomised Controlled Study*. *Cognitive Therapy and Research*, 46(1), 182-196. <https://doi.org/10.1007/s10608-021-10240-6>
- Sundquist, J., Palmér, K., Johansson, L., & Sundquist, K. (2017). *The effect of mindfulness group therapy on a broad range of psychiatric symptoms: A randomised controlled trial in primary health care*. *European Psychiatry*, 43, 19-27. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.328>.
- Timulak, L., Richards, D., Bhandal-Griffin, L., ..., Eustis, E. H. (2022). *Effectiveness of the internet-based Unified Protocol transdiagnostic intervention for the treatment of depression, anxiety and related disorders in a primary care setting: A randomized controlled trial*. *Trials*, 23, 721. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06551-y>.
- van Melle, A. L., Voskes, Y., de Vet, H. C. W., ..., Widdershoven, G. A. M. (2019). *High and Intensive Care in Psychiatry: Validating the HIC Monitor as a Tool for Assessing the Quality of Psychiatric Intensive Care Units*. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 46(1), 34-43. doi: 10.1007/s10488-018-0890-x.

World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Wright, J. H., Owen, J. J., Richards, D., ..., Thase, M. E. (2019). *Computer-assisted cognitive-behavior therapy for depression: A systematic review and meta-analysis*. *Journal of Clinical Psychiatry*, 80(2), 18r12188.

Zomer, L. J. C., van der Meer, L., van Weeghel, J., ..., Voskes, Y. (2022). *The Active Recovery Triad monitor: Evaluation of a model fidelity scale for recovery-oriented care in long-term mental health care settings*. *BMC Psychiatry*, 22(1), 346. doi: 10.1186/s12888-022-03949-5.

INHOUDSOPGAVE

| | | |
|-------------------------------|--|----|
| VOORWOORD | | 5 |
| TEN GELEIDE | | 7 |
| SAMENSTELLING ONDERZOEKSTEAM | | 9 |
| SAMENVATTING | | 11 |
| RÉSUMÉ | | 21 |
| AUTEURS | | 37 |
| LIJST MET TABELLEN EN FIGUREN | | 39 |
| DEEL 1 | ACHTERGROND | 45 |
| HOOFDSTUK 1 | Psychisch welzijn en psychische stoornissen in België | 47 |
| CHAPITRE 2 | Réformes & soins psychologiques de première ligne | 53 |
| HOOFDSTUK 3 | Wetenschappelijke evaluatie van de eerstelijnspsychologische zorg in België: doelstellingen van het onderzoeksproject | 63 |
| DEEL 2 | METHODOLOGIE | 67 |
| HOOFDSTUK 4 | Het klinisch profiel van de behandelde patiënt binnen de eerstelijnspsychologische zorg: steekproef en analysemethoden | 69 |
| HOOFDSTUK 5 | Het klinisch profiel van de behandelde patiënt binnen de eerstelijnspsychologische zorg: gebruikte uitkomstmaten | 75 |
| HOOFDSTUK 6 | Plaats en functie van psychologische zorg in de eerste lijn: beschrijving van de gebruikte methodologie | 83 |

| | | |
|---------------|---|-----|
| DEEL 3 | KLINISCHE PROFIELEN VAN BEHANDELDE PATIËNTEN IN DE EERSTELIJNSPSYCHOLOGISCHE ZORG | 95 |
| HOOFDSTUK 7 | Sociodemografische karakteristieken van behandelde patiënten in de eerstelijnspsychologische zorg | 97 |
| HOOFDSTUK 8 | Psychische problemen en psychiatrische comorbiditeit bij patiënten behandeld in de eerstelijnspsychologische zorg | 101 |
| HOOFDSTUK 9 | Kwaliteit van leven en lijdensdruk bij patiënten in de eerstelijnspsychologische zorg | 109 |
| HOOFDSTUK 10 | Toeleiding tot en behandeling binnen, tijdens en na de eerstelijnspsychologische zorg | 115 |
| HOOFDSTUK 11 | Evolutie van de klinische symptomatologie en kwaliteit van leven na de start van eerstelijnspsychologische behandeling | 131 |
| HOOFDSTUK 12 | Jongeren binnen de eerstelijnspsychologische zorg | 143 |
| DEEL 4 | PLAATS EN FUNCTIE VAN PSYCHOLOGISCHE ZORG IN DE EERSTE LIJN | 151 |
| CHAPITRE 13 | Le processus d'implémentation de la nouvelle convention au travers des coordinateurs (de réseaux et locaux) | 153 |
| CHAPITRE 14 | Etude des profils et des pratiques des psychologues/orthopédagogues conventionnés dans les réseaux de santé mentale – Données quantitatives | 165 |
| CHAPITRE 15 | Etude des profils et des pratiques des psychologues/orthopédagogues conventionnés dans les réseaux de santé mentale – Données qualitatives | 183 |

| | | | |
|---------------|----|---|-----|
| CHAPITRE | 16 | Etude par focus groups sur l'expérience des psychologues/orthopédagogues conventionné(e)s dans un réseau de santé mentale adulte ou enfant/adolescent | 203 |
| CHAPITRE | 17 | Vers une modélisation des soins psychologiques | 229 |
| HOOFDSTUK | 18 | Goede praktijken binnen de psychologische zorg in de eerste lijn | 233 |
| HOOFDSTUK | 19 | Gerichte psychologische zorg in de eerste lijn: instrument ter ondersteuning van datagestuurde besluitvorming | 239 |
| DEEL 5 | | CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN | 247 |
| | | GECONVENTIONEERDE EERSTELIJNSPSYCHOLOGISCHE ZORG IN BELGIË | 249 |
| | | LES SOINS PSYCHOLOGIQUES PRIMAIRES CONVENTIONNELS EN BELGIQUE | 255 |

AUTEURS

ERIK BOOTSMA, MSc – Biomedisch wetenschapper en doctoraal onderzoeker, Maatschappelijke Geestelijke Gezondheidszorg, Departement Neurowetenschappen, KU Leuven, België.

RONNY BRUFFAERTS, PhD – Klinisch psycholoog en hoogleraar, Maatschappelijke Geestelijke Gezondheidszorg, Departement Neurowetenschappen, KU Leuven, België.

FRANCO GERICKE, MSc – Psychometrist en doctoraal onderzoeker, Institute for Life Course Health Research, Department of Global Health, Stellenbosch Universiteit, Zuid-Afrika.

FABIENNE GLOWACZ, PhD – Klinisch psycholoog en hoogleraar, Service de Psychologie clinique de la délinquance Unité de recherche Arch - Adaptation, Résilience et Changement, Université de Liège.

LEONTIEN JANSEN, PhD – Klinisch psycholoog en postdoctoraal onderzoeker, Maatschappelijke Geestelijke Gezondheidszorg, Departement Neurowetenschappen, KU Leuven, België.

ANNABELLE KINARD, MSc – Klinisch psycholoog en doctoraal onderzoeker, Service de Psychologie clinique de la délinquance Unité de recherche Arch - Adaptation, Résilience et Changement, Université de Liège.

LUCIE PELZ, MSc – Klinisch psycholoog en doctoraal onderzoeker, Service de Psychologie clinique de la délinquance Unité de recherche Arch- Adaptation, Résilience et Changement, Université de Liège.

WOUTER VOORSPOELS, PhD – Statisticus en postdoctoraal onderzoeker, Maatschappelijke Geestelijke Gezondheidszorg, Departement Neurowetenschappen, KU Leuven.

LIJST MET TABELLEN EN FIGUREN

| | | |
|-------------|---|-----|
| Figuur S1 | Evolutie kwaliteit van leven, veerkracht en aanwezigheid psychische stoornissen na 3, 6 en 12 maanden | 13 |
| Figure S1 | Évolution de la qualité de vie, de la résilience et de la présence de troubles mentaux après 3, 6 et 12 mois | 23 |
| Tabel 4.1 | Steekproefgrootte per leeftijdscategorie | 71 |
| Tabel 5.1 | Geïnccludeerde instrumenten | 77 |
| Figuur 6.1 | Organigram | 83 |
| Table 6.1 | Calcul de la population | 85 |
| Figure 6.2 | Répartition régionale des psychologues conventionnés – Août 2022 | 85 |
| Table 6.2 | Nombre de participants selon la région et le type de conventionnement | 90 |
| Tabel 7.1 | Sociodemografische kenmerken | 98 |
| Figuur 8.1 | Psychische stoornissen en problemen bij patiënten behandeld in de eerstelijnspsychologische zorg | 103 |
| Figuur 8.2 | Jaarprevalentie van psychische stoornissen en gerelateerde problemen | 104 |
| Figuur 8.3 | Prevalentie van psychiatrische comorbiditeit | 105 |
| Figuur 8.4 | Comorbiditeit van psychische stoornissen en suïcidaal gedrag en/of gedachten | 106 |
| Figuur 9.1 | Impact van psychische stoornissen en gerelateerde problemen op het dagelijks leven (werk/ school, privé en/of sociaal leven) | 110 |
| Figuur 9.2 | De mate van crisis en de urgentie om actie te ondernemen bij aanvang van de psychologische behandeling in de eerste lijn en na 3, 6 en 12 maanden | 111 |
| Figuur 10.1 | Zorgtraject in de 12 maanden voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling in het kader van een psychisch probleem | 116 |
| Figuur 10.2 | Redenen om de behandeling uit te stellen | 118 |
| Figuur 10.3 | Percentage patiënten per psychische stoornis of gerelateerde problematiek dat behandeld wordt op een vindplaats | 119 |

| | | |
|---------------------|--|-----|
| Figuur 10.4 | Status van de ELP- of GPZ- behandeling op baseline en na 3, 6 en 12 maanden | 120 |
| Figuur 10.5 | Professionele behandeling na (vroegtijdige) afronding van ELP- of GPZ-behandeling | 121 |
| Figuur 10.6 | Zorggebruik (%) voorafgaand aan ELP- of GPZ-behandeling | 123 |
| Figuur 10.7 | Zorggebruik voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling, per leeftijd | 124 |
| Figuur 10.8 | Zorggebruik in de 5 jaar en 12 maanden voorafgaand aan de ELP- en GPZ-behandeling, op basis van professionele status | 125 |
| Figuur 10.9 | Voorafgaand zorggebruik bij patiënten die in de 12 maanden voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling een psychische stoornis rapporteren | 126 |
| Figuur 10.10 | Zorg- en medicatiegebruik in de 12 maanden voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling, gerelateerd aan de impact van psychische problemen op het dagelijks functioneren | 127 |
| Figuur 10.11 | Zorg- en medicatiegebruik in de 12 maanden voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling, gerelateerd aan de mate van psychische crisis bij aanvang van de behandeling | 128 |
| Figuur 11.1 | Prevalentie van psychische stoornissen en gerelateerde problemen na 3, 6 en 12 maanden na de start van de behandeling | 132 |
| Figuur 11.2 | Percentage patiënten met een ernstige tot zeer ernstige impact op het dagelijks functioneren, per psychische stoornis of gerelateerd probleem aan de start van de psychologische behandeling in de eerste lijn | 133 |
| Figuur 11.3 | Proportie patiënten met ernstige tot zeer ernstige impact van psychische problemen op het dagelijks functioneren | 134 |
| Figuur 11.4 | Gemiddelde veerkracht bij de start van de ELP- of GPZ- behandeling en na 3, 6 en 12 maanden | 135 |
| Figuur 11.5 | Gemiddelde veerkracht bij kwetsbare groepen bij de start van de ELP- of GPZ- behandeling en na 3 en 6 maanden | 137 |
| Figuur 11.6 | Aantal dagen van niet en minder functioneren per maand bij de start van de ELP- of GPZ-behandeling en na 3, 6 en 12 maanden | 138 |
| Figuur 11.7 | Dagen van niet-functioneren bij de start van behandeling en na 3, 6 en 12 maanden bij studenten, werkende patiënten en niet-werkende patiënten | 139 |

| | | |
|--------------|---|-----|
| Figuur 11.8 | Dagen van minder functioneren bij de start van de behandeling en na 3, 6 en 12 maanden bij studenten, werkende patiënten en niet-werkende patiënten | 140 |
| Figuur 11.9 | WLD-indices bij de start van de behandeling en na 3, 6 en 12 maanden bij studenten, werkende patiënten en niet-werkende patiënten | 141 |
| Figuur 12.1 | Percentage jongeren met verhoogde scores op de SDQ, per leeftijdscategorie | 143 |
| Figuur 12.2 | Prevalentie en impact van emotionele problemen, per leeftijd | 144 |
| Figuur 12.3 | Percentage jongeren met verhoogde scores op de SDQ, per geslacht | 145 |
| Figuur 12.4 | Gezinsfunctioneren op basis van de General Functioning subschaal van de Family Assessment Device (FAD) | 146 |
| Figuur 12.5 | Evolutie in de prevalentie van emotionele problemen na drie en zes maanden bij jongeren van 11-25 jaar | 147 |
| Figure 13.1 | Les fonctions et missions des coordinateurs | 155 |
| Figure 13.2 | Schéma récapitulatif pour les partenaires actuels et envisagés | 158 |
| Figure 13.3 | Processus d'implémentation de la convention | 162 |
| Figure 14.1 | Représentation par régions | 165 |
| Figure 14.2 | Approche thérapeutique | 166 |
| Figure 14.3 | Statut professionnel en tant que psychologues/orthopédagogues conventionnés | 166 |
| Figure 14.4 | Conventionnement dans les réseaux de santé mentale | 167 |
| Figure 14.5 | Type de soins repris dans la convention des praticiens | 168 |
| Figure 14.6 | Pratique auprès des patients par tranche d'âge | 168 |
| Figure 14.7 | Participation à la première convention selon le type de réseau de santé mentale | 169 |
| Figure 14.8 | Expérience au sein de la convention selon les réseaux | 169 |
| Figure 14.9 | Environnement de travail des professionnels selon le type de réseau | 170 |
| Figure 14.10 | Environnement physique des professionnels selon le type de réseau | 170 |
| Figure 14.11 | Orientation des patients à l'issue des séances dans la première ligne- réseaux adultes | 171 |

| | | |
|--------------|---|-----|
| Figure 14.12 | Orientation des patients à l'issue des séances dans la première ligne- réseaux enfants/adolescent | 172 |
| Figure 14.13 | Diversité des pratiques- séances individuelles | 173 |
| Figure 14.14 | Diversité des pratiques- séances de groupe | 173 |
| Figure 14.15 | Recours aux formations continues | 174 |
| Table 14.1 | Attitudes interprofessionnelles envers la collaboration | 175 |
| Figure 14.16 | Fréquence des contacts dans le réseau adulte | 176 |
| Figure 14.17 | Fréquence des contacts dans le réseau enfants/adolescents | 176 |
| Figure 14.18 | Fréquence et qualité des contacts | 177 |
| Table 14.2 | De nombreux autres partenaires ont été renseignés par les praticiens | 178 |
| Table 14.3 | Comparaison des moyennes du sentiment d'auto-efficacité chez les professionnels conventionnés dans les réseaux adultes et enfants/adolescents | 179 |
| Figure 14.19 | Sentiment d'auto-efficacité des psychologues conventionnés dans un réseau adulte | 179 |
| Figure 14.20 | Sentiment d'auto-efficacité des psychologues conventionnés dans un réseau enfant/adolescent | 180 |
| Figure 14.21 | Job satisfaction Scale | 181 |
| Figure 14.22 | Engagement et volonté de quitter la convention | 182 |
| Figure 17.1 | Modélisation des soins psychologiques dans la première ligne | 231 |
| Figuur 19.1 | Algoritmisch model | 241 |
| Figuur 19.2 | Klinisch voorbeeld instrument | 242 |



DEEL 1

ACHTERGROND

HOOFDSTUK 1

Psychisch welzijn en psychische stoornissen in België

Ronny Bruffaerts

Leontien Jansen

In de literatuur rond psychische stoornissen in de maatschappij staan twee bevindingen centraal. Een eerste gegeven betreft de bevinding dat psychische stoornissen vaak voorkomen. Grosso modo kan worden gesteld dat tussen 10 en 25% van de algemene bevolking wereldwijd aan de criteria van een psychische stoornis voldoet (Demyttenaere et al., 2004; Bruffaerts et al., 2011). Een tweede – en misschien belangrijkere – bevinding heeft betrekking op het zoeken van hulp. Vaak spreekt men van een zogenaamde ‘treatment gap’ binnen de geestelijke gezondheidszorg. Daarmee bedoelt men dat hoewel psychische stoornissen vaak voorkomen, er erg weinig professionele hulp voor deze psychische problemen wordt gezocht, ondanks hun impact op het dagelijkse leven en de lijdensdruk waarmee ze gepaard gaan. Hierbij aanleunend wordt vaak verteld dat het gros van de behandeling zou gaan naar personen die het in strikte zin niet nodig zouden hebben. Tussen een derde en de helft van de personen in behandeling voor psychische problemen zou geen psychische stoornis hebben wanneer hij of zij effectief in behandeling is.

1.1 Het voorkomen van psychische problemen in de algemene Belgische bevolking

Ongeveer één Belg op vier (i.c. 24%) geeft aan zich momenteel emotioneel niet goed te voelen terwijl 13-15% reeds een periode heeft doorgemaakt met lichte tot matige psychische problemen. Het vaakst gaat het over problemen met betrekking tot angst, depressie en het gebruik van alcohol. De psychische gezondheid is slechter in de leeftijdsgroep van 35-44-jarigen. Bij de respondenten tussen 55 en 74 jaar vinden we minder psychische gezondheidsproblemen (Drieskens et al., 2010). Internationaal onderzoek toont aan dat de prevalentie van zogenaamde common mental disorders (angst-, depressieve en alcoholgebonden stoornissen) redelijk stabiel is op het niveau van een populatie (Kessler et al., 2005). Er is één uitzondering: externaliserend gedrag (zoals suïcidaliteit, binge-gedrag [zowel eten als drinken] en niet-suïcidaal zelfverwendend gedrag) komt vaker voor bij cohorten die meer recent geboren zijn. Het onwelvoelen binnen een algemeen populatiespectief is gestegen in de COVID-19-pandemie (WHO, 2022).

1.2 Het voorkomen van psychische stoornissen in de algemene Belgische bevolking

Ongeveer 15-20% van de bevolking voldoet aan de criteria van minstens één psychische stoornis in de laatste twaalf maanden ('12-maandenprevalentie') (Bruffaerts et al., 2014; Bruffaerts, 2021). Op jaarbasis zijn angststoornissen en stemmingsstoornissen de meest voorkomende stoornissen, met een stijging van impulscontrolestoornissen de laatste jaren. Er zijn geen epidemiologische gegevens voorhanden van psychotische en bipolaire stoornissen op het niveau van de Belgische algemene bevolking, maar op basis van Vlaamse en buitenlandse schattingen wordt het voorkomen van schizofrenie – als een van de psychotische stoornissen met de grootste impact – geschat op een lifetime-prevalentie van 1-2% van de algemene bevolking. Bipolaire stoornissen hebben een 12-maanden- en lifetime-prevalentie van respectievelijk 1-2% (Bruffaerts et al., 2014; 2024).

Wanneer we kijken naar de ernst van de stoornissen is het zo dat tot 70% van de stoornissen niet ernstig is. Psychische stoornissen zijn chronisch: ongeveer 4 op de 10 personen die ooit een stoornis heeft gehad, heeft deze nog steeds of heeft een terugval gekend. Een interessante vraag is hoeveel Belgen ooit een psychische stoornis zullen hebben gehad ('lifetime-risico'). Vanuit een statistische simulatie stellen Bonnewyn et al. (2007) dat 37% van de Belgen op de leeftijd van 75 jaar ooit in hun leven zullen hebben voldaan aan de criteria van een stoornis volgens Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). De vaakst voorkomende stoornissen zijn, in orde van voorkomen, stemmingsstoornissen (23%), angststoornissen (16%) en alcoholgerelateerde stoornissen (11%). Een laatste kerngegeven betreft de ontstaansleeftijden. Impulscontrolestoornissen hebben een vroege ontstaansperiode (gemiddeld rond de leeftijd van 9 jaar), gevolgd door angststoornissen die hun oorsprong vinden in de adolescentie (gemiddeld rond 14 jaar). Alcoholgebonden stoornissen ontstaan dan weer tijdens de jongvolwassenheid (gemiddeld rond 23 jaar) en stemmingsstoornissen ontstaan gemiddeld rond de leeftijd van 38 jaar.

1.3 Behandelaspecten van psychische stoornissen en psychische problemen

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

Op basis van oudere schattingen consulteerde 7-9% van de algemene bevolking op jaarbasis een professionele hulpverlener omwille van emotionele redenen, onafhankelijk van de aanwezigheid van een psychische stoornis (Bruffaerts et al., 2014). De proportie die hulp zoekt binnen de periode van één jaar (of het zogenaamde '12-maandenzorggebruik') is 6% voor degenen zonder een 12-maandenstoornis en 33% voor degenen met minstens één stoornis (24% voor degenen met één stoornis en 56% voor degenen met twee of meer stoornissen). Van de volwassen Belgen zonder stoornis maar met psychische problemen zocht in 2001-2002 11% professionele hulp in het laatste jaar, waarvan 10% bij de klinisch psycholoog (Bruffaerts et al., 2015). Ook binnen de groepen van psychische stoornissen bleef deze proportie erg laag: 17% bij alcoholgerelateerde, 38% bij angst- en 43% bij stemmingsstoornissen. Een boeiend

gegeven rond het zorggebruik is dat het aantal personen dat op jaarbasis professionele hulp zoekt lijkt te stijgen. In navolging van buitenlands onderzoek tonen de Nationale Gezondheidsenquête van 2001, 2004, 2008, 2013 en 2018 inderdaad dat – ten minste voor de contacten met een psycholoog – het zorggebruik is gestegen tussen 2001 en 2018 met 58% (i.c. van 2,4% in 2001 en 3,8% in 2008 naar 4,2% in 2013). Het zorggebruik tussen 2013 en 2018 is zelfs vertweevoudigd (Driessens et al., 2018). Een vollediger beeld van het zorggebruik krijgen we wanneer we ook kijken naar de proportie personen die ooit hulp zoekt voor hun psychische stoornis (of het zogenaamde ‘lifetime-zorggebruik’). Uit analyses blijkt dat de meerderheid van personen met een angst- en stemmingsstoornis uiteindelijk toch de stap zet naar professionele hulpverlening, respectievelijk 84 en 94%. Een ander patroon vinden we bij de alcoholgerelateerde stoornissen, waar 6/10 uiteindelijk naar een hulpverlener stapt.

Uitsteltermijnen voor het zoeken van hulp voor psychische stoornissen

Wanneer we het 12-maanden- en lifetime-zorggebruik in ogenschouw nemen, zien we dat het dus een hele tijd duurt vooraleer personen met psychische stoornissen professionele hulp zoeken. De mediane duur tussen de start van de psychische stoornis of gerelateerde problemen en het moment waarop personen een eerste behandlingscontact maken, schommelt tussen 1 jaar (voor stemmingsstoornissen) en 18 jaar (voor alcoholgerelateerde stoornissen). De mediane duur voor het zoeken van professionele hulp bedraagt 16 jaar voor angststoornissen. Slechts 48% van de personen met een stemmingsstoornis zoekt professionele hulp in hetzelfde jaar waarin de stoornis ontstaat. Dit percentage ligt aanzienlijk lager voor personen met angststoornissen (20%) en alcoholstoornissen (13%). Deze data wijzen ons op het gegeven dat het zoeken van hulp voor psychische problemen en psychische stoornissen geen eenduidig of lineair proces is (Bruffaerts et al., 2007). Dit is geen uniek Belgisch of een historisch gegeven: wereldwijd wordt uitstel tot het zoeken voor zorg gerapporteerd en blijft de lange uitsteltermijn tot het zoeken van hulp een zorg voor kliniek en beleid (Stagnaro et al., 2019; Fikretoglu et al., 2010; Havinga et al., 2018). Klassieke redenen tot uitstel van de zorg zijn eerder van cognitieve aard: de overtuiging dat men zelf de problemen moet oplossen, het idee dat psychische problemen wel zullen overwaaien of niet goed weten waar naartoe (Ten Have et al., 2013; Andrade et al., 2014). De tijd tot uitstel is een cruciale factor die centraal dient te staan in de hervormingen van de geestelijke gezondheid (Bruffaerts, 2021). Hervormingen die de duur van uitstel tot zorg laten dalen zouden immers veel gezondheidswinst betekenen, voor zowel het individu als de maatschappij.

1.4 Evoluties binnen het zorggebruik 2000-2020

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

plaats is voor de toeleiding van de patiënt met psychische problemen (76% van de patiënten die hulp zoekt voor psychische problemen doet dit via de huisarts). Ten derde is de plaats en de rol van de klinisch psycholoog / orthopedagoog prominenter geworden in de laatste twee decennia: in het begin van de 21ste eeuw nam de klinisch psycholoog een eerder beperkte rol op in de behandeling van psychische problemen op het niveau van de algemene bevolking. Het aandeel van de klinisch psycholoog in de behandeling van de patiënt met psychische problemen is meer dan verdubbeld ten aanzien van het begin van de 20ste eeuw.

REFERENTIES

- Andrade, L. H., Alonso, J., Mneimneh, Z., ..., & Kessler, R. C. (2014). Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychological Medicine*, 44(6): 1303-17.
- Bonnewyn, A., Bruffaerts, R., Van Oyen, H.,..., Demyttenaere, K. (2005). De impact van mentale stoornissen op het dagelijks functioneren van de Belgische bevolking. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 61: 1102-1109.
- Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., & Demyttenaere, K. (2007). Lifetime treatment for mental disorders in the Belgian general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42: 937-944.
- Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., & Demyttenaere, K. (2008). Mental Health in Belgium: Current Situation and Future Perspectives. In Kessler, R.C. & Üstün, T.B. (Eds.). *The World Mental Health Survey Initiative Volume One: Patterns of mental illness in the WMH Surveys* (pp.279-304). New York: Cambridge University Press.
- Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., & Demyttenaere, K. (Eds.). (2011). *Kan geestelijke gezondheid worden gemeten? Psychische stoornissen in de Belgische algemene bevolking*. Leuven: Acco.
- Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., & Demyttenaere, K. (2014). Psychische stoornissen in België in de 21ste eeuw. Reflecties voor behandeling en preventie. In VVGG/Politeia: *Omgaan met geestelijke gezondheidsproblemen voor overheden en organisaties* (afl. 1). Brussel: Politeia.
- Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Al-Hamzawi, A.O.,..., Kessler, R.C. (2015). Proportion of patients without mental disorders being treated in mental health services worldwide. *British Journal of Psychiatry*, 206: 101-109.
- Bruffaerts, R. (2021). *De mythes voorbij. Het Public Health perspectief in de geestelijke gezondheidszorg*. Zorgnet-Icuro.
- Bruffaerts, R., Leys, M., Portzky, G., ..., & Bootsma, E. (2024). *De mythes bevestigd. Resultaten van de Public Health Monitor 2023*. Zorgnet-Icuro.
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J.,..., Kessler RC. (2004). Prevalence, Severity and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health (WMH) Surveys. *JAMA*, 291:2581-2590.
- Drieskens, S., Van der Heyden, J., Hesse, E., Gisle, L., Demarest, S., & Tafforeau, J. (2010). *Gezondheidsenquête België, 2008. Rapport III – Medische consumptie. Operationele Directie Volksgezondheid en surveillance*. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.
- Drieskens, S., Gisle, L., & Berete, F. (2018). *Gezondheidsenquête 2018: Contacten met paramedische zorgverstrekkers*. Brussel, België: Sciensano; D/2020/14.440/12
- Fikretoglu, D., Liu, A., Pedlar, D., & Brunet, A. (2010). Patterns and predictors of treatment delay for mental disorders in a nationally representative, active Canadian military sample. *Medical care*, 48(1), 10–17. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181bd4bf9>

Havinga, P. J., Hartman, C. A., Visser, E., Nauta, M. H., Penninx, B. W. J. H., Boschloo, L., & Schoevers, R. A. (2018). Offspring of depressed and anxious patients: Help-seeking after first onset of a mood and/or anxiety disorder. *Journal of Affective Disorders, 227*: 618-626. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.017>

Kessler, R.C., Demler, O., Frank, R.G., ..., Zaslavsky, A.M. (2005). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *New England Journal of Medicine, 352*(24):2515-23.

Stagnaro, J. C., Cia, A. H., Vommaro, H., Sustas, S., Vázquez, N., Serfaty, E., Kessler, R. C., & Benjet, C. (2019). Delays in making initial treatment contact after the first onset of mental health disorders in the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 28*(2), 240–250. <https://doi.org/10.1017/S2045796018000094>

ten Have, M., de Graaf, R., van Dorsselaer, S., & Beekman, A. (2013). Lifetime treatment contact and delay in treatment seeking after first onset of a mental disorder. *Psychiatric services (Washington, D.C.), 64*(10), 981–989. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200454>

World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

CHAPITRE 2

Réformes & soins psychologiques de première ligne

Annabelle Kinard

Fabienne Glowacz

Leontien Jansen

Ronny Bruffaerts

2.1 Les modèles de soins primaires

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

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

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

address problems identified during primary care visits » (Peek et al.,2014 ; Ramanuj et al.,2019 p.2)¹.

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

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

L'implémentation de soins intégrés prenant en compte une vision globale du patient a engendré la prise en compte des aspects psychosociaux dans les soins primaires, qui s'est progressivement intensifiée au niveau international comme une façon de répondre aux besoins de la population. Ainsi, les soins primaires s'inscrivent donc clairement dans une perspective biopsychosociale plutôt que biomédicale (Blount et al.,2003 ; Bluestein et Cubic, 2009). Dans cette optique, le patient est mis en lien avec ses différents contextes de socialisation et son symptôme est envisagé comme un produit complexe des interactions entre le psychologique, le biologique et le social, plutôt que seulement comme la manifestation d'un trouble essentiellement somatique. Cependant, l'implémentation des soins psychologiques dans les soins primaires reste relativement récente et a été promue par le travail de recherches cliniques ayant décrit la nécessité d'intégrer la santé mentale dans leur pratique (Kaitz et al.,2020). Cette intégration a donné lieu à une variété de modèles favorisant les soins psychologiques dans les soins primaires (Elder et al.,2009).

2.2 Continuum des modèles de soins primaires

Les modèles de soins primaires sont habituellement présentés selon un continuum basé sur l'intensité de la collaboration interprofessionnelle entre les praticiens ainsi que l'aspect co-localitif de leur environnement de travail (Careau et al.,2018). Au sein de notre recherche, nous avons élaboré un autre continuum basé sur l'approche communautaire dans laquelle les soins primaires s'inscrivent, comme développé dans le point précédent. Notre continuum va donc d'un extrême décrivant une approche distale du dispositif de soin développé (comme les soins actuels sont habituellement élaborés), centré en un lieu distinct relativement éloigné du lieu de vie des patients,

1 Traduction libre « un modèle de prestation de services qui combine les soins pour les troubles physiques, mentaux et liés à l'utilisation de substances dans un esprit de collaboration afin de traiter les problèmes identifiés lors des consultations de soins primaires »

puis nous décrivons des programmes de soins se rapprochant d'une approche proximale telle que souhaitée dans le développement des soins primaires assurant une proximité et une accessibilité des soins au plus proche du lieu de résidence de celui qui en bénéficie et qui s'ancre davantage dans son milieu de vie. Les trois modèles d'intervention favorisant l'accessibilité des soins psychologiques présentés seront les suivants : les soins d'équipe centralisés, les soins psychologiques étendus, et un psychologue de première ligne individualisé.

2.3 Les soins d'équipe centralisés

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

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

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

Un nombre important de revues systématiques et d'études ont analysé ce modèle en montrant un impact positif léger à modéré de ce dernier sur certains *outcomes*, tels que la qualité des soins, l'expérience des patients et la satisfaction de l'équipe (Hoff et al.,2012 ; Jackson et al.,2013). Plus récemment, une revue systématique menée par Possemato et al. (2018) indique, sur base de la majorité des études incluses (14 sur 15) ciblée sur des patients adultes, des améliorations statistiquement significatives concernant le statut de santé des patients dans au moins un des domaines suivants :

la diminution des symptômes psychologiques tels que la dépression ou l'anxiété et un bon voire excellent niveau de satisfaction du patient. Cependant, des limites dans les études (l'absence de groupe contrôle et un seul service étudié) ne peuvent pas mener à une généralisation des résultats. L'évaluation du PCMH ou PCBH reste difficile dû au manque de définition partagée ainsi qu'à son implémentation diverse sur le terrain (Friedberg et al.,2009 ; Hoff et al.,2012 ; Jackson et al.,2013 ; Possemato et al.,2018).

2.4 Des soins psychologiques étendus

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

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

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

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

Sur base d'enquêtes et d'entretiens, les résultats de l'étude de Gyani et al. (2012) dans le sud-est de l'Angleterre démontrent aussi l'importance de la connaissance des médecins généralistes et de leur capacité à fournir un soutien dans l'efficacité des services. En effet, les médecins généralistes qui ont rapporté avoir lu les *guidelines* du NICE étaient plus susceptibles de suggérer une TCC à un large nombre de patients. Cependant, la médication reste la forme la plus fréquente de traitement pour la dépression modérée. Une autre préoccupation importante des services IAPT est l'absence des patients aux séances, qui peut s'élever à 47%. Les entretiens semi-structurés avec les patients mettent en évidence les difficultés auxquelles sont confrontés ceux qui souhaitent utiliser ces services, les listes d'attente étant souvent longues, estimées de deux semaines à neuf mois (Marshall et al., 2016).

2.5 Un psychologue de première ligne individualisé

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

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

2.6 Convention de remboursement des soins psychologiques primaires

Le 1^{er} janvier 2019, la convention relative aux soins psychologiques primaires est entrée en vigueur. Le remboursement est régi par une convention entre le Comité des assurances de l'INAMI et les 20 réseaux de santé mentale pour adultes en Belgique. Chacun de ces réseaux a une zone d'activité particulière et a conclu une convention avec un certain nombre de psychologues cliniciens et d'orthopédagogues cliniciens de la zone du réseau. Seuls ces psychologues et orthopédagogues peuvent réaliser les séances remboursables. Par patient et par an, un maximum de huit séances sont

remboursables et sont prescrites en série de quatre par le médecin généraliste ou le psychiatre.

Le traitement comprend des soins primaires et consiste en une série d'entretiens individuels. En particulier, la première séance consiste à diagnostiquer les problèmes psychologiques du patient. Cette séance peut durer 60 minutes. Les séances suivantes durent 45 minutes et comprennent des soins psychologiques généraux, un traitement axé sur la recherche de solutions, une auto-assistance guidée, une psychoéducation ou des interventions visant à renforcer l'autonomie. Si le patient a besoin de conseils plus intensifs et à long terme, le praticien peut également l'orienter vers un autre prestataire de soins de santé (qui ne propose pas de séances de première ligne et qui peut ou non travailler à un tarif avantageux).

La convention de remboursement des soins psychologiques de première ligne prévoit 22.5 millions d'euros par an pour permettre à 242 ETP de la Belgique fédérale de bénéficier de la convention au niveau belge, avec une population cible de 55.000.000 à 110.000.000 patients par an à traiter. Bien que le besoin de soins non satisfait au niveau de la population soit très élevé (il est estimé à environ 6% de la population adulte générale en Belgique), avant cette étude, on ne savait pas dans quelle mesure la convention pour le remboursement des séances psychologiques de première ligne serait effectivement utilisée par les patients souffrant de problèmes émotionnels courants. En outre, on ne savait pas dans quelle mesure la psychologie des soins primaires était effectivement intégrée dans les réseaux psychiatriques et dans quelle mesure la résolution des problèmes était efficace dans le cadre de soins limités à 4-8 séances.

À la suite de la crise de la pandémie, le ministre de la santé publique a décidé, le 2 avril 2020, d'étendre la convention de remboursement des soins psychologiques primaires aux enfants (moins de 18 ans) et à leur famille, ainsi qu'aux personnes âgées (65 ans et plus). L'accord de cette extension est également conclu entre l'INAMI et les 20 réseaux de santé mentale. Les mêmes conditions s'appliquent mais, dans le cas des enfants, les séances peuvent également être prescrites par le pédiatre, le pédopsychiatre ou le médecin du CLB. En outre, dans le contexte de la crise actuelle de la corona, les consultations numériques seront également remboursées pour tous les groupes d'âge.

Alors que nous avons déjà indiqué que le système actuel de soins de santé mentale fait l'objet de réformes continues, la convention de remboursement des soins psychologiques primaires a également été mise à jour le 1^{er} septembre 2021. Dans cette convention actualisée, les soins *psychologiques spécialisés* (SPS/GPZ) seront remboursés en plus des *soins psychologiques primaires* (PPL/ELP), sous la forme de séances individuelles et d'interventions de groupe.

Dans la recherche et dans ce manuscrit, plusieurs termes sont utilisés et définis comme suit :

Les soins primaires en santé mentale : ce concept théorique renvoie à une perspective de santé biopsychosociale et sont définis par l'OMS dans la convention de Genève (2001) comme la mise à disposition de soins en santé mentale curatifs et préventifs au premier point de contact et d'entrée dans le système de soin de santé.

Les soins psychologiques dans la première ligne : couvrent différentes interventions (en groupe ou individuelle), qui peuvent varier dans la durée de prise en charge s'inscrivant toutes **dans une logique de soins primaires en collaboration avec les partenaires du réseau** permettant de soutenir la prise en charge du patient au sein même de son milieu de vie. Ils incluent **deux modalités d'intervention : les soins psychologiques de première ligne (SPL) et les soins psychologiques spécialisés (SPS)**.

Les soins psychologiques de première ligne (SPL/ELP) proposent des interventions de courte durée et/ou de faible intensité qui permettent de maintenir ou de retrouver un bien-être psychologique satisfaisant. Les soins psychologiques spécialisés (SPS/GPZ) s'adressent aux personnes ayant des besoins plus spécifiques ou plus intenses en raison de problèmes psychiques plus importants.

RÉFÉRENCES

- Bassilios, B., Telford, N., Rickwood, D., Spittal, M. J., & Pirkis, J. (2017). *Complementary primary mental health programs for young people in Australia: Access to Allied Psychological Services (ATAPS) and headspace*. *International Journal of Mental Health Systems*, 11(1), 1-11.
- Beacham, A. O., Kinman, C., Harris, J. G., & Masters, K. S. (2012). *The patient-centered medical home: Unprecedented workforce growth potential for professional psychology*. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(1), 17. McGough
- Blount, A. (2003). *Integrated primary care: organizing the evidence*. *Families, Systems, & Health*, 21(2), 121.
- Bluestein, D., & Cubic, B. A. (2009). *Psychologists and primary care physicians: A training model for creating collaborative relationships*. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 16(1), 101-112.
- Carreau, E., Brière, N., & Houle, N. (2018). *Continuum of interprofessional collaborative practice in health and social care-Guide*. Réseau de Collaboration sur les Pratiques Interprofessionnelles en Santé et Services Sociaux (RCPI).
- Clark, D. M., Canvin, L., Green, J., ..., Janecka, M. (2018). *Transparency about the outcomes of mental health services (IAPT approach): an analysis of public data*. *The Lancet*, 391(10121), 679-686.
- Clark, D.M. (2018). *Realizing the Mass Public Benefit of Evidence-Based Psychological Therapies: The IAPT Program*. *Annu Rev Clin Psychol*, May 7;14:159-183.
- Corcoran, M., & Byrne, M. (2017). *Evaluating a primary care psychology service in Ireland: A survey of stakeholders and psychologists*. *Health & Social Care in the Community*, 25(3), 1080-1089.
- Cubic, B., Mance, J., Turgesen, J. N., & Lamanna, J. D. (2012). *Interprofessional education: Preparing psychologists for success in integrated primary care*. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 19(1), 84-92.
- Derksen, J. (2009). *Primary care psychologists in the Netherlands: 30 years of experience*. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(5), 493.
- Elder, M. Q., & Silvers, S. A. (2009). *The integration of psychology into primary care: Personal perspectives and lessons learned*. *Psychological Services*, 6(1), 68.
- Fisher, L., & Dickinson, W. P. (2014). *Psychology and primary care: New collaborations for providing effective care for adults with chronic health conditions*. *American Psychologist*, 69(4), 355.

- Friedberg, M. W., Lai, D. J., Hussey, P. S., & Schneider, E. C. (2009). *A guide to the medical home as a practice-level intervention*. *American Journal of Managed Care*, 15(12), 291.
- Gyani, A., Pumphrey, N., Parker, H., Shafran, R., & Rose, S. (2012). *Investigating the use of NICE guidelines and IAPT services in the treatment of depression*. *Mental health in Family Medicine*, 9(3), 149.
- Haggerty, J., Burge, F., Lévesque, J. F.,..., Santor, D. (2007). *Operational definitions of attributes of primary health care: consensus among Canadian experts*. *The Annals of Family Medicine*, 5(4), 336-344.
- Hoff, T., Weller, W., & DePuccio, M. (2012). *The patient-centered medical home: a review of recent research*. *Medical Care Research and Review*, 69(6), 619-644.
- Jackson, G. L., Powers, B. J., Chatterjee, R., ..., Williams Jr, J. W. (2013). *The patient-centered medical home: a systematic review*. *Annals of Internal Medicine*, 158(3), 169-178.
- Jacob, B., & Lucassen, C. (2011). *Vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins*. *VST-Vie Sociale et Traitements*, (4), 48-54.
- Jacob, B., Macquet, D., & Natalis, S. (2016). *La réforme des soins en santé mentale en Belgique: exposé d'un modèle*. *L'information Psychiatrique*, 92(9), 731-745.
- Kaitz, J. E., & Ray, S. (2021). *Psychologist and physician inter-professional collaborative experiences in primary care integration*. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 28(3), 436-446.
- Kluge, H., Kelley, E., Theodorakis, P. N., Barkley, S., & Valderas, J. M. (2018). *Forty years on from Alma Ata: present and future of Primary Health Care research*. *Primary Health Care Research & Development*, 19(5), 421-423.
- Kringos, D. S., Boerma, W. G., Hutchinson, A., Saltman, R. B., & World Health Organization. (2015). *Building Primary care in a Changing Europe*. World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Marshall, D., Quinn, C., Child, S., ..., Byng, R. (2016). *What IAPT services can learn from those who do not attend*. *Journal of Mental Health*, 25(5), 410-415.
- McDaniel, S. H., & Fogarty, C. T. (2009). *What primary care psychology has to offer the patient-centered medical home*. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(5), 483.
- McDaniel, S. H., Grus, C. L., Cubic, B. A., ..., Johnson, S. B. (2014). *Competencies for psychology practice in primary care*. *American Psychologist*, 69(4), 409-429. <https://doi.org/10.1037/a0036072>
- McDaniel, S. H., & deGruy, F. V. (2014). *An introduction to primary care and psychology*. *American Psychologist*, 69(4), 325.
- Peek, C. J., Cohen, D. J., & deGruy III, F. V. (2014). *Research and evaluation in the transformation of primary care*. *American Psychologist*, 69(4), 430.
- Prins, M., Meadows, G., Bobevski, I., ..., Bensing, J. (2011). *Perceived need for mental health care and barriers to care in the Netherlands and Australia*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(10), 1033-1044.
- Ramanuj, P., Ferenchik, E., Docherty, M., Spaeth-Ruble, B., & Pincus, H. A. (2019). *Evolving models of integrated behavioral health and primary care*. *Current Psychiatry Reports*, 21(1), 1-12.
- Reiter, J. T., Dobbmeyer, A. C., & Hunter, C. L. (2018). *The primary care behavioral health (PCBH) model: An overview and operational definition*. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 25(2), 109-126.
- Runyan, C. N. (2011). *Psychology can be indispensable to health care reform and the patient-centered medical home*. *Psychological Services*, 8(2), 53.

- Sandoval, B. E., Bell, J., Khatri, P., & Robinson, P. J. (2018). *Toward a unified integration approach: uniting diverse primary care strategies under the primary care behavioral health (PCBH) model*. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 25(2), 187-196.
- Thomas, J. E., Jasper, A., & Rawlin, M. (2006). *Better Outcomes in Mental Health Care—a general practice perspective*. *Australian Health Review*, 30(2), 148-157.
- Vogel, M. E., Kanzler, K. E., Aikens, J. E., & Goodie, J. L. (2017). *Integration of behavioral health and primary care: Current knowledge and future directions*. *Journal of Behavioral Medicine*, 40(1), 69-84.
- Winefield, H. R., & Chur-Hansen, A. (2004). *Integrating Psychologists Into Primary Mental Health Care in Australia*. *Families, Systems, & Health*, 22(3), 294.

HOOFDSTUK 3

Wetenschappelijke evaluatie van de eerstelijnspsychologische zorg in België: doelstellingen van het onderzoeksproject

Leontien Jansen

Fabienne Glowacz

Ronny Bruffaerts

3.1 Wetenschappelijke evaluatie van de eerstelijnspsychologische zorg in België

Tegen de achtergronden vermeld in hoofdstuk 1 en 2 wordt de Evaluation of Primary Care Psychology studie (EPCAP) gesitueerd, waarin wetenschappelijke evaluatie werd voorzien van de conventie tot terugbetaling van psychologische zorg in de eerste lijn. Deze studie kan worden opgedeeld in twee delen: EPCAP 1.0: Evaluatie van de conventie tot terugbetaling van eerstelijnspsychologische zorg (*Januari 2020 – maart 2022*) en, na vernieuwing van de conventie, EPCAP 2.0: Evaluatie van de conventie tot terugbetaling van eerstelijnspsychologische zorg (*april 2022 – juni 2023*). De studie bestond uit vijf workpackages, beantwoordend aan gold standard criteria inzake datastructuur en -beveiliging, maar ook inzake de specifieke instrumenten en variabelen die worden geïnccludeerd, standaarden rond meetbaarheid van zorgprocessen (Porter & Teisberg, 2006; Sorel, 2013; International Consortium for Health Outcome Measurement, 2019) en de complexe statistische processen die nodig zijn om een evaluatie accuraat te kunnen doorlopen.

3.2 Doelstellingen

De doelstellingen met bijbehorende objectieven waren de volgende: (a) een brede evaluatie van de zorg op het niveau van een kwantitatieve epidemiologische mapping van alle patiënten die worden behandeld in het kader van de conventie in België, in termen van klinisch-psychologisch en -psychiatrische karakteristieken, sociodemografische kenmerken en huidige en vorige behandeltrajecten voor psychische problemen. Ook werd een specifieke analyse gemaakt van de lijdensdruk (onder andere absenteïsme en presenteïsme) van patiënten die worden behandeld binnen het kader van de conventie; (b) een kwalitatieve studie rond de wederzijdse visies en samenwerking van de eerstelijns- en gespecialiseerde psychologische zorg in de ggz-netwerken in België, met onder meer aandacht voor een analyse van psycholoogprofielen, het gebruik van specifieke behandelmodellen en de wijze waarop de psychologen / orthopedagogen geïntegreerd zijn in de ggz-netwerken; (c) het in kaart brengen van de implementatie van de verschillende opdrachten en de toepassing van diens *evidence-*, *practice-* en *experienced-based* richtlijnen inzake de hernieuwde conventie door middel van een *case study* in zowel een Vlaams als

Waals netwerk voor geestelijke gezondheidszorg. Het doel was om, aan de hand van het implementatieproces in de desbetreffende netwerken, scenario's van zogenaamde *good practices* uit te werken op netwerkniveau: het articuleren van mogelijkheden die optimaal zijn in hoe de zorg wordt uitgevoerd (op microniveau), op niveau van de samenwerking tussen de psycholoog / orthopedagoog en de andere actoren (met specifieke aandacht voor een optimaal samenwerkingsverband met de huisarts – mesoniveau) en hoe een duurzaam beleidskader er zou kunnen uitzien (op macroniveau). Daarnaast werd ook gefocust op de prioritaire doelgroepen en in welke mate zij bereikt worden door identificatie en outreachend werk op de vindplaatsen; (d) een integratie van bovenstaande doelstellingen en het formuleren van aanbevelingen op het microniveau (het niveau van de behandeling van de individuele patiënt), mesoniveau (de organisatie van de eerstelijnspsychologische zorg binnen de netwerken GGZ) en macroniveau (aanbevelingen op beleidsniveau die voor de maatschappij leiden tot een snellere en adequate behandeling van lichtmatige psychische problemen).

Deze werkpakketten vormden het kader van het protocol voor deze evaluatiestudie eerstelijnspsychologische zorg. Deze evaluatiestudie resulteert dan ook in een aantal aanbevelingen ter optimalisatie van een getrapte geestelijke gezondheidszorg in België, zowel op vlak van preventie, detectie en implementatie van zorg als op vlak van populatiemanagement en duurzame integratie van de psychologische zorg (eerstelijns- en gespecialiseerde zorg) in de algemene Belgische gezondheidszorg. In Deel 2 van dit boek zal de gebruikte methodologie op deze drie niveaus besproken worden, waarna in Deel 3 en Deel 4 de resultaten volgen om af te sluiten in Deel 5 met de conclusies en aanbevelingen van deze wetenschappelijke evaluatie.

REFERENTIES

- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). *Redefining health care*. Boston: Harvard Business Review Press.
- Sorel, E. (2013). *21st Century Global Mental Health*. Burlington, Jones & Bartlett.
- International Consortium for Health Outcome Measurement. (2019). *ICHOM*. Retrieved May 20, 2019, from <https://www.ichom.org/>



DEEL 2

METHODOLOGIE

HOOFDSTUK 4

Het klinisch profiel van de behandelde patiënt binnen de eerstelijnspsychologische zorg: steekproef en analysemethoden

Leontien Jansen

Ronny Bruffaerts

Het centrale doel van het onderzoeksproject was het in beeld brengen van gedetailleerde klinische en sociodemografische profielen van patiënten die gebruikmaken van de conventie eerstelijnspsychologische zorg. Hierbij lag de focus op:

- De psychologische en psychiatrische karakteristieken van de patiënten die gebruikmaken van de conventie met als resultaat een klinisch profiel van de patiënt;
- Het sociodemografische profiel en de socio-economische status (SES) van de patiënten die gebruikmaken van de conventie, resulterend in een gedetailleerde analyse van de patiënten in functie van gender, leeftijd, opleidingsgraad, werkomstandigheden, burgerlijke staat, inkomen en de plaats die ze innemen op de maatschappelijke ladder;
- Het zorgtraject van de patiënt, resulterend in een gedetailleerd beeld van de specifieke sectoren én specifieke disciplines waar de patiënt in het verleden (lifetime) en recent in behandeling is geweest. Bijkomend werd informatie opgeleverd rondom wachttijden voor zorg, wachtlijsten, continuïteit van zorg en aard van de gekregen behandeling;
- De lijdensdruk van de huidige psychische problemen op verschillende aspecten van het persoonlijke, sociale en maatschappelijke niveau van de patiënt.

4.1 Studieopzet

Inclusie van patiënten

EPCAP richtte zich op de patiënten die gebruikmaakten van de conventie tot terugbetaling van psychologische zorg in de eerste lijn, onderverdeeld in de volgende categorieën: jongeren (11-17 jaar); volwassenen (18-64 jaar) en ouderen (65 jaar en ouder). Deze patiënten maakten gebruik van *eerstelijnspsychologische* (ELP) of *gespecialiseerde psychologische* (GPZ) zorg, in de vorm van individuele of groepsessies. De inclusie van patiënten werd opgestart door de geconventioneerde eerstelijns- of gespecialiseerde klinisch psychologen / orthopedagogen nadat het instrument, de software en datastructuur volledig operationeel waren. Patiënten werden door hun behandelend geconventioneerde psycholoog / orthopedagoog geïnformeerd over de studie en er werd hen gevraagd of hun persoonlijk e-mailadres mocht doorgegeven worden aan het onderzoeksteam. Na toestemming kreeg deze

een vrijblijvende uitnodiging per e-mail met meer informatie over de studie, inclusief een elektronische link naar de online geïnformeerde toestemming. Na het geven van hun geïnformeerde toestemming (en door hun ouders/voogden, indien <18 jaar), werd de patiënt doorgeleid naar de online vragenlijst, waarin de in **Hoofdstuk 5** opgenoemde instrumenten geïncorporeerd waren. De invultijd bedroeg gemiddeld 25 minuten. Voor elke participerende patiënt werd een meting voorzien net na de eerste sessie bij de eerstelijns- of gespecialiseerde psycholoog / orthopedagoog en telkens na 3, 6 en 12 maanden.

Daarnaast werden de patiëntendata gekoppeld, mits toestemming van de patiënt, aan de data van het InterMutualistisch Agentschap (IVC/KSZG/23/014). Hierdoor waren we in staat zicht te krijgen op onder andere het aantal contacten met de huisarts, medicatiegebruik, hospitalisatie en behandelverleden in de vijf jaar voorafgaand aan de eerstelijns- of gespecialiseerde psychologische behandeling. We waren hierdoor in staat een nog vollediger beeld te verkrijgen van de drie hierboven beschreven doelgroepen. Daarnaast vergrootte het in belangrijke mate de representativiteit van de studiepopulatie. Het uiteindelijke doel van de bevraging was een klinisch en demografisch beeld verkrijgen van de patiëntenpopulatie binnen de eerstelijns- en gespecialiseerde psychologische zorg in België en de evolutie van de klinische problemen doorheen de tijd, en dit in functie van de gekregen behandeling. De datastructuur beantwoordde aan gold standard voorschriften inzake technieken van de dataopslag.

Voor alle leeftijdscategorieën golden dezelfde inclusiecriteria: 11 jaar of ouder op de datum van de eerste sessie en in staat om zelfstandig vragenlijsten in te vullen; een goed begrip van de Nederlandse, Franse of Engelse taal. Alle patiënten kregen per leeftijdscategorie dezelfde vragenlijsten voorgelegd op dezelfde gestandaardiseerde wijze. Alle patiënten ontvingen, indien zij dit wensten, persoonlijke feedback vanuit de vragenlijst. De patiënten ontvingen deze persoonlijke feedback, in de vorm van een beknopt overzicht van hun psychisch welzijn, per e-mail nadat zij de vragenlijst hadden ingevuld. De patiënten die ervoor kozen om de vragenlijst tijdens de sessie in te vullen, kregen hun feedbackrapport ook te zien op hun beeldscherm na het invullen van de vragenlijst, zodat dit overzicht rechtstreeks gebruikt kon worden in hun eerstelijns- of gespecialiseerde psychologische begeleiding.

Steekproef en statistische weging

De gegevens werden verzameld via de 31 ggz-netwerken voor zowel volwassenen als kinderen en jongeren in België. Door tussenkomst van eerstelijns- of gespecialiseerde psychologen / orthopedagogen werden alle startende patiënten gevraagd om deel te nemen aan de studie. In totaal namen 458 patiënten deel aan de online vragenlijst tussen november 2020 en maart 2022 (EPCAP 1.0) en 2.350 patiënten tussen juli 2022 en maart 2023 (EPCAP 2.0) (**Tabel 4.1**). De inclusie van patiënten betreft ~1.6% à 2.5% procent van de totale patiëntenpopulatie (N~147.000 in periode mei 2022 - maart 2023 en N=18.162 in boekjaar 2021, RIZIV).

Om de representativiteit van de steekproefresultaten te garanderen werd gebruikgemaakt van poststratificatieweging. Na het verzamelen van gegevens werd de mate waarin variabelen zoals leeftijd, geslacht, en regio onder- of oververtegenwoordigd zijn in de steekproef vergeleken met de verdeling van deze variabelen in de groep

van behandelde patiënten (op basis van de IMA-data, N~147.000). Om potentieel on-evenwicht in de steekproef te corrigeren, pastten we poststratificatiegewichten toe op elke respondent, waarbij meer gewicht wordt toegekend aan respondenten uit ondervertegenwoordigde strata en minder gewicht aan respondenten uit oververtegenwoordigde strata. De bekomen gegevens werden dus gewogen voor de sociodemografische opbouw van de behandelde patiëntenpopulatie (RIZIV, 2023). De weging corrigeert dus statistisch voor eventuele over- of onderrepresentatie van bepaalde sociodemografische subgroepen en laat ons dus toe op basis van gewogen resultaten uitspraken te doen die representatief zijn voor de behandelde patiëntengroepen in de eerstelijnspsychologische zorg.

Tabel 4.1 Steekproefgrootte per leeftijdscategorie

| | | Baseline | | | Follow-up 3 maanden | Follow-up 6 maanden | Follow-up 12 maanden ¹ |
|-----------|-----------------------------------|----------|-------|-----|------------------------|------------------------|--------------------------------------|
| | | Totaal | ELP | GPZ | Totaal | Totaal | Totaal |
| EPCAP 1.0 | Volwassenen (18-64 jaar) | 371 | / | / | 132 | 71 | / |
| | Ouderen (≥65 jaar) | 12 | / | / | 5 | 2 | / |
| | Jongeren (11-17 jaar) | 12 | / | / | 1 | 0 | / |
| | Transitieleeftijd (15-25 jaar) | 13 | / | / | 0 | 0 | / |
| EPCAP 2.0 | Volwassenen (18-64 jaar) | 2.143 | 1.220 | 595 | 807 | 685 | 110 |
| | Ouderen (≥65 jaar) | 86 | 49 | 23 | 41 | 45 | 10 |
| | Jongeren (11-17 jaar) | 121 | 78 | 31 | 26 | 28 | 3 |
| | Transitieleeftijd (15-25 jaar) | 396 | 220 | 113 | 101 | 82 | 14 |
| | Totaal | 2.745 | 1.742 | 649 | 1.012 | 765 | 123 |

¹ 12-maanden dataverzameling loopt nog tot en met april 2024.

We rapporteren in dit boek over de volwassenen (≥18 jaar, inclusief de doelgroep ouderen) patiënten binnen EPCAP 2.0 die de vragenlijst volledig invulden of waarbij in beperkte mate data geïmputeerd diende te worden (n=1.889; of 80,4%, cf. paragraaf 4.2). De resultaten gerapporteerd voor de jongeren (11-25 jaar) worden beknopt besproken in **Hoofdstuk 12**. Het meetmoment na 12 maanden is slechts deels meegenomen in dit boek omdat deze online bevraging binnen EPCAP 2.0 nog loopt tot en met april 2024.

4.2 Analyses

Binnen het luik met de kwantitatieve data includeerden alle analyses van alle uitkomstmaten zowel descriptieve als bivariate analyses. De resultaten van de descriptieve analyses werden uitgedrukt in gemiddelden (en standaarddeviaties (SD)) en proporties. Er werden t-toetsen gebruikt om gemiddelden (continue variabelen) met elkaar te vergelijken alsook de McNemar paired proportions test (Z) om proporties met elkaar te vergelijken (discrete variabelen).

Om na te gaan in welke mate specifieke outcomes vaker voorkwamen bij specifieke groepen werden logistische regressie-analyses gebruikt. De sterkte van de associatie tussen onafhankelijke en afhankelijke variabelen werd uitgedrukt in bivariate odds ratios (OR) en bijpassende 95% betrouwbaarheidsintervallen. Voor alle analyses werden eventuele ontbrekende waarden geïmputeerd op basis van het *mice* algoritme (Van Buuren & Groothuis-Oudshoorn 2011) en werd gekalibreerd met behulp van post-stratificatie gewichten berekend op basis van de distributie van geslacht, leeftijd en regio van verblijf in de gehele populatie (Deville et al., 1993; RIZIV 2023). De analyses werden uitgevoerd met R- versie 4.1.0 (R Core Team 2021).

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

De resultaten inzake de epidemiologische mapping van de patiënten die gebruikmaakten van de conventie tot terugbetaling van psychologische zorg in de eerste lijn zijn terug te vinden in **Hoofdstuk 7 t/m 12**.

4.3 Ethische standaarden

Het studieprotocol werd goedgekeurd door de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (goedkeuring #S64034).

Directe toegang tot brongegevens en documenten. De websurveys gebruikten het online softwaresysteem van Qualtrics Labs Inc © (UT, U.S.), een dubbel geëncrypteerd softwaresysteem dat courant wordt gebruikt voor complexe klinisch-epidemiologische studies. Het Centrum Maatschappelijke Geestelijke Gezondheidszorg (KU Leuven) kan hier bogen over een jarenlange ervaring in het opzetten en implementeren van surveys in België als buitenland. Respondenten kregen de volle garantie dat hun bijgehouden data beantwoordt aan alle regelgeving die de privacy garandeert en enig misbruik van data tegengaat. Data zullen minstens 25 jaar worden bijgehouden op gesecuriseerde servers van de KU Leuven in de REDCap-applicatie, GDPR-proof en in een geëncrypteerde vorm. In de opbouw van de datastructuur werd gestreefd naar de

criteria van het concept van de high quality clinical database (Black, 1999). In essentie heeft dit als doel het ontwikkelen van een framework waarin cross-sectionele en longitudinale data kunnen worden gebruikt als een infrastructuur die niet enkel een klinische maar ook een organisatorische en beleidsmatige finaliteit heeft.

De gegevens inzake de koppeling tussen de gegevens uit de IMA/AIM-databank en de gegevens uit de patiëntenbevraging werden op de infrastructuur van het IMA, beheerd door de TTP KSZ, tot het eindpunt van het project beschikbaar gehouden voor de onderzoekers, tot 2 jaar vanaf datum van terbeschikkingstelling. Na afloop van het onderzoeksproject en na rapportering van de resultaten zullen de beschikbare gegevens worden vernietigd. Het beheer en de vernietiging van de gegevens worden verzekerd door medewerkers van het IMA & de TTP KSZ.

Ethiek en wettelijke goedkeuringen. Deze studie werd uitgevoerd overeenkomstig met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki, de richtlijnen van Good Clinical Practice (GCP) en in overeenstemming met alle van toepassing zijnde wettelijke eisen. De studie maakte gebruik van een getekend Informed Consent vooraleer de patiënten geïncludeerd werden in de studie en startten met hun deelname, in overeenstemming met de van toepassing zijnde wettelijke voorwaarden en na goedkeuring door de Ethische Commissie Onderzoek UZ / KU Leuven. De betrokken onderzoekers behandelen alle informatie en gegevens met betrekking tot de studie die aan hen in deze studie werden bekendgemaakt en toevertrouwd, als vertrouwelijk. Zij maken dergelijke informatie niet bekend aan derden of gebruiken deze informatie niet voor andere doeleinden dan voor de uitvoering van de studie. Het verzamelen, verwerken en openbaar maken van persoonlijke gegevens, is onderworpen aan de naleving van de van toepassing zijnde bescherming van persoonlijke gegevens en de verwerking van persoonlijke gegevens; de Europese Algemene Verordening inzake Gegevensbescherming (AVG of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 en de Belgische wet van 30 juli 2018 betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens. De gegevens binnen de studie zijn gepseudonymiseerd door middel van codering. Zowel de gepseudonymiseerde gegevens als de coderingsleutel worden door het onderzoeksteam gescheiden bewaard.

De koppeling tussen de gegevens uit de IMA/AIM-databank en de gegevens uit de patiëntenbevraging gebeurde met bescherming van persoonlijke gegevens door een 'Trusted Third Party' (TTP), na goedkeuring van de Informatie Veiligheidscommissie (IVC/KSZG/23/014). Het eHealth-platform trad op als intermediaire organisatie en het KCE verrichte een theoretische 'small cell'-risicoanalyse.

Dataverwerking. In functie van de regelgeving inzake privacy en bescherming van de persoonsgegevens zijn de nodige standaarden nagestreefd en werd gewerkt met een veiligheidsplan rond het hanteren van sensitieve persoonsgebonden data (zoals een explicitering van de betrokken onderzoekers, het aanstellen van een data protection officer, een specificatie van welke data werd verzameld en hoe dit precies verliep en het ondertekenen van een vertrouwelijkheidsverklaring).

REFERENTIES

Black, N. (1999). High-quality clinical databases: Breaking down barriers. *The Lancet*, 353(9160), 1205-1206.

Deville, J., Sarndal, C., & Sautory, O. (1993). Generalized raking procedures in survey sampling. *Journal of the American Statistical Association*, 88(423), 1013-1020. <https://doi.org/10.2307/2290793>

HOOFDSTUK 5

Het klinisch profiel van de behandelde patiënt binnen de eerstelijnspsychologische zorg: gebruikte uitkomstmaten

Leontien Jansen

Ronny Bruffaerts

De ‘Evaluation of Primary Care Psychology’ (EPCAP) studie werd uitgevoerd tussen januari 2020 en juni 2023 met als centraal doel zicht te krijgen op gedetailleerde klinische en sociodemografische profielen van de behandelde patiënten. Dit onderzoek werd uitgevoerd aan de hand van een longitudinale online bevraging bij 2.745 Belgen die gebruikmaakten van de conventie in de 31 ggz-netwerken in België. De methoden van deze online bevraging werden reeds toegelicht in **Hoofdstuk 4**. In dit hoofdstuk geven we een overzicht van de geïncludeerde uitkomstmaten binnen de EPCAP-studie. De volgende uitkomstmaten werden bevroegd per leeftijdscategorie aan de hand van de bijbehorende instrumenten (**Tabel 5.1**).

5.1 Gebruikte onderzoeksinstrumenten bij volwassenen (18-64 jaar)

Psychische stoornissen en psychische problemen

De vragenlijst is gebaseerd op het instrument van de World Mental Health (WMH) surveys van de WHO, het Composite International Diagnostic Interview-Screening Scales én de (recent) geüpdatete versie voor DSM-5 van de WMH-International College Survey initiative. De testbatterij is een inclusief screeningsinstrument voor zowel psychische stoornissen als (subklinische) psychische problemen die (nog) niet de diagnostische drempel halen. Grosso modo zijn er twee grote voordelen aan het gebruik van deze testbatterij. Ten eerste includeert ze zowel diagnostische als subklinische criteria waarbij, met voldoende betrouwbaarheid en validiteit, het onderscheid kan worden gemaakt tussen klinische problemen die een diagnostische drempel halen of niet. Ten tweede includeert de testbatterij instrumenten die veranderingen in het klinische beeld van de patiënt kunnen detecteren. Het onderzoeksinstrument bestaat uit een aantal gevalideerde zelfrapportagevragenlijsten (Kessler & Üstün, 2004), waaronder de CIDI Screening Scales (CIDI-SC - Kessler et al., 2013) voor lifetime en 12-maanden vaak voorkomende psychische stoornissen (‘common mental disorders’): majeur depressieve episode, mania/hypomania, gegeneraliseerde angststoornis, paniekstoornis en stoornissen in het middelengebruik (zowel misbruik als afhankelijkheid). De CIDI-SC heeft een hoge concordantie ten aanzien van psychiatrische diagnoses op basis van klinische interviews (AUC tussen 0.70-0.78 - Kessler et al., 2013). De CIDI-scoringsregels werden gebruikt om een onderscheid te maken tussen angstige, depressieve en middelengerelateerde problemen enerzijds en een angst-, depressieve en/of middelenstoornis anderzijds (Bruffaerts et al., 2018).

De Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Saunders et al., 1993) werd gebruikt voor het in beeld brengen van alcoholgerelateerde problemen. De ADHD Self-Report Scale (ASRS-6 - Kessler et al., 2005) is een screeningsinstrument voor ADHD-gerelateerde problemen op volwassen leeftijd. Het instrument bestaat uit 6 items die DSM-IV symptomen (4 aandachtstekort- en 2 hyperactiviteitssymptomen) bevragen over het verloop van de voorbije 6 maanden. We gebruikten de scoring die ADHD-problemen identificeert zonder dat deze de diagnostische drempel voor ADHD haalt. We includeerden ook standaardscreeningsvragen naar eetproblemen, psychotische symptomen, niet-suïcidaal zelfverwondend gedrag en impulsiviteit. In elk van bovenstaande schalen werd ook de aanvangsleeftijd geschat. Psychiatrische comorbiditeit werd gedefinieerd aan de hand van het voldoen aan diagnostische criteria van meer dan één psychische stoornis. Comorbide psychische problemen werden gedefinieerd aan de hand van de criteria van meer dan één psychisch probleem.

Psychologische crisis

We gebruikten de Crisis Triage Rating Scale (CTRS, Bengelsdorf et al., 1984) voor het inschatten van de mate waarin patiënten niet enkel psychische problemen hadden, maar zich ook in een toestand van crisis bevonden. Essentieel wordt crisis gedefinieerd aan de hand van drie elementen: de mate van suïcidaliteit, motivatie voor behandeling en aanwezig sociaal steunsysteem. Scoring gebeurde aan de hand van zogenaamde anchored items, die een betere inschatting geven van de aanwezig crisis dan Likert-items (Bruffaerts et al., 2011) en een betere inschatting geven van het verder verloop van de behandeling (Henckens et al., 2015).

Suïcidaliteit

De Columbia Suicidal Severity Rating Scale (Posner et al., 2011) werd gebruikt voor het in beeld brengen van suïcidaliteit van patiënten. De volgende niveaus van suïcidaliteit werden geïncludeerd: suïcide-ideatie, suïcideplannen en suïcidepogingen in een 12-maanden- en lifetimeperspectief.

Motivatie tot verandering

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

Tabel 5.1 Geïnccludeerde instrumenten

| | | Volwassenen (18-64 jaar) | Ouderen (65+ jaar) | Jongeren (11-17 jaar) |
|---|---|-----------------------------|-----------------------|--------------------------|
| PSYCHISCH WELZIJN | | | | |
| CIDI-SC (Composite International Diagnostic Interview Screening Scales) | Prevalentie van angst-/depressieve symptomen (en stoornissen) | ✓ | ✓ | |
| AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) | Alcoholgerelateerde problemen | ✓ | ✓ | |
| ADHD Self-Report Scale | ADHD-gerelateerde problemen op volwassen leeftijd | ✓ | ✓ | |
| CTRS (Crisis Triage Rating Scale) | Mate van psychische crisis | ✓ | ✓ | |
| CSSRS (Columbia Suicidal Severity Rating Scale) | Suïcidaliteit: suicide-ideatie, -plannen en -pogingen | ✓ | ✓ | |
| SDS (Severity of Dependence Scale) | Misbruik/afhankelijkheid van slaap-/kalmeermiddelen | | ✓ | |
| Loneliness scale | Emotionele en sociale eenzaamheid | | ✓ | |
| Screeningsvragen | Eetproblemen, psychotische symptomen, niet-suïcidaal zelfverwondend gedrag en impulsiviteit | ✓ | ✓ | |
| SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) | Angst, depressie, sociale- en externaliserende problemen | | | ✓ |
| FAD (Family Assessment Device) | Algemeen gezinsfunctioneren | | | ✓ |
| KWALITEIT VAN LEVEN | | | | |
| WHODAS-II (World Health Organization Disability Assessment Scale) | Functionele beperkingen geassocieerd aan psychische en fysieke gezondheid | ✓ | ✓ | |
| WLD (Work Loss Days scale) | Mate van rolfunctioneren geassocieerd aan psychisch welzijn | ✓ | ✓ | |
| Sheehan Disability scale | Impact op dagelijks functioneren | ✓ | ✓ | |
| WHO-5 (World Health Organization 5 items) | Beoordeling eigen gezondheid | ✓ | ✓ | |

Zorggebruik

We gebruikten de zorgmodule van de CIDI-3.0 (Kessler & Üstün, 2004) gecombineerd met toevoegingen met betrekking tot specifieke attitudes en motivationele aspecten ten aanzien van behandeling (Bruffaerts et al., 2019). Met ‘zorggebruik’ wordt bedoeld op minstens één contact met een professionele hulpverlener omwille van psychische problemen of geestelijke gezondheid in de vorige 12 maanden of in de loop van het leven. Bij degenen die aangaven professionele hulp te hebben gezocht omwille van emotionele redenen werd de soort formele professionele hulpverlening (huisarts, psychiater, psycholoog, andere – bijvoorbeeld zelfhulp) nagegaan en de soort gekregen behandeling (medicamenteus, psychologisch, combinatie van beide). ‘Medicamenteuze behandeling’ wordt gedefinieerd als minstens één voorgeschreven dosis medicatie omwille van psychische problemen in de afgelopen 12 maanden. ‘Psychologische behandeling’ wordt gedefinieerd als minstens twee therapeutische consulten bij een professionele hulpverlener in de afgelopen 12 maanden, die minstens 15 minuten duurden (Wang et al., 2007). ‘Geen behandeling’ wordt gedefinieerd als de afwezigheid van zowel medicamenteuze, psychologische als andere vormen van professionele behandeling. Deze module includeert ook specifieke redenen die de patiënt naar de behandeling hebben gebracht, specifieke verwachtingen ten aanzien van zijn behandeling, een eventuele uitsteltermijn in het zetten van de stap naar professionele hulpverlening en de redenen om zorg uit te stellen (Bruffaerts et al., 2018). Bijkomend werd gevraagd naar het aantal psychiatrische opnames in het verleden, de lengte en de timing van deze opnames. Ook werd gekeken naar continuïteit van zorg in het verleden inzake doorverwijzing alsook kennis van behandelmogelijkheden en werd de vraag gesteld naar het vroegere gebruik van psychofarmaca. Het doel van het afnemen van deze module was tot een geïntegreerd beeld te komen van het reeds afgelegde zorgtraject van de patiënt.

Kwaliteit van leven

De Sheehan Disability scale werd gebruikt om de impact van psychische problemen op het dagelijks functioneren in kaart te brengen (Sheehan et al., 1996). Om de impact van psychische stoornissen en problemen na te gaan werd ook gebruikgemaakt van de verkorte versie van de World Health Organization Disablement Assessment Scale, versie 2 (WHODAS-II). Deze schaal heeft tot doel functionele beperkingen na te gaan die geassocieerd zijn met psychische en fysieke gezondheid (Von Korff et al., 2008; Buist-Bouwman et al., 2006). Kwaliteit van leven werd bevestigd met betrekking tot de voorbije 30 dagen. De inschatting van (de verandering in) rolfunctioneren (inclusief absentisme en presenteïsme) werd gemeten met behulp van de ‘Work Loss Days’ (WLD) subschaal van de WHODAS-II. Het tijds kader van de WLD-index is de 30 dagen die voorafgaan aan de meting. De WLD-vragen schatten de mate waarin patiënten niet in staat waren hun dagelijkse bezigheden te volbrengen en, in het geval men wél in staat was dit te doen, de mate waarin de kwaliteit en/of de kwantiteit van het werk leed onder de psychische problemen, of de mate waarin patiënten meer energie moeten investeren om de taken te volbrengen (Alonso et al., 2011). De antwoorden werden gecombineerd om de WLD-index te creëren, waarvan elk van de vragen een differentieel gewicht krijgen. Anders gezegd, de dagen waarop respondenten totaal *niet* in staat waren te werken of te functioneren werden een hoger gewicht gegeven, in vergelijking met de dagen waarop respondenten een stapje terug moesten doen

of minder productief waren, de dagen waarop respondenten minder hadden kunnen letten op de kwaliteit en zorgvuldigheid van hun werk en het aantal dagen waarop ze meer energie moesten investeren om de taken te volbrengen. De WLD-coëfficiënt moet worden geïnterpreteerd als het percentage dagen per maand waarop niet of suboptimaal wordt gefunctioneerd (Von Korff et al., 2008; 2005). Dit betekent bijvoorbeeld dat een WLD-score van 0,10 dient te worden geïnterpreteerd als een daling in rolfunctioneren per maand van 10%, of 3 dagen. Op basis hiervan werd het verminderde rolfunctioneren per jaar geschat voor de geïncludeerde psychische problemen. Specifiek voor de werkende of schoollopende patiënten geeft de WLD-index een adequate inschatting van het absentisme en presenteïsme die gepaard gaan met psychische problemen (Bruffaerts et al., 2011; 2012).

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

Veerkracht

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

Sociodemografische variabelen

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

5.2 Gebruikte onderzoeksinstrumenten bij ouderen (65 jaar en ouder)

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

5.3 Gebruikte onderzoeksinstrumenten bij jongeren (jonger dan 18 jaar)

In de vragenlijst voor de jongeren werd de CIDI-SC geschrapt en vervangen door de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Muris et al., 2003), een meetschaal die niet enkel angst en depressie includeert, maar ook sociale problemen en externaliserende problemen in kaart brengt. Ook de General functioning subscale van de Family Assessment Device (FAD) (Epstein, Bishop, & Levin, 1978; Epstein et al., 1984) werd toegevoegd, die aan de hand van 12 items zicht geeft op het algemeen functioneren van het gezin.

REFERENTIES

- Alonso, J., Petukhova, M., Vilagut, G., Chatterji, S., Heeringa, S., Üstün, T. B., ... Kessler, R. C. (2011). Days out of role due to common physical and mental conditions: results from the WHO World Mental Health surveys. *Molecular psychiatry*, 16(12), 1234–1246. <https://doi.org/10.1038/mp.2010.101>
- Bengelsdorf, H., Levy, L. E., Emerson, R. L., & Barile, F. A. (1984). A crisis triage rating scale: Brief dispositional assessment of patients at risk for hospitalization. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 172(7), 424–430. <https://doi.org/10.1097/00005053-198407000-00009>
- Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., & Demyttenaere, K. (2008). Mental Health in Belgium: Current Situation and Future Perspectives. In R. C. Kessler & T. B. Üstün (Eds.), *The World Mental Health Survey Initiative Volume One: Patterns of mental illness in the WMH Surveys* (pp. 279-304). New York: Cambridge University Press.
- Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., & Demyttenaere, K. (Eds.). (2011). *Kan geestelijke gezondheid worden gemeten? Psychische stoornissen in de Belgische algemene bevolking*. Leuven: Acco.
- Bruffaerts, R., Vilagut, G., Demyttenaere, K., ..., Kessler, R. C. (2012). The role of common mental and physical disorders in partial disability around the world. *British Journal of Psychiatry*, 200, 454-461.
- Bruffaerts, R., Mortier, P., Kiekens, G., ..., Kessler, R. C. (2018). Mental health problems in college freshmen: Prevalence and academic functioning. *Journal of Affective Disorders*, 225, 97-103.
- Bruffaerts, R., Mortier, P., Auerbach, R. P., ..., Kessler, R. C. (2019). Lifetime and 12-month treatment for mental disorders and suicidal thoughts and behaviors among first-year college students. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 28, e1764.
- Buist-Bouwman, M., de Graaf, R., Vollebergh, W., ..., Ormel, J. (2006). Functional disability of mental disorders and comparison with physical disorders: A study among the general population of six European countries. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 492-500.
- Cheng, S., Siddiqui, T. G., Gossop, M., Kristoffersen, E. S., & Lundqvist, C. (2019). The Severity of Dependence Scale detects medication misuse and dependence among hospitalized older patients. *BMC Geriatrics*, 19(1), 174. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1182-3>
- Defuentes-Merillas, L., Dejong, C. A. J., & Schippers, G. M. (2002). Reliability and validity of the Dutch version of the Readiness to Change Questionnaire. *Alcohol & Alcoholism*, 37(1), 93-99.
- De Jong Gierveld, J., & Kamphuis, F. (1985). The development of a Rasch-type loneliness scale. *Applied Psychological Measurement*, 9, 289–299.
- De Jong Gierveld, J., & Van Tilburg, T. (1999). *Manual of the Loneliness Scale*. Amsterdam, the Netherlands: Vrije University.

- Gierveld, J. de J., van Groenou, M. B., Hoogendoorn, A. W., & Smit, J. H. (2009). Quality of marriages in later life and emotional and social loneliness. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, *64*(4), 497–506. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbn043>
- Epstein, N. B., Bishop, D. S., & Levin, S. (1978). The McMaster Model of Family Functioning. *Journal of Marriage and Family Counseling*, *4*(4), 19–31. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1978.tb00537.x>
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1984). *McMaster Family Assessment Device (FAD)* [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t06314-000>
- Henckens, B., Vandenbergh, J., Sabbe, M., ..., Bruffaerts, R. (2015). Welke factoren zijn geassocieerd met een gedwongen opname? Een epidemiologische analyse van 12,978 aanmeldingen. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, *10*, 662-671.
- Kessler, R. C., & Ustun, T. B. (2004). The world mental health (WMH) survey initiative version of the World Health Organization (WHO) composite international diagnostic interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *13*, 93–121.
- Kessler, R. C., Demler, O., Frank, R. G., ..., Zaslavsky, A. M. (2005). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *New England Journal of Medicine*, *352*(24), 2515-2523.
- Kessler, R. C., Santiago, P. N., Colpe, L. J., ..., Ursano, R. J. (2013). Clinical reappraisal of the Composite International Diagnostic Interview Screening Scales (CIDI-SC) in the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *22*, 303–321.
- Mander, J., Wittorf, A., Teufel, M., ..., Sammet, I. (2012). Patients with depression, somatoform disorders, and eating disorders on the stages of change: Validation of a short version of the URICA. *Psychotherapy*, *49*(4), 519-527.
- Muris, P., Meesters, C., & van den Berg, F. (2003). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)—further evidence for its reliability and validity in a community sample of Dutch children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *12*(1), 1–8. <https://doi.org/10.1007/s00787-003-0298-2>
- OECD. (2013). *OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-being*. OECD Publishing, Paris. <https://dx.doi.org/10.1787/9789264191655-en>.
- Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., ..., Mann, J. J. (2011). The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry*, *168*, 1266-1277.
- Saunders, J. B., Aasland, O. Q., Babor, T. F., De La Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption—II. *Addiction*, *88*(6), 791-804.
- Sheehan, D. V., Harnett-Sheehan, K., & Raj, B. A. (1996). The measurement of disability. *International Clinical Psychopharmacology*, *11*(Suppl 3), 89-95. <https://doi.org/10.1097/00004850-199606003-00015>.
- Von Korff, M., Katon, W., Lin, E. H., ..., Bush, T. (2005). Potentially modifiable factors associated with disability among people with diabetes. *Psychosomatic Medicine*, *67*(2), 233–240. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000155662.82621.50>
- Von Korff, M., Crane, P. K., Ormel, J., ..., Kessler, R. C. (2008). Modifications to the WHODAS-II for the World Mental Health Surveys: Lessons Learned. *Journal of Clinical Epidemiology*, *61*, 1132-1143.
- Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., ..., Wells, J. E. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *The Lancet*, *370*(9590), 841-850.

HOOFDSTUK 6

Plaats en functie van psychologische zorg in de eerste lijn: beschrijving van de gebruikte methodologie

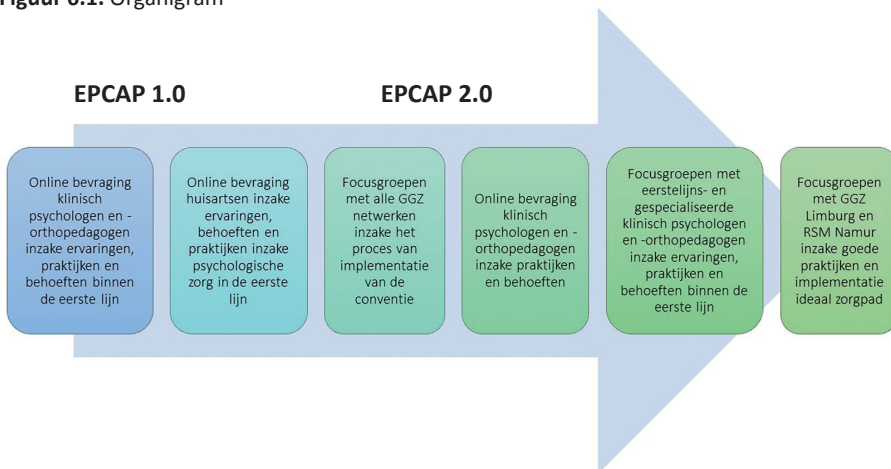
Annabelle Kinard

Leontien Jansen

Fabienne Glowacz

Binnen de EPCAP-studie beoogden we zicht te krijgen op de plaats en functie van de psychologische zorg binnen de eerste lijn. Meer specifiek wilden we de praktijken en behoeften van zowel eerstelijns- als gespecialiseerde klinisch psychologen / orthopedagogen in kaart brengen alsook hun samenwerkingen binnen de eerste lijn. Bijkomend wilden we de goede praktijken binnen de ggz-netwerken in België inzake de vernieuwde conventie tot terugbetaling van psychologische zorg in de eerste lijn in kaart brengen. Dit deel van de studie, als onderdeel van EPCAP 2.0, bestond dan ook uit vier delen (**figuur 6.1**): (a) focusgroepen met alle Frans- en Nederlandstalige netwerken Geestelijke Gezondheidszorg in België; (b) online bevraging van de geconventioneerde klinisch psychologen en orthopedagogen; (c) focusgroepen met de geconventioneerde klinisch psychologen en-orthopedagogen en (d) focusgroepen in de GGZ-samenwerkingsverbanden Limburg en Namen (i.c. de case study).

Figuur 6.1. Organigram



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

6.1 Étude 1: le processus d'implémentation de la nouvelle convention au travers des coordinateurs (de réseaux et locaux)

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

Composition des focus groups

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

Thématiques des focus groups

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

Méthode d'analyse

L'ensemble des entretiens réalisés ont chacun fait l'objet d'une retranscription mot à mot dans la langue dans laquelle ceux-ci ont été réalisés sur base des enregistrements audios et ont été collectés sous la forme de verbatims. Chacun des coordinateurs était associé au nom d'une couleur afin de préserver leur anonymat au sein de ces groupes de discussion. Les verbatims ont fait l'objet d'une analyse thématique par un codeur s'exprimant dans la langue de passation du focus groups. À partir du verbatim, le chercheur(e) effectuait un codage par thèmes du contenu issus des échanges entre coordinateurs pour chacun des groupes de discussion. Ces thèmes ont ensuite été

renseignés et regroupés pour chacune des questions de recherche au sein d'une arborescence. Enfin, une analyse transversale a été effectuée par deux chercheur(e)s de façon conjointe à partir des arborescences de chacun des entretiens. La section résultat présentera en français l'ensemble des thèmes émergents et récurrents issus des vingt groupes de discussion.

Les résultats de ces focus groups sur le processus d'implémentation de la nouvelle convention sont discutés au **chapitre 13**.

6.2 Étude 2: profils et pratiques des psychologues/orthopédagogues conventionnés dans les réseaux de santé mentale

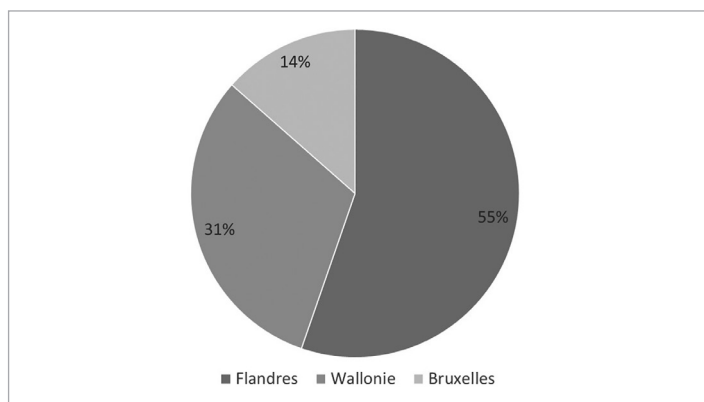
Calcul de la population

À partir des conventions recensées par le SPF Santé pour les psychologues et orthopédagogues dans l'ensemble des réseaux de santé mentale, un calcul de la population a été effectué au mois d'août 2022. En ne conservant qu'une seule fois les intervenants conventionnés dans au moins deux réseaux distincts, un total de 1693 psychologues et orthopédagogues a été obtenu avec une répartition par régions comparable à celle issue lors de la première convention (**Table 6.1** et **Figure 6.2**). Au vu de la population, notre échantillon devait se composer d'un minimum de 314 participants pour assurer une représentation de ce dernier avec une marge d'erreur de 5%.

Table 6.1 Calcul de la population

| | Flandres | Bruxelles | Wallonie | Total |
|-------------------------|----------|-----------|----------|-------|
| Population | 937 | 228 | 528 | 1,693 |
| Echantillon visé | 249 | 61 | 140 | 450 |
| Pourcentage | 55,3% | 13,5% | 31,2% | 100% |

Figure 6.2 Répartition régionale des psychologues conventionnés – Août 2022



Stratégies de recrutement

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

Instruments de mesure

Données socio-professionnelles

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

Représentations en lien avec les soins psychologiques dans la première ligne

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

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

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

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

- La durée de leur conventionnement et la précision s'ils exerçaient déjà lors de la première convention.
- Leur statut professionnel au sein de la convention au vu des élargissements prévus dans la convention.
- L'environnement de travail a également été étudié à la fois du point de vue physique et de l'aspect pluridisciplinaire ou non de l'environnement de travail.
- Le type de soins pour lesquels ils se sont conventionnés (première ligne et/ou spécialisés).

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

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

Le développement de nouvelles pratiques dans le cadre de la convention

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

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

Les collaborations interprofessionnelles au sein de la convention

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

Les attitudes des praticiens envers la collaboration interprofessionnelle ont également été mesurées à partir de deux sous-facteurs : « croyances envers les bénéfiques associés à la collaboration interdisciplinaire » élaborés par Sicotte et ses collègues (2002) ainsi que le sous-facteur contrainte temporelle issu de l'échelle Attitudes towards Health Care Teams scale (ATHCTS) dans sa version révisée (Kim et al., 2015 ; Curran et al., 2008). L'ensemble de ces items issus de ces deux facteurs obtiennent une validité interne de 0.83 au sein de notre étude (n=471). Les professionnels répondaient à ces questions au travers d'une échelle de Likert allant de 1 « Pas du tout d'accord » à 5 « Tout à fait d'accord ».

Sentiment d'efficacité en lien avec les prises en charge

Le sentiment d'auto-efficacité a été mesuré sur base du dispositif proposé par Bandura (2006). Les répondants mentionnent ainsi leur niveau de confiance à chacun

des items proposés à partir d'une échelle allant de 0% (pas du tout confiant) à 100% (tout à fait confiant). Les quatre premiers items utilisés sont issus de Beehler et al. (2013) et de Clémence et al. (2005) qui ont été adaptés pour notre objet d'étude dédié aux soins psychologiques dans la première ligne. Les items de Beehler et al. (2013) ont également été utilisés pour mesurer le sentiment d'auto-efficacité des praticiens envers les nouvelles modalités d'intervention incluses dans la convention à savoir la réalisation de séances en groupe, la pratique de l'outreaching ainsi que la consultation dans un milieu de vie externe à un cabinet de consultation usuel.

Satisfaction, engagement et recommandations envers la convention

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

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

Traitement des données quantitatives

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

Méthode d'analyse des données qualitatives

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

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

- Selon vous, qu'est-ce qui favorise la mise en place d'une collaboration avec d'autres professionnels/services dans le secteur des soins de santé ?
- Quels sont vos besoins dans le cadre de votre/vos conventionnement(s) ?
- Quelles sont vos recommandations (au niveau organisationnel, interprofessionnel ou personnel) pour les soins psychologiques dans la première ligne ?

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

Les résultats quantitatifs sont discutés au **chapitre 14** et les résultats qualitatifs au **chapitre 15**.

6.3 Étude 3 : focus groups sur l'expérience des psychologues/orthopédagogues conventionné(e)s dans un réseau de santé mentale adulte ou enfant/adolescent

Composition des focus groups

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

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

Sur cette base, deux focus groups (un en français et un en néerlandais) ont été formés avec des psychologues/orthopédagogues conventionnés uniquement dans un ou plusieurs réseaux adultes et deux autres focus groups avec des professionnels conventionnés dans au moins un réseau enfant/adolescent (**Table 6.2**). Ces groupes de discussion reprenaient ainsi à la fois des psychologues exerçant au sein des deux types de réseau de santé mentale ainsi que ceux étant uniquement conventionnés dans un ou plusieurs réseau(x) pour les enfants/adolescents.

Table 6.2 Nombre de participants selon la région et le type de conventionnement

| | Conventionnement adultes | Conventionnement enfants/ adolescents et mixte |
|---------------------------------------|---|---|
| Région Wallonie-Bruxelles (FR) | Groupe 1 : 33 Persons contactées 9 Participants | Groupe 2 : 33 Persons contactées 5 Participants |
| Région Flamande (NL) | Groupe 3 : 20 Persons contactées 4 Participants | Groupe 4 : 17 Persons contactées 5 Participants |

Thématique des focus groups

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

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

Les représentations des psychologues et orthopédagogues vis-à-vis du travail en réseau ont été interrogées. Ceux-ci ont également pu faire mention aux cours des échanges des partenaires privilégiés avec lesquels ils ont l'occasion de travailler dans le cadre des soins de première ligne et de comment ces collaborations peuvent se mettre en œuvre et évoluer au fil du temps pour la prise en charge de leur patient.

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

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

- À quoi correspondent les pratiques ainsi que les patients rencontrés dans le cadre des soins psychologiques de première ligne ?
- Comment les nouvelles pratiques suggérées par la convention s'intègrent-elles aux consultations des professionnels conventionnés ?
- Que recouvrent le travail en réseau et les collaborations interprofessionnelles des conventionnés dans la première ligne ?

- Quels sont les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces que les psychologues et orthopédagogues associent à la convention ?

Les résultats de ces focus groups sur les expériences des psychologues et des orthopédagogues sont discutés au **chapitre 16**.

6.4 Studie 4: toepassing van evidence-, practice- en experience-based richtlijnen in de netwerken geestelijke gezondheidszorg

Door middel van een case study (i.c. de gevalstudie) in een netwerk voor geestelijke gezondheidszorg werd de implementatie van de verschillende opdrachten en de toepassing van diens evidence-, practice en experience-based richtlijnen inzake de hernieuwde conventie in kaart gebracht. Het doel was om, aan de hand van het implementatieproces in de desbetreffende netwerken, scenario's van good practices op netwerk niveau te exploreren en uit te werken, inclusief mogelijkheden die optimaal zijn in hoé de zorg wordt uitgevoerd (op microniveau), op niveau van de samenwerking tussen de psycholoog / orthopedagoog en de andere actoren (met specifieke aandacht voor een optimaal samenwerkingsverband met de huisarts- mesoniveau) en hoé een duurzaam beleidskader er zou kunnen uitzien (op macroniveau).

Methodie

Een case study design maakt een diepgaandere en veelzijdige verkenning (Crowe et al., 2011), in combinatie met de gegevens uit zowel de epidemiologische mapping van het klinisch profiel van de behandelde patiënten (WP1) als uit de studies inzake de plaats en functie van de psychologische zorg in de eerste lijn (WP2), mogelijk van de toepassing van de hernieuwde conventie in het reële kader van een netwerk geestelijke gezondheidszorg. Door middel van focusgroepen met de betrokken zorgprofessionals, monitoring van het behandeltraject van de patiënt en een uitvoerige SWOT-analyse met het betreffende netwerk, brachten we de implementatie van de hernieuwde conventie in kaart. Op deze manier werden de good practices maar vooral ook de verbeterpunten geanalyseerd in nauwe samenwerking met zowel de betrokken zorgprofessionals als het netwerk zelf.

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

De medewerking aan deze case study door het betreffende netwerk betrof bijgevolg niet alleen een investering in tijd en medewerking maar creëerde ook optimalisatie op zowel het niveau van de patiënt als op niveau van de zorgprofessional en het netwerk met betrekking tot onder andere samenwerkingsverbanden, optimalisatie van de behandeltrajecten, communicatie en uiteindelijk zowel een kwalitatieve hulpverlening als werkomgeving.

Betrokken netwerken

De case study werd uitgevoerd in de volgende netwerkverbanden in België: GGZ Limburg (NOOLIM, RELING, LIGANT) en RSM Namur (PSYNAM, KIRIKOU). In de periode

maart-mei 2023 werden focusgroepen gehouden met respectievelijk GGZ Limburg en RSM Namur. Aan beide focusgroepen namen zowel klinisch psychologen, lokale partners en stakeholders, ervaringsdeskundigen en netwerkcoördinatoren deel. De audio-opnames van deze focusgroepen werden getranscribeerd om vervolgens in analogie van de eerdere kwalitatieve studies geanalyseerd te worden aan de hand van de volgende thema's: (1) definiëring: psychologische zorg in de eerste lijn, prioritaire doelgroepen, outreaching, vindplaatsgericht werken; (2) goede praktijken en (3) ideaal zorgpad: definitie, ontwikkeling, implementatie en monitoring van toeleiding, behandeling en nazorg. De resultaten uit deze focusgroepen werden gelegd naast de resultaten uit de focusgroepen met de netwerkcoördinatoren en met de klinisch psychologen / orthopedagogen. Daarnaast werd de data uit de patiëntenbevraging en uit de bevraging van de psychologen meegenomen in de rapportage inzake het implementatieproces van de conventie alsook de goede praktijken binnen de beide netwerken. In **Hoofdstuk 18** worden de goede praktijken binnen de psychologische zorg in de eerste lijn besproken.

REFERENTIES

- Bandura, A. (2006). Guide for constructing self-efficacy scales. In T. Urdan & F. Pajares (Eds.), *Self-efficacy beliefs of adolescents* (pp. 307–337).
- Beehler, G. P., Funderburk, J. S., Possemato, K., & Dollar, K. M. (2013). Psychometric assessment of the Primary Care Behavioral Health Provider Adherence Questionnaire (PPAQ). *Translational Behavioral Medicine, 3*(4), 379-391.
- Boroff, K. E., & Lewin, D. (1997). Loyalty, voice, and intent to exit a union firm: A conceptual and empirical analysis. *ILR Review, 51*(1), 50-63. <https://doi.org/10.1177/001979399705100104>
- Clemence, A. J., Hilsenroth, M. J., Ackerman, S. J., Strassle, C. G., & Handler, L. (2005). Facets of the therapeutic alliance and perceived progress in psychotherapy: Relationship between patient and therapist perspectives. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice, 12*(6), 443-454.
- Crowe, S., Cresswell, K., Robertson, A., Huby, G., Avery, A., & Sheikh, A. (2011). The case study approach. *BMC medical research methodology, 11*, 100. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-11-100>
- Curran, V. R., Sharpe, D., Forristall, J., & Flynn, K. (2008). Attitudes of health sciences students towards interprofessional teamwork and education. *Learning in Health and Social Care, 7*(3), 146-156.
- Hills, D., Joyce, C., & Humphreys, J. (2012). Validation of a job satisfaction scale in the Australian clinical medical workforce. *Evaluation & the Health Professions, 35*(1), 47-76.
- Kim, S. E., Kim, C. W., Lee, S. J., Oh, J. H., Lee, D. H., Lim, T. H., Choi, H. J., Chung, H. S., Ryu, J. Y., Jang, H. Y., Choi, Y. H., Kim, S. J., & Jung, J. H. (2015). A questionnaire survey exploring healthcare professionals' attitudes towards teamwork and safety in acute care areas in South Korea. *BMJ Open, 5*(7), e007881. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-007881>
- Sicotte, C., D'Amour, D., & Moreault, M. P. (2002). Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres. *Social Science & Medicine, 55*(6), 991-1003.
- Soane, E., Truss, C., Alfes, K., Shantz, A., Rees, C., & Gatenby, M. (2012). Development and application of a new measure of employee engagement: The ISA Engagement Scale. *Human Resource Development International, 15*(5), 529-547.



DEEL 3

KLINISCHE PROFIELEN VAN BEHANDELDE PATIËNTEN IN DE EERSTELIJS- PSYCHOLOGISCHE ZORG

HOOFDSTUK 7

Sociodemografische karakteristieken van behandelde patiënten in de eerstelijnspsychologische zorg

Leontien Jansen

Franco Gericke

Ronny Bruffaerts

De conventie tot terugbetaling van psychologische zorg in de eerste lijn heeft als doelstelling een laagdrempelige toegangspoort te zijn voor de gehele Belgische bevolking. Bij het uitwerken van de vernieuwde conventie in 2021 stond de quintuple aim (Mathenuy et al., 2019) centraal, en legde men de focus op sociale rechtvaardigheid en inclusie. Het was dan ook essentieel om na te gaan in welke mate de maatschappelijk kwetsbare bevolkingsgroepen zoals onder andere jongeren, ouderen, personen met een lage socio-economische status en alleenstaande ouders bereikt worden met de conventie.

7.1 Sociodemografische karakteristieken van behandelde patiënten

Gemiddeld waren de patiënten die gebruikmaakten van de maatregel tot terugbetaling van psychologische zorg in de eerste lijn 39 jaar oud (SD=13). Slechts 5,1% was jonger dan 18 jaar en 3,7% was 65 jaar of ouder. Het grootste percentage patiënten (42,1%) was tussen de 18 en 35 jaar oud. In totaal was 70,5% van de patiënten van het vrouwelijke geslacht en meer dan de helft van de patiënten werkte in loondienst of als zelfstandige (**Tabel 7.1**). Ruim drie kwart (78%) van de patiënten leefde samen met een andere persoon, zij het een partner, ouders of kind(eren). Slechts 5,8% van de patiënten had een niet-Belgische nationaliteit, maar bij 16,2% van de patiënten had minstens één van de ouders een niet-Belgische geboorteplaats. Ongeveer een kwart van de jongeren zat op de lagere school (23,5%) en vier op de tien jongeren volgde ASO (Algemeen Secundair Onderwijs) in het secundair onderwijs (39,5%). Meer dan de helft (57,5%) van de volwassenen (18 jaar of ouder) was hoger opgeleid. Met betrekking tot de sociodemografische karakteristieken van de behandelde patiënten werden geen significante verschillen gevonden tussen de patiënten die gebruikmaakten van eerstelijns- (ELP) of gespecialiseerde (GPZ) psychologische zorg.

7.2 Maatschappelijke kwetsbare groepen

Aan de hand van de data verzameld binnen de EPCAP-studie konden een aantal maatschappelijk potentieel kwetsbare groepen geïdentificeerd worden, zoals ouderen van 75 jaar of ouder, alleenstaande ouders, patiënten met een lage socio-economische status, patiënten met ernstige fysieke problemen, patiënten met een niet-Belgische nationaliteit, werkzoekenden en jonge ouders. Ruim een kwart van de volwassenen

patiënten (27,8%) behoorde tot minstens één van deze maatschappelijke kwetsbare groepen, waarbij de grootste groepen de alleenstaande ouders (10,5%) en patiënten met een lage sociaal economische status (9,8%) betroffen. Patiënten met een leeftijd van 75 jaar of ouder werden echter zeer beperkt bereikt (0,4%), evenals jonge ouders (0,6%).

Tabel 7.1 Sociodemografische kenmerken

| Sociodemografische karakteristieken | | Totaal | | ELP | | GPZ | |
|--|--|-----------------|------------------------------------|------------|------------------------------------|------------|------------------------------------|
| | | N | % ¹ (S.E.) ² | N | % ¹ (S.E.) ² | N | % ¹ (S.E.) ² |
| Totaal aantal patiënten: 1.887 | | | | 1.269 | 67,2 (1,3) | 618 | 29,9 (1,3) |
| Gemiddelde leeftijd: 39,1 (13,04) | | | | | | | |
| Geslacht | Man | 593 | 29,5 (1,2) | 343 | 28,3 (1,5) | 167 | 27,2 (2,1) |
| | Vrouw | 1.627 | 70,5 (1,2) | 917 | 71,7 (1,5) | 451 | 72,9 (2,1) |
| Professionele status | Leerling of student | 203 | 11,8 (1,1) | 98 | 11,0 (1,4) | 71 | 13,0 (1,7) |
| | In loondienst | 1.223 | 51,8 (1,3) | 699 | 52,5 (1,7) | 335 | 51,9 (2,4) |
| | Zelfstandige | 127 | 5,5 (0,7) | 76 | 6,0 (0,9) | 30 | 4,7 (0,9) |
| | Niet werkend (tijdelijke onderbreking) | 124 | 5,8 (0,6) | 72 | 5,5 (0,8) | 33 | 5,8 (1,3) |
| | Niet werkend (werkzoekend) | 78 | 4,2 (0,5) | 46 | 4,1 (0,7) | 21 | 3,9 (1,0) |
| | Niet werkend ((brug)pensioen) | 105 | 4,5 (1,0) | 62 | 4,4 (0,7) | 28 | 3,2 (0,7) |
| | Niet werkend (arbeidsongeschikt) | 363 | 16,3 (0,1) | 213 | 16,5 (1,2) | 99 | 17,4 (2,0) |
| | Educatie | Lager onderwijs | 96 | 4,8 (0,8) | 57 | 5,5 (1,0) | 19 |
| | Secundair onderwijs | 789 | 36,5 (1,3) | 444 | 36,7 (1,7) | 213 | 35,5 (2,3) |
| | Hoger onderwijs (korte variant) | 573 | 26,3 (1,1) | 332 | 25,9 (1,4) | 169 | 27,9 (2,2) |
| | Hoger onderwijs (lange variant) | 323 | 11,6 (0,7) | 170 | 11,5 (1,0) | 98 | 14,4 (1,6) |
| | Universiteit | 421 | 19,6 (1,1) | 250 | 19,3 (1,3) | 111 | 17,8 (1,9) |
| | Doctoraat | 27 | 1,1 (0,2) | 16 | 1,1 (0,3) | 8 | 1,1 (0,5) |
| Woon-situatie | Thuis, alleen | 484 | 22,0 (1,3) | 264 | 20,9 (1,4) | 153 | 25,0 (2,1) |
| | Thuis, met partner | 1.126 | 47,8 (1,1) | 659 | 48,9 (1,7) | 296 | 44,6 (2,4) |
| | Thuis, met één of meer kinderen | 642 | 28,3 (1,2) | 365 | 29,0 (1,5) | 178 | 30,6 (2,3) |
| | Thuis, met vader en/of moeder | 255 | 11,9 (0,8) | 133 | 11,4 (1,2) | 82 | 14,1 (1,7) |
| Burgerlijke staat | Gehuwd | 744 | 32,7 (1,2) | 438 | 33,2 (1,5) | 196 | 31,0 (2,2) |
| | Feitelijk gescheiden | 55 | 3,1 (0,4) | 38 | 3,4 (0,6) | 10 | 2,6 (0,9) |
| | Wettelijk gescheiden | 254 | 11,4 (0,8) | 141 | 10,7 (1,0) | 81 | 12,5 (1,5) |
| | Weduwe(naar) | 34 | 1,3 (0,2) | 20 | 1,4 (0,4) | 7 | 0,9 (0,3) |
| | Nooit getrouwd | 1.142 | 52,4 (1,3) | 632 | 51,4 (1,7) | 324 | 53,0 (2,4) |
| | Nationaliteit | Belg | 2.111 | 94,2 (0,8) | 1.195 | 93,6 (1,0) | 595 |
| | Buurland (Frankrijk, Nederland, Duitsland, Luxemburg, Verenigd Koninkrijk) | 80 | 4,3 (0,7) | 53 | 4,8 (0,9) | 12 | 2,0 (0,6) |
| | (Ander) land uit Europese unie ³ | 29 | 1,3 (0,3) | 15 | 1,4 (0,5) | 10 | 1,3 (0,4) |
| | Land buiten de Europese unie | 31 | 1,6 (0,3) | 19 | 1,5 (0,4) | 9 | 0,0 (0,0) |
| Regio | Brussel | 77 | 5,9 (0,8) | 47 | 5,2 (0,9) | 15 | 2,4 (0,7) |
| | Vlaanderen | 1.781 | 63,6 (1,5) | 977 | 65,4 (1,8) | 545 | 77,1 (2,5) |
| | Wallonië | 362 | 30,5 (1,4) | 239 | 29,5 (1,7) | 56 | 20,5 (2,5) |

¹ Percentages berekend op basis van gewogen data, ² Standaardfout ten aanzien van de gewogen data; hoe lager de S.E., hoe betrouwbaarder de puntschatting, ³ Bulgarije, Cyprus, Denemarken, Estland, Finland, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Litouwen, Malta, Oostenrijk, Polen, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjecho, Zweden).

7.3 Samengevat

De conventie tot terugbetaling van psychologische zorg in de eerste lijn bereikt een diverse socio-demografische populatie. Er lijken geen verschillen tussen respectievelijk eerstelijns- en gespecialiseerde psychologische zorg. Vrouwen maakten meer dan mannen gebruik van eerstelijns- of gespecialiseerde psychologische zorg, als ook volwassenen tussen de 18 en 35 jaar. Maatschappelijk potentieel kwetsbare bevolkingsgroepen werden bereikt maar is een duidelijke groeimarge zichtbaar inzake de toeleiding van jongeren (-18 jaar), ouderen (75 jaar en ouder), patiënten met een laag socio-economische status als ook patiënten met ernstige fysieke problemen. Patiënten met een niet-Belgische nationaliteit waren ondergerepresenteerd en de toeleiding van ouderen was beperkt. Daarentegen vonden hoger opgeleiden makkelijker de weg naar psychologische zorg in de eerste lijn dan lager opgeleiden.

REFERENTIES

Matheny, M., Israni, S. T., Ahmed, M., & Whicher, D. (2019). *Artificial intelligence in health care: The hope, the hype, the promise, the peril*. NAM Special Publication. Washington, DC: National Academy of Medicine.

HOOFDSTUK 8

Psychische problemen en psychiatrische comorbiditeit bij patiënten behandeld in de eerstelijnspsychologische zorg

Leontien Jansen

Franco Gericke

Ronny Bruffaerts

In België heeft ongeveer 15-20% van de algemene bevolking minstens één psychische stoornis op jaarbasis (Bonnewyn et al., 2007; Bruffaerts et al., 2014; Bruffaerts, 2021). Angststoornissen, gevolgd door stemmingsstoornissen en alcoholgerelateerde stoornissen zijn het meest voorkomend. De laatste jaren komen ook externaliserende stoornissen meer op de voorgrond. Externaliserende stoornissen zijn psychische stoornissen die gekenmerkt worden door externaliserend gedrag; maladaptief gedrag dat gericht is op de omgeving van het individu dat een belemmering vormt binnen het dagelijks functioneren (Krueger et al., 2005). Voorbeelden van externaliserende problemen zijn bingeing van middelen, impulsieve stoornissen of een periodieke explosieve stoornis. Hoewel de conventie tot terugbetaling van psychologische zorg in de eerste lijn voorschrijft dat de doelgroep bestaat uit personen met milde tot matig ernstige psychische problemen, die (nog) niet voldoen aan de diagnose psychische stoornis en nog niet of in zeer beperkte mate reeds behandeld werden, is het de vraag welke patiënten er daadwerkelijk worden behandeld binnen de conventie tot terugbetaling van psychologische zorg in de eerste lijn.

Deze resultaten zijn gebaseerd op gestandaardiseerde en gevalideerde screeningsvragenlijsten. Schattingen van voorkomen van psychische stoornissen werden niet door klinici aan de hand van een klinisch interview vastgesteld, waardoor de gerapporteerde prevalenties met enige terughoudendheid geïnterpreteerd dienen te worden. Daarnaast kan er door het retrospectieve karakter van deze vragenlijst wellicht sprake zijn van *recall bias*: respondenten kunnen meer of minder geneigd zijn om zich informatie over het voorkomen van psychische problemen te herinneren en deze in verband te brengen met het huidige psychische welzijn, of om zich informatie te herinneren over hun functioneren destijds afhankelijk van de ervaren psychische problemen (Prince, 2012).

8.1 Prevalentie van psychische stoornissen van behandelde patiënten

Ongeveer 30% van de patiënten voldeed niet aan de criteria van een psychische stoornis en 70% van de behandelde patiënten voldeed aan de criteria van CIDI-SC DSM-5 psychische stoornis zowel ooit gedurende zijn of haar leven als in de 12 maanden voorafgaand aan de eerstelijns- (ELP) of gespecialiseerde (GPZ) psychologische behandeling (**figuur 8.1**). Bijna twee derde voldeed aan de criteria van een

stemmingsstoornis (63,1% ooit; 58,7% in het afgelopen jaar) en bijna de helft aan de criteria van een angststoornis (61,4% ooit; 40,5% in het afgelopen jaar). Een kwart screende positief voor mogelijke lifetime eetstoornissen, en vergelijkbaar voor het afgelopen jaar. Opvallend is dat 69,6% positief screende op ernstige PTSS-gerelateerde problemen die één maand of langer duurden gedurende hun leven, met 60,3% in het afgelopen jaar. Belangrijk is dat deze PTSS-gegevens gaan over personen die positief screenen en dus aangeven dat er specifieke uitlokkende gebeurtenissen zijn (geweest) die een aanleiding vormden voor doorverwijzing. Zelfverwondend gedrag werd door 27,3% gerapporteerd ooit gedurende hun leven, waarbij door 8,9% in de afgelopen 12 maanden. Geen enkele patiënt binnen de studiepopulatie voldeed aan de CIDI-SC DSM-5 criteria voor hypomanie en bipolaire stoornis.

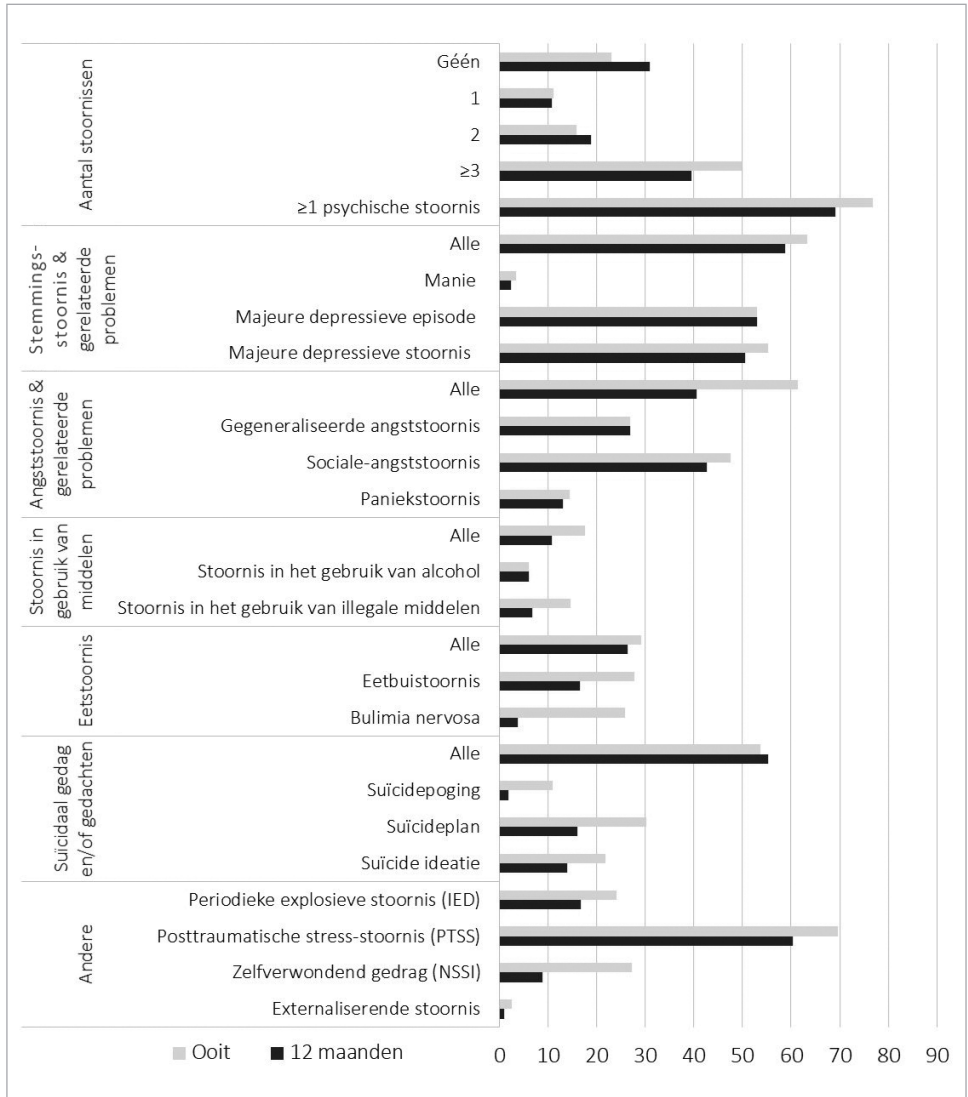
Jongeren screenden vaker positief op stemmingsstoornissen dan volwassenen (OR= 1,46; 95% C.I. 1,10-1,92). Meer specifiek rapporteerden zij vaker een majeure depressieve stoornis (OR= 1,37; 95% C.I. 1,04-1,80). Oudere patiënten (65 jaar en ouder) rapporteerden dan weer minder stemmings- en angststoornissen (resp. OR= 0,35; 95% C.I. 0,17-0,70 en OR= 0,32; 95% C.I. 0,13-0,77). Jongeren rapporteerden vaker een eetstoornis in tegenstelling tot volwassenen (OR= 1,72; 95% C.I. 1,25-2,36). Ook waren er vaker PTSS-gerelateerde problemen aanwezig bij hen (OR= 1,96; 95% C.I. 1,15-3,35). Daarnaast werd niet-suïcidaal zelfverwondend gedrag vaker gerapporteerd door jongeren in tegenstelling tot volwassenen (OR= 4,81; 95% C.I. 3,39-6,83). Met betrekking tot externaliserende stoornissen werden geen significante verschillen gevonden in functie van leeftijd.

Eén op de tien patiënten rapporteerde in de 12 maanden voorafgaand aan de psychologische behandeling in de eerste lijn een stoornis in het gebruik van middelen (10,8%) en 17,6% ooit in zijn of haar leven (**figuur 8.1**). Meer specifiek had 6,1% een stoornis in het gebruik van alcohol en voldeed 6,8% aan de criteria van een stoornis in het gebruik van illegale middelen zoals cannabis of cocaïne in het jaar voorafgaand aan de psychologische behandeling in de eerste lijn.

8.2 Prevalentie van suïcidaliteit

De helft (53,7%) van de behandelde patiënten rapporteerde ooit in zijn of haar leven te maken te hebben gehad met suïcidale gedachten en/of gedrag. Meer specifiek heeft 11,0% van de behandelde patiënten ooit een suïcidepoging ondernomen en rapporteerde 30,3% ooit suïcidale plannen te hebben gehad (**figuur 8.1**). Suïcidale gedachten en/of gedrag werd gerapporteerd door minder dan een zesde van alle patiënten in de laatste 12 maanden, 1,8% deed een suïcidepoging in het afgelopen jaar. Jongeren rapporteerden significant meer suïcidale gedachten en/of gedrag (OR= 1,63; 95% C.I. 1,24-2,15). Meer specifiek rapporteerden zij tot drie keer meer suïcidepogingen in tegenstelling tot volwassenen (OR= 3,36; C.I. 1,54-7,36). Er werden geen verschillen in geslacht gevonden.

Figuur 8.1 Psychische stoornissen en problemen bij patiënten behandeld in de eerstelijnspsychologische zorg

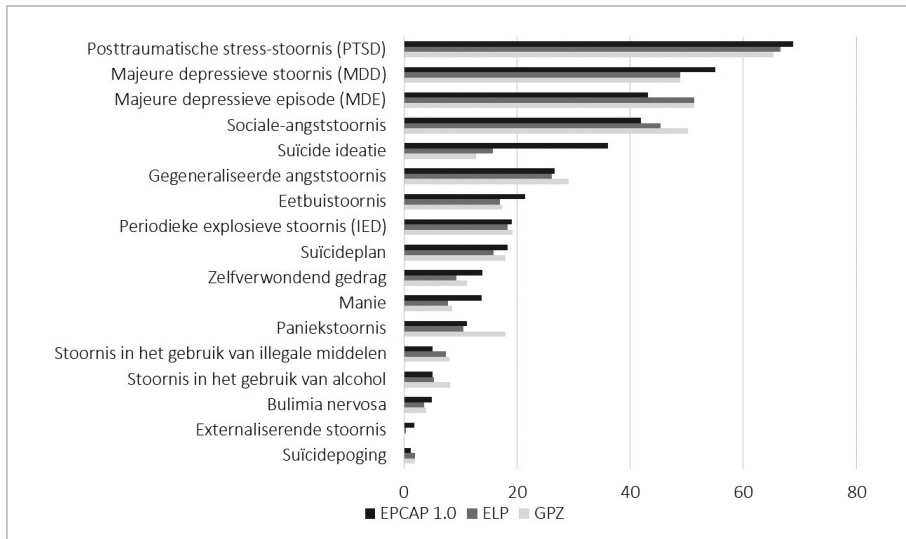


Percentages berekend op basis van de gewogen data. Prevalentie ooit gedurende het leven van de patiënt en in de 12 maanden voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling. Aantal stoornissen: inclusief manie, hypomanie, majeure depressieve episode, depressieve stoornis, gegeneraliseerde angststoornis, sociale-angststoornis,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

8.3 Prevalentie van psychische stoornissen en suïcidaliteit, per type behandeling (ELP of GPZ)

Patiënten die werden behandeld met respectievelijk eerstelijns- (ELP) of gespecialiseerde psychologische zorg (GPZ) verschilden niet significant in de prevalentie van stemmingstoornissen of suïcidale gedachten en/of gedrag in de 12 maanden voorafgaand aan de behandeling. Enkel paniekstoornissen kwamen minder vaak voor in ELP dan in GPZ (respectievelijk 10,6% en 18%, OR=0,5; 95% C.I. 0,34-0,86) (**figuur 8.2**). Een stoornis in het gebruik van alcohol was minder vaak aanwezig bij patiënten behandeld binnen GPZ (5,3% versus 8,2% (OR=0,63; 95% C.I. 0,44-0,91). Patiënten met externaliserende pathologie werden dan weer significant vaker behandeld door ELP, maar het ging hier over een klein percentage, i.c. 0,4% versus 0% (OR = 0,66%; C.I. 0,64-0,68).

Figuur 8.2 Jaarprevalentie van psychische stoornissen en gerelateerde problemen

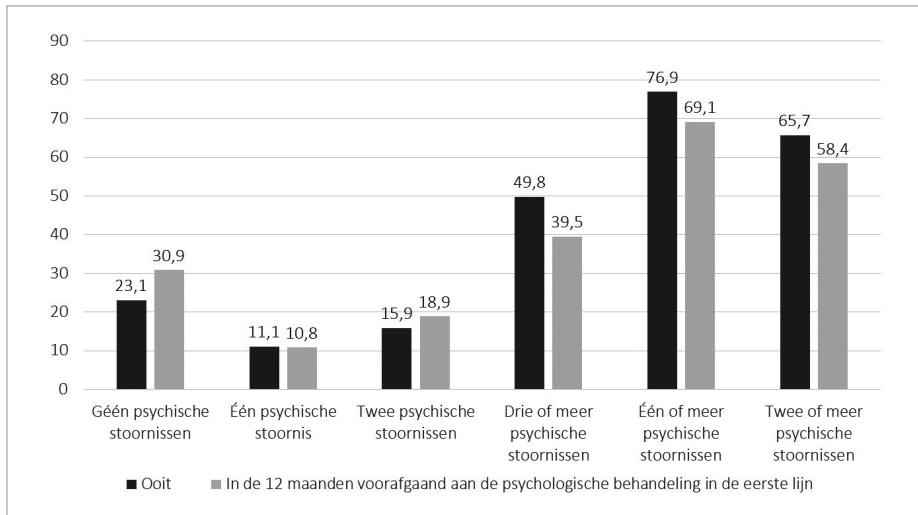


Percentage patiënten die positief screenden op een psychische stoornis of psychisch probleem in de 12 maanden voorafgaand aan de start van de ELP- of GPZ- behandeling.

8.4 Prevalentie van psychiatrische comorbiditeit

Drie kwart van de patiënten voldeed ooit gedurende zijn of haar leven aan de criteria van één of meer psychische stoornissen; bijna 70% deed dit in de 12 maanden voorafgaand aan de eerstelijns- of gespecialiseerde psychologische behandeling (**figuur 8.3**). Comorbiditeit (i.c. voldoen aan de criteria van ≥ 2 psychische stoornissen) was het geval bij twee derde van de patiënten op lifetime basis en bij meer dan de helft in het laatste jaar. 30,9% had géén psychische stoornissen in dezelfde periode en bijna één kwart ooit gedurende zijn of haar leven. Er werden geen significante verschillen gevonden tussen ELP- en GPZ-behandelde patiënten.

Figuur 8.3 Prevalentie van psychiatrische comorbiditeit

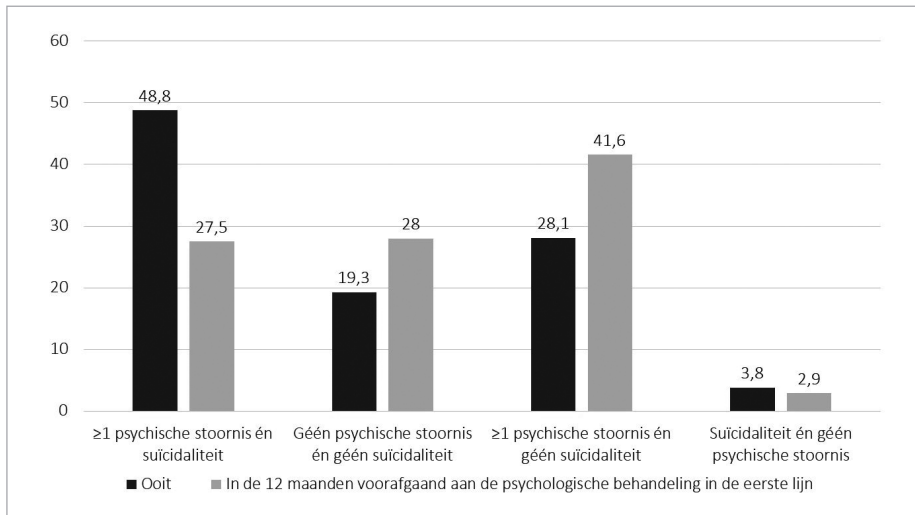


Percentage patiënten (%) die positief screenden op géén, één of meerdere psychische stoornissen ooit in zijn/haar leven of in de 12 maanden voorafgaand aan de ELP- of GPZ behandeling.

Bijna de helft (48,8%) van alle patiënten had ooit minstens één psychische stoornis in combinatie met suïcidaal gedrag en/of gedachten (**figuur 8.4**). Voor meer dan een kwart (27,5%) van alle patiënten was dit ook in het afgelopen jaar het geval. Eenzelfde proportie (28%) had in dezelfde periode voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling geen psychische stoornis én geen suïcidaal gedrag en/of gedachten. Eén vijfde van de patiënten (19,3%) had geen enkele psychische stoornis of suïcidaal gedrag en/of gedachten gedurende zijn of haar leven. Er werden geen significante verschillen tussen ELP en GPZ.

Verskillende psychische stoornissen en gerelateerde stoornissen clusterden samen, wat het hoge percentage patiënten met twee of meer psychische stoornissen verklaart. Waar stemmings- en angststoornissen onderling sterk comorbide waren, waren stoornissen in het gebruik van middelen minder eenduidig geclusterd met andere psychische stoornissen of gerelateerde problemen. Suïcidaliteit (specifiek suïcideplannen en -ideatie) was significant geassocieerd met stemmingsstoornissen en meer specifiek met een majeure depressieve episode. Met betrekking tot de angststoornissen associeerde het hebben van suïcidale plannen sterker met een generaliseerde angststoornis en sociale angststoornis.

Figuur 8.4 Comorbiditeit van psychische stoornissen en suïcidaal gedrag en/of gedachten



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

8.5 Aanvangsleeftijd van psychische stoornissen en suïcidaaliteit

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

8.6 Duurtijd van de aanwezige psychische stoornissen

Psychische problemen bij patiënten waren in het algemeen al langere tijd aanwezig; met een mediane duur van 9,5 jaar (met een interkwartielafstand tussen de 2 en 16 jaar) voorafgaand aan de eerstelijns- of gespecialiseerde psychologische behandeling. Meer specifiek waren de klachten voor een kwart van de patiënten minder dan 5 jaar aanwezig en voor 7,3% minder dan een jaar voorafgaand aan hun geconventioneerde psychologische behandeling.

Bij patiënten waarvoor de eerstelijns- of gespecialiseerde psychologische behandeling de *eerste professionele behandeling* ooit was, waren de psychische problemen significant minder lang aanwezig (mediaan = 4 jaar) in vergelijking met patiënten die reeds eerder professionele behandeling kregen in verband met psychische problemen (mediaan = 13 jaar). We vonden géén significante verschillen tussen patiënten die gebruikmaakten van respectievelijk eerstelijns- of gespecialiseerde psychologische zorg, tussen patiënten die op een vindplaats werden behandeld versus degene die in

de praktijk van de klinisch psycholoog / orthopedagoog behandeld werden of tussen de patiënten die individueel of in groep behandeld werden.

8.7 Samengevat

Aangezien de maatregel tot terugbetaling van psychologische zorg in de eerste lijn oorspronkelijk gericht is op milde tot matig ernstige psychische problemen en gezien wordt als een vorm van vroeginterventie, zagen we dat het overgrote deel van de behandelde patiënten reeds langer bestaande psychische problemen had (mediaan = 9,5 jaar), en waren voor slechts 7% van de patiënten de psychische problemen in het jaar voorafgaand aan de behandeling ontstaan. Bijkomend waren de verschillen tussen de patiënten behandeld door middel van eerstelijns- of gespecialiseerde psychologische zorg onbestaande. Waar ruim 1/4 geen psychische stoornis had in de 12 maanden voorafgaand aan de ELP/GPZ-behandeling, rapporteerde de helft van de patiënten de criteria van twee of meer psychische stoornissen. Daarnaast rapporteerde de helft van de patiënten ooit suïcidaal gedrag en/of gedachten in zijn of haar leven en 1/3 in de afgelopen 12 maanden.

REFERENTIES

- Bonnewyn, A., Bruffaerts, R., Vilagut, G., Almansa, J., & Demyttenaere, K. (2007). Lifetime risk and age-of-onset of mental disorders in the Belgian general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 522-529.
- Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., & Demyttenaere, K. (2014). Psychische stoornissen in België in de 21ste eeuw. Reflecties voor behandeling en preventie. In VVGG/Politeia: *Omgaan met geestelijke gezondheidsproblemen voor overheden en organisaties* (afl. 1). Brussel: Politeia.
- Bruffaerts, R. (2021). *De mythes voorbij. Het Public Health perspectief in de geestelijke gezondheidszorg*. Zorgnet-Icuro.
- Hepgul, N., King, S., Amarasinghe, M., et al. (2016). Clinical characteristics of patients assessed within an Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) service: Results from a naturalistic cohort study (Predicting Outcome Following Psychological Therapy; PROMPT). *BMC Psychiatry*, 16, 52. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0736-6>
- Knapstad, M., Nordgreen, T., & Smith, O. R. F. (2018). Prompt mental health care, the Norwegian version of IAPT: Clinical outcomes and predictors of change in a multicenter cohort study. *BMC Psychiatry*, 18, 260. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1838-0>
- Krueger, R. F., Markon, K. E., Patrick, C. J., & Iacono, W. G. (2005). Externalizing psychopathology in adulthood: A dimensional-spectrum conceptualization and its implications for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 537-550. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.4.537>
- Sharland, E., Rzepnicka, K., Schneider, D., Finning, K., Pawelek, P., Saunders, R., & Nafilyan, V. (2023). Socio-demographic differences in access to psychological treatment services: Evidence from a national cohort study. *Psychological Medicine*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1017/S0033291723001010>

HOOFDSTUK 9

Kwaliteit van leven en lijdensdruk bij patiënten in de eerstelijnspsychologische zorg

Leontien Jansen
Ronny Bruffaerts

Het is belangrijk om te erkennen dat psychische stoornissen sterk variëren in ernst. Uit onderzoek blijkt dat meer dan twee derde van de psychische stoornissen niet als ernstig mag worden beschouwd (Demyttenaere et al., 2004). Het is ook geweten dat ongeveer 18% van de volwassen populatie matige tot ernstige psychologische problemen ervaart (Bruffaerts et al., 2011). De toegevoegde waarde van het bestuderen van impact op het dagelijks functioneren is dan ook dat het een meer verfijnde kwantitatieve meting biedt van de werkelijke impact van een psychische stoornis, die verder gaat dan alleen de ernst van de symptomen. De impact op dagelijks functioneren werd bestudeerd met behulp van de Sheehan Disability Index. Die omvat verschillende levensdomeinen, waaronder sociaal leven, nauwe persoonlijke relaties en (school)werk (Sheehan et al., 1996).

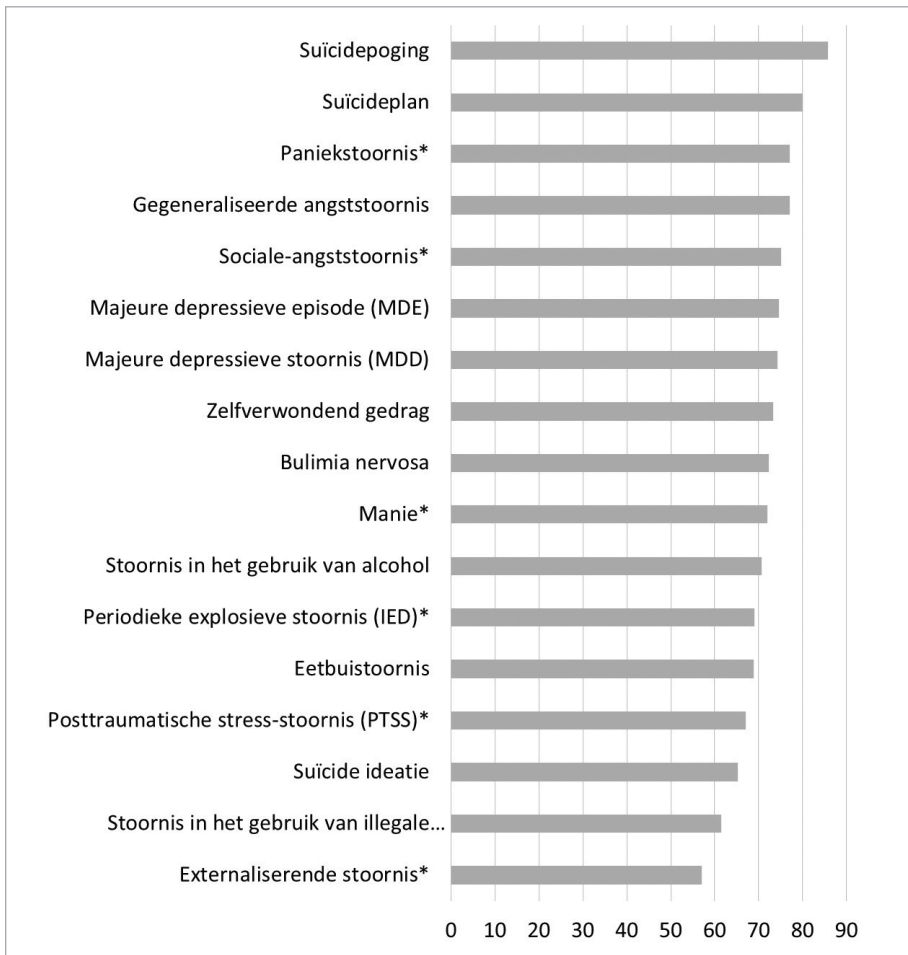
9.1 Impact van psychische problemen en stoornissen op het dagelijks functioneren

Meer dan de helft van alle patiënten (56,1%) ervaarde bij de start van de ELP- of GPZ-behandeling een ernstige tot zeer ernstige impact op het dagelijks functioneren, zowel op het werk/school als in het privé- en/of sociaal leven, door de aanwezige psychische problemen (**figuur 9.1**). Slechts 2% van de patiënten ervaarde geen impact, 11,6% een milde impact en 30,3% een gemiddelde impact van psychische problemen op het dagelijks leven. Er werd geen verschil gevonden tussen patiënten die respectievelijk gebruikmaakten van ELP of GPZ. Wel rapporteerde de beperkte groep patiënten in groepsinterventie (n= 27) een significant lagere impact op het dagelijks functioneren dan patiënten die individueel behandeld werden (OR= 0,2; 95% C.I. 0,09-0,54). We vonden geen verschil tussen de patiënten die op een vindplaats behandeld werden versus de patiënten die in de eigen praktijk van de klinisch psycholoog / orthopedagoog behandeld werden.

Patiënten met ernstige fysieke problemen rapporteerden vaker een ernstige tot zeer ernstige impact van psychische problemen op het dagelijks functioneren (OR= 4,0; 95% C.I. 2,03-6,38). Dit was ook het geval bij patiënten met een lage socio-economische status (OR= 4,4; 95% C.I. 2,48-6,56). De overige kwetsbare groepen rapporteerden geen significante verschillen met betrekking tot de impact van psychische problemen op het dagelijks functioneren in vergelijking met patiënten die niet tot deze groepen behoren.

De impact op het dagelijkse functioneren van patiënten was groter naarmate patiënten meer psychische stoornissen rapporteren: 30,0% van de patiënten zonder psychische stoornis beschreef een ernstige tot zeer ernstige impact op het dagelijks functioneren tegenover 77,3% van de patiënten die op 3 of meer psychische stoornissen positief screenden. Bijkomend rapporteerde een groter percentage patiënten met minstens één psychische stoornis in combinatie met suïcidale gedachten en/of gedrag een grotere impact dan wanneer er naast de psychische problemen geen suïcidaliteit aanwezig is.

Figuur 9.1 Impact van psychische stoornissen en gerelateerde problemen op het dagelijks leven (werk/school, privé en/of sociaal leven)



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

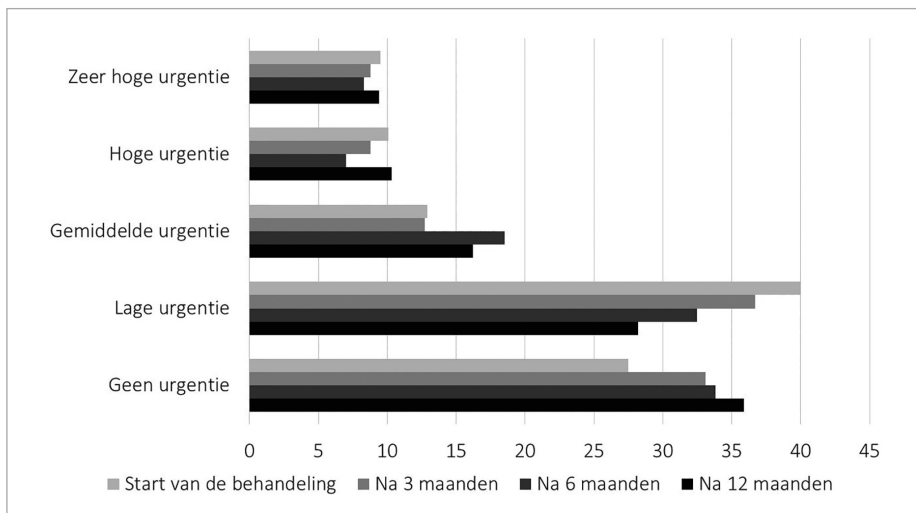
9.2 Veerkracht

Veerkracht geeft een indicatie van de draagkracht van de patiënt, het vermogen om met stressoren en andere negatieve levensgebeurtenissen om te gaan, en is bijgevolg een protectieve factor in de ontwikkeling van psychische problemen (Bonanno, 2004). Bijgevolg is het versterken van veerkracht dan ook een belangrijke focus van psychologische zorg in de eerste lijn. Bij de start van de psychologische behandeling in de eerstelijns was de gemiddelde veerkracht 4,2 op een schaal met maximum score 8 (SD= 1,93).

9.3 Mate van crisis

Wanneer specifiek werd gekeken naar de mate van crisis en de urgentie om actie te ondernemen aan de hand van de mate van suicidaliteits(gevaar), motivatie voor behandeling en aanwezigheid sociaal steunsysteem (CTRS, Bengelsdorf et al., 1984), zagen we dat 9,5% van de patiënt beantwoordde aan de hoogste vorm van urgentie waarbij aanbevolen wordt om de patiënt onmiddellijk op te volgen (**figuur 9.2**). Hierbij kon geen significant onderscheid gemaakt worden tussen ELP en GPZ. Bijkomend zagen we dat 23,1% van de patiënten voldeed aan de criteria van een gemiddelde tot hoge urgentie, 40% voldeed aan de criteria van een lage urgentie en 27,5% rapporteerde geen reden tot urgentie. We zagen hierbij geen significante verschillen tussen de patiënten die behandeld werden door een eerstelijns- of gespecialiseerde psycholoog. Na drie, zes en twaalf maanden bleef het percentage patiënten met enige vorm van urgentie relatief constant met geen significante verschillen (respectievelijk 66,9%, 66,2% en 64,1%).

Figuur 9.2 De mate van crisis en de urgentie om actie te ondernemen bij aanvang van de psychologische behandeling in de eerste lijn en na 3, 6 en 12 maanden



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

9.4 Dagelijks functioneren van behandelde patiënten

Algemene schattingen van dagelijks functioneren

Het dagelijkse functioneren van behandelde patiënten werd geoperationaliseerd aan de hand van de Work Loss Days-index (WLD) van de WHODAS-II (Von Korff et al., 2008). Deze index is een geaggregeerde maat die een inschatting maakt van het aantal dagen per maand waarop een respondent niét in staat is de dagelijkse taken en functies op te nemen, of minder kwaliteit heeft in het opnemen van deze taken en functies, of minder taken en functies kan opnemen, of méér moeite moet doen om de taken en functies te volbrengen. Patiënten rapporteerden 8 dagen per maand waarop men niét kon functioneren (bijvoorbeeld thuis, werk, school) en 12 dagen per maand waarop aan een lagere kwaliteit of lagere kwantiteit werd gefunctioneerd, of er meer moeite moet worden gedaan. Met betrekking tot het niét kunnen functioneren was er geen verschil tussen ELP en GPZ ($t(707) = 1,0$, $p=0,34$).

Patiënten die gebruikmaakten van **individuele (vs. groepsessies)** rapporteerden significant meer dagen waarop men niet kon functioneren (8 dagen) in vergelijking met patiënten die gebruikmaakten van groepsinterventies, die 2 dagen rapporteren ($t(16) = 3,0$, $p<0,05$). De patiënten die individueel werden behandeld rapporteerden ook significant meer dagen waarop minder kon worden gefunctioneerd in vergelijking de patiënten uit de groepsinterventies, 12 versus 5 dagen ($t(18) = 7,8$, $p<0,001$).

Met betrekking tot de **sociodemografische karakteristieken**, rapporteerden 50 tot 64-jarigen significant meer dagen waarop niet kon worden gefunctioneerd ten opzichte van jongere patiënten (11 versus 7 à 8 dagen, $t(323) = 4,4$, $p<0,001$). Er werden geen significante verschillen gevonden tussen mannelijke en vrouwelijke patiënten.

Tijdelijke tot langdurige arbeidsongeschikte patiënten rapporteerden significant meer dagen waarop niet kon worden gefunctioneerd in vergelijking met **werkende of studerende patiënten** (18 versus respectievelijk 5 dagen). We kunnen stellen dat er een verschil is van ~13 dagen per maand tussen werkende en niet-werkende patiënten ($t(298) = 16,2$, $p<0,001$). Wanneer gekeken werd naar het aantal dagen per maand dat een werkende patiënt minder kwalitatief werk leverde (9 dagen per maand), was dit significant lager vergelijking met de niet-werkende patiënten (18 dagen) ($t(303) = 9,9$, $p<0,01$).

Wanneer gekeken werd naar specifieke **kwetsbare groepen**, zagen we significant meer dagen waarop niet kon worden gefunctioneerd bij patiënten met ernstige fysieke beperkingen en bij patiënten met een lage SES, respectievelijk 19 en 18 dagen per maand ($t(78) = 8,0$ en $t(117) = 10,2$, $p<0,001$). Het aantal dagen waarop men minder goed kon functioneren lag in dezelfde lijn, met voor niet-werkenden patiënten 18 dagen per maand, voor patiënten met ernstige fysieke problemen 20 dagen per maand en voor patiënten met een lage SES 18 dagen per maand (respectievelijk $t(303) = 9,9$, $13,7$, $t(79) = 5,2$, $t(114) = 6,3$, alle $p<0,001$).

Wanneer het aantal dagen niet in staat en het aantal dagen minder in staat om normaal te functioneren gecombineerd werden tot de geaggregeerde maat van de **'Work Lost Days' index** (die het percentage dagen per maand geeft waarop een patiënt niet of minder in staat is om te werken, naar school te gaan of deel te nemen aan het dagelijks

leven) zagen we gelijkaardige tendensen zoals eerder beschreven. Zo rapporteerden niet-werkende patiënten een significant hoger percentage dagen waarop men niet in staat was om te werken of om deel te nemen aan het dagelijks leven dan werkenden en studenten (mediaan 100% versus 40% à 50%, $Z= 20,9$, $p<0,001$). Bijkomend rapporteerden patiënten die door middel van een groepsinterventie werden behandeld een significant lager percentage dagen per maand waarin zij niet of minder in staat waren te werken, naar school te gaan of deel te nemen aan het dagelijks leven in vergelijking met patiënten die gebruikmaakten van individuele sessies (28% versus 56,9%, $Z=-2,4$, $p<0,05$).

9.5 Samengevat

Patiënten beschreven respectievelijk 8 à 7 dagen per maand waarop men helemaal niét kon functioneren omwille van psychische problemen (bij aanvang van de ELP- of GPZ-behandeling). Patiënten die in groep behandeld werden hadden 2 dagen per maand waarop ze niét functioneerden ten opzichte van patiënten die individueel behandeld werden (8 dagen). Absenteïsme werd bij de werkende/schoolgaande patiënten geschat op 5 dagen per maand, presenteïsme op 10 dagen per maand.

De helft van de patiënten beschreef een ernstige tot zeer ernstige impact van psychische problemen op het dagelijks functioneren bij de start van de ELP of GPZ-behandeling, waarbij er geen verschil was tussen type conventie of locatie van behandeling. Wel rapporteerden patiënten die gebruikmaakten van groepsinterventies een significant lagere impact van de psychische problemen op het dagelijkse leven. Kwetsbare patiënten (i.c. ernstige fysieke problemen of een lagere SES) rapporteerden een hogere impact van psychische problemen. Ook een hogere comorbiditeit, al dan niet in combinatie met suïcidaal gedrag en/of gedachten, had een negatieve invloed op de impact op het dagelijks functioneren van psychische problemen. Eén op tien patiënten was bij start van de ELP- of GPZ-behandeling in acute crisis waarbij opschaling van zorg was aangewezen.

REFERENTIES

- Bengelsdorf, H., Levy, L. E., Emerson, R. L., & Barile, F. A. (1984). A crisis triage rating scale. Brief dispositional assessment of patients at risk for hospitalization. *The Journal of nervous and mental disease*, 172(7), 424–430. <https://doi.org/10.1097/00005053-198407000-00009>
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20–28.
- Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., & Demyttenaere, K. (Eds.). (2011). *Kan geestelijke gezondheid worden gemeten? Psychische stoornissen in de Belgische algemene bevolking*. Leuven: Acco.
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J.,..., Kessler RC. (2004). Prevalence, Severity and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health (WMH) Surveys. *JAMA*, 291(21), 2581-2590.
- Sheehan, D. V., Harnett-Sheehan, K., & Raj, B. A. (1996). The measurement of disability. *International Clinical Psychopharmacology*, 11(Suppl 3), 89-95. <https://doi.org/10.1097/00004850-199606003-00015>.

Von Korff, M., Crane, P. K., Ormel, J., ..., Kessler, R.C. (2008). Modifications to the WHODAS-II for the World Mental Health Surveys: Lessons Learned. *Journal of Clinical Epidemiology*, *61*, 1132-1143.

HOOFDSTUK 10

Toeleiding tot en behandeling binnen, tijdens en na de eerstelijnspsychologische zorg

Leontien Jansen

Wouter Voorspoels

Erik Bootsma

Ronny Bruffaerts

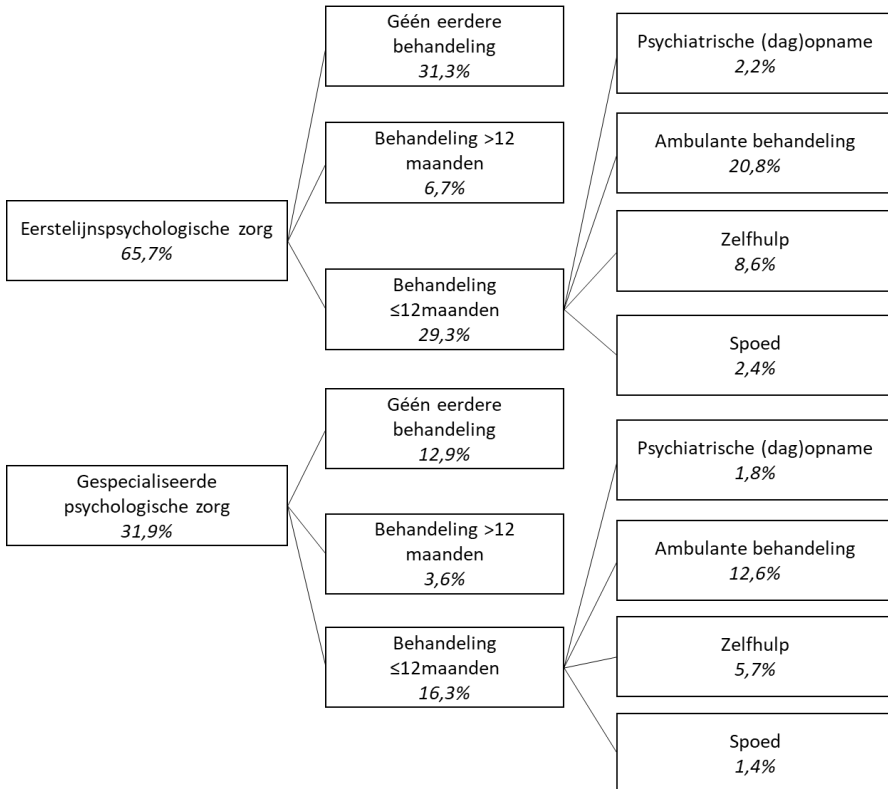
De toevoeging van zowel eerstelijns- als gespecialiseerde psychologische zorg aan de terugbetaalde ambulante GGZ is bedoeld om de behandelkloof en de lange uitsteltijd tot het zoeken van behandeling te verminderen en probeert een sterke impuls te geven aan betere zorg voor de individuele patiënt met milde tot matig ernstige psychische problemen. Meer specifiek werd de conventie ontwikkeld om patiënten te behandelen in een vroeg stadium van hun psychische problemen, die nog niet of reeds zeer beperkt behandeld werden. De vraag was dan ook of de klinisch psychologen en -orthopedagogen binnen de conventie een nieuwe patiëntengroep bereikten die nog niet gekend waren binnen de huidige GGZ en die een kortere uitsteltijd beschreven dan het gekende gemiddelde in België, namelijk 10-15 jaar (Bruffaerts et al., 2007).

10.1 Zorgtraject voorafgaand aan de psychologische behandeling in de eerste lijn

Voor 44,2% van de patiënten was de eerstelijns- of gespecialiseerde psychologische behandeling *de eerste behandeling ooit binnen de geestelijke gezondheidszorg* (figuur 10.1). Van de patiënten die voor de huidige ELP- of GPZ-behandeling reeds behandeling kregen voor een psychisch probleem (55,8%), was dit voor minder dan één vijfde langer dan 12 maanden geleden (18,6%). Voor hen die in de 12 maanden voorafgaand aan de ELP- of GPZ- behandeling reeds professionele hulp kregen, was dit meestal van ambulante aard (i.c. 33,4%), maar 4,0% van de patiënten rapporteerde toch ook een opname in het verleden. Ruim de helft (50,3%) kreeg ooit medicatie voorgeschreven in het kader van een psychisch probleem en voor 28,8% van hen was dit in het afgelopen jaar ook het geval.

Wanneer we specifiek keken naar het voorafgaand zorggebruik zagen we dat het percentage patiënten dat reeds professionele hulp kreeg voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling varieerde tussen de 42,9% en 70,9%. Afhankelijk van het type psychische stoornis of gerelateerd probleem kreeg ongeveer de helft (56,2%) professionele zorg in de 12 maanden voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling. Eén derde (33,9%) van de patiënten stond voorafgaand aan de psychologische behandeling in de eerste lijn op gemiddeld één wachtlijst ingeschreven, zonder significante verschillen tussen type psychologische behandeling.

Figuur 10.1 Zorgtraject in de 12 maanden voorafgaand aan de ELP- of GPZ- behandeling in het kader van een psychisch probleem



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

Een overgrote meerderheid van alle patiënten (i.c. 84,8%) beschreef een nood aan professionele ondersteuning, zonder onderscheid tussen ELP of GPZ. De voornaamste redenen voor doorverwijzing naar ELP waren omgaan met psychische problemen (84,8%), stress (74,6%), recente stressvolle gebeurtenissen (59,1%) en aanvaarding van het verleden (51,5%). Daarnaast hoopte men hulp te krijgen in het maken van belangrijke beslissingen (39,3%), wilde men controle over gedragsproblemen (27,1%) of zocht men hulp in de omgang met fysieke klachten (22,0%). Enkel met betrekking tot het aanvaarden van het verleden (49,7% versus 56% voor respectievelijk ELP en GPZ, $Z=-1,83$, $p=0,05$) en omgang met fysieke klachten (20,6% versus 25,2% voor respectievelijk ELP en GPZ, $Z=-2,45$, $p<0,05$) was er een significant verschil tussen de twee types psychologische behandeling binnen de conventie.

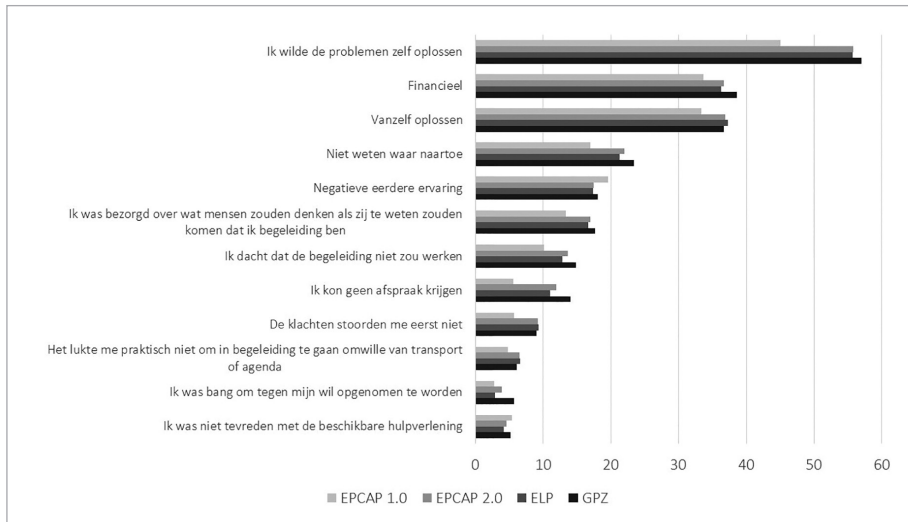
10.2 Uitsteltijd tot behandeling en redenen tot uitstel

De uitsteltijd tot behandeling was gebaseerd op het aantal jaar tussen het ontstaan van de eerste psychische problemen en de eerste stap tot behandeling van een psychisch probleem en/of stoornis. We hadden geen informatie met betrekking tot de kwaliteit en de duurtijd van deze eerste behandelingen (als deze niet samenvalt met de huidige behandeling). Toch rapporteerden patiënten gemiddeld een uitsteltijd van behandeling van 8,2 jaar. Omwille van de scheve verdeling van uitsteltijden geven we mediane waarden in plaats van gemiddelde waarden. De *mediane uitsteltijd lag op 4,0 jaar*, waarbij er geen significant verschil was tussen de patiënten die gebruikmaakten van de eerstelijns- respectievelijk gespecialiseerde psychologische zorg. Wel zagen we een significant verschil tussen patiënten die reeds professionele behandeling kregen in het kader van psychische problemen voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling en patiënten waarvoor de ELP- of GPZ-behandeling de eerste professionele behandeling ooit was: patiënten die reeds een professionele behandeling kregen, rapporteerden een mediane uitsteltijd van 3 jaar en zij die nooit eerder professionele behandeling kregen voor psychische problemen voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling 4 jaar ($t = 10,20$, $p < 0,001$).

Redenen die aan de grondslag lagen om de ELP- of GPZ-behandeling uit te stellen waren vaak van attitudegerichte aard: 57,4% van de patiënten wilde eerst zelf het probleem oplossen en 36,9% dacht dat de klachten vanzelf wel over zouden gaan (**figuur 10.2**). Daarnaast speelden de kosten (38,2%) en het niet weten waarnaartoe te gaan voor professionele hulp (23,6%) een rol in het uitstelgedrag van de patiënten. Ten slotte had een aanzienlijk deel van de patiënten minder goede ervaringen in het verleden met betrekking tot professionele hulp (17,9%). Stigma, met name de bezorgdheid over wat anderen zouden denken, was voor slechts 17,6% een reden om de ELP- of GPZ-behandeling uit te stellen.

We zagen significante verschillen tussen patiënten waarvoor de ELP- of GPZ-behandeling de eerste professionele behandeling was en patiënten die reeds gebruikmaakten van professionele hulpverlening. (1) Patiënten waarvoor de ELP- of GPZ-behandeling de eerste professionele behandeling was, wilden de problemen, in vergelijking met de patiënten die reeds professionele behandeling kregen, vaker zelf oplossen (OR= 1,3; 95% C.I. 1,24-1,37), dachten vaker dat de problemen vanzelf wel zouden oplossen (OR= 1,3; 95% C.I. 1,11-1,54), wisten vaker niet waar naartoe te gaan (OR= 1,3; 95% C.I. 1,22-1,42), ervaarden meer stigma (OR= 1,3; 95% C.I. 1,19-1,41) en gaven ten slotte vaker aan dat de klachten hen in eerste instantie niet stoorden (OR= 1,4; 95% C.I. 1,08-2,01). (2) Patiënten die reeds eerder professionele behandeling kregen voor een psychisch probleem stelden de behandeling dan weer uit omwille van negatieve ervaringen binnen de professionele hulpverlening in het verleden (OR= 4,5; 95% C.I. 3,24-6,25), ontevredenheid over het aanbod (OR= 2,9; 95% C.I. 1,47-5,55), de kostprijs van de behandeling (OR= 1,7, 95% C.I. 2,20-1,93) alsook omwille van praktische redenen (OR= 1,9; 95% C.I. 1,22-3,03). Kortom, waar patiënten die reeds eerder professionele behandeling kregen omwille van psychische problemen de behandeling uitstellen omwille van praktische of financiële redenen, stelden patiënten die nog niet eerder in behandeling zijn geweest deze behandeling vooral uit omwille van cognitieve redenen.

Figuur 10.2 Redenen om de behandeling uit te stellen



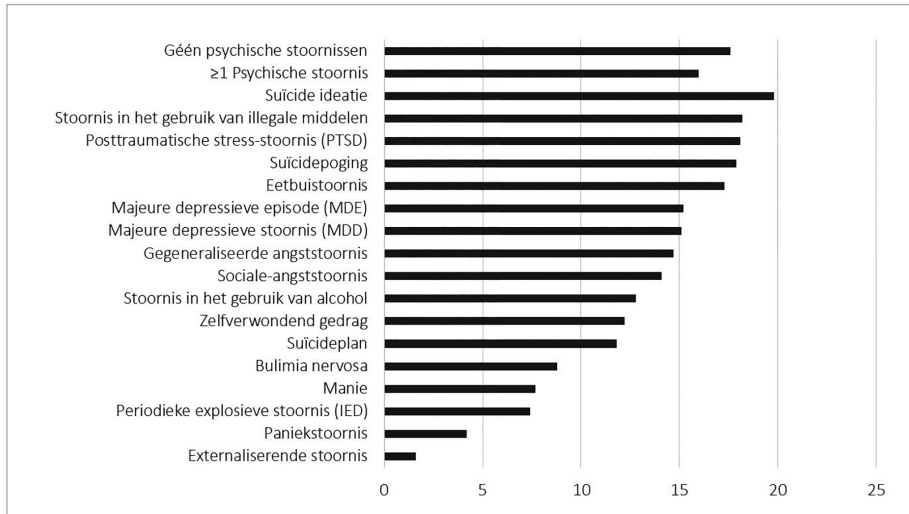
Percentage patiënten (%) per reden om een ELP- of GPZ-behandeling uit te stellen.

10.3 Vindplaatsgericht werken

Eén zesde van alle patiënten (i.c. 16,9%) werd behandeld op een *vindplaats* of *bij de patiënt thuis*, zonder significante verschillen tussen ELP en GPZ. Dit betekent dat 83,1% van alle patiënten in de praktijk van de klinisch psycholoog of-orthopedagoog werd behandeld. Patiënten binnen de ELP werden meer behandeld op een vindplaats dan patiënten binnen de GPZ (19,7% versus 10,2%, OR= 2,1; 95% C.I. 1,4-3,3). Ook patiënten die nog nooit eerder professionele behandeling kregen, werden meer bereikt via een vindplaats in vergelijking met zij die reeds professionele behandeling kregen ooit of in de afgelopen 12 maanden (20,6% versus 13,7%, OR= 1,5; 95% C.I. 1,1-2,0).

Een kwart van de kwetsbare patiënten werd via vindplaatsen bereikt (23,3%, OR= 1,4; 95% C.I. 1,0-2,5), waarbij met name de patiënten met een lage SES op een vindplaats behandeld werden (24,5%, OR= 1,5; 95% C.I. 1,0-2,7). Tussen de prevalenties van psychische stoornis of gerelateerde problemen zagen we verschillen met betrekking tot vindplaatsgericht werken, maar werden enkel patiënten met een paniekstoornis of suicideplannen minder op een vindplaats behandeld (respectievelijk OR= 0,8; 95% C.I. 0,7-0,9) en OR= 0,5; 95% C.I. 0,3-0,9) (**figuur 10.3**).

Figuur 10.3 Percentage patiënten per psychische stoornis of gerelateerde problematiek dat behandeld werd op een vindplaats



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

10.4 Gerapporteerde patiënttevredenheid

Het overgrote deel van de patiënten was tevreden tot zeer tevreden over de behandeling door de eerstelijnspsycholoog/-orthopedagoog, en dit zowel vlak na de start van de behandeling (92,4%) als na 3 maanden (93,7%). Dezelfde uitkomsten zagen we bij de andere door de patiënt gerapporteerde ervaringen met betrekking tot de ELP- of GPZ-behandeling (PREMs); (1) ze werden met hoffelijkheid en respect behandeld, (2) er werd voldoende tijd met de patiënt doorgebracht, (3) de uitleg door de ELP-er was goed te begrijpen en (4) de patiënten voelden zich betrokken bij de gemaakte keuzes tijdens de behandeling. Ten slotte had het overgrote deel van de patiënten (89,1%) de ELP- of GPZ- behandeling als helpend ervaren heeft na 3 maanden. Na 6 en 12 maanden bleef dit percentage stabiel (respectievelijk 91,2% en 92,3%). Er werden geen significante verschillen gevonden tussen de types psychologische behandeling in de eerste lijn.

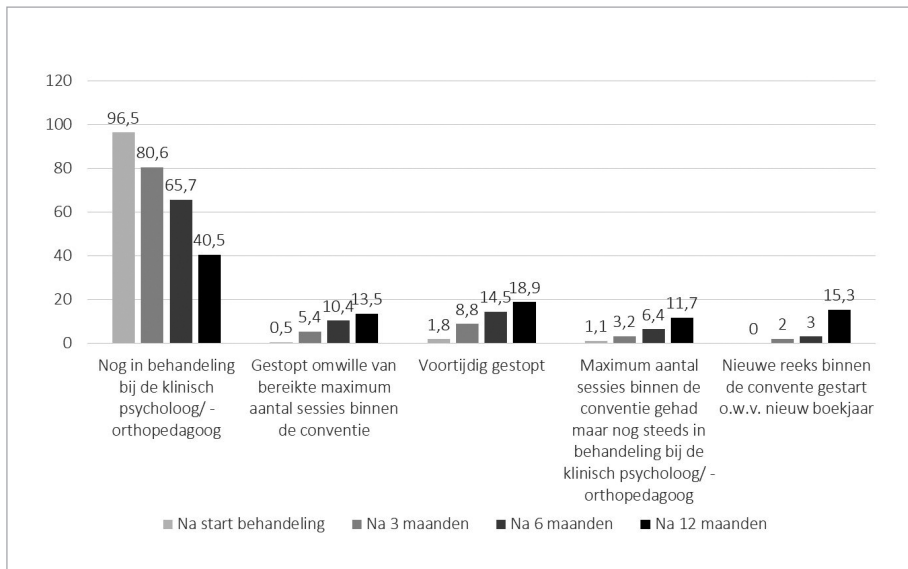
10.5 Aantal sessies

Het mediane aantal sessies op baseline bedroeg 2 sessies, in lijn met het maximum aantal sessies dat een patiënt gehad mocht hebben vooraleer hij of zij geïncludeerd zou worden in de studie. Na drie maanden hadden de patiënten mediaan 6 sessies gehad en na 6 maanden 8 sessies. We zagen geen significante verschillen tussen de patiënten die gebruikmaakten van eerstelijns- of gespecialiseerde psychologische zorg met betrekking tot het aantal sessies tussen de meetmomenten aan de start van de behandeling en na drie en zes maanden.

10.6 Beëindiging van de psychologische behandeling in de eerste lijn

Tijdens het eerste meetmoment (baseline) was 96,5% van de patiënten nog in begeleiding bij een eerstelijnspsycholoog/-orthopedagoog en was 1,8% voortijdig gestopt met de ELP- of GPZ-behandeling omdat de patiënt zich beter voelde (56%) of omdat de patiënt vond dat hij/zij geen hulp meer nodig had (44%) (figuur 10.4). Een gelijkaardige verdeling zagen we bij de patiënten behandeld door een gespecialiseerd psycholoog / orthopedagoog; 96,3% van de behandeling was nog lopende en slechts 0,9% was vroegtijdig gestopt omwille van dezelfde redenen (beide 45%).

Figuur 10.4 Status van de ELP- of GPZ-behandeling op baseline en na 3, 6 en 12 maanden



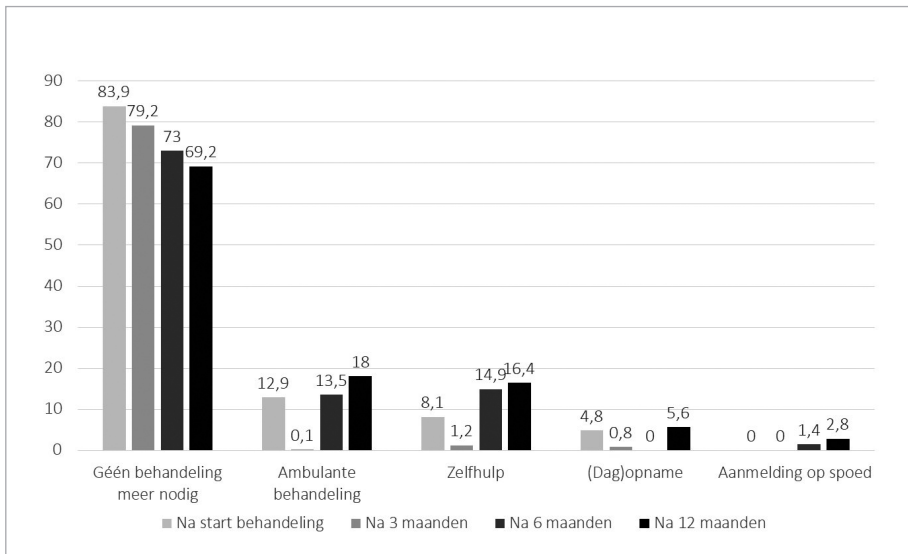
Percentage patiënten (%) per status met betrekking tot de ELP- of GPZ-behandeling.

Na 3 maanden was 80,6% van de patiënten nog in behandeling bij een eerstelijns- of gespecialiseerd psycholoog / orthopedagoog. Slechts 5,4% van de patiënten gaf aan het maximum aantal sessies te hebben gehad. De ELP- of GPZ-behandeling werd door 8,8% voortijdig beëindigd. De voornaamste redenen voor deze voortijdige beëindiging waren: de patiënt was beter (44,3%) of de patiënt had geen hulp meer nodig (53,4%). Een gelijkaardige tendens zagen we na zes maanden: 65,7% van de behandeling was nog lopende en 14,5% was vroegtijdig gestopt omwille van dezelfde redenen. Na 12 maanden was minder dan de helft (40,5%) nog in behandeling bij een eerstelijns- of gespecialiseerde psycholoog of orthopedagoog. Zij hadden ofwel de psychologische behandeling voortgezet buiten de conventie of zijn een nieuwe reeks ELP- of GPZ-sessies gestart in het nieuwe kalenderjaar. Een vijfde gaf aan vroegtijdig gestopt zijn met als voornaamste redenen dat de patiënt geen hulp meer nodig had (54,3%) of dat de patiënt zich beter voelde (44,3%).

10.7 Zorggebruik tijdens en na de psychologische behandeling

Aan de start van de eerstelijns- of gespecialiseerde psychologische behandeling gaf 12,5% van de patiënten aan parallel ambulant behandeld te worden door een huisarts, psychiater of andere zorgprofessional. Dit percentage daalde na drie maanden tot 0,5%. Geen enkele patiënt werd tijdens de ELP- of GPZ-behandeling aangemeld op een spoedgevallendienst. Iets meer dan 4% van de patiënten behandeld door een eerstelijnspsycholoog/-orthopedagoog was tijdens de start van de behandeling in psychiatrische (dag)opname gegaan. Het percentage patiënten dat gebruik maakte van zelfhulp schommelde tussen de 7 à 8 procent, afhankelijk van het type behandeling (ELP of GPZ). Drie en zes maanden na de ELP- of GPZ-behandeling, door het bereiken van het maximum aantal sessies of door vroegtijdige beëindiging, had respectievelijk 79,2% en 73,0% geen bijkomende behandeling meer nodig (figuur 10.5). Na één jaar gaf twee derde van de patiënten (69,2%) waarvan de ELP- of GPZ-behandeling beëindigd was aan géén behandeling meer nodig te hebben.

Figuur 10.5 Professionele behandeling na (vroegtijdige) afronding van ELP- of GPZ-behandeling



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

10.8 Informele zorg

Bijna een derde van de patiënten (31,3%) kreeg informele ondersteuning (mantelzorg) van twee naasten (mediane waarde) zoals familieleden, vrienden of kennissen, in de vorm van huishoudelijke- of administratieve hulp, emotionele ondersteuning of lichamelijke of medische verzorging. Binnen deze groep patiënten was er een significant groter percentage patiënten met een ernstige tot zeer ernstige impact op het dagelijks functioneren door psychische problemen (60,6% versus 54,6%, OR= 1,1; 95% C.I. 1,0-1,2). Daarnaast rapporteerden deze patiënten significant meer dagen waarop men niet kon functioneren in vergelijking met de patiënten die geen informele zorg kregen (5 versus 2 dagen, $t(571) = 3,76$, $p < 0,001$).

Daarnaast gaf één zesde van de patiënten (16,6%) zelf ook aan voor een naaste op reguliere basis te zorgen. In twee derde van de gevallen deden zij dit samen met twee of meer andere naasten. De patiënten die zorgden voor een hulpbehoevende naaste rapporteerden significant meer dagen waarop niet kon worden gefunctioneerd in vergelijking met patiënten die geen mantelzorgtaken op zich namen (4 versus 3 dagen per maand, $t(238) = 2,01$, $p < 0,05$).

10.9 Zorgverstrekkingen voorafgaand aan de eerstelijns- of gespecialiseerde psychologische zorg

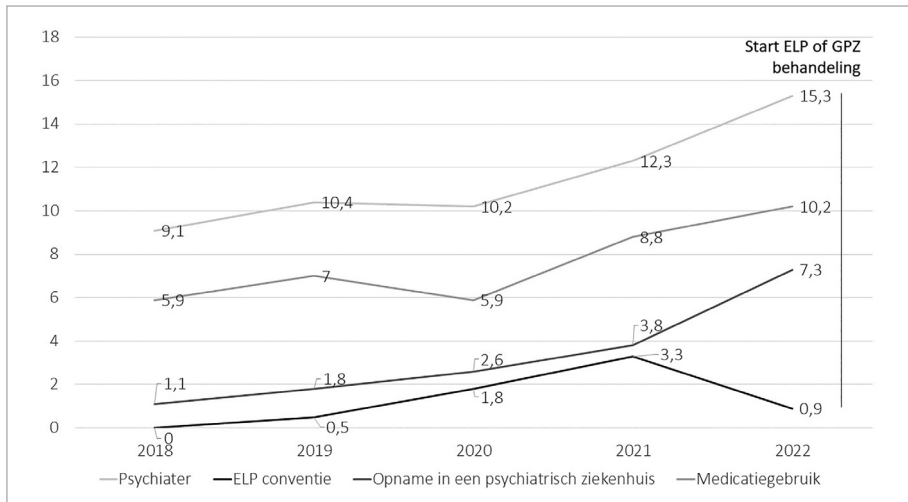
Aan de hand van de gefactureerde zorgverstrekkingen, afkomstig uit de data van het InterMutualistisch Agentschap (IMA), kon zicht worden verkregen op het zorggebruik voorafgaand aan de eerstelijns- (ELP) of gespecialiseerde (GPZ) psychologische behandeling.

In de **vijf jaar voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling** kreeg reeds 31,3% van de patiënten professionele behandeling omwille van psychische problemen, bestaande uit consultaties bij de psychiater, eerstelijnspsychologische zorg of (dag) opname binnen een psychiatrisch of algemeen ziekenhuis (**figuur 10.6**). Zo werd een kwart (25,2%) reeds behandeld door een psychiater, 4,5% werd behandeld binnen de oorspronkelijke ELP-conventie en 7,3% werd minstens één keer opgenomen binnen een psychiatrisch ziekenhuis. Ook werd 3,6% van de patiënten in de afgelopen vijf reeds behandeld binnen een PVT.

In het **jaar voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling** kreeg één zesde (16,9%) reeds professionele behandeling omwille van psychische problemen. Zo werd 15,3% behandeld door een psychiater in de afgelopen 12 maanden en werd slechts 1% behandeld binnen de oorspronkelijke ELP-conventie. Ongeveer 3% van de patiënten werd opgenomen binnen een psychiatrisch ziekenhuis in het jaar voorafgaand aan de ELP- of GPZ- behandeling.

Vrijwel alle patiënten (variërend tussen de 88,2% en 94,1%, naargelang het jaar) ging in de vijf jaar voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling naar de huisarts omwille van psychische problemen. Het percentage patiënten dat medicatie voorgeschreven kreeg in het kader van psychische problemen in de vijf jaar voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling varieerde tussen 5,9% en 10,2% per jaar.

Figuur 10.6 Zorggebruik (%) voorafgaand aan ELP- of GPZ-behandeling



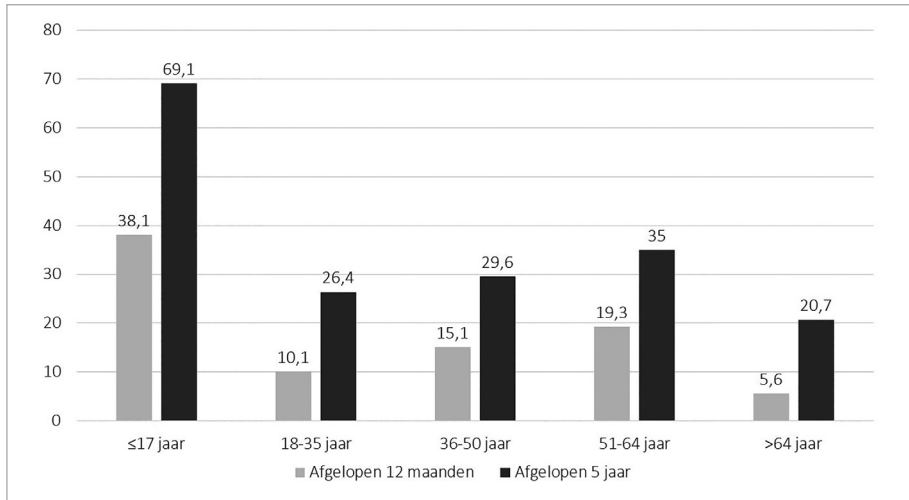
Percentage patiënten per type professionele behandeling of opname in de vijf jaar voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling. IMA, 2023.

10.10 Zorggebruik en socio-demografische karakteristieken

Leeftijd

Ruim een derde (38,1%) van de jongeren (<18 jaar) had in het laatste jaar professionele behandeling gekregen in het kader van psychische problemen. Dit percentage zakte naargelang de leeftijd tot 5,6% bij de patiënten van 65 jaar en ouder. In de vijf jaar voorafgaand aan de ELP- en GPZ-behandeling zagen we dezelfde verhoudingen met betrekking tot de leeftijd, maar lagen de percentages dubbel zo hoog (**figuur 10.7**). Als we meer specifiek keken naar het type behandeling in de één tot vijf jaar voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling, zagen we dat met name een hoog percentage jongeren reeds is behandeld geweest door een psychiater (respectievelijk 38,1% en 69,1%). Met betrekking tot (dag)opname in een psychiatrisch ziekenhuis, was er geen verschil over de leeftijden heen, maar steeg het percentage patiënten met een voorafgaande opname in een algemeen ziekenhuis omwille van psychische problemen naar gelang een hogere leeftijd.

Figuur 10.7 Zorggebruik voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling, per leeftijd



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

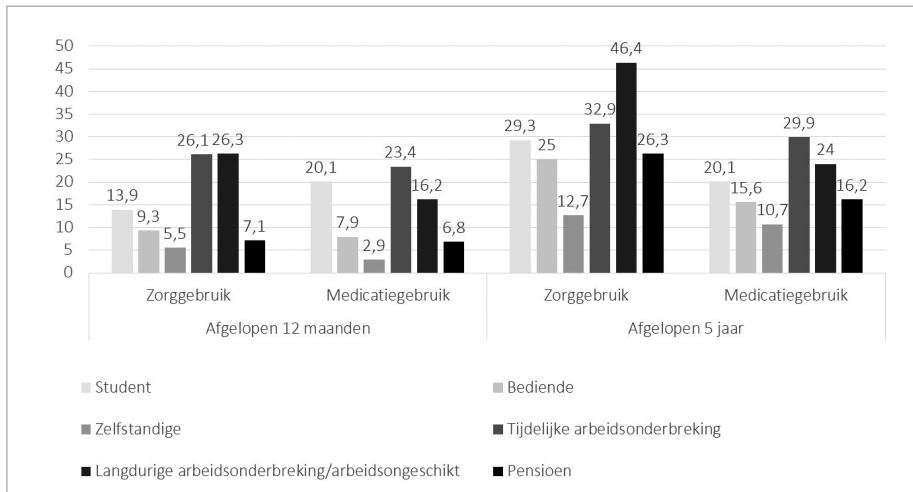
Geslacht

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

Professionele status

Tijdelijke of langdurig arbeidsongeschikte patiënten rapporteerden tot dubbel zoveel zorggebruik in de één tot vijf jaar voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling in vergelijking met werkenden en studenten (**figuur 10.8**). Zo gaf bijna de helft van alle langdurige arbeidsongeschikte patiënten (46,4%) aan in de vijf jaar voorafgaand professionele behandeling te hebben gekregen in het kader van psychische problemen. In de 12 maanden voorafgaand aan de psychologische behandeling had een kwart (26,3%) professionele behandeling gekregen in de vorm van consultaties bij de psychiater, eerstelijnspsycholoog of (dag)opname in een psychiatrisch of algemeen ziekenhuis. Eén tiende van de studenten en werkenden (bedienden) (respectievelijk 13,9% en 9,3%) gaf aan in het jaar voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling professionele behandeling in het kader van psychische problemen te hebben gekregen, waarbij dit voor de meesten consultaties bij de psychiater betrof.

Figuur 10.8 Zorggebruik in de 5 jaar en 12 maanden voorafgaand aan de ELP- en GPZ-behandeling, op basis van professionele status



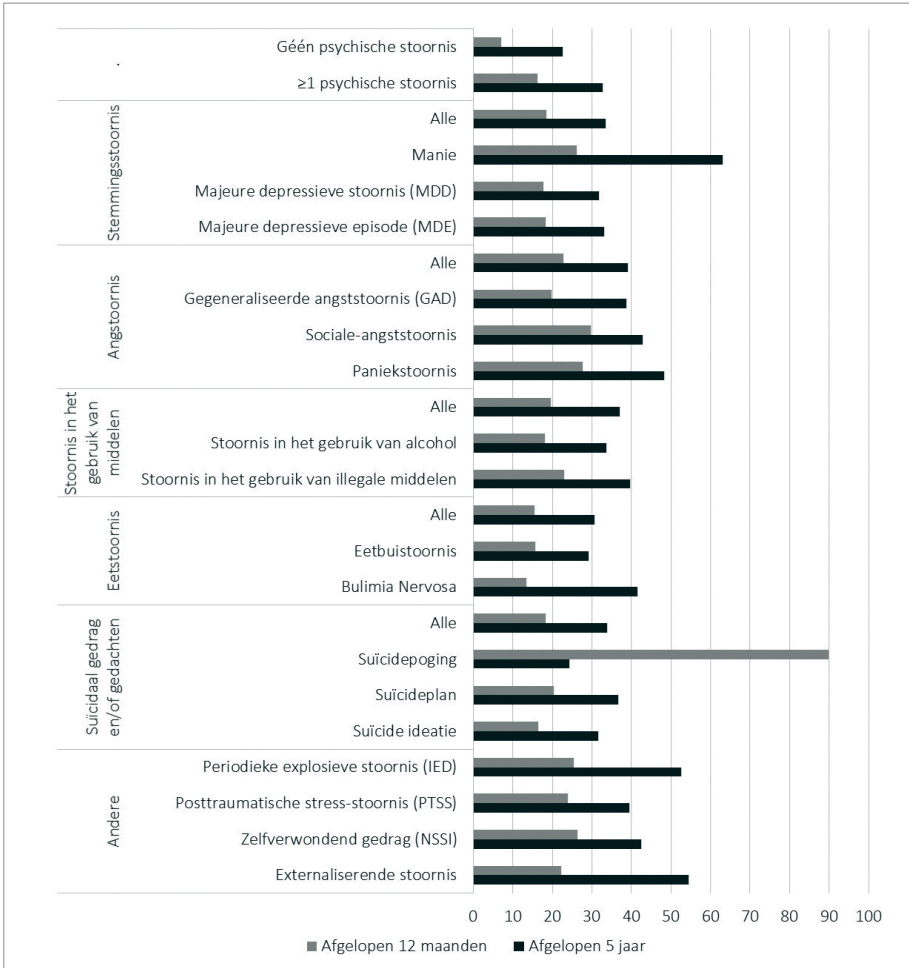
Percentage patiënten per professionele status per gefactureerde professionele behandeling of opname in de vijf jaar en 12 maanden voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling. IMA, 2023.

10.11 Zorggebruik per psychische stoornis en suïcidaliteit

In de 12 maanden voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling varieerde het zorggebruik per psychische stoornis tussen de 13,4% (bulimia nervosa) en 29,7% (sociale angststoornis). Daarentegen rapporteerde slechts 7,1% van de patiënten zonder een psychische stoornis in de 12 maanden voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling gebruik te hebben gemaakt van professionele behandeling in het kader van psychische problemen in dezelfde periode (**figuur 10.9**). Wanneer de periode voorafgaand aan de psychologische behandeling uitgetrokken wordt naar vijf jaar, zagen we dat het percentage patiënten dat reeds werd behandeld met ten minste één psychische stoornis verdubbelt naar één derde (32,7%) met variaties tussen de stoornissen van 29,2% (eetbuistoornis) tot 63,1% (manie).

Eén zesde van de patiënten met suïcidaal gedrag en/of gedachten in de 12 maanden voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling (18,2%) kreeg reeds professionele behandeling in dezelfde periode. Hierbij zagen we dat het overgrote deel van de patiënten die in deze periode een suïcidepoging ondernam professionele ondersteuning kreeg in de vorm van consultaties bij de psychiater tot opname binnen een psychiatrisch ziekenhuis.

Figuur 10.9 Voorafgaand zorggebruik bij patiënten die in de 12 maanden voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling een psychische stoornis rapporteren

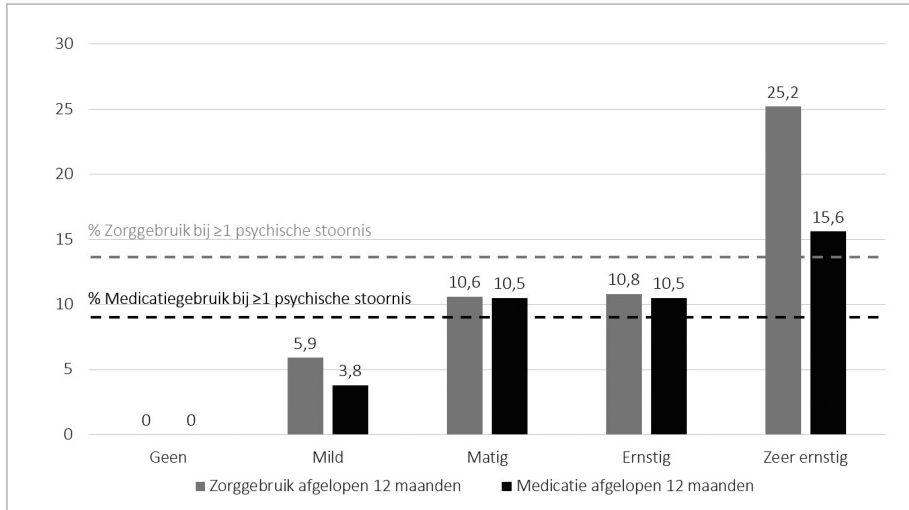


Percentage patiënten per psychische stoornis of psychisch probleem per gefactureerde professionele behandeling of opname in de vijf jaar en 12 maanden voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling. IMA, 2023.

10.12 Zorggebruik en impact op dagelijks functioneren

Het percentage patiënten dat werd behandeld in de 12 maanden voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling steeg naargelang de impact van de psychische problemen op het dagelijks functioneren in dezelfde periode toenam (**figuur 10.10**). Dezelfde trend zagen we voor medicatiegebruik in de 12 maanden voorafgaand aan de behandeling.

Figuur 10.10 Zorg- en medicatiegebruik in de 12 maanden voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling gerelateerd aan de impact van psychische problemen op het dagelijks functioneren

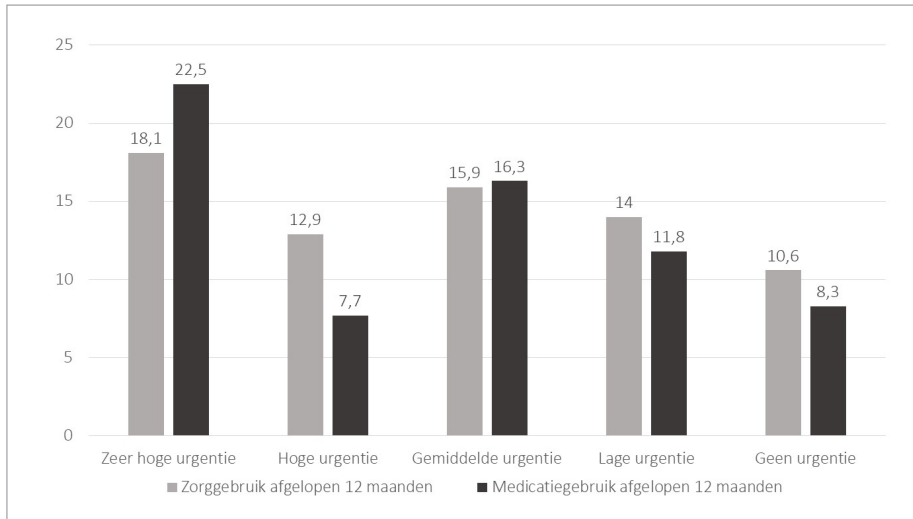


Percentage zorggebruik per mate van impact van psychische problemen op het dagelijks functioneren in de 12 maanden voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling. Stippellijnen: % zorg- en medicatiegebruik bij patiënten met minstens één psychische stoornis, IMA, 2023.

10.13 Zorggebruik en mate van emotionele crisis

Naargelang het niveau van emotionele crisis en de daaraan gekoppelde urgentie om een patiënt te behandelen, daalde ook het zorggebruik van per patiënt voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling (**figuur 10.11**). Dezelfde trend werd ook geobserveerd voor medicatiegebruik in de 12 maanden voorafgaand aan de psychologische behandeling in de eerste lijn. Wanneer we specifiek keken naar de patiënten met een ernstige mate van emotionele crisis en bijgevolg zeer hoge urgentie om geholpen te worden, zagen we dat een vijfde (18,1%) in het afgelopen jaar reeds professionele hulpverlening kreeg in het kader van psychische problemen. Als we naar het medicatiegebruik keken, zagen we dat 22,5% reeds medicatie voorgeschreven kreeg in het kader van psychische problemen.

Figuur 10.11 Zorg- en medicatiegebruik in de 12 maanden voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling, gerelateerd aan de mate van psychische crisis bij aanvang van de behandeling



Percentage zorggebruik per mate van emotionele crisis in de 12 maanden voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling, IMA, 2023.

10.14 Samengevat

Voor bijna de helft van de patiënten (44,2%) was de ELP- of GPZ-behandeling de eerste behandeling ooit voor psychische problemen. Een derde van de patiënten kreeg professionele behandeling in de 5 jaar voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling, een zesde van de patiënten in het voorgaande jaar. Als men reeds professionele behandeling heeft gehad voor psychische problemen, was deze meestal ambulante van aard. Daarnaast kreeg reeds de helft van de patiënten ooit gedurende zijn of haar leven medicatie voorgeschreven voor psychische problemen en een derde in de 12 maanden voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling.

De mediane uitsteltijd tot men tot behandeling kwam bedroeg 4 jaar, zonder verschil tussen ELP en GPZ. Patiënten rapporteerden vooral attitudegerelateerde redenen om behandeling uit te stellen en een derde van de patiënten stond op een wachtlijst voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling. Een zesde werd op een vindplaats behandeld en 1,5% werd behandeld via groepsinterventie. Belangrijk was evenwel dat een vierde van de kwetsbare patiënten werd opgepikt via een vindplaats.

Het overgrote deel van de patiënten (>80%) was nog in behandeling na 3 maanden en meer dan twee derde na 6 maanden, en kregen zij gedurende die periode gemiddeld zes ELP- of GPZ-sessies. Na één jaar was minder dan de helft nog in behandeling bij een eerstelijns- of gespecialiseerde psycholoog, waarbij het overgrote deel de psychologische behandeling had voortgezet na het bereiken van het maximum aantal geconventioneerde sessies of een nieuwe reeks ELP- of GPZ-sessies was gestart bij aanvang van het nieuwe kalenderjaar. Wanneer men vroegtijdig stopte met de behandeling was dit vooral omdat men zich beter voelde. Twee derde van de patiënten

die gestopt waren na 12 maanden hadden geen verdere professionele behandeling meer nodig in verband met psychische problemen.

REFERENTIES

Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., & Demyttenaere, K. (2007). Delays in seeking treatment for mental disorders in the Belgian general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(11), 937-944. <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0239-3>

HOOFDSTUK 11

Evolutie van de klinische symptomatologie en kwaliteit van leven na de start van eerstelijnspsychologische behandeling

Leontien Jansen
Ronny Bruffaerts

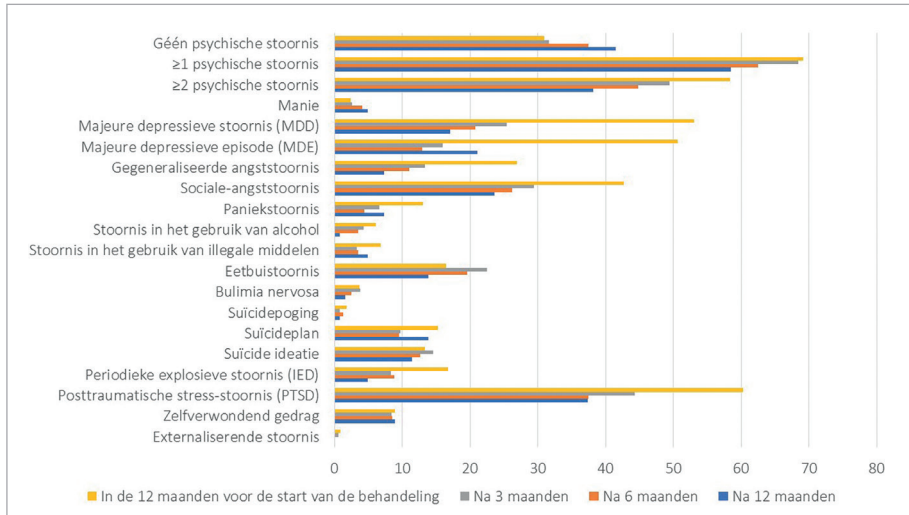
De conventie tot terugbetaling van psychologische zorg in de eerste lijn heeft als doel om, door middel van een laagdrempelige en kortdurende behandeling, de lijdensdruk te verlagen en de kwaliteit van leven te vergroten bij patiënten met mild tot matig ernstige psychische problemen. Bijkomend is een van de doelstellingen de veerkracht van de patiënt te versterken en zijn dagelijks functioneren verbeteren, zowel op professioneel vlak als op school en in het sociaal leven. Elk van deze outcomes werd in de EPCAP-studie longitudinaal uitgemeten met een baseline-meting en een meting 3, 6 en 12 maanden na de start van behandeling. Gezien de EPCAP-studie geen effectstudie was in de strikte zin van het woord (onder andere geen controlegroep noch randomisatie), konden we geen harde uitspraken doen over ‘effecten’ van ELP- of GPZ-behandeling op het welzijn van de patiënt. Er waren met name heel wat factoren die de evolutie in voornoemde outcomes konden bepalen die buiten de werkbaarheid van de behandeling vielen. Tegen de achtergrond van langbestaande psychische problemen en stoornissen konden we evenwel een aantal hypothesen rond de behandeling formuleren, zoals de evolutie van de voornoemde outcomes in een klinisch beeld dat in het algemeen al langere tijd bestond en na de behandeling systematisch voor een lange duur afnam. Wellicht kan dergelijke evolutie in klinische en maatschappelijke outcomes (cf. infra) niet worden geattribueerd aan een ‘toevallige daling’ in of een ‘plotse genezing’ van de psychische stoornissen en problemen.

11.1 Psychische stoornissen na 3, 6 en 12 maanden na de start van behandeling

Het percentage patiënten met minstens één psychische stoornis daalde na 3, 6 en 12 maanden met respectievelijk 1%, 9,6% en 15,3% ($Z= 1,88, p=0,06$; $Z= 2,06, p=0,04$; $Z= 4,16, p<0,001$). Keken we naar de specifieke psychische stoornissen na 3 maanden, dan daalde de prevalentie van majeure depressieve episode met 68% ($Z= 12,28, p<0,001$) en steeg de prevalentie van eetbuistoornis met 36,4% ($Z= -4,60, p<0,001$) (**figuur 11.1**). Na 6 maanden daalde de proportie patiënten met een majeure depressieve episode het sterkst (-74,5%, $Z= 8,24, p<0,001$) maar steeg de proportie patiënten met manie dan weer met 70,8% ($Z= 1,46, p=0,144$). Een jaar na de start van de ELP- of GPZ-behandeling zagen we een daling in prevalentie van generaliseerde angststoornissen met -72,9% ($Z= 3,87, p<0,001$) maar een niet-significante stijging van +104,2% voor manie ($Z= 0,38, p=0,35$).

De proportie patiënten zonder psychische stoornis steeg na 3 maanden tot 31,6% (+2,3%, $Z= 2,23$, $p<0,05$), na 6 maanden tot 37,5% (+21,4%, $Z= 4,90$, $p<0,001$) en na 12 maanden tot 41,5% (+34,3%, $Z=-4,16$, $p<001$). De resultaten wijzen dus in het algemeen op een daling van de prevalentie van psychische problemen overheen de tijd na de start van de eerstelijns- of gespecialiseerde psychologische behandeling.

Figuur 11.1 Prevalentie van psychische stoornissen en gerelateerde problemen na 3, 6 en 12 maanden na de start van de behandeling

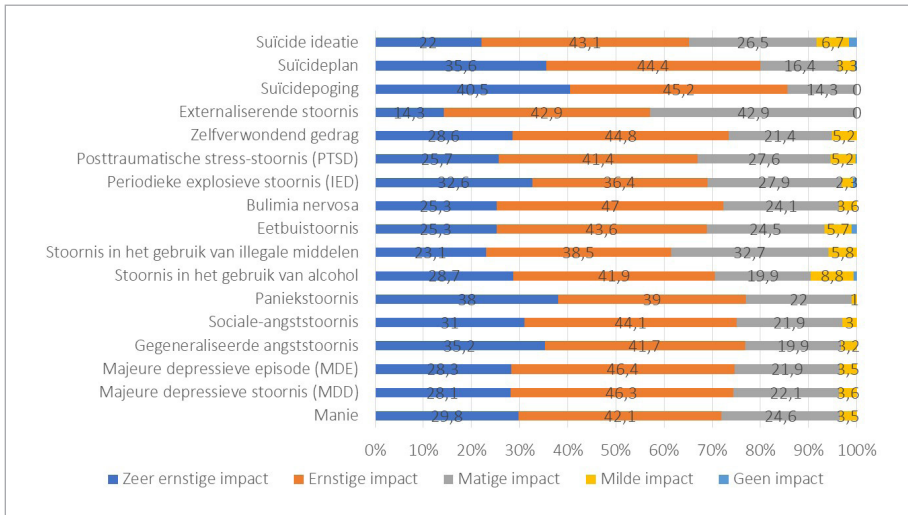


Percentage patiënten (%) per psychische stoornis of gerelateerd bij de start van de ELP- of GPZ-behandeling en na 3, 6 en 12 maanden.

11.2 Impact van psychische problemen op het dagelijks functioneren 3, 6 en 12 maanden na de start van de behandeling

Wanneer we specifiek keken naar de verschillende psychische stoornissen en gerelateerde problemen en de geassocieerde impact van psychische problemen op het dagelijks functioneren **bij de start van de ELP- of GPZ-behandeling**, zagen we dat het percentage patiënten dat een ernstige tot zeer ernstige impact op het dagelijks functioneren beschreef hoog was, variërend tussen 57,1% en 85,7% (**figuur 11.2**). Hierbij zagen we geen significante verschillen tussen de patiënten die gebruikmaken van ELP of GPZ.

Figuur 11.2 Percentage patiënten per impact op het dagelijks functioneren, per psychische stoornis of gerelateerd probleem aan de start van de psychologische behandeling in de eerste lijn



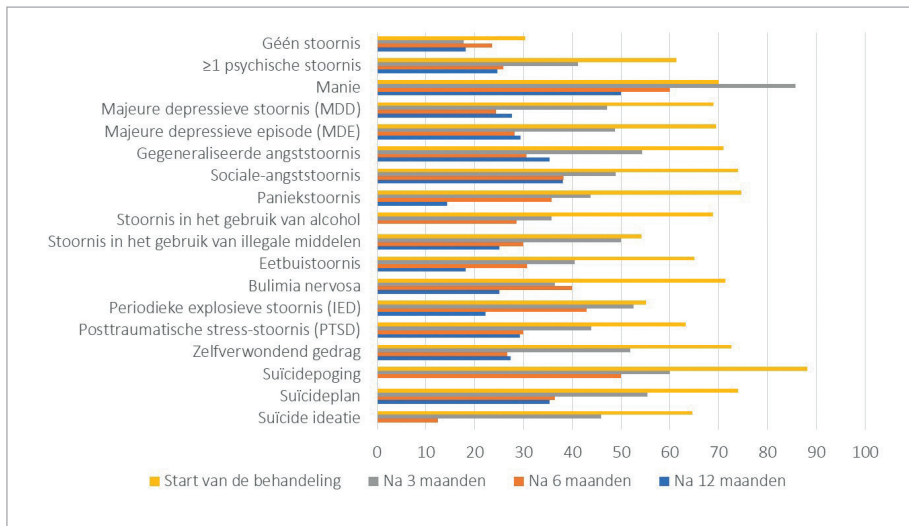
Percentage patiënten (%) per psychische stoornis of gerelateerd probleem die een ernstige tot zeer ernstige impact op het dagelijks functioneren rapporteert.

Drie maanden na de start van de ELP- of GPZ-behandeling was de proportie patiënten met een psychische stoornis met (zeer) ernstige impact op het dagelijks functioneren gedaald met 32,9% ($Z = 2,74$, $p < 0,05$) (**figuur 11.3**). Dezelfde tendens werd gevonden voor patiënten met een stemmingsstoornis ($-29,7\%$, $Z = 5,40$, $p < 0,001$) of een angststoornis ($-26,1\%$, $Z = 5,17$, $p < 0,001$). Drie maanden na de ELP- of GPZ-behandeling gaf 37,1% van de patiënten met een middenstoornis nog aan een (zeer) ernstige impact te ervaren op het dagelijks functioneren, maar deze daling is niet significant. De helft van de patiënten met suïcidaal gedrag en/of gedachten (51%) ervoerde na drie maanden nog een (zeer) ernstige impact op het dagelijks functioneren, wat met 27,4% significant was afgenomen ten opzichte van de start van de ELP- of GPZ-behandeling ($Z = 3,81$, $p < 0,001$).

Zes maanden na de start van de ELP- of GPZ-behandeling was de proportie patiënten met een psychische stoornis met (zeer) ernstige impact op het dagelijks functioneren significant gedaald met 58% ($Z = 2,31$, $p < 0,05$) ten opzichte van de start van de behandeling (**figuur 11.3**). Dezelfde tendens werd gevonden bij patiënten met een stemmingsstoornis ($-59,7\%$, $Z = 5,10$, $p < 0,001$) of angststoornis ($-53,6\%$, $Z = 5,15$, $p < 0,001$). Net zoals na 3 maanden vonden we bij patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen wel een daling van de impact (i.c. nog 29,4% geeft aan (zeer) ernstige impact te ervaren op het dagelijks functioneren), maar ook deze daling was niet statistisch significant ten aanzien van de start van behandeling. Ongeveer een kwart van de patiënten met suïcidaal gedrag en/of gedachten (27,5%) ervoerde na zes maanden nog een (zeer) ernstige impact, een daling van 60,8% ten opzichte van de start van de ELP- of GPZ-behandeling ($Z = 3,44$, $p < 0,001$).

Één jaar na de start van de ELP- of GPZ-behandeling was de proportie patiënten met een psychische stoornis met een (zeer) ernstige impact gedaald met 60,1% ($Z=4,04$, $p<0,001$) ten opzichte van de start van de behandeling (**figuur 11.3**). Dezelfde tendens werd gevonden voor de patiënten met een stemmingsstoornis (-60%, $Z=2,50$, $p<0,05$) of angststoornis (-50,3%, $Z=2,53$, $p<0,05$), maar niet voor diegenen met een stoornis in het gebruik van middelen (i.c. een daling naar 25% maar niet significant). Geen enkele patiënt met suïcidale ideatie ervaarde na twaalf maanden nog een (zeer) ernstige impact op het dagelijks functioneren ten opzichte van het begin van de behandeling; deze proportie bij patiënten met suïcideplannen bedroeg 52,3% ($Z=2,31$, $p<0,05$).

Figuur 11.3 Proportie patiënten met ernstige tot zeer ernstige impact van psychische problemen op het dagelijks functioneren



Percentage patiënten (%) met een (zeer) ernstige impact op het dagelijks functioneren op baseline en na 3, 6 en 12 maanden na de start van behandeling.

Wanneer we keken naar de **gemiddelde impact op het dagelijks functioneren** dan zagen we een daling van de impact na zowel 3, 6 als 12 maanden in de hele groep patiënten, respectievelijk -17,1% ($t(326)=9,99$, $p<0,001$), -25,2% ($t(104)=7,49$, $p<0,001$) en -24,9% ($t(69)=5,67$, $p<0,001$). Patiënten met minstens één psychische stoornis bij aanvang van de behandeling rapporteerden een daling van -16,3% na 3 maanden ($t(234)=8,92$, $p<0,001$) en na 6 maanden -22,8% ($t(80)=7,06$, $p<0,001$). Deze tendens zagen we evenzeer bij patiënten zonder psychische stoornissen, respectievelijk -21,1% en -22,8% na 3 en 6 maanden ($t(91)=4,63$, $p<0,001$; $t(23)=2,70$, $p<0,05$).

Na drie maanden daalde de gemiddelde impact op het dagelijks leven met -21,2% voor patiënten met een stoornis in gebruik van alcohol ($t(15)=2,11$, $p<0,053$) maar steeg de gemiddelde impact met 26,8% voor patiënten met manie ($t(5)=0,28$, $p=0,793$). Na 6 maanden werd de grootste daling van impact op het dagelijks leven gerapporteerd door patiënten met een stoornis in het gebruik van alcohol (-33,2%, $t(3)=2,83$,

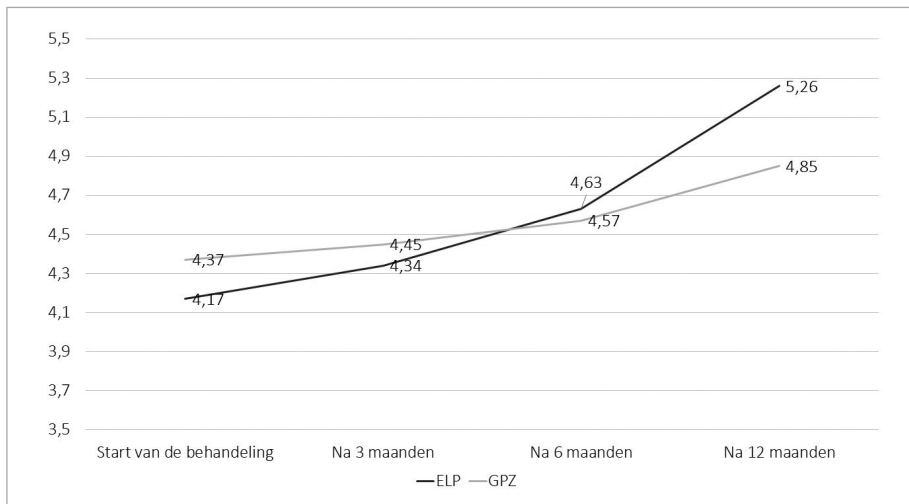
$p = 0,006$) maar rapporteerden patiënten met bulimia nervosa de kleinste daling ($-0,9\%$, $t(3) = 0,29$, $p = 0,789$).

Eén jaar na de start van de ELP- of GPZ-behandeling was de gemiddelde impact op het dagelijks functioneren gedaald met $-59,8\%$ bij patiënten met minstens één psychische stoornis bij aanvang van de behandeling ($t(56) = 5,82$, $p < 0,001$). Ook bij de patiënten zonder een psychische stoornis had de daling zich voortgezet tot $-40,4\%$ ($t(12) = 1,20$, $p = 0,254$) na 12 maanden. De resultaten wijzen dus in het algemeen op een daling van de impact van problemen overheen de tijd na de start van de ELP- of GPZ-behandeling.

11.3 Veerkracht na 3, 6 en 12 maanden na de start van behandeling

Bij de start van de behandeling was de gemiddelde veerkracht 4,2 op een schaal met maximumscore 8 ($SD = 1,93$). Na drie maanden steeg deze gemiddelde score tot 4,4 op 8 ($t(319) = 11,11$, $p < 0,001$) (**figuur 11.4**) en na zes maanden tot 4,6 (met andere woorden 9% hoger dan bij de start van behandeling; $t(101) = 8,93$, $p < 0,001$). Een jaar na de start van de behandeling steeg de gemiddelde veerkracht door naar 4,9 op 8 (i.c. een relatieve stijging van 16,7% ten aanzien van de start van behandeling, $t(56) = 2,45$, $p < 0,001$). Deze scores waren niet significant verschillend tussen de patiënten die gebruikmaakten van de eerstelijns- of gespecialiseerde psychologische zorg.

Figuur 11.4 Gemiddelde veerkracht bij de start van de ELP- of GPZ- behandeling en na 3, 6 en 12 maanden

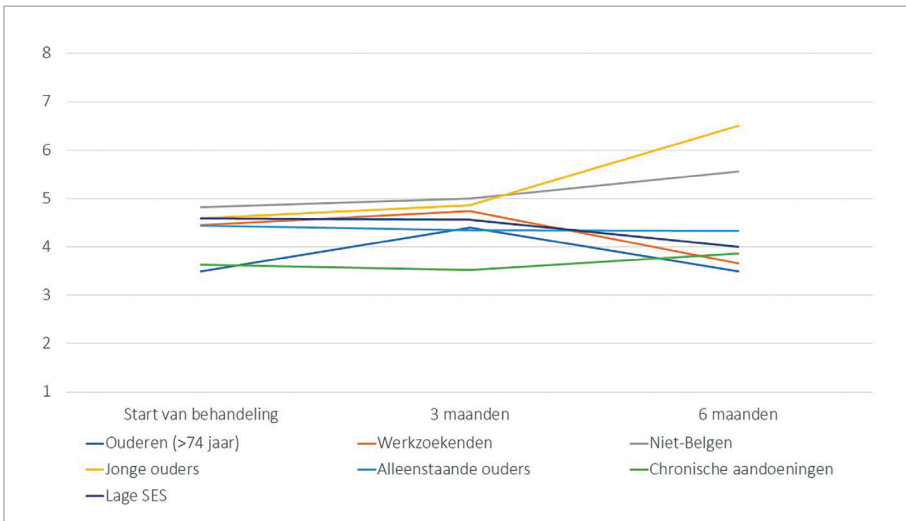


Gemiddelde veerkracht op de 2-item verkorte versie van de Connor Davidson Scale. Enkel de patiënten met maximaal 2 ELP- of GPZ-sessies op baseline werden meegenomen in de analyses.

Wanneer we veerkracht bij **patiënten met een psychische stoornis** in ogenschouw namen, dan zagen we dat degenen met een stemmingsstoornis (+7,4%, $t(169)= 9,26$, $p<0,001$) of angststoornis (+3,6%, $t(186)= 8,07$, $p<0,001$) significant meer veerkracht hadden na drie maanden, in tegenstelling tot patiënten die positief screenden op een stoornis in het gebruik van middelen. Bij deze patiënten daalde de veerkracht na drie maanden met 8,6% ($t(19)= 2,11$, $p<0,05$). Na zes maanden steeg de veerkracht voor deze groep patiënten echter wel significant ten opzichte van de start van de behandeling (+8,8%, $t(7)= 3,26$, $p<0,05$). Deze stijging na zes maanden ten opzichte van de start van de behandeling gold ook voor de patiënten met een stemmings- of angststoornis (respectievelijk +18,3% [$t(47)= 6,77$, $p<0,001$] en +12,5% [$t(56)= 6,71$, $p<0,001$]). Patiënten met suïcidale gedachten en/of gedrag rapporteerden zowel na drie als na zes maanden een significante stijging in hun veerkracht (respectievelijk +5,5% ($t(101)= 6,45$, $p<0,001$) en +21,3% ($t(20)= 4,21$, $p<0,001$)). Patiënten zonder psychische stoornissen rapporteerden ook een significante stijging van hun veerkracht, zowel drie als zes maanden na de start van de behandeling (respectievelijk +3,4% ($t(228)= 4,73$, $p<0,001$) en +9,3% ($t(77)= 2,02$, $p<0,001$)). Een jaar na de start van behandeling was de veerkracht van patiënten met een stemmings- of angststoornis met respectievelijk 36,6% en 37,2% gestegen ($t(19)= 2,33$, $p<0,05$; $t(26)= 2,47$, $p<0,05$). De veerkracht van patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen of met suïcidaal gedrag en/of gedachten steeg niet significant. Patiënten met minstens één psychische stoornis rapporteerden dan weer wel een significante stijging van de veerkracht na één jaar (+21,4%, $t(24)= 2,08$, $p<0,05$), evenals de patiënten zonder psychische stoornis (+23,7%, $t(20)= 2,51$, $p<0,05$). De resultaten wijzen dus in het algemeen op een toename van de veerkracht overheen de tijd na de start van de ELP- of GPZ-behandeling.

Wanneer we keken naar de **kwetsbare groepen (figuur 11.5)**, zagen we dat jonge ouders enkel na drie maanden een significante verbetering van hun veerkracht rapporteerden (+5,9%, $t(4)= 2,67$, $p<0,05$). Alleenstaande ouders rapporteerden dan weer na drie en zes maanden een daling van hun veerkracht (respectievelijk -2,3% ($t(32)= 3,45$, $p<0,001$) en -2,4% ($t(14)= 4,06$, $p<0,001$)). De veerkracht van ouderen van 75 jaar en ouder, werkzoekenden en personen met een lage socio-ecnomische status bleef dan weer min of meer stabiel na drie en zes maanden met geen significante verschillen. Niet-Belgen rapporteerden geen signifant verschil in veerkracht na drie maanden, maar wel na zes maanden (+15,1%, $t(7)= 3,26$, $p<0,05$). Na één jaar zagen we een stijging van de veerkracht van 7,7% bij patiënten die tot minstens één kwetsbare groep behoren, maar die stijging was niet significant.

Figuur 11.5 Gemiddelde veerkracht bij kwetsbare groepen bij de start van de ELP- of GPZ-behandeling en na 3 en 6 maanden



Gemiddelde veerkracht op de 2-item verkorte versie van de Connor Davidson Scale. Enkel de patiënten met maximaal 2 ELP- of GPZ-sessies op baseline werden meegenomen in de analyses. Omwille van gelimiteerde data na 12 maanden kan geen informatie verschaft worden over de veerkracht van de specifieke kwetsbare groepen op dit meetmoment.

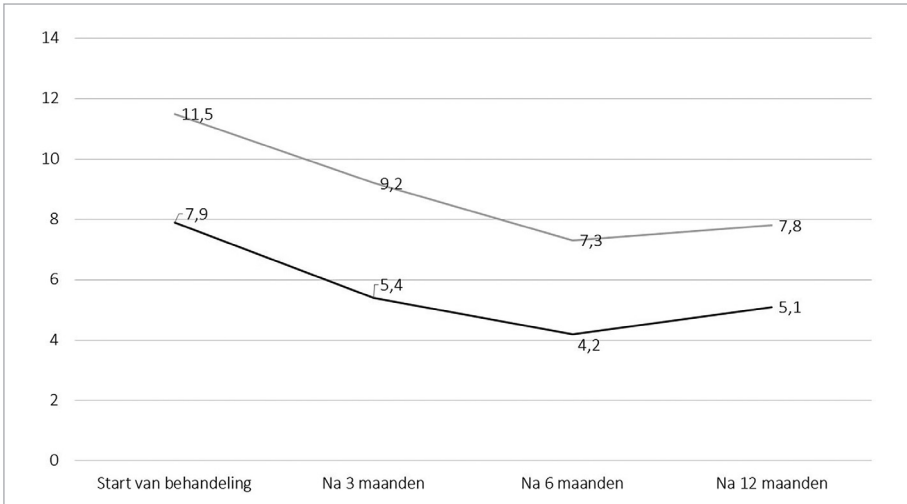
11.4 Dagelijks functioneren van patiënten 3, 6 en 12 maanden na de start van behandeling

Zowel het niet in staat zijn als het minder in staat zijn om dagelijkse taken uit te voeren bij **alle patiënten** daalden na 3 maanden met 3 dagen per maand, respectievelijk met -31,6% ($t(326) = 3,8, p < 0,001$) en -20,5% ($t(325) = 4,61, p < 0,001$) (**figuur 11.6**).

Na 6 maanden daalde het aantal dagen waarop men **niet kan functioneren** voor alle patiënten met 1 dag per maand ten opzichte van de start van de behandeling ($t(409) = 6,77, p < 0,001$). Het aantal dagen waarop men **minder kan functioneren** daalde na zes maanden tot 7 dagen per maand ($t(403) = 8,23, p < 0,001$). Een jaar na de start van de behandeling zagen we opnieuw een stijging van het aantal dagen waarop men niet of minder goed in staat was om dagelijkse taken uit te voeren naar respectievelijk 5 en 8 dagen, maar was dit nog altijd significant lager dan bij de start van de ELP- of GPZ-behandeling ($t(68) = 2,71, p < 0,05$; $t(67) = 2,71, p < 0,05$).

De WLD-index combineert het aantal dagen waarop men niet in staat was om de taken uit te voeren, minder kwalitatief deelnam aan het dagelijks leven of meer moeite had om te participeren en/of een stap terug moet zetten tot een percentage 'verloren' dagen per maand. De WLD-index bedroeg bij de start van de behandeling in de eerste lijn 56,9%, wat overeenkwam met 17 dagen per maand. Na 3 maanden daalde dit percentage naar 45,1% (-20,7%, $Z = 3,5, p < 0,001$) en na zes maanden rapporteerden de patiënten een WLD-index van 36,4% (-36%, $Z = 10,44, p < 0,001$). Een jaar na de start van de behandeling steeg de WLD-index opnieuw licht naar 37,5% (-34,1%, $Z = 5,01, p < 0,001$). Er werden geen verschillen gevonden tussen ELP en GPZ.

Figuur 11.6 Aantal dagen van niet en minder functioneren per maand bij de start van de ELP- of GPZ-behandeling en na 3, 6 en 12 maanden

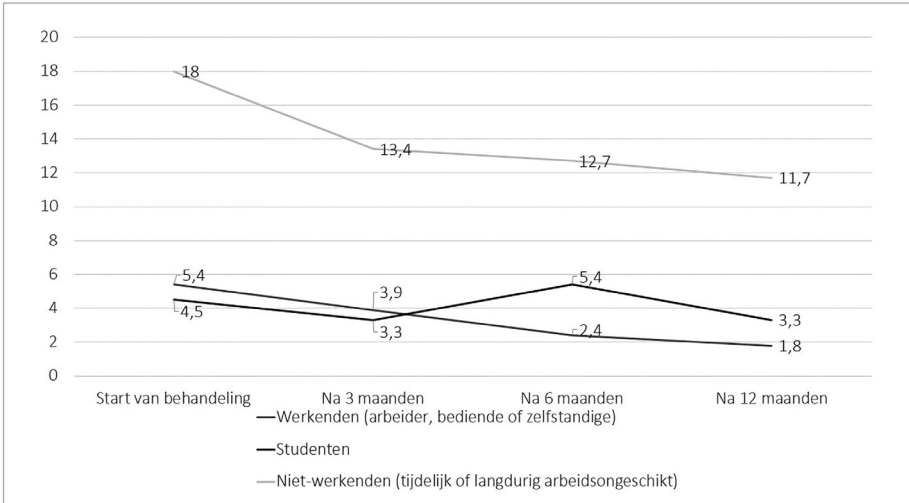


Voor de berekening werd gebruikgemaakt van de groep patiënten die zowel op baseline (start behandeling) als na drie, zes en twaalf maanden participeerden in de studie, met een maximum van 2 ELP- of GPZ-sessies op baseline. (Donkergrijs : dagen van niet-functioneren; lichtgrijs : dagen van minder functioneren).

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

Als we gericht op het **aantal dagen van niet-functioneren** focusten, zagen we voor niet-werkenden een significante daling na drie maanden ($\Delta = 5$ dagen, $t(51) = 2,9$, $p < 0,001$), waar deze voor werkenden en studenten niet significant was (**figuur 11.7**). Na zes maanden zagen we zowel voor werkenden als niet-werkenden een significant verschil ten opzichte van de start van de ELP- of GPZ-behandeling (respectievelijk $\Delta = -3$ ($t(75) = 2,4$, $p < 0,05$) en $\Delta = -5$ ($t(11) = 2,4$, $p < 0,05$)). Voor de studenten zagen we geen verschillen. We kunnen dus zeggen dat het absentieïsme (dus het aantal dagen per maand waarop niet wordt gefunctioneerd bij de werkende patiënten) daalde van 5 dagen per maand bij de start van de behandeling naar 2 dagen per maand 6 maanden na behandeling. Een jaar na de start van de behandeling zagen we zowel bij de werkenden als niet-werkenden een daling van het aantal dagen per maand waarop niet wordt gefunctioneerd, respectievelijk $\Delta = -4$ dagen en $\Delta = -6$ dagen ($t(14) = 3,77$, $p < 0,001$; $t(8) = 0,99$, $p = 0,360$), waarbij enkel de daling bij de werkenden significant was. Het aantal dagen per maand waarop studenten niet functioneerden daalde na twaalf maanden (niet-significant) met één dag ($t(6) = 2,54$, $p = 0,265$). Er werden geen verschillen gevonden tussen ELP en GPZ.

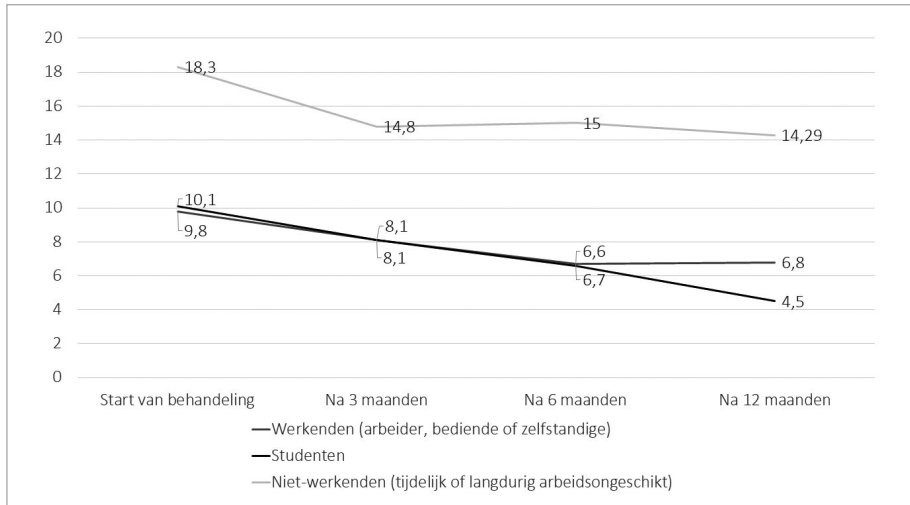
Figuur 11.7 Dagen van niet-functioneren bij de start van behandeling en na 3, 6 en 12 maanden bij studenten, werkende patiënten en niet-werkende patiënten



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

Voor wat betreft het **aantal dagen waarop minder goed werd gefunctioneerd** zagen we het volgende; het aantal dagen daalde zowel voor de werkende als niet-werkende patiënten significant na drie maanden (respectievelijk $\Delta = -2$ dagen ($t(213) = 2,7$, $p < 0,05$) en $\Delta = -3$ dagen ($t(51) = 3,2$, $p < 0,05$)) (**figuur 11.8**). Ook na zes maanden was voor zowel de werkende als niet-werkende patiënten een significante daling zichtbaar in vergelijking met de start van de behandeling (respectievelijk $\Delta = -3$ dagen ($t(75) = 3,1$, $p < 0,05$) en $\Delta = -3$ dagen ($t(11) = 2,9$, $p < 0,05$)). Na één jaar stagneerden de dalingen en was de daling van het aantal dagen presenteïsme ten opzichte van de start van de ELP- of GPZ-behandeling enkel nog significant voor de gehele patiëntenpopulatie ($\Delta = -4$ dagen, $t(21) = 2,2$, $p < 0,05$). Er werden geen significante verschillen gevonden tussen de verschillende meetmomenten voor studenten. Ook werden er geen verschillen gevonden tussen ELP en GPZ.

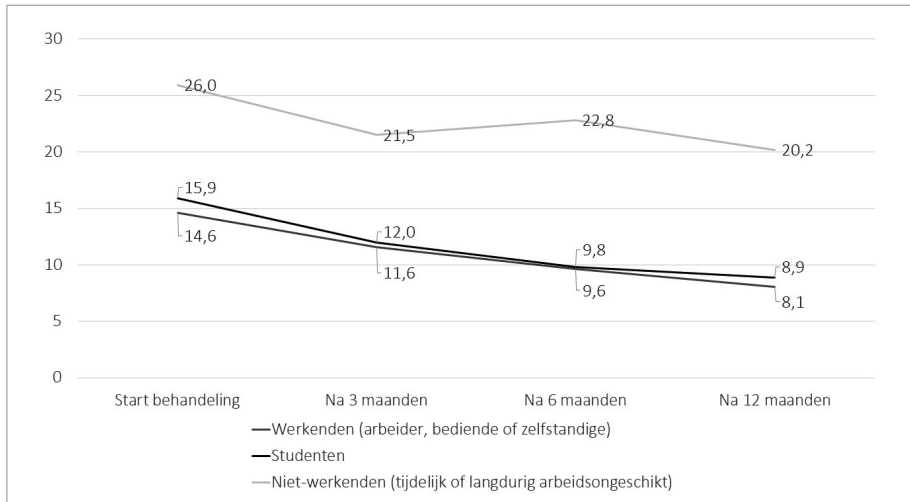
Figuur 11.8 Dagen van minder functioneren bij de start van de behandeling en na 3, 6 en 12 maanden bij studenten, werkende patiënten en niet-werkende patiënten



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

Met betrekking tot de geaggregeerde **WLD-index** (i.c. de combinatie tussen dagen waarop niet en dagen waarop verminderd kon worden gefunctioneerd) omgerekend naar het aantal dagen per maand, zagen we bij de start van de behandeling een significant verschil tussen werkende en niet-werkende patiënten (15 versus 26 dagen op maandbasis, $Z = -11,0$, $p < 0,001$) (**figuur 11.9**). Ook na 3 maanden was dit significante verschil aanwezig (12 versus 22 dagen op maandbasis, $Z = -5,5$, $p < 0,001$). Na 6 maanden rapporteerden de werkende patiënten een WLD-index van 10 versus 23 dagen op maandbasis bij de niet-werkende patiënten ($Z = -3,7$, $p < 0,001$). Waar we bij de niet-werkende patiënten een significante daling zagen na 3 en 6 maanden ($Z = 3,2$, $p < 0,001$, $Z = 3,2$, $p < 0,001$), was de significante daling bij werkenden afwezig. Wel bleef na zes maanden het significante verschil met betrekking tot de WLD-index tussen de werkenden en niet-werkenden aanwezig ($Z = -3,71$, $p < 0,001$). Een jaar na de start van de behandeling rapporteerden enkel de niet-werkenden een significante daling van de WLD-index (-4 dagen, $Z = 2,0$, $p < 0,05$). Ook bleef er een significant verschil tussen de werkenden en niet-werkenden aanwezig één jaar na de start van de ELP- of GPZ-behandeling (8 versus 20 dagen op maandbasis, $Z = -1,85$, $p < 0,05$). Bij de studenten was er een daling van het aantal dagen waarop zij niet in staat waren om deel te nemen aan schoolactiviteiten na 3 maanden (-4 dagen), na 6 maanden (-6 dagen) en na 12 maanden (-7 dagen), maar ook deze waren niet significant.

Figuur 11.9 WLD-indices bij de start van de behandeling en na 3, 6 en 12 maanden bij studenten, werkende patiënten en niet-werkende patiënten



Voor de berekening van het percentage werkverliesdagen werd gebruikgemaakt van de groep patiënten die zowel op baseline (start behandeling) als na drie, zes en twaalf maanden participeerden in de studie, met een maximum van 2 ELP- of GPZ-sessies op baseline. Deze percentages werden omgerekend naar het aantal dagen per maand.

11.5 Gesimuleerde ziekte winst op niveau van de conventie

Eén dag absentie kostte de maatschappij in 2018 ongeveer 287 euro per persoon (SDWORX, 2018; RSZ, 2018). Wanneer we rekening houden met een inflatie van 10%, zou een dag absentie momenteel +/-316 euro per dag kosten per werknemer. Gebaseerd op de EPCAP-data is 60,6% van de patiënten werkend (in loondienst of als zelfstandige), omgerekend ongeveer 90.000 behandelde patiënten op jaarbasis (RIZIV, 2023). Tegen de achtergrond dat onze longitudinale data tonen dat absentie na zes maanden na de start van de behandeling significant daalde met drie dagen bij werkende patiënten, zou dit betekenen dat de conventie na zes maanden een ziekte winst oplevert van 948 euro per patiënt en +/- 85,3 miljoen euro voor de behandelde werkende patiëntenpopulatie in een gegeven jaar. Hoewel het in literatuur duidelijk is dat presentie maatschappelijk gezien belangrijker is dan absentie (Goetzl et al., 2004), is het moeilijker budgettair in te schatten dan absentie. Tegen de achtergrond dat presentie predictief is (met een factor van 2 à 3) voor later absentie (Janssens et al., 2013), kunnen we dus hypothetiseren dat de daling van presentie bij werkende patiënten die worden behandeld in het kader van de conventie preventief is ten aanzien van latere ontwikkeling van absentie.

11.6 Samengevat

In vergelijking met de start van de behandeling rapporteerden patiënten een significante daling van de impact van psychische problemen na drie, zes en twaalf maanden, zowel na ELP- als GPZ-behandeling. De veerkracht van patiënten steeg significant voor ELP- en GPZ-patiënten. Met name de patiënten met stemmings- en angststoornissen rapporteerden een stijging. Ook patiënten zonder psychische stoornis rapporteerden een significante stijging van hun veerkracht.

Absenteïsme en presenteeïsme daalden na drie en zes maanden voor zowel studenten als werkenden, met een stabilisatie na één jaar. Patiënten die tijdelijk of langdurig arbeidsongeschikt waren, patiënten met een lage SES en patiënten met ernstige fysieke problemen rapporteerden een groot aantal dagen per maand waarop zijn niet of zeer beperkt in staat waren om deel te nemen aan het dagelijks functioneren, wat niet of zeer beperkt daalde na drie, zes of twaalf maanden.

REFERENTIES

Bruffaerts, R., Vilagut, G., Demyttenaere, K. & the EU-World Mental Health Consortium investigators. (2011). *The burden of mental disorders in the European Union*. Results from the European Union – World Mental Health (EU-WMH) Surveys Initiative Project. Luxembourg: Executive Agency for Health and Consumers (EAHC), European Commission. Available at <http://www.eu-wmh.org/PDF/BURDEN.pdf>

Goetzel, R.Z., Long, S.R., Ozminkowski, R.J., ..., Lynch, W. (2004). Health, absence, disability, and presenteeism cost estimates of certain physical and mental health conditions affecting U.S. employers. *Journal of Occupational Environmental Medicine*, 46, 398-412. doi: 10.1097/01.jom.0000121151.40413.bd. PMID: 15076658.

Janssens, H., Clays, E., De Clercq, B., De Bacquer, D., & Braeckman, L. (2013). The relation between presenteeism and different types of future sickness absence. *Journal of Occupational Health*, 55, 132-141. doi: 10.1539/joh.12-0164-oa. Epub 2013 Mar 13. PMID: 23485571.

HOOFDSTUK 12

Jongeren binnen de eerstelijnspsychologische zorg

Leontien Jansen

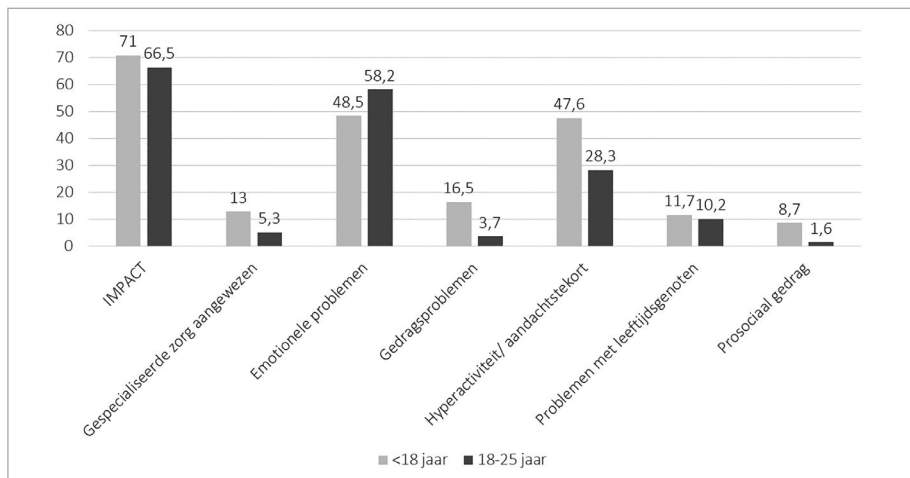
Ronny Bruffaerts

Zoals reeds aangegeven was de steekproef tussen de 11 en 17 jaar beperkt ($n=114$) en was een diepgaande analyse van deze steekproef van beperkte waarde. Een beschrijving van deze steekproef genereerde evenwel eerste indrukken en bood de mogelijkheid om hypothesen te formuleren voor vervolgonderzoek inzake de klinische karakteristieken van deze patiëntenpopulatie onder de 18 jaar. De steekproef van jongeren tussen de 11 en 25 jaar was aanzienlijk groter ($n=458$) en wordt in dit hoofdstuk nader toegelicht. In dit hoofdstuk is de dataverzameling tot zes maanden na de start van de eerstelijns- of gespecialiseerde behandeling meegenomen. De dataverzameling één jaar na de start van behandeling was nog lopende en was qua aantal jongeren tot 25 jaar nog te beperkt om zelfs maar hypothesen te generen, daarom werd dit meetmoment nog niet meegenomen in dit hoofdstuk.

12.1 Sociodemografische karakteristieken

De gemiddelde leeftijd van de jongeren (11-25 jaar) binnen de studiepoppulatie was 20,2 jaar ($SD= 4,26$), waarbij 24,9% onder de 18 jaar was. In totaal was 77,1% vrouw en volgt 24,6% lager onderwijs. Bijna twee derde van de jongeren woonde thuis met beide ouders (64%) en mediaan hadden de jongeren 2 (half)broers en/of (half)zussen.

Figuur 12.1 Percentage jongeren met verhoogde scores op de SDQ, per leeftijdscategorie



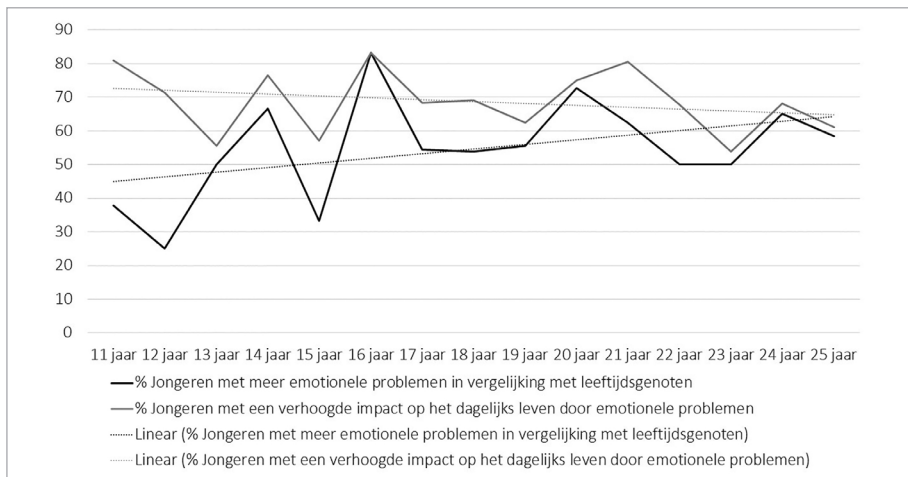
Percentage jongeren met verhoogde scores op de SDQ subschalen per leeftijdscategorie. Verhoogd: jongere rapporteert meer problemen in de betreffende subschaal in vergelijking met leeftijdsgenoten.

12.2 Psychisch welzijn

Meer dan de helft van alle jongeren (55,4%) haalde de klinische drempel van emotionele problemen bij de start van de ELP- of GPZ-behandeling, waarbij geen verschil zichtbaar was tussen beide behandelvormen. Meer jongeren van 18-25 jaar hadden emotionele problemen in vergelijking met de -18-jarigen, maar dit verschil was niet significant (58,2% versus 48,5%, OR= 0,7; 95% C.I. 0,4-1,0) (**figuur 12.1**). Dit was wél het geval voor gedragsproblemen, waarbij bijna vijf keer meer jongeren onder de 18 jaar gedragsproblemen rapporteerden in vergelijking met de jongeren van 18-25 jaar (16,5% versus 3,7%, OR= 5,0; 95% C.I. 2,3-11,3) aan de start van de behandeling. Ook beschreven jongeren onder 18 jaar meer hyperactiviteit en aandachttekortproblemen in vergelijking met jongeren van 18-25 jaar (47,6% versus 28,3%, OR= 2,2; 95% C.I. 1,4-3,5).

Als we over de leeftijden heen keken met betrekking tot de aanwezigheid van psychische problemen, zagen we voor de totale score van de SDQ een significante stijgende trend in functie van leeftijd ($p < 0,05$) (**figuur 10.2**). Ook voor de impact op het dagelijks leven was deze trend aanwezig, maar deze was niet significant ($p = 0,286$). Twee derde van alle jongeren (68%) ervaarde meer impact van hun psychische problemen op het dagelijks leven in vergelijking met leeftijdsgenoten, waarbij we geen significant onderscheid zagen tussen de verschillende leeftijden (**figuur 12.2**).

Figuur 12.2 Prevalentie en impact van emotionele problemen, per leeftijd

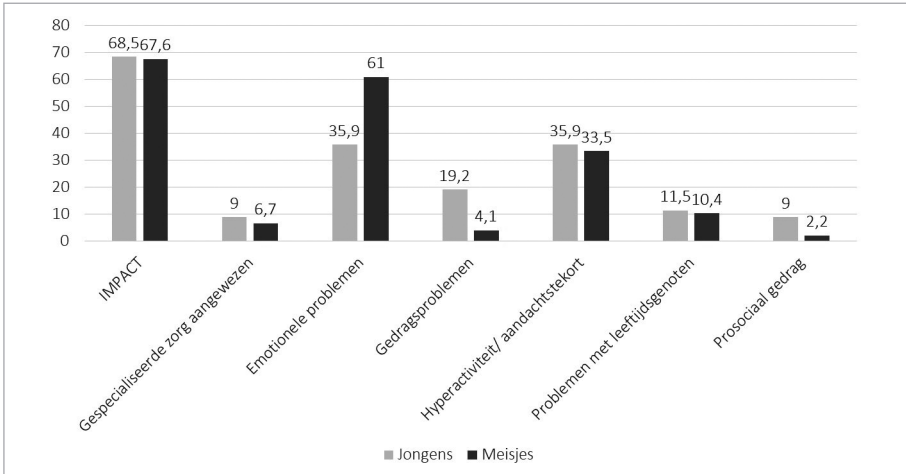


Percentage jongeren een verhoogde score op de SDQ subschaal 'Emotionele problemen' en 'Impact' per leeftijd. De stippellijn geeft de trendlijn aan.

Geslachtsverschillen. Waar de totale score op de SDQ niet verschilde tussen jongens en meisjes aan de start van de behandeling, was dit voor de subschalen wel het geval. Jongens rapporteerden significant minder emotionele problemen dan meisjes (35,9% vs. 61%, OR= 0,23, CI 95%: 0,2-0,7); jongens beschreven meer gedragsproblemen in vergelijking met leeftijdsgenoten (19,2% versus 4,1%, OR= 5,0, CI 95%: 2,3-11,3) (**figuur 12.3**). Met betrekking tot psychische problemen zagen we geen significante verschillen aan de start van de behandeling tussen jongeren die gebruikmaakten

van eerstelijnspsychologische zorg (ELP) of gespecialiseerde psychologische zorg (GPZ), alsook niet tussen jongeren die al dan niet in het verleden reeds professionele hulpverlening kregen in het kader van psychische problemen.

Figuur 12.3 Percentage jongeren met verhoogde scores op de SDQ, per geslacht



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

12.3 Zorgtraject

Twee derde (66,8%) van de jongeren tot 25 jaar werd behandeld door een eerstelijnspsycholoog, één derde door een gespecialiseerde psycholoog of orthopedagoog. Eén op de tien jongeren (10,3%) kreeg psychologische behandeling op een vindplaats en 1,1% kreeg de behandeling thuis. Voor bijna de helft (47,4%) van de jongeren was de ELP- of GPZ-behandeling de eerste kennismaking binnen de geestelijke gezondheidszorg. Van de andere helft van de jongeren had een zesde (16,9%) professionele ondersteuning in het kader van psychische problemen in de 12 maanden voorafgaand aan de ELP- of GPZ-behandeling. Een kwart van de jongeren (24,1%) kreeg reeds medicatie voorgeschreven, waarvan 84,6% in de laatste 12 maanden in het kader van psychische problemen en/of moeilijkheden. Alle jongeren waren op het moment van de baselinemeting nog in behandeling bij de eerstelijnspsycholoog/-orthopedagoog.

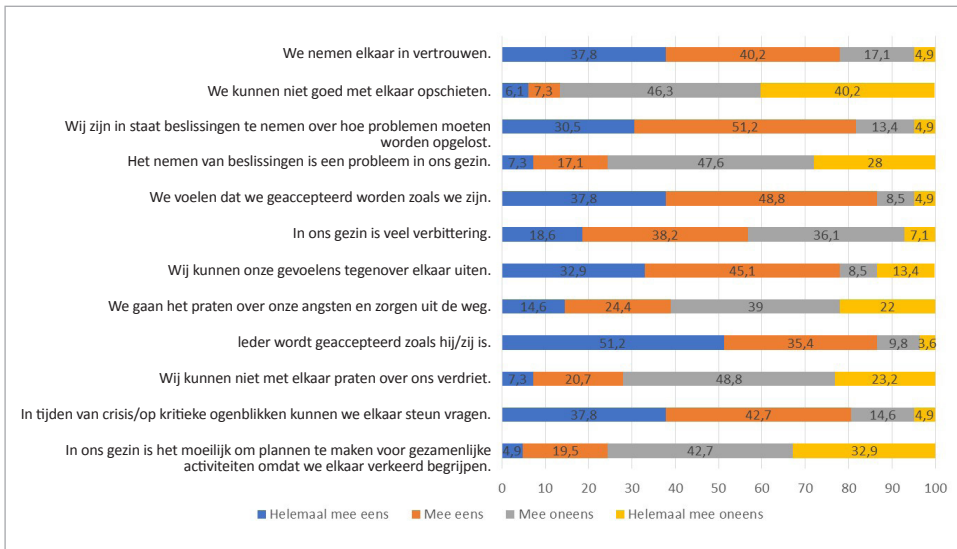
12.4 Gezinsfunctioneren

De gemiddelde totaalscore op de Family Assessment Device (FAD), een 12-item vragenlijst over het gezinsfunctioneren, bedroeg 1,9 (SD= 0,57) op een continuüm tussen de 1 en 4. Rekening houdend met een cut-offscore van ≥ 2 , gaf dus 44% van de jongeren aan dat het functioneren van hun gezin in bepaalde mate als ongezond beschouwd kon worden. Meer specifiek beschreef ongeveer één derde van de jongeren (11-25 jaar) veel verbittering binnen het gezin alsook de moeilijkheden

omte praten over verdriet binnen het gezin (**figuur 12.4**). Meer dan één derde van de jongeren gaf aan dat het praten over angsten en zorg binnen het gezin uit de weg werd gegaan (39,0%). Tegenstijdig met het voorgaande, gaven jongeren ook aan dat ze zich geaccepteerd voelden (88,6%), zowel door de buitenwereld als binnen het gezin door de andere gezinsleden. Daarnaast gaf het overgrote deel van de jongeren aan dat ze steun konden vragen wanneer ze dit nodig hadden binnen het gezin (79,8%), dat ze hun gevoelens konden uiten binnen het gezin (77,4%) en dat ze elkaar binnen het gezin in vertrouwen konden nemen (76,4%).

Jongeren die een verminderd gezinsfunctioneren omschreven bij de start van de ELP- of GPZ- behandeling rapporteerden meer emotionele problemen dan degenen met minder of geen moeilijkheden in het gezinsfunctioneren (OR= 3,06, CI 95%: 1,34-6,98). Er werden niet meer gedragsproblemen, hyperactiviteit of aandachtstekort of problemen met leeftijdsgenoten gerapporteerd ten opzichte van jongeren die minder of geen moeilijkheden in het gezinsfunctioneren rapporteerden.

Figuur 12.4 Gezinsfunctioneren op basis van de General Functioning subschaal van de Family Assessment Device (FAD)



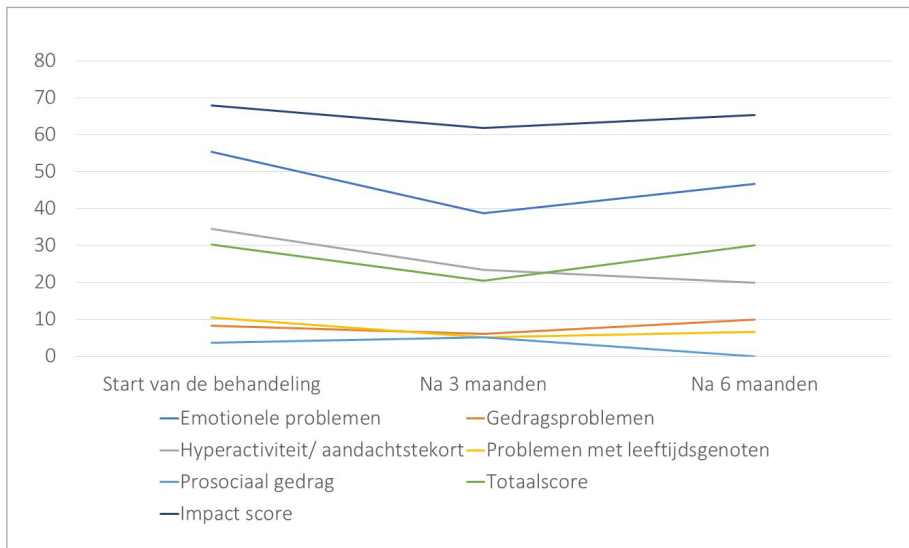
Proportie jongeren dat 'helemaal eens' tot 'helemaal oneens' is op de verschillende facetten van het gezinsfunctioneren bij de start van de ELP- of GPZ-behandeling.

12.5 Psychisch welzijn drie en zes maanden na de start van de behandeling

Na drie maanden, met een mediaan van zes ELP- of GPZ-sessies, daalde de proportie jongeren met SDQ-emotionele problemen met 30% naar iets meer dan één vijfde (20,4%) maar was deze daling niet significant ($Z = 1,41, p = 0,157$) (**figuur 12.5**). Na zes maanden steeg dit percentage opnieuw naar 30% (+47%) maar ook hier was er geen significant verschil met de start van de behandeling. Ook de percentages jongeren met een verhoogde score op de subschalen lieten geen significante dalingen zien over de

periode van zes maanden. Wel zagen we een significante daling van de gerapporteerde impact van emotionele problemen op het dagelijks leven van 3,8% na zes maanden ($Z=2,12$, $p<0,05$). Hierbij was er geen significant onderscheid tussen jongeren behandeld door een eerstelijnspsycholoog/-orthopedagoog versus jongeren behandeld binnen de gespecialiseerde psychologische zorg. Hetzelfde werd gevonden inzake geslacht en leeftijd. De datacollectie 12 maanden na de start van de behandeling was nog lopende, waardoor het aantal jongeren te beperkt was om uitspraken te doen over de evolutie in de prevalentie van emotionele problemen na één jaar.

Figuur 12.5 Evolutie in de prevalentie van emotionele problemen na drie en zes maanden bij jongeren van 11-25 jaar



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

12.6 Zorggebruik na drie en zes maanden

Na drie maanden waren alle jongeren nog in behandeling bij zijn of haar eerstelijns- of gespecialiseerde psycholoog / -orthopedagoog. Na zes maanden gaf 66,7% van jongeren aan nog in behandeling te zijn, gaf 16,7% aan dat de behandeling gestopt was omwille van het maximumaantal sessies en was 16,7% vroegtijdig met de behandeling gestopt omdat hij of zij zich beter voelde. Na drie maanden gaf 75,0% van de jongeren aan tevreden tot zeer tevreden te zijn over de behandeling, wat steeg naar 83,3% na zes maanden. Slechts 4,8% van de jongeren gaf aan dat de behandeling na drie maanden niet geholpen had, wat hetzelfde bleef na zes maanden. De datacollectie twaalf maanden na de start van de behandeling was nog lopende waardoor het aantal jongeren te beperkt was om uitspraken te doen over het zorggebruik na één jaar.

12.7 Samengevat

Meer dan de helft van alle jongeren (55,4%) haalde bij aanvang van de ELP- of GPZ-behandeling de klinische norm voor emotionele problemen. Hierbij was er geen significant verschil in geslacht maar rapporteerden de -18-jarigen significant meer emotionele problemen dan 18-25-jarigen, i.c. meer gedragsproblemen en hyperactiviteit en aandachttekort. Deze emotionele problemen daalden níet significant na drie en zes maanden na de start van de behandeling.

Voor 47% was ELP of GPZ de eerste professionele behandeling ooit voor emotionele problemen. Een kwart kreeg reeds eerder medicatie voorgeschreven. Twee derde van de jongeren werd behandeld door een eerstelijnspsycholoog of-orthopedagoog en een tiende daarvan werd op een vindplaats behandeld. Ten slotte rapporteerde twee derde van de jongeren een grote impact van emotionele problemen op hun dagelijks leven, met een significante daling na drie en zes maanden na de start van de behandeling.



DEEL 4

PLAATS EN FUNCTIE VAN PSYCHOLOGISCHE ZORG IN DE EERSTE LIJN

CHAPITRE 13

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

Annabelle Kinard

Fabienne Glowacz

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

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

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

13.1 La fonction des coordinateurs

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

Fonction de médiateur et de garant éthique

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

Cela demande **un travail d'appropriation de la convention** afin de la communiquer et de la rendre compréhensible avec un même niveau d'information pour l'ensemble des acteurs. Pour porter le projet dans son ensemble, ceux-ci traduisent les

conceptualisations reprises dans la convention afin d'en faciliter la compréhension et l'adaptent au terrain concerné au travers d'exemples concrets. C'est dans cet ajustement entre la conceptualisation théorique du projet et sa mise en œuvre sur le terrain que le coordinateur bénéficie d'une certaine marge de créativité.

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

Fonction de maillage

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

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

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

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

Fonction de régulation

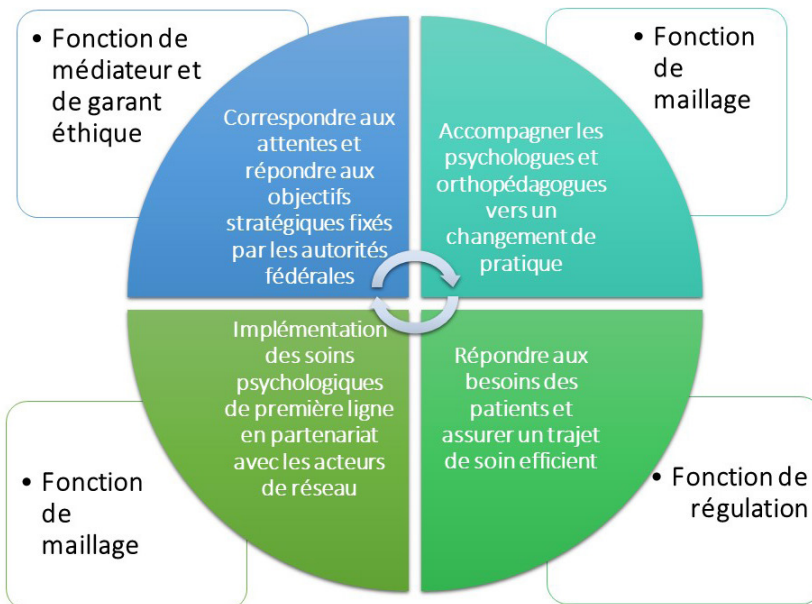
Les coordinateurs soulignent également leur rôle de **facilitateur dans la mise en œuvre de la convention** afin de la faire vivre sur le terrain. **Ceux-ci donnent l'impulsion et**

sont des « motivateurs » en allant vers les intervenants pour solliciter l'émergence du projet et repositionner les partenaires dans une position d'acteur au sein de laquelle chacun fait exister le « réseau ».

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

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

Figure 13.1 Les fonctions et missions des coordinateurs



13.2 Le processus implémentation de la seconde convention

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

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

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

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

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

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

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

Un **maintien des contacts est organisé avec les praticiens conventionnés** au travers de réunions d'information sur la convention continuellement ajustée ; des réunions d'intervisions et de supervisions sont une demande constante des intervenants. Lors de ces rencontres, les coordinateurs s'assurent de leur participation à la convention en les

soutenant dans la mise en place et le développement du travail en réseau afin de créer une dynamique locale. Ils les aident également à sortir des contraintes administratives pour s'adapter à leur réalité sur le terrain et visent l'approfondissement des interventions.

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

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

13.3 Les partenaires clés dans le réseau

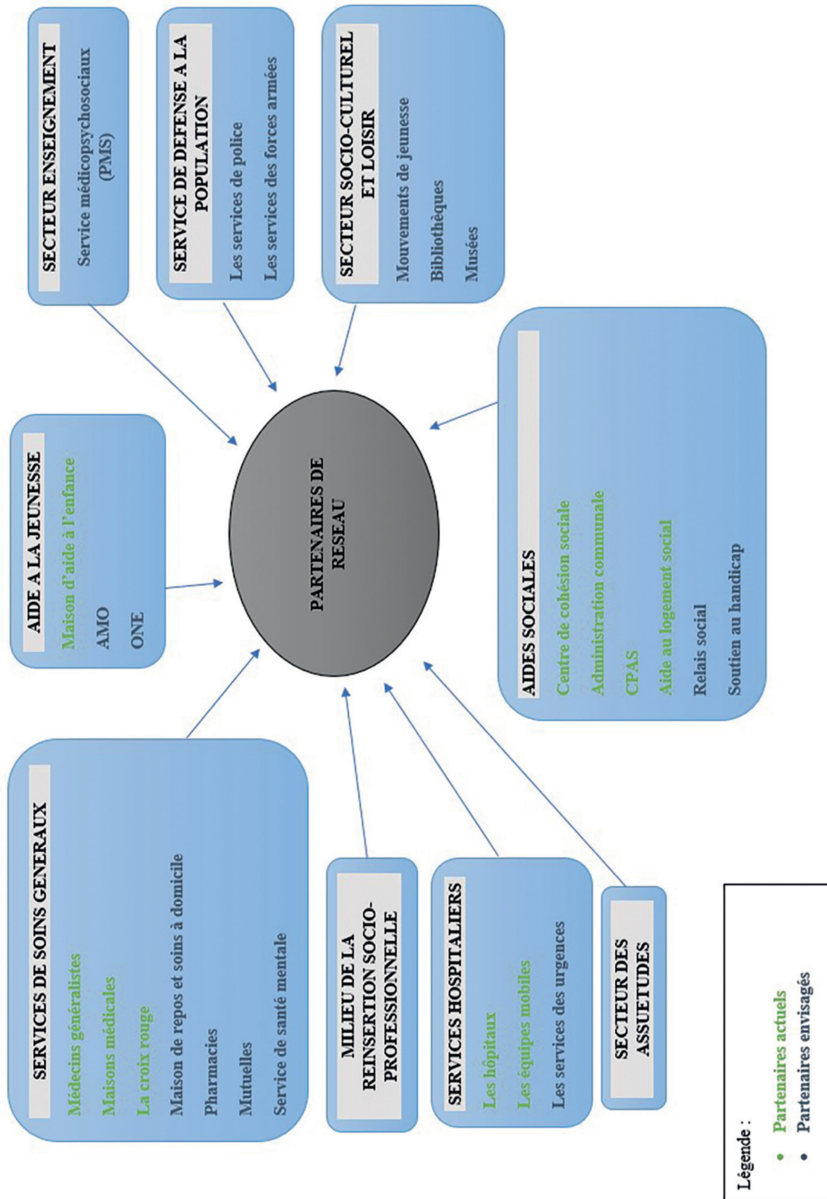
Bien qu'il subsiste des difficultés en termes de disponibilités chez les médecins généralistes où la convention ne rencontre pas toujours leurs attentes et besoins, ceux-ci restent, avec les maisons médicales, des acteurs clés lors des prises en charge des patients dans la première ligne. Les psychiatres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

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

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

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

Figure 13.2. Schéma récapitulatif pour les partenaires actuels et envisagés



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

Les forces et ressources de la convention

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

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

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

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

Les faiblesses et obstacles rencontrés

Une faiblesse importante de la convention est **un manque de clarté dans les termes et définitions qui sont utilisés**, laissant généralement cours à de multiples interprétations et une instabilité dans les concepts suscitant de la confusion chez les professionnels. Il ressort notamment une incompréhension importante de la part des conventionnés vis-à-vis de la **distinction à faire entre les soins de première ligne et les soins spécialisés, et de la définition des pratiques d'outreaching**. **Les critères d'inclusion des patients au sein de la convention** restent également un élément critique pour les psychologues et orthopédagogues qui s'interrogent sur les facteurs de vulnérabilité à envisager ainsi que sur l'aspect arbitraire de ce choix entre eux. Les soins psychologiques de première ligne sont abordés de façon similaire pour la

population adulte et pour celle des enfants/adolescents, alors que le travail effectué se montre différent ; à savoir que « **la première ligne** » **ne fait pas référence aux mêmes lieux de vie ni aux mêmes partenaires potentiels dans le cadre de la prise en charge des enfants et des adolescents.**

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

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

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

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

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

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

Bien que l'offre des séances en groupe soit soulignée comme une force de la nouvelle convention, les praticiens mettent en évidence certaines limites dans son

développement, avec **une faible motivation des patients** envers cette dernière, ainsi qu'un manque d'ajustement de l'application de facturation pour encoder l'ensemble des modalités possibles. De plus, la non-reconnaissance de certains co-animateurs potentiels et le financement de ces séances en groupe engendre des difficultés administratives.

Les opportunités développées grâce à la convention

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

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

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

Les menaces à long terme

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

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

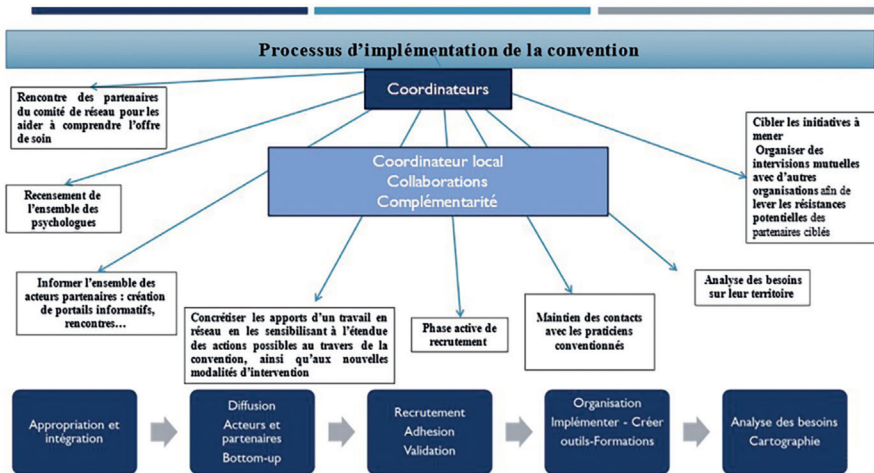
Les **limites budgétaires** mettent également les réseaux sous pression et amènent à une restriction du nombre de psychologues/orthopédagogues conventionnés ou des diminutions du nombre d'heures attribuées à chacun. Ainsi, il est difficile pour eux de trouver **le bon équilibre entre le développement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

pour augmenter la visibilité du projet au sein de leur réseau et la crainte d'une saturation du budget.

Il plane autour de la convention **des incertitudes liées à la pérennisation du projet** qui amènent des inquiétudes tant chez les coordinateurs que chez les partenaires du réseau, pouvant mettre en péril les collaborations et projets développés sur le long terme. De plus, **les changements répétés au sein de la convention génèrent une instabilité/ insécurité autour du projet** venant influencer les liens de confiance construits avec les partenaires et leur évolution.

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

Figure 13.3 Processus d'implémentation de la convention



13.5 Résumé

Le processus d'implémentation de la convention (et de ses évolutions) est lancé par les coordinateurs grâce à des stratégies d'information et de communication ciblant les psychologues (PPL) et les acteurs de première ligne. L'objectif est d'assurer la compréhension, la réappropriation et l'opérationnalisation de la convention par les PPL et les partenaires du réseau. Les coordinateurs fonctionnent en complémentarité avec les coordinateurs locaux et du réseau pour optimiser le processus d'implémentation et le développement des partenariats.

Les rôles des coordinateurs sont variés, englobant des activités telles que le maillage, la liaison, la régulation et la médiation. Ils veillent à assurer la cohérence globale et la constance dans la mise en œuvre de la convention au sein de leurs réseaux, tout en guidant la transition vers de nouveaux paradigmes et les dernières pratiques en matière de soins psychologiques. Leur rôle essentiel réside dans la facilitation de la mise en œuvre à court et à moyen terme de la convention et des pratiques de soins psychologiques de première ligne.

CHAPITRE 14

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

Annabelle Kinard

Fabienne Glowacz

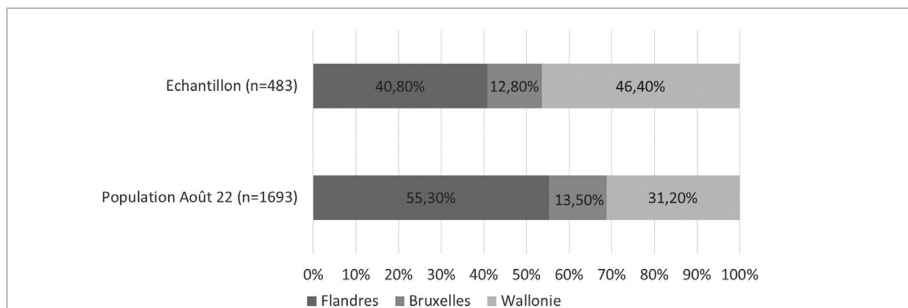
Un questionnaire en ligne a été diffusé entre le 10 janvier 2023 et le 31 janvier 2023 dans l'ensemble des réseaux de santé mentale (adultes et enfants/adolescents) en Belgique. La diffusion de l'enquête en français ou en néerlandais a été effectuée par l'intermédiaire des coordinateurs de réseau auprès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

14.1 Échantillon

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

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

Figure 14.1 Représentation par régions



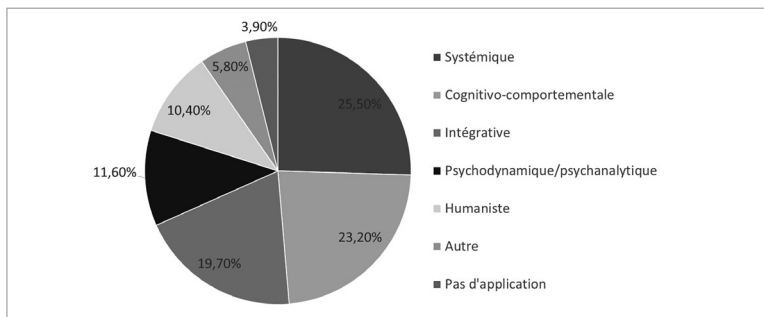
14.2 Données socio-professionnelles

Les psychologues et orthopédagogues conventionnés (n=483) sont majoritairement (84,1%) des femmes âgées en moyenne de 43 ans ($x=43.01$; $min=23$; $max=76$; $\sigma=10.64$) avec une expérience en tant que praticien consultant de 13 ans en moyenne ($x=13.23$; $min=0$; $max=49$; $\sigma=9,39$). Les professionnels sont pour la quasi-totalité des psychologues (92,1% ; n=445) de formation mais ceux-ci reprennent également une petite participation des orthopédagogues (7,9%) au sein de la convention.

Approches thérapeutiques

De façon similaire à la première convention, les résultats mettent en évidence une diversité des approches thérapeutiques privilégiées par les professionnels. Néanmoins, une majorité des professionnels s'inscrivent principalement dans une approche systémique (25,5%), une approche cognitivo-comportementale (23,20%) ou une approche intégrative (19,70%) lors de leur prise en charge. Un peu moins d'une trentaine de professionnels (5,8%) font référence à d'autres orientations thérapeutiques telles que la neuropsychologie, les thérapies en lien avec le traumatisme, l'EMDR, les thérapies brèves et les thérapies orientées solution.

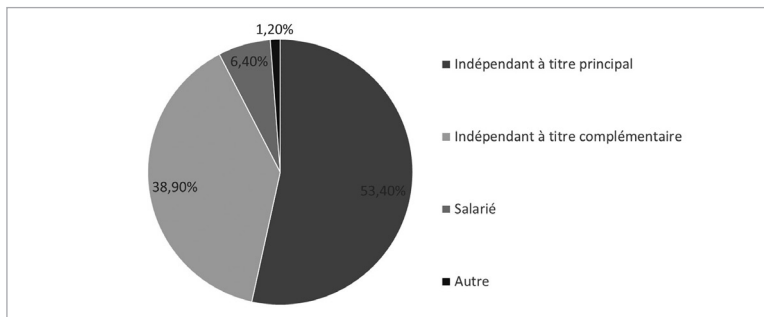
Figure 14.2 Approche thérapeutique



Statut professionnel

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

Figure 14.3 Statut professionnel en tant que psychologues/orthopédagogues conventionnés



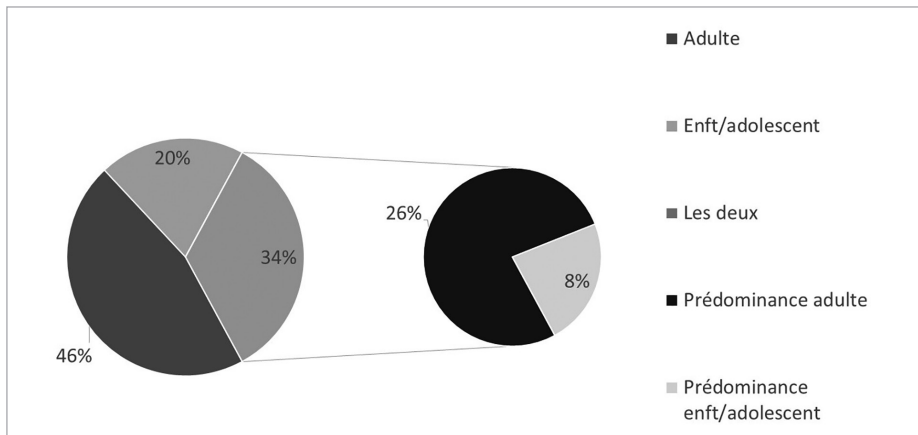
14.3 Modalités de conventionnement chez les praticiens et patientèle

Type de réseau : réseau adulte et enfant/adolescent

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

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

Figure 14.4 Conventionnement dans les réseaux de santé mentale

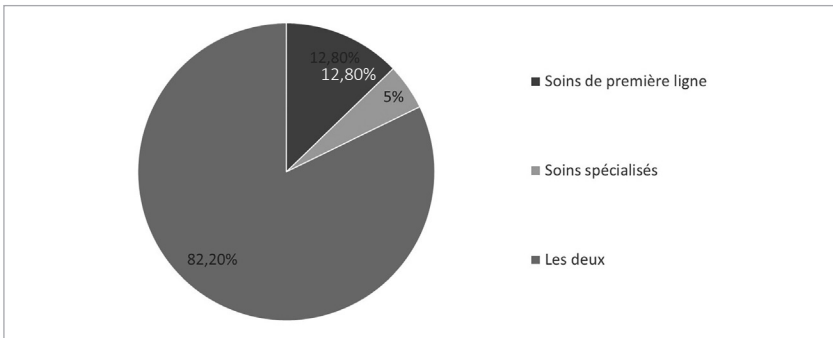


Sur l'ensemble des praticiens exerçant principalement auprès des adultes (n=349), une majorité d'entre eux (87,4%) sont conventionnés auprès d'un seul réseau de santé mentale. Seul un peu plus de dix pour cent d'entre eux (12,6%), ont également une pratique dans un second réseau de santé mentale. Ceci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

Modalités de soins : soins de première ligne et soins spécialisés

Concernant les modalités de soins reprises dans la convention (n=483), la majorité des professionnels conventionnés (82,2%) le sont pour les deux modalités de soin (soins de première ligne et spécialisés). Cette répartition n'est pas statistiquement différente en fonction du type de réseau d'inscription ($\chi^2=3,634$; $df=2$; $p=0,163$).

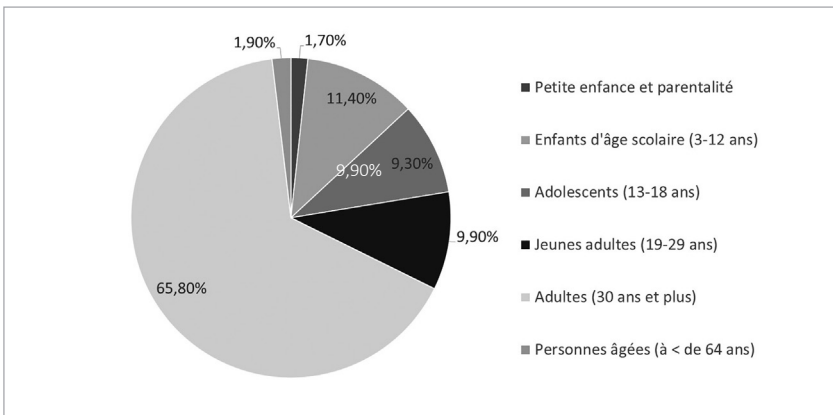
Figure 14.5 Type de soins repris dans la convention des praticiens



Patientèle par tranche d'âge

Lorsque nous interrogeons les professionnels sur leur pratique habituelle, plus de la moitié (65,8%) des psychologues et orthopédagogues conventionnés (n=483) mentionnent exercer la plus grande part de leur temps auprès de patients adultes âgés entre 30 ans et 63 ans. Peu d'entre eux pratiquent habituellement auprès d'enfants (11,40%) ou d'adolescents (9,30%). Une très faible proportion de professionnels décrit avoir une pratique centrée sur la parentalité et les enfants en bas âge (1,70%) ou encore auprès des personnes âgées (1,9%).

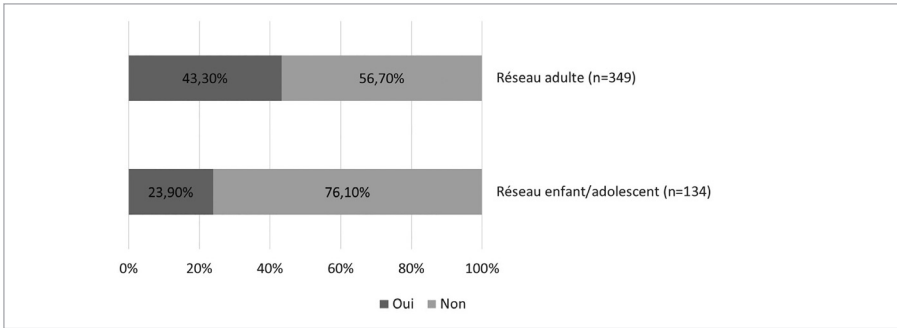
Figure 14.6 Pratique auprès des patients par tranche d'âge



Expérience au sein de la convention

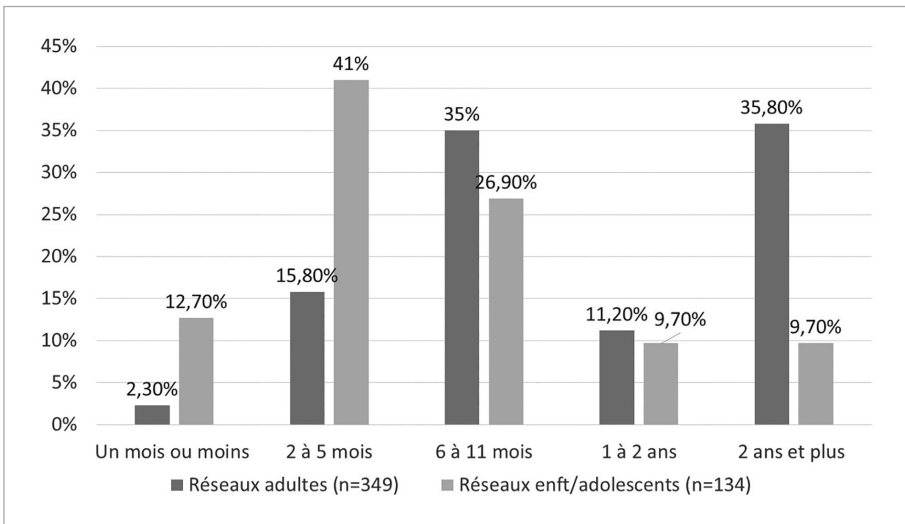
Un peu moins de la moitié des psychologues/orthopédagogues (43,30%) pratiquant majoritairement dans un réseau adulte étaient déjà présents lors de la première convention alors qu'une majorité des professionnels (76,10%) exerçant principalement dans un réseau enfant/adolescent viennent de rejoindre la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

Figure 14.7 Participation à la première convention selon le type de réseau de santé mentale



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

Figure 14.8 Expérience au sein de la convention selon les réseaux



Environnement de travail des psychologues/orthopédagogues conventionnés

Les professionnels exercent principalement dans un bureau privé/personnel ou dans un service pluridisciplinaire avec au moins un intervenant du milieu médical. Le lieu d'exercice des praticiens diffère significativement en fonction du type de réseau au sein duquel ils exercent majoritairement ($\chi=17,299$; $df=4$; $p=0,002$). Cependant,

la force de cette relation est très faible (V de Cramer= 0,189 ; $p=0,002$). Les psychologues et orthopédagogues conventionnés dans au moins un réseau enfant/adolescent se montrent davantage présents dans les services pluridisciplinaires sans intervenant du milieu médical. D'autres lieux d'exercice sont également décrits par les intervenants tels que le domicile de leurs patients, les maisons de repos, les maisons médicales, la location de locaux dans une administration communale ou au CPAS/OCMW ou encore une pratique combinée dans différents lieux d'exercice. Concernant l'environnement physique, il existe une légère prédominance de leur présence au sein de l'environnement urbain. Néanmoins, cette différence n'est pas statistiquement significative ($\chi^2=2,214$; $df=1$; $p=0,137$).

Figure 14.9 Environnement de travail des professionnels selon le type de réseau

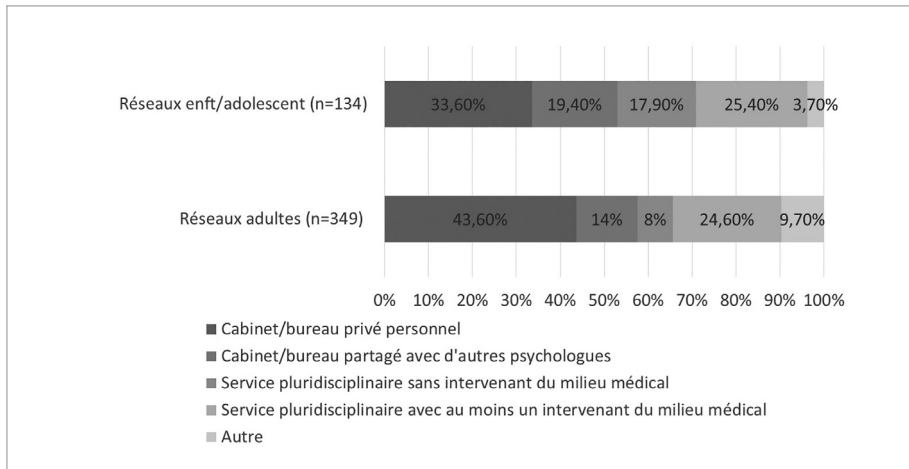
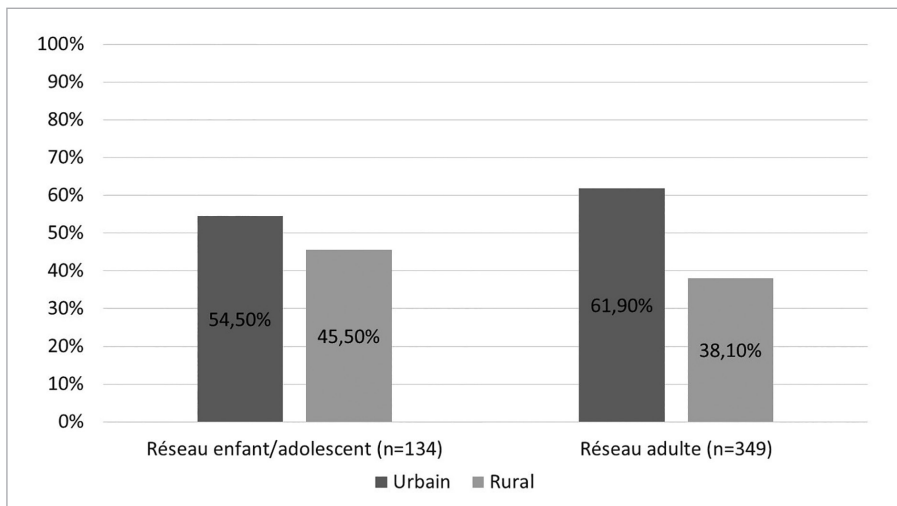


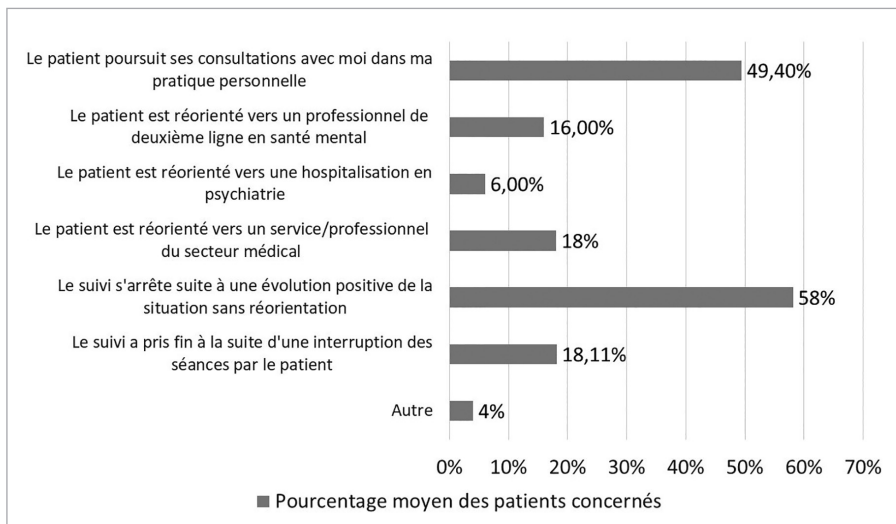
Figure 14.10 Environnement physique des professionnels selon le type de réseau



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

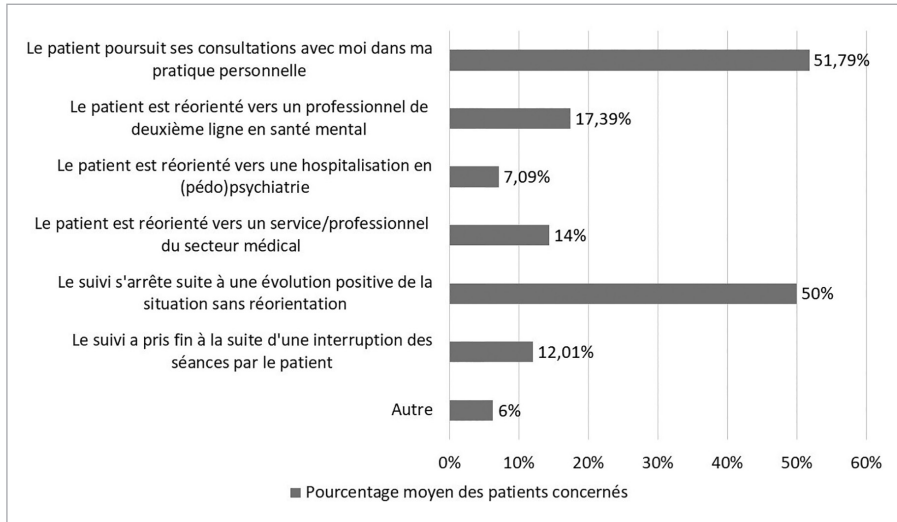
Sur l'ensemble des orientations proposées à l'issue des séances en première ligne, les psychologues et orthopédagogues conventionnés dans un réseau adulte (n=349) rapportent qu'en moyenne un peu plus de la moitié de leur suivi (58,11%) s'arrête à la suite d'une évolution positive de la situation sans envisager une autre orientation. Nous notons également qu'en moyenne un peu moins d'un patient sur deux poursuit ses consultations avec le même praticien dans sa pratique personnelle à l'issue des séances. Les réorientations potentielles, que ce soit vers le secteur médical ou celui de la santé mentale, ne concernent qu'environ 10% de leur prise en charge et ceux-ci ont envisagé une hospitalisation pour 6% de leurs patients. Selon les psychologues conventionnés dans un réseau adulte, un peu moins d'un patient sur cinq met fin spontanément à sa prise en charge. D'autres orientations sont soulignées telles que l'accumulation d'absences injustifiées qui conduit à un arrêt de la prise en charge à l'initiative du professionnel, ou encore un arrêt de la prise en charge avec une réévaluation fixée avec le patient après 3 ou 6 mois. Les praticiens mettent en évidence que s'il n'y a pas de réorientation vers un autre professionnel, ceux-ci travaillent régulièrement en parallèle avec un suivi chez un psychiatre ou celui du médecin traitant.

Figure 14.11 Orientation des patients à l'issue des séances dans la première ligne - réseaux adultes



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

Figure 14.12 Orientation des patients à l'issue des séances dans la première ligne - réseaux enfants/adolescent

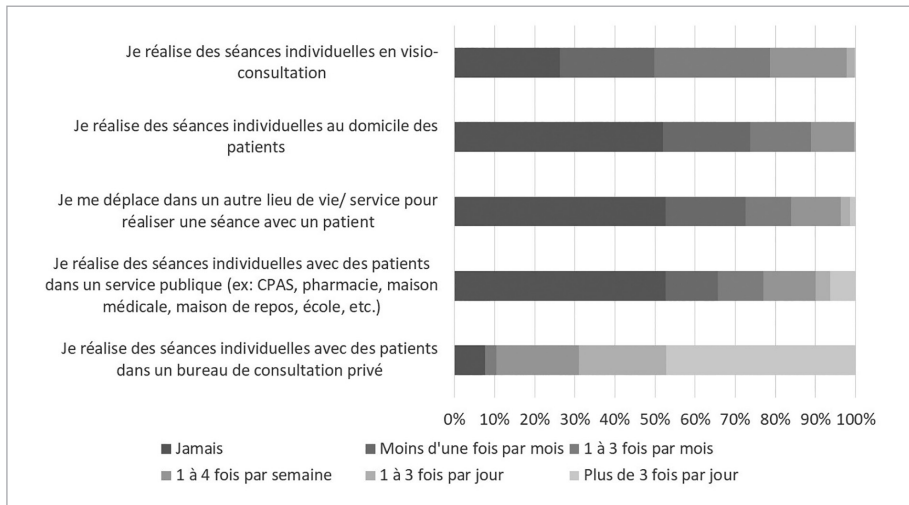


14.5 Développement et diversité des pratiques dans la première ligne

Pratiques individuelles

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

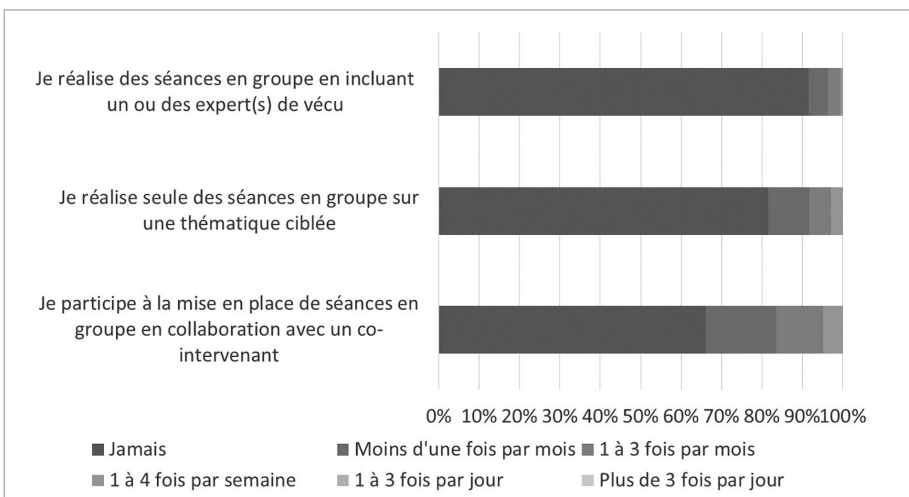
Figure 14.13 Diversité des pratiques - séances individuelles



Pratiques en groupe

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

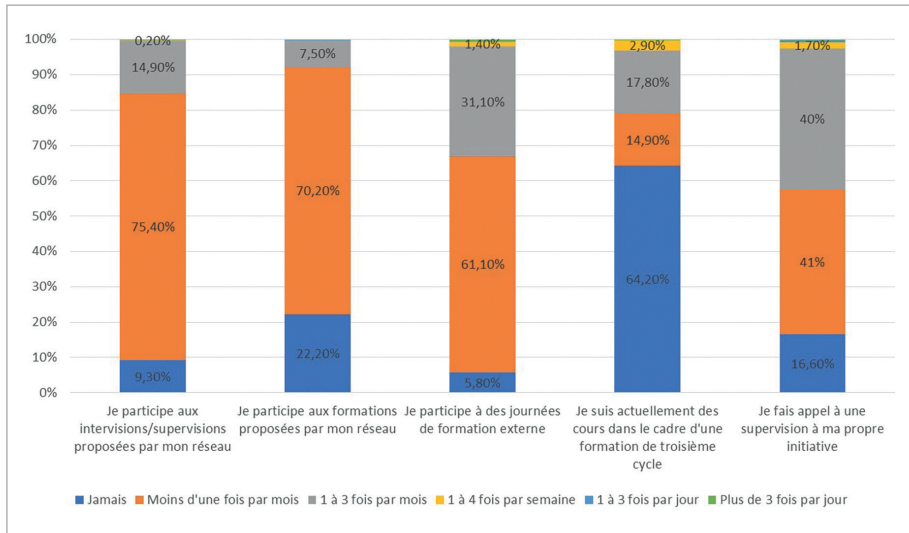
Figure 14.14 Diversité des pratiques - séances de groupe



Recours aux experts de vécu

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

Figure 14.15 Recours aux formations continues



Recours au formation continue

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

14.6 Les collaborations avec les autres professionnels

Attitudes interprofessionnelles envers la collaboration

Les collaborations interprofessionnelles ont été évaluées à l'aide de deux sous-facteurs dédiés aux croyances dans les bénéfices de la collaboration interdisciplinaire et la perception de cette activité comme représentant une contrainte temporelle.

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

Table 14.1 Attitudes interprofessionnelles envers la collaboration

| | Moyenne | Écart-type | Minimum | Maximum | n |
|--|---------|------------|---------|---------|-----|
| <i>Croyances dans les bénéfices envers la collaboration interdisciplinaire</i> | 20,43 | 2,90 | 9 | 25 | 471 |
| <i>Contrainte temporelle</i> | 9,97 | 2,18 | 3 | 15 | 471 |
| <i>Attitudes envers la collaboration interprofessionnelle</i> | 30,40 | 4,34 | 13 | 40 | 471 |

Fréquence et qualité des contacts avec les partenaires des réseaux

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

Figure 14.16 Fréquence des contacts dans le réseau adulte

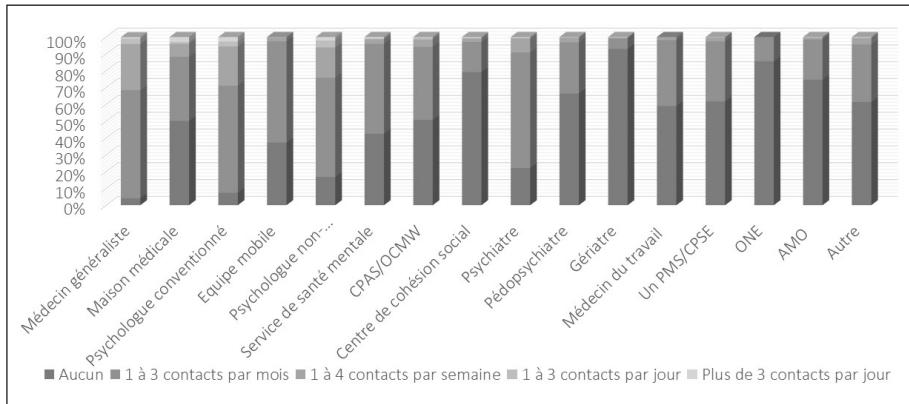
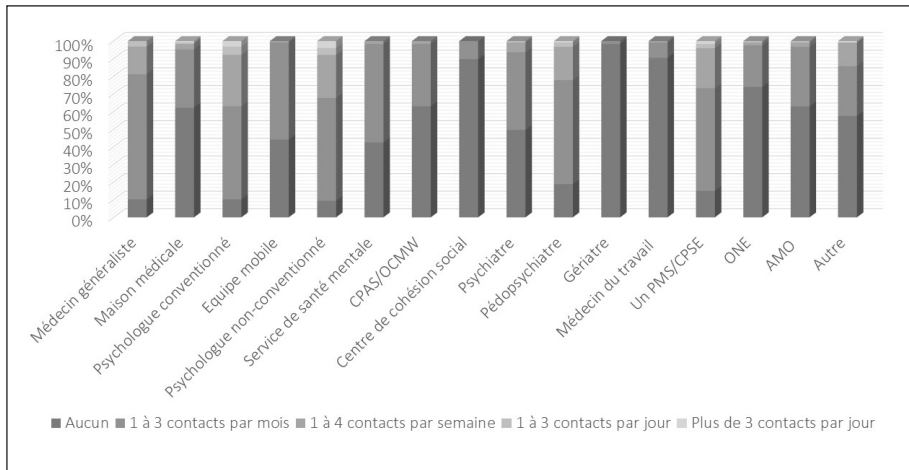


Figure 14.17 Fréquence des contacts dans le réseau enfants/adolescents



Au vu de ces résultats, un détail de la fréquence ainsi que de la qualité des contacts entre psychologues/orthopédagogues conventionnés ainsi que ceux entretenus avec les médecins généralistes pour l'ensemble des répondants sont présentés. La fréquence des contacts avec ces professionnels est majoritairement d'une à 3 fois par mois, même si un peu moins d'un quart d'entre eux ont des contacts plus réguliers d'une à quatre fois par semaine. Ces échanges entre psychologues sont estimés comme bons voire très bons par l'ensemble des praticiens alors que l'estimation pour les médecins généralistes varie davantage de la mention « acceptable » à « très bon ». Pour les praticiens des réseaux enfants/adolescents, la fréquence des échanges avec les services PMS est généralement d'une à trois fois par mois avec une qualité de ces contacts perçue comme bonne par plus de la moitié des intervenants conventionnés dans les réseaux enfants/adolescents.

Figure 14.18 Fréquence et qualité des contacts

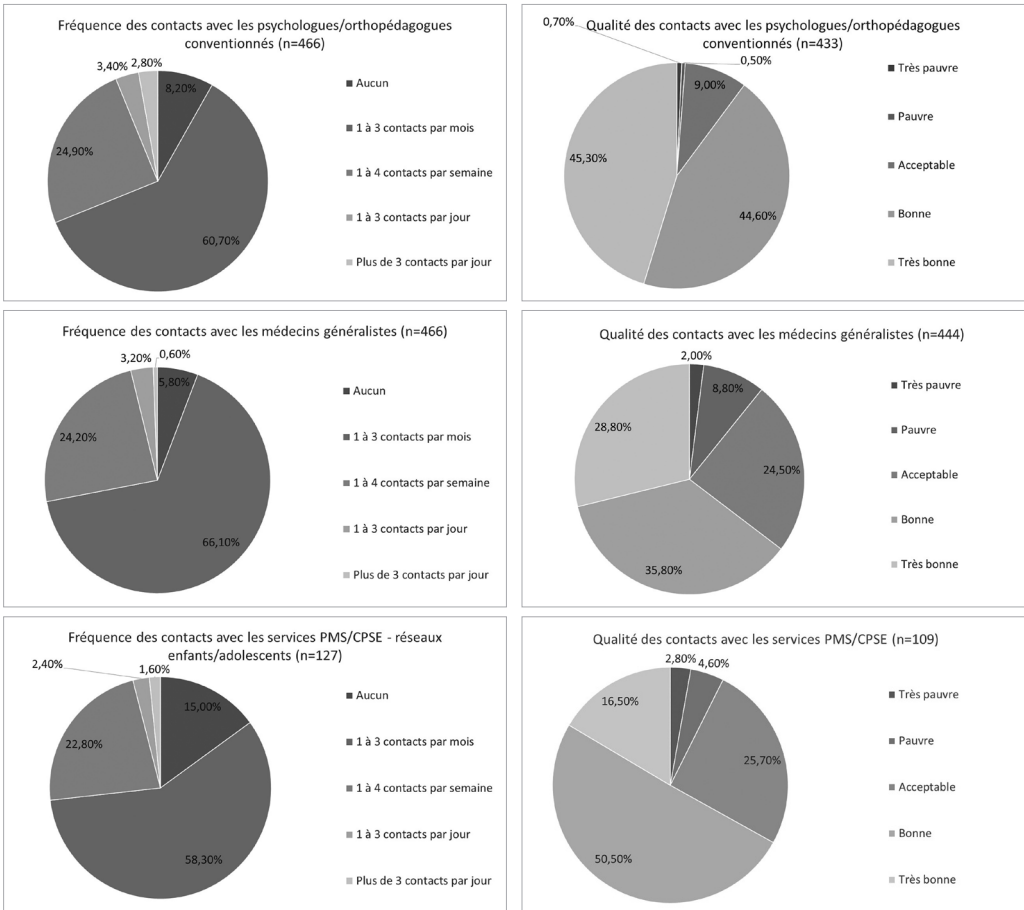


Table 14.2 De nombreux autres partenaires ont été renseignés par les praticiens

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

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

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

Table 14.3 Comparaison des moyennes du sentiment d'auto-efficacité chez les professionnels conventionnés dans les réseaux adultes et enfants/adolescents

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

Figure 14.19 Sentiment d'auto-efficacité des psychologues conventionnés dans un réseau adulte

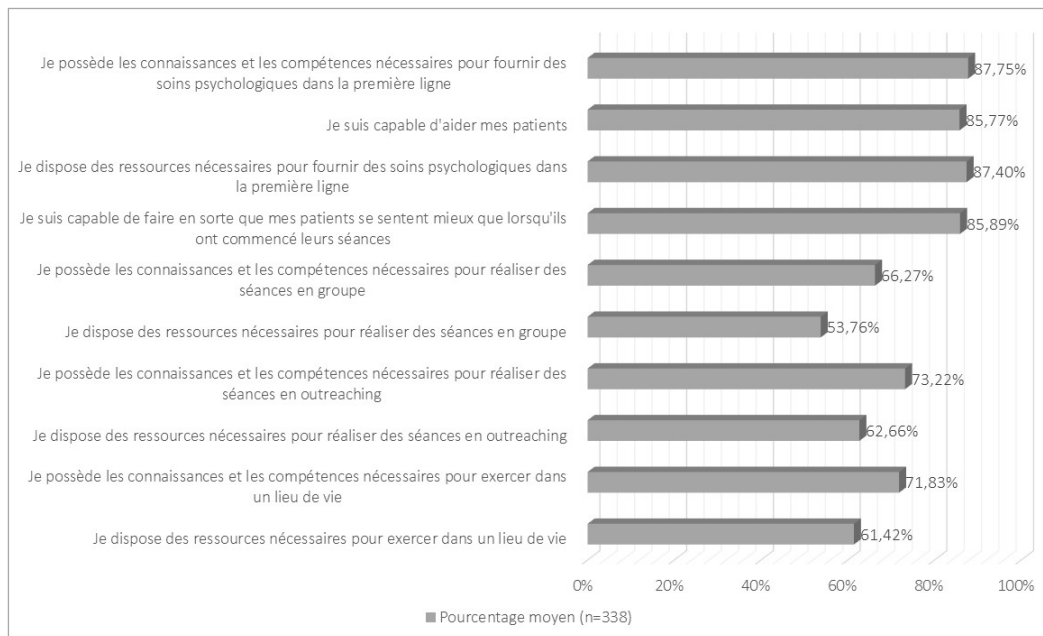
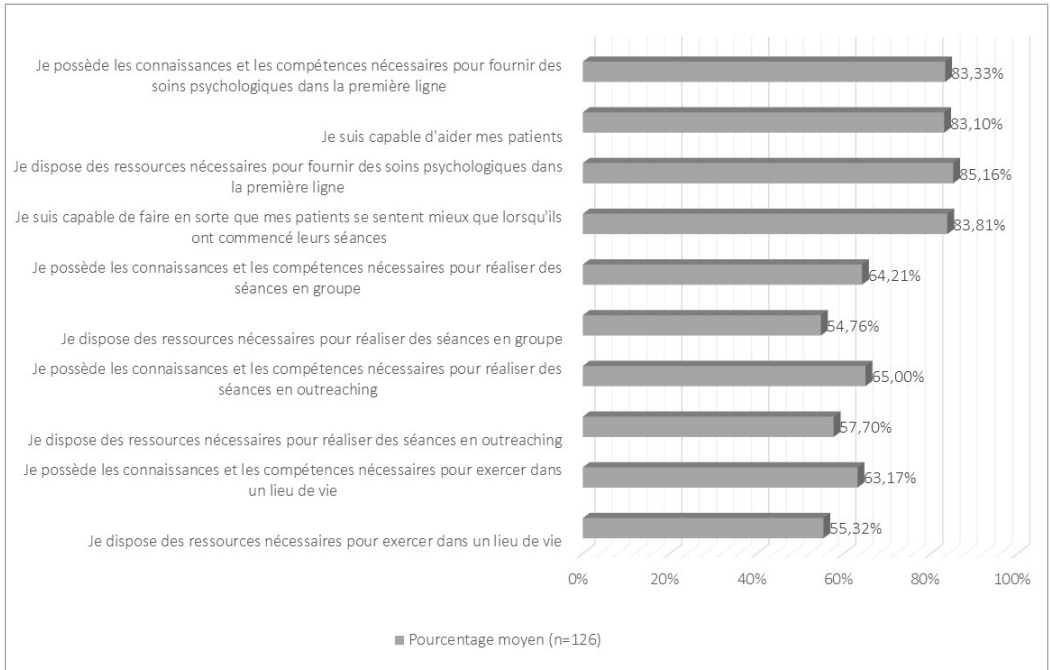


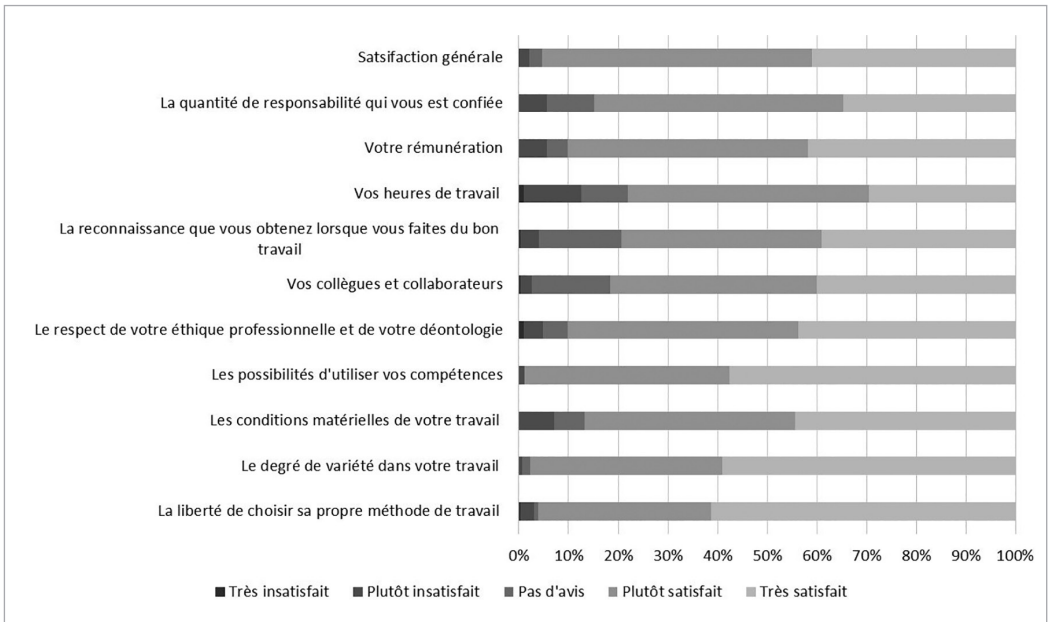
Figure 14.20 Sentiment d'auto-efficacité des psychologues conventionnés dans un réseau enfant/adolescent



14.8 Satisfaction des psychologues/orthopédagogues au sein de la convention

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

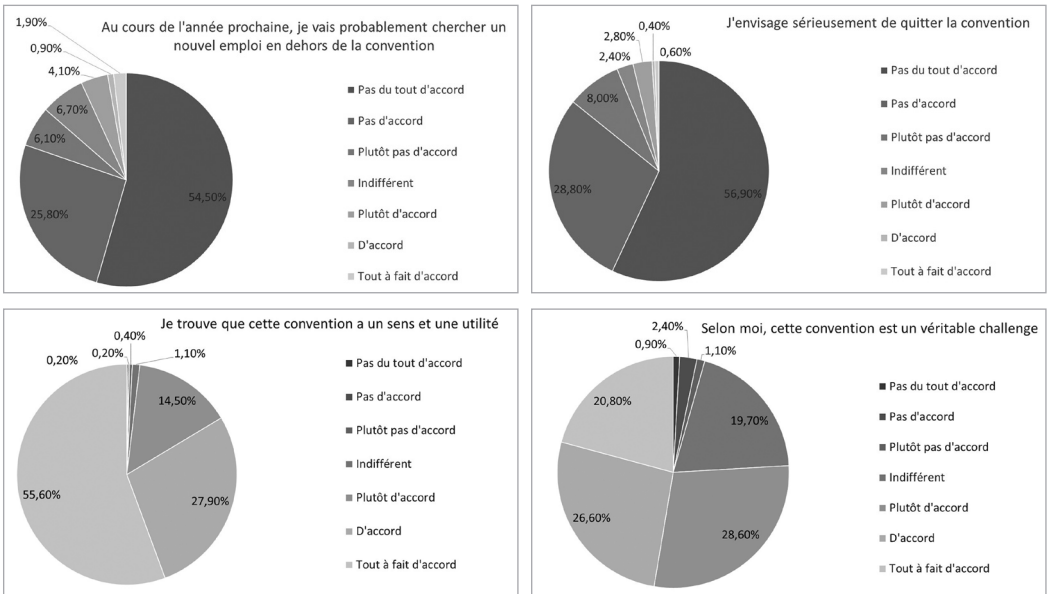
Figure 14.21 Job Satisfaction Scale



14.9 Engagement et volonté de quitter la convention

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

Figure 14.22 Engagement et volonté de quitter la convention



14.10 Résumé

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

CHAPITRE 15

Étude des profils et des pratiques des psychologues/ orthopédagogues conventionnés dans les réseaux de santé mentale – Données qualitatives

Annabelle Kinard

Fabienne Glowacz

Ce chapitre est consacré à l'analyse des questions ouvertes posées lors de l'enquête en ligne auprès des psychologues et orthopédagogues francophones et néerlandophones. Huit questions visaient à interroger les participants quant à leurs représentations des soins psychologiques dans la première ligne, les critères d'orientation du patient vers les soins de première ligne et soins spécialisés, les pratiques qu'ils ont développées dans le cadre de la convention, les éléments pouvant favoriser la collaboration, leurs besoins dans le cadre de leur travail en tant que professionnels conventionnés, et enfin leurs recommandations concernant le projet. Une analyse thématique de contenu a été menée pour chacune des productions écrites à ces questions. Les principaux thèmes émergents à chacune des 8 questions sont synthétisés et illustrés par les propos des praticiens psychologues et orthopédagogues francophones et néerlandophones ayant participé à l'enquête.

15.1 Les soins psychologiques dans la première ligne

L'analyse des réponses verbatims à l'enquête en ligne a permis d'apporter des éléments de réponses à la question suivante « *Selon vous, comment définiriez-vous le concept de «soins psychologiques dans la première ligne» ?* ».

Accessibilité

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

« Comme indiqué dans le cours sur les soins psychologiques primaires, je considère que les aspects clés des soins psychologiques primaires sont des soins à court terme, généralistes, accessibles, rapidement accessibles, employables et abordables. Le psychologue est idéalement intégré dans les soins primaires, c'est-à-dire qu'il est bien connu dans le fonctionnement local (pharmaciens, médecins, bénévoles, travail

communautaire, soins à domicile, etc.) Le psychologue de première ligne travaille à renforcer la résilience et tente de faire du patient son propre thérapeute en lui fournissant des outils. »

Types d'interventions

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

Problématiques cliniques

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

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

Prévention

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

Objectifs poursuivis

Parmi les **objectifs poursuivis** dans les soins psychologiques de première ligne, les sous-thèmes les plus saillants sont ceux du **bien-être** ou de la **qualité de vie**, et celui de la **mobilisation** ou du **renforcement** des **ressources personnelles** et de la **résilience**. La **sensibilisation à la santé mentale** est également évoquée, avec notamment l'objectif

de sensibiliser le patient à son propre fonctionnement. D'autres objectifs ont été avancés, comme le **soulagement** ou l'**amélioration des symptômes et difficultés**, la **responsabilisation du patient** vis-à-vis de sa problématique ou encore la **création d'un lien de confiance** entre psychologue et patient.

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

Première demande, écoute, premier contact

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

Collaboration interdisciplinaire

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

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

Trajectoire de la demande

Le dernier grand thème émergent relatif au concept de soins psychologiques dans la première ligne est celui de la **trajectoire de la demande**. Pour les participants, la demande peut être **directe** et/ou **transiter par un intermédiaire**. Le patient consulte de lui-même un psychologue exerçant dans la première ligne lorsqu'il fait face à

une difficulté, il s’y rend sur orientation/indication du médecin ou d’un acteur de première ligne.

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

Psychologie générale, santé mentale et santé physique, soutien de la santé mentale par l’État

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

15.2 Orientation vers les soins psychologiques de première ligne

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

Problématiques cliniques

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

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

Types d'interventions

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

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

Collaborations interdisciplinaires

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

Distinction entre soins psychologiques de première ligne et soins spécialisés

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

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

15.3 Orientation vers les soins spécialisés

La troisième question « *Selon vous, quelles sont les motivations à orienter un patient vers des soins psychologiques spécialisés ?* » fait ressortir des éléments mettant en exergue les similitudes et différences entre ces deux types de soins. Certains thèmes comme les problématiques cliniques diffèrent entre les deux, tandis que des dimensions relatives aux SPPL telles que l'accessibilité et la proximité sous-tendent les logiques des soins psychologiques de première ligne et des soins spécialisés.

Accessibilité des soins psychologiques

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

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

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

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

Caractéristiques du patient et problématiques cliniques

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

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

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

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

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

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

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

Modalités d'intervention

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

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

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

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

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

L'orientation des patients vers les soins spécialisés peut s'inscrire dans la **continuité** d'une première prise en charge dans le cadre **des soins de première ligne**. Ces derniers peuvent s'être révélés **insuffisants**, en termes de suivis si les problématiques s'avèrent finalement plus difficilement traitables dans la première ligne, ou en termes de durée si les huit séances n'ont pas suffi. De surcroît, reprendre ses propres patients dans le cadre des soins spécialisés peut permettre le **maintien de l'alliance thérapeutique** qui s'est déjà formée. Enfin, l'**apparition de nouvelles problématiques** ou l'**approfondissement des problématiques** amenées dans le cadre de la première ligne peuvent également motiver le renvoi vers ce type de soins.

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

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

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

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

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

15.4 Développement de pratiques

Un certain nombre de pratiques ont été développées dans le cadre de la convention, et la question « *Veillez décrire une à trois pratiques/interventions que vous avez mises en place et/ou développées à la suite de votre/vos conventionnement(s) ?* » visait à recenser ces dernières. La synthèse des pratiques/ interventions recatégorisées lors de l'analyse thématique met notamment en exergue les transitions vers de nouvelles pratiques guidées par la convention.

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

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

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

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

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

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

Le constat est fait que la **population** prise en charge par les psychologues conventionnés a changé. Les psychologues conventionnés font face à une augmentation **des demandes d'aide d'urgence ainsi qu'à la fréquentation d'un public plus précarisé qu'auparavant.**

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

15.5 Représentations de la notion de réseau

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

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

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

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

Néanmoins, si la pratique du réseau apparaît comme un idéal ayant un intérêt autant pour le patient que pour le professionnel, certains psychologues conventionnés soulignent un décalage entre la pratique du réseau « en théorie » et la pratique réelle de réseau. En effet, la réalité de terrain les expose à des difficultés à travailler en

réseau : difficulté à accorder les agendas des différents professionnels, à réorienter un patient vers un professionnel disponible, nombre de séances remboursées limitées, les conditions de remboursement INAMI, exigences pour le groupe, etc.

15.6 Collaborations

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

Collaborateurs

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

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

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

Plus que le fait de les connaître, les **relations** entretenues **avec les collaborateurs** et la qualité de ces relations sont associées à la construction positive de collaborations. Une **confiance** réciproque, le **respect** mutuel, la **transparence**, la **conscience de ses propres limites**, l'**ouverture** vis-à-vis des savoir-faire et expériences de l'autre sont autant de facteurs mis en avant par les participants. **Créer du lien, prendre du plaisir à collaborer** et développer une certaine **unité entre les services** sont également évoqués dans ce cadre.

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

Enfin, la **sensibilisation des praticiens** à l'importance de la collaboration est un autre élément facilitateur de la mise en œuvre de collaborations constructives.

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

Facilitateurs organisationnels

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

« Proximité géographique et aspects pratiques facilités. »

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

« Le temps et la disponibilité des professionnels. »

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

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

« La rémunération de ce temps de travail. »

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

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

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

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

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

Patient

Les éléments favorisant la collaboration ne se limitent pas aux partenaires et services avec lesquels le psychologue ou orthopédagogue travaille, mais sont également en lien avec le **patient** lui-même. En effet, celui-ci peut être à l'origine de la **demande** de collaboration. Les participants de l'enquête notent l'importance d'avoir son **accord** vis-à-vis de la collaboration et de la transmission d'informations. Les professionnels expriment le fait qu'ils ne doivent pas collaborer à tout prix, mais **agir selon les besoins et pour les intérêts** du patient : est-elle une indication en regard de la problématique du patient, cela pourra-t-il faire avancer le suivi, est-ce pertinent ? Trois d'entre eux précisent que l'obligation de collaborer peut en fait faciliter cette démarche. Ils doivent également avoir des **objectifs communs** vis-à-vis de leur patient, et pouvoir travailler avec lui. Enfin, certains évoquent l'importance de **responsabiliser** le patient vis-à-vis de sa santé mentale, en développant l'importance du travail de collaboration pour un meilleur suivi.

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

« Les besoins du patient et son accord. »

Collaborations

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

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

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

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

« Interventions, groupes de travail, consultations de soins. »

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

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

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

Communication

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

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

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

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

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

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

Caractéristiques des professionnels

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

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

15.7 Besoins

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

Besoin de clarté

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

Ce besoin de clarté se décline en 3 volets :

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

Gestion des agendas

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

Besoin de reconnaissance, de soutien et d'autonomie

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

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

Besoin de réseaux

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

Ajustements de la convention

Confusion critères SPL ET SPS

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

Tensions par rapport à la charge administrative

Le travail sous la convention est également source de stress et d'insatisfactions à différents niveaux. La majorité des sujets soulignent la **lourdeur du travail administratif**. Il apparaît que les contraintes administratives sont nombreuses et pas aisées, ce qui

provoque une perte de temps là où le temps vient déjà à manquer. Les sujets souhaitent une réduction et/ou une simplification des démarches administratives.

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

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

15.8 Recommandations

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

Gestion des modalités de travail

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

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

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

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

Gestion administrative et intersectorielle

Comme dit précédemment (question sur les besoins), les conventionnés souhaiteraient **plus de clarté et de cohérence** quant aux informations reçues. Les procédures **administratives** sont décrites comme conséquentes, ce qui amène les participants à souhaiter une *simplification de la gestion administrative*, ainsi qu'un support, via des *formations* ou la mise à disposition d'un *canevas* par exemple, pour la gestion administrative et l'utilisation du logiciel. La comptabilisation des heures par semaine est

difficile à maintenir de manière constante, c'est pourquoi ils souhaiteraient opter pour une *autre méthode de comptabilisation*. Ils aimeraient également que cette gestion administrative devienne moins laborieuse et plus intuitive : optimisation du logiciel et du site internet pour réduire les bug informatiques, développement d'une application pour tablette, création d'une ebox sécurisée pour le transfert de documents et le partage d'outils en ligne.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

15.9 Résumé

Les fondements de la convention et les exigences des praticiens sont mis en lumière par les conceptions des soins psychologiques de première ligne et du réseau. Le concept de soins psychologiques dans la première ligne est défini par les praticiens et les orthopédagogues conventionnés, qui mettent l'accent sur l'accessibilité, la proximité géographique et la rapidité de la prise en charge. Ces soins se caractérisent par un suivi à court terme et une approche globale ou holistique prenant en compte le réseau social du patient. Ils englobent des éléments tels que l'évaluation, la concrétisation de la problématique/demande, le soutien du patient, la (ré)orientation et la psychoéducation. Les objectifs visés incluent le bien-être et la qualité de vie, la mobilisation et le renforcement des ressources personnelles, la résilience ainsi que la responsabilisation du patient vis-à-vis de sa problématique.

Le réseau est défini comme une trame composée de différents acteurs gravitant autour du patient, englobant à la fois le réseau de soins constitué de professionnels et d'institutions, et le réseau naturel constitué de personnes issues de la sphère familiale et sociale. De plus, le réseau est considéré comme de multiples interactions entre acteurs variés autour des praticiens de première ligne, favorisé par des rencontres, des interventions et le partage d'outils et d'expériences.

Parmi les besoins identifiés, il est crucial de disposer d'une cartographie précise et détaillée du réseau afin de connaître les coordonnées, les ressources et la disponibilité des différents intervenants. Une clarté et un soutien formel (fourni par le réseau ou les coordinateurs) ainsi que des ressources matérielles sont également essentiels pour répondre aux exigences du réseau. En outre, la formation et les séances d'interventions sont nécessaires pour développer les compétences requises pour les nouvelles modalités d'intervention.

CHAPITRE 16

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

Annabelle Kinard

Fabienne Glowacz

Lucie Pelz

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

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

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

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

16.1 Les conventionnés adultes (Francophones et Néerlandophones)

Pratiques cliniques

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Problématiques cliniques

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

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

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

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

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

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

Intégration des nouvelles pratiques émanant de la convention

Pratiques de l'outreaching

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

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

Toutefois, les professionnels relèvent des difficultés à mettre en place des séances en *outreaching*, avec parfois une incompréhension concernant les attentes et les objectifs

quant à l'implémentation de ces pratiques de mobilisation en milieu de vie. En effet, ceux-ci constatent par exemple que les patients ne sont pas forcément demandeurs que le psychologue se rende à leur domicile et préfèrent se rendre au cabinet dans un autre contexte que leur milieu de vie quotidien. Les intervenants décrivent davantage pratiquer la visio-consultation en cas d'impossibilité ponctuelle pour le patient de se rendre à son cabinet.

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

Pratiques de groupe

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

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

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

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

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

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

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

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

« Le travail en réseau et les collaborations interprofessionnelles. » (FR)

Collaborations intra et interprofessionnelles

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

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

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

Le bilan fonctionnel comme outil de communication

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

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

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

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

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

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

Forces

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

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

Faiblesses

Confusion autour de notions amenées par la convention

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

« Je suis désolée, mais personne n'est au courant où très peu de personnes sont encore au courant que maintenant elles peuvent avoir accès à un soin à un tel tarif » (FR)

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

Opportunités

Renforcement de l'identité professionnelle

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

De nouvelles offres de soins combinées

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

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

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

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

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

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

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

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

Menaces

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

Insécurité et tensions

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

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

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

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

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

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

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

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

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

16.2 Les conventionnés enfants/adolescents (Francophones et Néerlandophones)

Pratiques cliniques

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

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

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

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

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

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

« Pour moi les soins de première ligne c'est un peu une métaphore : tout le monde rencontre des obstacles sur sa route, on trébuche dessus et on aide la personne qui trébuche dans ce cadre mais avant qu'elle ne tombe complètement à plat, une aide supplémentaire est alors nécessaire, on aide à la résilience générale et les choses que tout le monde peut expérimenter à un moment ou à un autre de sa vie dans lequel on peut s'enliser. » (NL)

« Mais je pense qu'en tant que psychologue dans le cadre des soins de première ligne, nous devons être capable de travailler de manière très large sur un grand nombre de problèmes, et si vous remarquez que vous n'arrivez pas parce que le problème est trop spécifique ou qu'il pèse trop, alors vous devez vous adresser à quelqu'un qui est plus formé dans ce domaine ou dans un autre. » (NL)

« La psychoéducation fait aussi partie de notre travail en première ligne, de pouvoir donner quelques informations aussi par rapport aux différentes approches thérapeutiques qu'on a. » (FR)

« Mon objectif c'est que quelques séances puissent les soutenir pour les accompagner à mobiliser leurs ressources et à faire face aux problèmes qu'ils rencontrent. » (FR)

« J'ai aussi des demandes qui viennent des équipes mobiles où ils veulent passer le relais où la personne est plus ou moins stabilisée mais ils veulent que la personne fasse un travail thérapeutique par exemple et ce sont des personnes qui ont déjà un suivi psychiatrique établi et moi je viens un peu en force pour éviter qu'il y ait une rechute quoi. » (NL)

« Il y a aussi des gens qui ont un sac à dos psychiatrique, mais qui ont reçu beaucoup de traitements et qui sont stables au point qu'avec un travail de soutien ils ne tombent plus. Certains trébuchent peut-être de temps en temps mais ne tombent plus. Je me demande alors pourquoi ils ne seraient pas inclus dans la convention, je trouve que cela parfois est très difficile sur le plan éthique, on doit faire des compromis éthiques et cela ne devrait pas être autorisé. » (NL)

« Dans ce cadre-là, souvent on travaille avec une de mes collègues psychologue pour faire une première orientation « diagnostic », donc moi j'y inclurai quand même aussi cette première orientation chez des enfants qui n'ont jamais vu de professionnel et où on essaye de comprendre bien tiens qu'est-ce qui se passe en fait ? » (FR)

« J'ai beaucoup entendu parler de psychoéducation et c'est effectivement quelque chose que je vais inclure dedans mais il y a aussi et qui me semble vraiment important quand on travaille avec des tout petits, mais pas uniquement, c'est aussi pouvoir faire un accompagnement éducatif avec les parents ou bien une guidance parentale. L'aspect parental doit être pris en compte en tout cas chez les enfants, d'avoir un travail plus large et voir comment les parents peuvent accompagner l'enfant à ce moment-là et voir si cela peut se montrer suffisant ou s'il y a d'autres choses à mettre en place ? » (FR)

Problématiques cliniques

Les patients rencontrent généralement des difficultés au sein de leur vie que ce soit en lien avec leur famille ou dans le milieu scolaire mais **n'osent pas franchir le pas vers un psychologue notamment dû à une incompréhension quant à son rôle.** Les personnes se présentent généralement à la suite de l'annonce d'un diagnostic en consultation. Les problématiques présentes chez les enfants et adolescents qui consultent sont généralement en lien avec **un trouble de l'attention ou un trouble du comportement.** Les praticiens relèvent également des troubles anxieux, des difficultés dans la gestion émotionnelle, des troubles du sommeil, de l'encoprésie/

énurésie, des problématiques en lien avec l'attachement ou encore des difficultés scolaires ou relationnelles ainsi que des reviviscences traumatiques.

Les intervenants néerlandophones décrivent les patients au sein de la convention comme étant davantage confrontés à des problématiques financières, et qui ont par conséquent postposé pendant longtemps la mise en place des soins psychologiques.

*« Ce sont plutôt des personnes qui ont des difficultés, des problèmes que ce soit dans leur vie familiale ou à l'école, la situation n'est pas dégradée au point qu'il y ait une psychiatriation ou une médication. »
(FR)*

*« Il y a souvent une confusion avec d'autres professionnels de la santé mentale, les patients n'osent pas franchir le pas juste parce qu'il y a cette incompréhension du rôle du psychologue de première ligne. »
(FR)*

« Donc j'ai énormément d'adolescents qui viennent me voir, qui ont des troubles, souvent de concentration ou du comportement. Ce sont souvent des patients qui se sont orientés chez moi après diagnostic. Il y a une orientation qui est faite soit par la neuropsychologue ou la logopède ou la pédopsychiatre pour avoir cette attention que l'enfant ai un espace de parole et puisse être accompagné dans la gestion de ses émotions. Surtout ça, c'est une demande qui revient souvent chez moi par les parents. » (FR)

Intégration des nouvelles pratiques émanant de la convention

Pratiques de l'outreaching

Certains praticiens soulignent avoir développé les séances en *outreaching* au sein de leur pratique avec une augmentation des demandes à cet égard. D'autres réservent cela pour les situations d'urgence dans un cadre limité pour aller rejoindre le patient qui n'ose plus se confronter au monde extérieur, afin de l'accompagner vers un autre environnement. Une partie des intervenants en première ligne ne parviennent pas à mettre en place ce type de pratique par manque de temps ou au vu de l'absence de compensation financière pour les déplacements engendrés. Certains limitent cette pratique à des situations spécifiques pour lesquelles il est impossible pour le patient de se déplacer mais ils ne sont pas en demande de développer cette modalité d'intervention.

Pour certains praticiens, la vidéo-consultation sert davantage quand le patient se trouve dans l'impossibilité de se rendre au cabinet lorsqu'ils sont malades, qu'il y a une grève des transports, des intempéries ou encore lorsque le patient séjourne à l'étranger.

« Et donc ils ne peuvent pas affronter le monde, comment dire médical, mais qu'elle doit être dans un lieu un peu décontracté pour pouvoir relâcher la pression psychologique donc ben voilà à ce moment-là je me déplace et généralement je fais la séance pas forcément à leur domicile mais ça peut être à l'extérieur mais ça ne dépasse pas une à deux fois maximum. » (FR)

« Je vais chez deux personnes mais j'aurais fait la même chose indépendamment de la convention, ce sont des personnes pour qui... L'une est tellement phobique que c'est la raison pour laquelle elle s'est portée candidate, elle ne sort pas de chez elle mais j'ai l'intention avec le temps que cette personne puisse entrer dans mon cabinet et une autre avec un handicap physique mais je ne trouve pas cela pratique du tout, c'est difficile à planifier et on perd du temps dans des trajets non rémunérés et je ne considère donc pas comme acquis le fait que l'on attende de nous que nous fassions cela, je pense qu'on ne peut pas nous demander de faire du travail de proximité s'il n'est pas rémunéré d'une façon ou d'une autre. » (NL)

Pratiques de groupe

Alors que la pratique groupale était plutôt réservée aux institutions privées, les psychologues et orthopédagogues soulignent la plus-value d'intégrer les séances en groupe au sein de la convention mais déplorent le manque de ressources disponibles pour les mettre en œuvre avec notamment un manque de locaux potentiels ou l'investissement que demande la diffusion de l'information pour trouver des participants en plus de la charge de travail usuel. Les objectifs lors de ces séances sont notamment la socialisation de personnes isolées ou de mamans célibataires en conservant une approche préventive.

Les professionnels mettent également en évidence une diversité dans les pratiques déployées en lien avec le milieu scolaire telles que des consultations menées au sein des écoles, des observations menées en classe pour soutenir les enseignants dans la prise en charge ou encore des réunions avec les corps enseignants.

« Les séances en groupe sont un excellent principe mais à mettre en pratique, c'est un peu problématique. L'une des plus grandes problématiques que j'ai particulièrement, c'est surtout le lieu car le cabinet n'est pas possible dans mon cas pour une dizaine de personnes. Par exemple, j'ai fait une séance de groupe dans un resto, une sorte de petit déj matinal mais voilà c'était juste une solution d'urgence parce qu'il fallait trouver un endroit pour se réunir. » (FR)

« Enfin, on est tous des indépendants, donc ça veut dire que c'est notre temps qui n'est pas payé, il faut quand même organiser cela et je pense qu'on a envie de le faire mais on a aussi d'autres priorités ailleurs. » (FR)

« La majorité des personnes, ce sont des personnes qui ont des soucis familiaux et sont solitaires avec un besoin profond de sociabilité mais ils n'ont aucun contact avec des personnes externes, ce qui vient amplifier le ressenti de solitude et augmente leur anxiété, le fait déjà de pouvoir rencontrer d'autres personnes qui vivent la même situation ça fait beaucoup. » (FR)

Le travail en réseau et les collaborations interprofessionnelles

Le travail en réseau se fait au travers des réunions, et par de contacts ponctuels avec différents intervenants visant à fixer des objectifs liés à la prise en charge du patient. Les partenaires en première ligne sont variés mais un des acteurs clés reste le médecin généraliste qui se montre demandeur de cette collaboration et avec qui un lien s'est créé et perdure depuis la première convention. Ceux-ci soulignent également leur collaboration avec les écoles, les centres PMS, les équipes mobiles, les (pédo) psychiatres ainsi que les logopèdes ou encore plus récemment avec les plannings familiaux, les centres de cohésion sociale et les CPAS.

Ces collaborations permettent de croiser les approches entre professionnels, de cibler les priorités dans la prise en charge des patients, de limiter la multiplication des interventions et d'assurer un réseau soutenant entre intervenants face à une même situation.

« Pour moi, le travail en réseau c'est aussi pour un même patient, se fixer des objectifs, pouvoir étudier la problématique à plusieurs et avec plusieurs regards mais aussi dans l'accompagnement de la personne, se fixer des objectifs, savoir un petit peu, qu'est-ce qui est attendu, quelles sont les approches de chacun et ces objectifs spécifiques pour se répartir le travail, éviter les doublons (...) » (FR)

« Et là on a une communication entre nous qui se fait mais il n'y a pas forcément des réunions qui sont prévues, cela peut se faire par email, par message ou par téléphone, donc de façon bien concise et rapide sur la problématique à discuter. » (FR)

« Parce que depuis la première convention, les médecins c'étaient d'abord toujours les premiers qui orientaient les patients vers les psychologues de première ligne et ce lien a été gardé avec la convention, donc il a été renouvelé même si on a plus besoin de passer par un médecin ; mais voilà le lien était déjà instauré depuis pas mal de temps. » (FR)

« Oui je travaille beaucoup avec les médecins généralistes, ce sont mes principales références mais ce n'est pas qu'ils ne sont pas intéressés mais ils n'ont pas le temps. Si vous arrivez à discuter de la situation

d'un patient en profondeur je pense que je n'ai que deux médecins avec qui le je peux le faire mais vous avez leur soutien. » (NL)

« Ou bien des fois j'ai un suivi mutuel, c'est-à-dire que le patient me suit et continue également à fréquenter son psychiatre ou pédopsychiatre et à ce moment-là il y a un suivi donc des deux côtés pour prendre en charge la personne avec des communications qui peuvent être faites de temps en temps. » (FR)

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

Forces

La force principale de la convention mise en avant par les psychologues et orthopédagogues est le **renforcement de l'accessibilité des soins en santé mentale**, notamment pour les personnes précarisées au vu de la saturation de nombreux services de santé mentale. Cet accès aux soins est également renforcé par **l'élargissement des critères** permettant d'inclure davantage de patients au sein de la convention.

La rémunération associée aux prestations est également un atout pour les professionnels permettant d'offrir leur service à des personnes en situation plus précaire tout en s'assurant une rémunération décente et reconnaissante du travail effectué. Les démarches administratives associées à la prestation ainsi que **l'application de facturation sont soulignées comme faciles d'utilisation** et ne demandant plus un investissement important en dehors des séances prestées. Les intervenants conventionnés apprécient également largement la liberté qui leur est donnée en termes de pratique.

« Pour moi l'une des plus grandes forces de la convention, c'est d'abord l'accessibilité. Avec la deuxième convention, il ne faut pas passer par un médecin pour avoir une prescription pour les consultations de première ligne et ça c'est une information qui facilite énormément l'accès mais aussi l'élargissement de la population qu'on peut recevoir, c'est-à-dire qu'ici on est dans l'accompagnement, la prévention mais également dans la thérapie. » (FR)

« Le fait de pouvoir disposer d'une rémunération correcte parce que pour viser un public précarisé c'est difficile de demander à la personne de payer une consultation 40-50 euros et ce n'est pas suffisant pour pouvoir vivre correctement donc je crois que c'est aussi un grand avantage de la convention c'est d'avoir une rémunération correcte pour notre travail. » (FR)

« Mais aussi la facilité administrative des démarches, c'est-à-dire que pour moi en tant que psychologue, c'est quelque chose qui m'avait beaucoup rebuté au début, je ne suis pas du tout fonctionnaire, je

n'aime pas les démarches, les paperasses et les machins mais c'est vrai que c'est hyper facile en fait, le programme est quand même hyper facile d'utilisation et on ne perd vraiment pas de temps dans son utilisation. » (FR)

Faiblesse

Définir l'accessibilité selon les patients

La difficulté majeure relevée par les psychologues et orthopédagogues francophones et néerlandophones est **de définir des critères communs permettant aux patients d'accéder à la convention** et ainsi de limiter les différences entre praticiens. Il existe également **une confusion importante sur ce qui différencie les soins de première ligne et les soins spécialisés**, la limite entre les deux restant difficilement tangible pour les professionnels sur le terrain. L'importance de la demande aujourd'hui chez les patients engendre **des listes d'attente chez les professionnels pour lesquels la disponibilité du praticien guide davantage l'orientation des patients plutôt que la plainte de ces derniers**.

Les praticiens néerlandophones soulignent particulièrement leur difficulté à atteindre certains groupes de patients ciblés tels que ceux touchés par un handicap (notamment la surdité ou encore un handicap mental) ainsi que certaines populations immigrées.

« Pour moi ce qui est compliqué, c'est de pouvoir évaluer si la personne rentre dans les conditions, de pouvoir bénéficier d'une séance conventionnée ou non. » (FR)

« Je trouve qu'il est difficile d'évaluer ce qui peut être fait et ce qui ne peut pas l'être parce qu'idéalement tout le monde devrait avoir un accès facile je sais que c'est une utopie mais ce serait bien si on pouvait faire cette distinction pour ne plus avoir à se préoccuper de qui peut, qui ne peut pas avoir accès à la convention. » (NL)

« C'est vraiment très compliqué et je trouve que du coup il y a un flou complet d'un psychologue à un autre ça va être très différent, donc là pour moi il y a quelque chose qui n'est pas juste, pas correct vis-à-vis du public. Je pense qu'il y a vraiment quelque chose qui ne va pas que ce soit à nous de porter cela. » (FR)

« J'ai une liste d'attente qui est assez longue et ce n'est pas l'intention de la convention. Alors je pose la question suivante aux gens : « pensez-vous avoir droit à ... » et il y a beaucoup de gens qui disent : non, si cela signifie que d'autres personnes ne peuvent les utiliser, alors je choisis de payer la totalité de la somme au lieu d'obtenir le remboursement de l'INAMI mais dans notre réseau le consensus était tel que de nombreux collègues procèdent de cette manière. » (NL)

« Je dois refuser des gens et je dois les transférer, mais ils reviennent tous avec le même message. Pour les autres, il faut également attendre deux mois alors mettez-moi sur votre liste d'attente. » (NL)

Manque de ressources face aux nouvelles modalités d'intervention

Concernant les nouvelles modalités d'intervention, les praticiens mettent en évidence la nécessité d'un **investissement important dans le travail préparatoire des séances en groupe**, ce travail étant cependant non rémunéré, ils ne peuvent s'y investir au détriment de leurs consultations individuelles. En outre, ceux-ci rapportent **la difficulté de trouver un second professionnel pour animer les groupes en binôme** car les professionnels ne sont généralement pas sensibilisés à cette approche.

Au sein de leur prise en charge pour les enfants et adolescents, ceux-ci souhaiteraient vivement pouvoir **disposer d'entretiens familiaux perçus comme nécessaires pour assurer une approche globale** de la situation rencontrée.

Lors des réunions et interventions proposées par le réseau, les praticiens suggèrent au-delà des informations partagées et des échanges entre eux de **pouvoir bénéficier davantage d'outils et de formations ciblés sur des approches thérapeutiques** afin de potentialiser la qualité et l'efficacité de leurs prises en charge en première ligne. Les praticiens néerlandophones relèvent également un manque de formation et d'information généralisée chez les médecins généralistes concernant les soins psychologiques.

« Par rapport à la pratique de groupe, moi j'ai été formée aussi à cette pratique et en fait je suis demandeuse mais le problème c'est qu'effectivement en tant qu'indépendante seule je ne suis pas dans un cabinet pluridisciplinaire et donc c'est compliqué de trouver un local, de mettre en pratique, d'assurer la diffusion pour cibler le public donc bah clairement si je dois m'occuper de tout cela, j'ai plus et c'est du temps non rémunéré et j'ai pas assez de temps pour pouvoir faire cela .. » (FR)

« Je trouve que c'est le plus grand défi du travail de groupe, mais cela m'intéresse beaucoup, j'aimerais beaucoup le faire mais c'est surtout au niveau de l'organisation pratique que je trouve que c'est assez difficile. » (NL)

« Je trouve que c'est compliqué d'imposer chaque fois d'avoir deux professionnels de soins de santé pour animer, des fois ça peut poser problème pour la simple raison que généralement si on a un groupe qui est suivi par un psychologue, le groupe a instauré une relation de confiance et (...) j'avais déjà posé la question à certains médecins et ils me disent oui mais on va faire quoi ? On n'est pas formé pour animer mais la convention impose la présence de deux professionnels et donc à certains moments c'est un peu problématique à mettre en place. » (FR)

« Pour moi, un des points à améliorer dans la convention ce serait de pouvoir prendre en charge plusieurs personnes en même temps parce qu'on est obligé de suivre une personne à la fois comme par exemple dans le cadre d'une thérapie de couple. » (FR)

« Je crois très fortement que la résilience des gens est également déterminée par les personnes qui vous entourent et la façon dont elles vous portent. Je pense que la convention devrait aussi penser aux formes de thérapies familiales que les gens puissent venir et faire thérapie dans leur contexte avec des confidents, des partenaires, une famille et que cela soit remboursé. Il ne s'agit pas seulement de travailler avec les familles mais il serait alors résilient et préventif d'avoir un partenaire pour l'impliquer et d'élargir son champ d'action et consolider davantage. » (NL)

« Parfois j'accompagne le patient chez le médecin généraliste mais les traitements ne devraient plus être aussi séparés à l'avenir car tout est biopsychosocial, mais il nous faut un terrain d'entente pour examiner quelque chose ensemble et je pense que c'est ce qui nous manque aujourd'hui, les médecins ont un grand nombre de questions sur la base de ce que nous faisons avec les patients réellement. » (NL)

Opportunités

Levier favorisant les partenariats

De façon unanime, les psychologues et orthopédagogues soulignent **l'augmentation de leurs collaborations et des échanges entre professionnels de la santé** depuis leur entrée dans la convention. L'inscription dans le réseau augmente les partenariats et facilite ceux-ci. La convention est également perçue comme **un outil venant modifier les représentations négatives associées au rôle du psychologue** au sein de la population. En effet, celle-ci promeut une approche déstigmatisante de la santé mentale auprès de la population et génère un sentiment d'utilité publique chez les professionnels.

La rémunération associée à ces prestations permet aux psychologues de davantage partager leurs connaissances et leurs compétences auprès de l'ensemble de la population et non plus uniquement auprès d'une patientèle ciblée, d'autant plus avec **les nouvelles modalités d'intervention permettant la mise en place de séances au sein même du milieu de vie des patients que ce soit en individuel ou en groupe**. Les intervenants soulignent également leur volonté de s'investir dans d'autres missions au sein de la communauté comme le permet la convention.

« Je pense que c'est une réelle opportunité pour agrandir ses partenariats et travailler plus en réseau et faire que les différents partenaires ne travaillent plus tout seuls dans leur coin. » (FR)

« Cela m'a vraiment aidé à connaître plus de gens autour de moi qui travaillent aussi dans la convention. Et vous sentez que cela commence vraiment à créer un sentiment d'appartenance. Tout le monde travaille dans le même but et je pense qu'avec le temps, je pourrai trouver un partenaire pour faire du groupe mais c'est un aspect très précieux de ces réseaux, qui permet de créer du lien. » (NL)

« Le fait justement de pouvoir aussi mener des activités de groupe et de pouvoir se déplacer, faire de l'outreaching ça c'est une grande force pour moi aussi ainsi que la collaboration avec les partenaires qui se met tout doucement en place. » (FR)

« Je vois une vraie valeur ajoutée dans les groupes. Je pense que c'est ce dont nous avons besoin, étant donné les listes d'attente et le besoin d'aide chez nos patients. » (NL)

« Il y a aussi la déstigmatisation donc je crois que cette convention elle est très importante de ce point de vue dans le message qu'elle fait passer pour la santé mentale. » (FR)

« La convention m'a donné cette sensation de pouvoir faire ça pour tous les gens, je me sens en liberté de dire oui à tout le monde, ça c'est génial par rapport à notre éthique professionnelle, de pouvoir donner mes connaissances aux gens. » (FR)

« Ce qui est également important pour moi dans la convention c'est que je pense que beaucoup de drames auront été évités, il y a beaucoup de patients qui sont venus me voir maintenant et je me suis dit que s'ils n'étaient pas venus, cela aurait mal tourné. » (NL)

Menaces

Insécurité pour l'avenir et limitation des moyens face à une demande croissante

Selon les intervenants, les menaces qu'ils perçoivent concernant la convention sont principalement liées **aux limites budgétaires associées aux prestations, aux nombres de séances et aux nombres d'intervenants possibles au vu de la demande présente chez les patients**. Ceux-ci craignent que des changements politiques engendrent une re-priorisation dans les décisions gouvernementales venant mettre à mal ce projet qui implique des changements de grande ampleur à long terme. Ceux-ci reçoivent peu d'information sur les perspectives de la convention, son évolution sur le long terme suscitant **un sentiment d'insécurité relativement permanent**.

« Ça va rejoindre le sujet précédent mais qui n'ait pas de limite budgétaire, que ce soit accessible à tous les soins de santé mentale comme les autres soins de santé. On est dans une sorte d'instabilité politique et à certains moments eux-mêmes ne savent pas, est-ce qu'ils devront conventionner plus de psychologues pour augmenter le nombre de consultations ou bien limiter le nombre de psychologues pour ne pas exploser le budget ... » (FR)

« Ici la convention elle va jusque fin 2023 et on ne nous dit rien sur les perspectives. Enfin, les visions sur l'avenir et donc je pense que ce qui peut mettre à mal ce sont les décisions politiques ou des visions politiques qui changent. On a un gouvernement qui change de façon régulière et si le prochain gouvernement décide que c'est plus sa priorité de donner de l'argent pour les soins de santé mentale, ça peut s'arrêter du jour au lendemain. » (FR)

« Il y a vraiment beaucoup trop de demandes par rapport à ce que les structures peuvent offrir ; ainsi nous pourrions absorber. » (NL)

Demande de nouvelles pratiques sans formation associée

Un autre risque mis en évidence par les professionnels est **la demande insistante formulée par les autorités fédérales envers les praticiens concernant les séances de groupe alors qu'une majorité des intervenants ne sont pas formés de façon systématique à cette pratique** dans leur parcours de formation. Ceci risque de venir impacter la qualité des soins mis en œuvre pour les patients si les acteurs ne reçoivent pas une formation tournée vers la dynamique de groupe, nécessitant des compétences différentes de celles associées à une consultation en individuel.

« La majorité ont pas forcément cette formation-là et tout d'un coup, on leur demande de faire du groupe et donc d'un côté c'est bien mais d'un autre je pense que c'est aussi dangereux parce que faire du groupe quand on y est pas formé ce n'est pas anodin, ce n'est pas facile et ça n'a rien à voir avec une pratique en individuel, c'est vraiment deux choses différentes et quelque part on les force à faire quelque chose pour lesquels ils sont peut-être pas formés et y a peut-être un danger qu'on fasse tout et n'importe quoi. » (FR)

« Je pense qu'en Belgique nous avons très peu développé l'approche en groupe et il faut des compétences que nous n'avons pas eues dans notre formation pour diriger des groupes et des processus de groupe mais cela devrait venir de la convention, que je pense personnellement que c'est un soutien que nous attendons d'eux. » (NL)

16.3 Résumé

Lors des groupes de discussion, les échanges autour de la convention et des différentes modalités de soins de première ligne ont mis en lumière plusieurs éléments clés. Tout d'abord, la convention apporte une forme de reconnaissance à la profession de psychologue, renforçant les liens d'appartenance à la profession dans une perspective de collaboration. De manière unanime, les psychologues et les orthopédagogues soulignent l'augmentation de leurs collaborations et des échanges entre professionnels de la santé depuis leur intégration à la convention.

La prévention et la psychoéducation, avec une action immédiate dans l'environnement du patient et une atténuation rapide des symptômes, occupent une place centrale dans les pratiques des praticiens de première ligne. Les pratiques d'*outreaching*, bien que reconnues comme intéressantes pour atteindre les patients dans leur milieu de vie, nécessitent une définition et un soutien accru (notamment par une clarification conceptuelle, une formation et un soutien financier pour les déplacements).

Par ailleurs, les interventions de groupe nécessitent une formation des praticiens ainsi qu'un soutien matériel (notamment pour pallier l'absence de locaux et pour la rémunération des travaux préparatoires). Divers points doivent être revus ou envisagés, notamment l'absence de rémunération en cas de non-présentation des patients aux séances, l'évaluation fonctionnelle, la clarification de la distinction entre les soins psychologiques de première ligne et les soins psychologiques spécialisés, la possibilité d'une complémentarité dans l'utilisation de diverses modalités d'intervention (telles qu'individuelle, familiale, contextuelle, conjugale, etc.), ainsi que les critères d'éligibilité des patients à la convention, suscitant un malaise et des questionnements éthiques chez les praticiens.

CHAPITRE 17

Vers une modélisation des soins psychologiques dans la première ligne

Fabienne Glowacz

La distinction entre les soins psychologiques de première ligne et les soins psychologiques spécialisés apparaît comme difficilement tangible en pratique pour les professionnels et fait l'objet de nombreuses questions et recommandations. Un cadrage complémentaire a émergé de nos résultats et des pratiques du terrain, et a donné lieu à une modélisation des interventions des soins psychologiques dans la première ligne, incluant les soins psychologiques de première ligne et les soins psychologiques spécialisés qui ont tous deux pour fondements une intervention précoce et l'accès à bas seuil pour des problèmes de santé mentale récemment apparus.

La **figure 17.1** schématise les portes d'entrée vers les soins psychologiques dans la première ligne, basées à la fois sur l'intensité des symptômes et des problématiques cliniques et la précocité de l'intervention, et à la fois sur les modalités des soins. Le modèle se structure à partir de deux axes positionnant les indications et les besoins de suivi du patient. L'axe vertical porte sur l'intensité **légère/modérée/sévère de la symptomatologie** psychique/de la problématique clinique, et il est croisé à un axe horizontal inscrivant les interventions dans une perspective **de prévention précoce** et de **prévention de la rechute**. Ces soins psychologiques sont intégrés dans un réseau de soins, un réseau naturel et une communauté avec lesquels des partenariats s'organisent dans des logiques de prévention précoce et de prévention de la rechute. Toutes les interventions sont centrées sur les besoins et objectifs du patient. Elles répondent aux critères fondamentaux **d'accessibilité, de rapidité de l'intervention, de proximité et de mobilisation des ressources internes et environnementales** du patient et des ressources des réseaux.

Les soins psychologiques de première ligne se situent dans le modèle dans les deux quadrants supérieurs pour les symptômes psychologiques d'intensité légère à modérée, les soins psychologiques spécialisés se concentrent sur les symptômes plus sévères et se situent dans les deux quadrants inférieurs.

Les soins psychologiques de première ligne s'inscrivent dans des logiques de prévention précoce face à une « problématique/ difficulté clinique » survenant au cours de la trajectoire de vie d'une personne, soit identifiée et orientée par les acteurs de première ligne, soit par les personnes elles-mêmes et/ou leur entourage. Ces interventions sont des **primo-interventions de « courte durée »**, comme première porte d'entrée vers les soins psychologiques dans la première ligne (comprenant l'orientation, la psychoéducation, des interventions orientées solutions, ...) pour des symptômes psychologiques d'intensité légère à modérée. Ces soins de première ligne sont rapides (court délai), accessibles (bas seuil) et de proximité (au plus proche du patient) ; ils

sont ciblés sur les besoins du patient. Les soins psychologiques de première ligne ont une fonction d'orientation et de soin pouvant recourir aux différents formats d'interventions (individuelles, groupales, dans des lieux d'accroche, lieux de vie, avec expert de vécu, psychoéducation...) proposés dans la convention, en vue de mobiliser les ressources internes/externes du patient et les ressources environnementales. Les objectifs de ces interventions sont de tendre vers une amélioration de la qualité de vie, un renforcement de la résilience et un « réaccrochage social » au sein de la communauté et avec les partenaires/acteurs de première ligne du réseau.

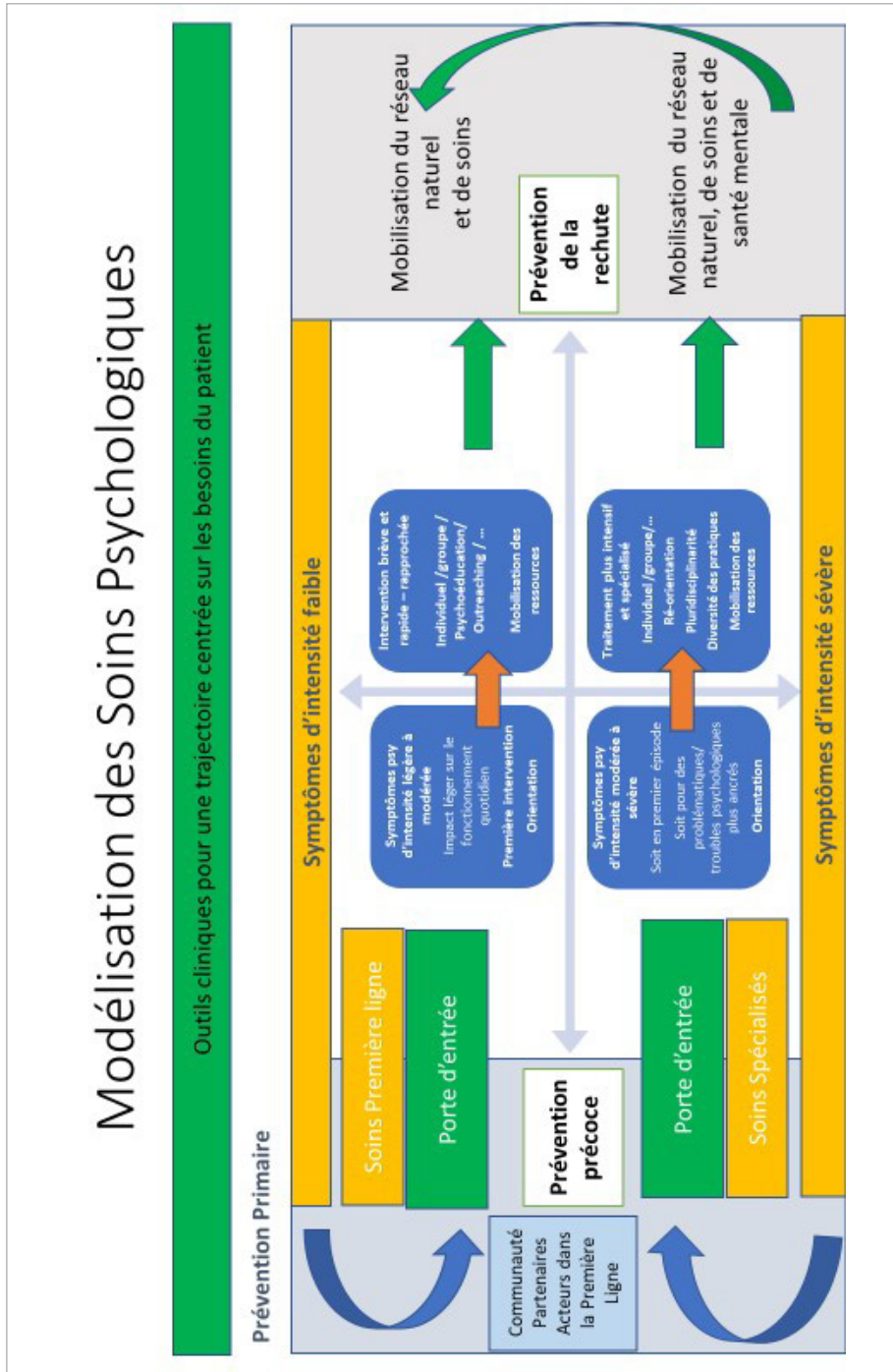
Les soins psychologiques spécialisés s'inscrivent dans des logiques de prévention de la rechute face à des difficultés et des symptômes psychologiques modérés à sévères chez des personnes soit en « premier épisode », soit pour des problématiques/troubles psychologiques plus ancrés. C'est à la fois l'intensité modérée/sévère de la symptomatologie et les besoins de soins psychologiques plus intenses et spécialisés qui donnent l'indication de soins psychologiques spécialisés. Les soins psychologiques spécialisés, comme les soins de première ligne, sont accessibles, rapidement mis en place et ciblés sur les besoins et objectifs du patient dans une perspective de prévention de la rechute. Les soins psychologiques spécialisés ont une fonction de réorientation et de soins ciblés/spécialisés. Le traitement individuel ou de groupe est plus intensif et axé sur la spécificité et la sévérité des problèmes. Ils peuvent recourir aux différents formats d'interventions (individuelles, groupales, des lieux d'accroche, avec expert de vécu,...) proposés dans la convention, en vue de mobiliser les ressources internes/externes du patient et les ressources environnementales du réseau de santé mentale, avec pour objectifs de tendre vers un maintien des changements en termes de qualité de vie et de rétablir et renforcer la résilience en mobilisant les ressources existantes dans le réseau naturel du patient et dans le réseau de soins et de santé mentale.

Somme toute, la convention met l'accent sur la prévention précoce et la prévention des rechutes

- 1 par le renforcement de la résilience et la mobilisation des ressources sous la forme d'interventions individuelles ou de groupe à court terme dans le cas des soins psychologiques de première ligne,
- 2 par un traitement individuel ou de groupe plus intensif axé sur la spécificité et la sévérité des problèmes dans le cas des soins psychologiques spécialisés.

Les besoins et les objectifs du patient sont au centre des préoccupations ; les deux formes de traitement, dans les deux dimensions, visent à activer le réseau naturel, individuel et professionnel, et à orienter ou réorienter le cas échéant, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la convention. Les outils cliniques seront mobilisés dans les soins de première ligne et spécialisés en début de suivi et en cours de suivi pour cibler les besoins du patient et orienter son trajet de soins.

Figure 17.1 Modélisation des soins psychologiques dans la première ligne



HOOFDSTUK 18

Goede praktijken binnen de psychologische zorg in de eerste lijn

Leontien Jansen

Binnen twee netwerken werd dieper ingegaan op de implementatie van de conventie eerstelijnspsychologische zorg. Hierbij lag de nadruk op het in kaart brengen van goede praktijken en mogelijkheden die optimaal zijn in hoe de zorg wordt uitgevoerd (op microniveau), op niveau van de samenwerking tussen de klinisch psycholoog / orthopedagoog en de andere actoren (met specifieke aandacht voor een optimaal samenwerkingsverband met de huisarts- mesoniveau) en hoe een duurzaam beleidskader er zou kunnen uitzien (op macroniveau). Hieronder worden de vier ‘good practices’ besproken die door de netwerken zelf werden geformuleerd en dus kunnen bijdragen aan een verdere optimalisatie van de conventie eerstelijnspsychologische zorg.

18.1 Centrale triage voorafgaand aan ELP (toeleiding, heroriëntatie, nazorg)

Waar we zien dat de patiënten die werden behandeld binnen de conventie ernstigere psychische problemen beschreven die reeds langere tijd bestaan dan aanvankelijk werd verwacht, moet de vraag blijvend worden gesteld in welke mate zowel de patiënt als de zorgprofessional geholpen dienen te worden in het adequaat toeleiden van de patiënten naar de psychologische zorg in de eerste lijn. Door deze patiënten toe te leiden naar respectievelijk eerstelijns- of gespecialiseerde psychologische zorg, wordt enerzijds het effect van dit type van professionele behandeling op het welzijn van de patiënt bewaakt. Anderzijds worden ook de patiënten beschermd die minder gebaat zijn bij deze vormen van behandeling inzake onnodige kosten en tijdsinvestering maar blijft vooral ook het vertrouwen in de professionele hulpverlening behouden voor deze groep van patiënten doordat zij gerichter doorverwezen worden. Zowel de klinisch psychologen en orthopedagogen als de netwerken zijn echter vragende partij om handvaten te krijgen in het gericht toeleiden van patiënten naar het juiste type psychologische zorg, een vraag die zelfs conventie-overstijgend is.

“Ik moet ook filteren wie bij mij komt en wie niet. Ik vind het zelf ook belangrijk dat mensen met een smalle beurs hier gebruik van kunnen maken en degenen die het wel kunnen betalen probeer ik op een andere manier te helpen.”

De klinisch psychologen en orthopedagogen ervaren moeilijkheden in het selecteren van de ‘juiste’ patiënten en variëren de richtlijnen inzake de triage van patiënten per netwerk. Bijkomend was men niet altijd op de hoogte van de alternatieven,

enerzijds in het type aanbod maar vooral ook in de partners binnen het netwerk. Kennis van het netwerk alsook de sociale kaart werd als essentieel beschouwd maar is in de huidige geestelijke gezondheidszorg verre van evident. Bijkomend had men binnen de conventie te maken met een grote groep jonge klinisch psychologen en orthopedagogen met nog onvoldoende kennis van en inbedding in de netwerken.

Bijkomend was men ervan overtuigd de eerstelijnspsychologische zorg te bewaken als behandelvorm, en dienden deze sessies niet ingezet te worden als een louter triagefunctie. De vraag was bijkomend dan ook of triageren per definitie hoort tot het takenpakket van een eerstelijnspsycholoog/-orthopedagoog. Uiteraard dient een klinisch psycholoog / orthopedagoog kennis te hebben van zijn of haar professioneel netwerk om adequaat te heroriënteren of door te verwijzen in het kader van nazorg. Doorverwijzing en heröorientatie zijn ook vormen van goede zorg, maar de eerstelijnspsychologische zorg is niet bedoeld als een poortwachter van de GGZ waarbij de acht sessies dienen om louter aan indicatiestelling te doen en vervolgens door te verwijzen. Men moet ernaar streven om deze triagerende functie te plaatsen vóór de eerstelijnspsychologische zorg, met een meervoudig doel:

- De patiënt op adequate wijze toe te leiden aan de hand van diens hulpvraag en doelstellingen (goal-oriented approach), rekening houdend met (a) de urgentie, context en ernst van de psychische problemen, (b) de beschikbaarheid van geschikte hulpverlening inzake nabijheid, de financiële situatie van de patiënt en de wachttijden;
- Het creëren van een professioneel netwerk rond de patiënt in aanvulling op het reeds aanwezige persoonlijke (informele) netwerk, gebaseerd op gegronde kennis van de sociale kaart en vanuit de functie van een centraal aanspreekpunt van zowel de patiënt en diens naaste omgeving als de professionele hulpverlener;
- Het ontlasten van professionals, zoals de eerstelijnspsycholoog/-orthopedagoog, inzake triage, om de terugbetaalde zorg zo efficiënt mogelijk te gebruiken.

Op deze geïntegreerde wijze kan de patiënt worden toegeleid naar eerstelijnspsychologische zorg, op basis van vooraf bepaalde richtlijnen binnen een GGZ-netwerk. Een voorbeeld hiervan zijn de kruispunten in GGZ Limburg, waarbij op centrale punten in het netwerk in multidisciplinaire teams hulpvragen besproken worden, gesteld door zowel de patiënt als professionele hulpverleners en vervolgens getriageerd worden. In deze multidisciplinaire teams zetelen zowel gezondheids- als welzijnspartners en behoren onder andere ook eerstelijnspsychologen/-orthopedagogen tot de vaste kern. Op deze wijze kunnen patiënten efficiënt en gericht worden toegeleid, worden de indicaties voor de diverse behandelvormen gewaarborgd, en dienen deze kruispunten ook als belangrijk aanspreekpunt in de heroriëntatie en nazorg. Het werken met vaste triagepunten, zoals kruispunten, maakt ook de integratie van zowel het Geïntegreerd Breed Onthaal (GBO) als de sociale kaart mogelijk binnen de conventie inzake toeleiding, nazorg en heroriëntatie.

“Ik vind dat dat ook iets vanuit de overheid moet worden, dat je niet bij de psychologen zelf kunt leggen van wie wel en wie niet includeren... [...]”

“Dat vind ik wel heel interessant en belangrijk, dat je zegt ‘ik wil niet filteren’. Ik zou graag willen dat er van tevoren een filter heeft plaatsgevonden om de juiste mensen binnen te krijgen.”

18.2 Samenwerking tussen netwerken

Waar de netwerken geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen en kinderen en jongeren overlappen in doelgroep (i.c. 15-25-jarigen, i.c. de transitieleeftijd), overlappen zij ook op vlak van partners, werkgebied en regio-specifieke kenmerken en doelgroepen. Bijkomend ervaren men dat veel klinisch psychologen / orthopedagogen geconventioneerd zijn binnen de twee typen netwerken. Dit maakt dan ook dat de netwerken voor volwassenen sinds de komst van de netwerken voor kinderen en jongeren in steeds intensere mate samenwerken op vlak van opleiding, vorming, intervisie én ook inzake communicatie en de technische ondersteuning in de uitvoering van de ELP-conventie. Deze samenwerking heeft niet alleen als doel het werk te ontdebelen en te verdelen, maar ook het uitdragen van een sterk imago, creëren van verbondenheid en van nauwe multidisciplinaire samenwerkingen inzake triage, overleg, nazorg en heroriëntatie.

“Het feit dat er twee netwerken zijn en dat er een sterke identiteit is, ben ik met mijn collega’s eens, maar we praten altijd over één pad en dus of het nu het netwerk voor volwassenen of het netwerk voor kinderen is, we bespreken altijd dingen samen.”

Deze samenwerkingsverbanden creëren ook een versterking van de positie van ELP in het GGZ-zorglandschap, doordat er eenduidigheid ontstaat over het toeleiden van patiënten naar zowel eerstelijns- als gespecialiseerde psychologische zorg. Bijkomend kan een duidelijke communicatiestrategie uitgebouwd worden op zowel regionaal als lokaal niveau, in contact met alle betrokken partijen op de verschillende niveaus.

“Je hebt die netwerken nodig om te communiceren, want dat is volgens mij nog een uitdaging op dit moment. De groepsessies die wel georganiseerd zijn... Via welk kanaal ga je het bij de bevolking brengen? Bij ons is dat goed geregeld, maar dan moet je al cliënten hebben waar je aan denkt; maar als je ook gebruik kunt maken van Facebookkanalen, Huizen van het Kind of het stadsbladje dat verdeeld wordt, dan kan je zo ook een beetje het taboe doorbreken. Communiceren dat het lokaal bestuur een aanbod heeft rond GGZ is essentieel, maar bij die communicatie moet ook duidelijk gesteld worden wat er wordt verwacht van de deelnemers.”

Op deze wijze kan ook gericht worden ingezet op kwetsbare groepen, in het bijzonder de groep patiënten die overlappen in de netwerken: zwangere vrouwen, kwetsbare gezinnen en jongeren in de transitieleeftijd.

“We zijn naar alle 38 gemeenten in de provincie gegaan en het is duidelijk dat het ons veel tijd heeft gekost om ons overal voor te stellen. Om in de gemeenschappen te komen, zochten we hulpbronnen en sleutelfiguren die ondersteunend waren en die het contact vergemakkelijkten.”

18.3 Hertekening van het functioneel bilan

Het huidige functioneel bilan, zoals deze geïntroduceerd werd in de hernieuwde conventie in 2022, bestaat momenteel in diverse vormen binnen de GGZ-netwerken waarbij met name de klinisch psycholoog / orthopedagoog zoekende is in het integreren van dit document in zijn of haar werkwijze. Het bilan wordt bij uitstek pro forma gebruikt om gespecialiseerde psychologische zorg te kunnen opstarten, maar de implementatie van het bilan als een werk- en communicatie-instrument lijkt nog verre van evident. Waar het document met name wordt gebruikt om de noodzakelijke handtekening van bijvoorbeeld de huisarts te bekomen, zou het moeten dienen voor reflectie, communicatie en zorgplanning met de focus op de doelstellingen van de patiënt en ter versterking van geïntegreerde zorg. Het functioneel bilan wordt dan ook niet gezien als een statisch gegeven maar als een continu document ter ondersteuning van de multidisciplinaire samenwerking en ter bevordering van de communicatie tussen professionals én patiënt.

“Ik vind dat er bij het functioneel bilan, hoe het nu opgezet is, echt middel-doel verwarring is. Het doel is om cyclussen te doorlopen: wat ben ik aan het doen, is er een indicatie voor gespecialiseerde zorg en wat is die indicatie? Het dient ingezet te worden ter bevordering van geïntegreerde zorg. Ik moet dit vaak herhalen want te vaak is het doel een handtekening van de dokter. Het doel is je indicatiestelling en je geïntegreerde zorg en het middel is een handtekening. En dat vind ik een beetje jammer, dat er in deze conventie naar voren geschoven wordt dat er zoveel nadruk ligt op de handtekening van de arts. Waardoor het doel van dat bilan en het goed reflecteren over je traject eigenlijk ondergesneeuwd raakt.”

“Ik zou sowieso willen dat je het kunt versturen naar de huisarts. Dat kan nu ook in principe, maar het is momenteel zo’n document waar je dingen moet aankruisen. Het zou meer een verslag moeten zijn van wat je tot nu toe gedaan hebt en wat je nog wil gaan doen met die cliënt. Dat je daar de huisarts van op de hoogte brengt.”

18.4 Bevordering van de kwaliteit van de eerstelijns-psychologische conventie

Op de vraag hoe een ideaal zorgpad eruitziet binnen de eerste lijn en welke aanpassingen binnen de conventie daarmee gepaard gaan, reageerde men binnen de netwerken met de bedenking dat de ELP in zijn huidige vorm eerst bestendig dient te

worden in combinatie met duidelijke communicatie, richtlijnen inzake toeleiding maar vooral ook gericht op standaardisatie van zorg, gefundeerd op evidence based practice vanuit een goal oriented approach. De eerstelijnspsychologische zorg vertrekt vanuit zijn generalistische functie waarbij de patiënt en zijn doelen centraal staan en niet zozeer de visie van de hulpverlener. Dit vergt expertise van de eerstelijnspsychologen en-orthopedagogen, en gedegen kennis van het *public health perspectief* met daarin een degelijk portfolio met richtlijnen en handvaten om de hulpvragen binnen dit kader op adequate wijze aan te pakken.

“Wat ik vooral hoor is kwalitatieve zorg bieden in die eerste lijn. Dan zou het goed zijn als die psychologen en orthopedagogen, ongeacht hun leeftijd, goed ingebed zijn en dat de teams voldoende expertise hebben. Dat mensen ook voldoende uren in die eerste lijn zitten en daarin ook aan deskundigheidsbevordering kunnen doen. Dan raken we natuurlijk heel erg aan het model zoals het nu is, waar zelfstandigen voor vier uur kunnen instappen en waar je in solopraktijken op eilandjes werkt. Dat vraagt een ander organisatiemodel in die eerstelijnssteams en om die goed te kunnen inbedden in het netwerk.”

Het is net ditgene waar de netwerken nog onvoldoende zicht op hebben; zij weten niet hoe gedegen de kennis en deskundigheid van de klinisch psychologen en orthopedagogen is en hoe zij te werk gaan. Momenteel wordt vooral vertrokken vanuit het aantal jaar expertise van een klinisch psycholoog of orthopedagoog en bijkomende (psychotherapeutische) opleidingen als maatstaaf voor kennis en kunde, maar er wordt door de netwerken expliciet de vraag gesteld in welke mate dit volstaat als voorwaarde voor volwaardige zorg. Daarnaast stelt men zich de vraag of jonge klinisch psychologen en orthopedagogen niet bijkomend ondersteund zouden moeten worden, bijvoorbeeld door supervisie, in het eerstelijnswerk.

“Ik geloof wel dat je jonge psychologen onder supervisie moet kunnen plaatsen.”

“Ik geloof juist dat die ELP een instap voor psychologen kan zijn, mits de juiste ondersteuning.”

“Tegelijk ben ik het er wel mee eens ook dat jonge psychologen ook moet kunnen groeien, maar met een goede omkadering. Maar je zit wel in een zelfstandig statuut en waar is die omkadering dan?”

Het ultieme doel is de kwaliteit van zorg vergroten, waarbij de taak van het netwerk ligt in het faciliteren van communicatie, groepsaanbod, vindplaatsgericht en outreachend werken.

18.5 Samenvattend

Door dieper in te gaan op de good practices binnen twee netwerken Geestelijke Gezondheidszorg in België konden vier centrale voorwaarden geformuleerd worden inzake werkmodellen gericht op de toeleiding tot behandeling en de effectieve behandeling binnen de conventie psychologische zorg in de eerste lijn: (a) duidelijkheid rond de rol van de eerstelijnspsychologische zorg binnen het Belgische GGZ-landschap, (b) creëren en faciliteren van werkbare samenwerkingsverbanden tussen netwerken, (c) herbekijken van het doel en de functie van het functioneel bilan, (d) het waarborgen van de kwaliteit van de eerstelijns- en gespecialiseerde psychologische behandeling.

HOOFDSTUK 19

Gerichte psychologische zorg in de eerste lijn: instrument ter ondersteuning van datagestuurde besluitvorming

Franco Gericke

Leontien Jansen

Ronny Bruffaerts

Wouter Voorspoels

Erik Bootsma

In de geestelijke gezondheidszorg is het van cruciaal belang om zorgplanning te centreren rond de behoeften en actieve betrokkenheid van de patiënt. Dit impliceert het optimaliseren van interventies die specifiek zijn afgestemd op de behoeften en doelen van elke patiënt. Een essentieel onderdeel hiervan is de implementatie van een effectief datagestuurde besluitvormingsproces, zowel gericht op toeleiding en heröriëntatie van de individuele patiënt als ter ondersteuning van de psychologische behandeling. Recent onderzoek (Neye et al., 2023) wijst uit dat gerichte psychologische interventies betere resultaten kunnen opleveren dan de traditionele ‘one-size-fits-all’-benaderingen. Hoewel standaard klinische methoden ter ondersteuning van het besluitvormingsproces – zoals de combinatie van psychometrische tests en screeningsinstrumenten, het oordeel van de clinicus en casusformulering – gebruikelijk zijn, geven nieuwe bevindingen aan dat deze niet altijd de beste resultaten opleveren. Daarentegen laten datagestuurde benaderingen, alleen of in combinatie met klinische methoden, significant betere uitkomsten zien. Dit benadrukt de groeiende noodzaak voor een datagestuurde aanpak in de klinische praktijk.

De implementatie van dergelijke datagestuurde methoden ter ondersteuning van het besluitvormingsproces in de geestelijke gezondheidszorg kent echter uitdagingen. De complexiteit van de gebruikte algoritmen kan tot onbegrip en weerstand leiden door de clinicus. De klassieke ‘paper-and-pencil’-benadering die vaak wordt gebruikt in traditionele vragenlijsten zal immers worden vervangen door een online screener, die op een fundamenteel andere wijze werkt dan het klassieke armamentarium. Het betrekken van medici bij de ontwikkeling en implementatie van deze methoden is dan ook essentieel voor hun effectiviteit en toepasbaarheid. Een gebruiksvriendelijke integratie in de dagelijkse praktijk, die de last voor zorgprofessionals minimaliseert, is daarbij cruciaal. Het overwinnen van deze uitdagingen is fundamenteel voor de succesvolle toepassing van datagestuurde methoden in de geestelijke gezondheidszorg (Higgins et al., 2023).

19.1 Doel van datagestuurde besluitvorming in de geestelijke gezondheidszorg

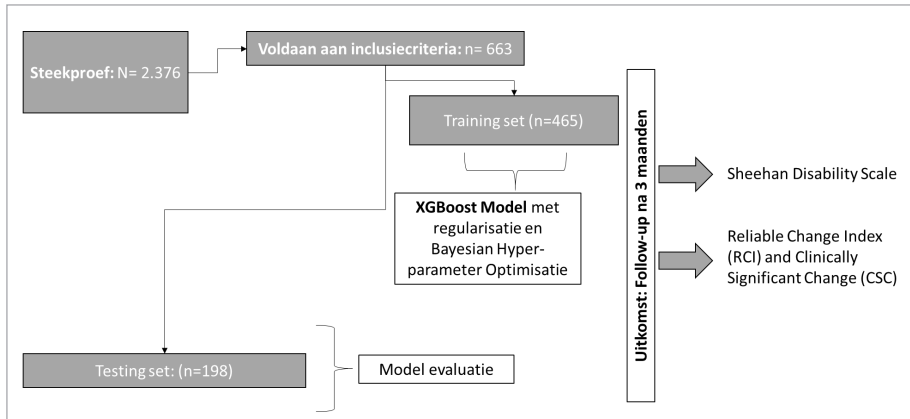
Het gebruik van algoritmische besluitvormingsmethoden heeft als centraal doel de ontwikkeling van een klinisch screeningsinstrument dat richting geeft aan de patiënt én aan de clinicus rond het antwoord op de vraag of een bepaalde behandeling is aangewezen voor de patiënt, een noodzaak die zowel wordt geformuleerd in bestaand onderzoek (zie onder andere Knights et al., 2023) als in de eigen focusgroepen in de netwerken geestelijke gezondheid (cf supra). De ontwikkeling van klinische tools dient niet enkel een betere afstemming van de noden van de patiënt met een specifieke behandeling (svorm) op microniveau (i.c. het niveau van de individuele hulpverlening), maar is ook een noodzakelijkheid in de verdere vermaatschappelijking en hervorming van de geestelijke gezondheidszorg. In een wereld waarin voorhanden budgetten en resources kritisch moeten worden benut, zullen beslissingen moeten worden gemaakt met betrekking tot specifieke investeringen. Tegen deze achtergrond kan de ontwikkeling van een algoritmisch klinisch screeningsinstrument ook op de vlakken van organisatie en beleid van de zorg een belangrijke plaats innemen (Reynolds, 2020).

19.2 Ontwikkeling van een gepersonaliseerd screeningsinstrument voor psychologische zorg in de eerste lijn

Binnen het EPCAP-project werd een datagestuurd instrument ontwikkeld voor klinische besluitvorming in de eerstelijnspsychologische zorg, waarbij een algoritmische methode gebruikt werd. Deze methode is gericht op het (vanuit de longitudinale data) vooraf identificeren van patiënten die baat hebben bij eerstelijnspsychologische interventies binnen drie maanden na het starten van deze behandeling. Patiënten wiens scores een klinisch significante en betrouwbare verbetering aangaven in de impact van psychische problemen op hun dagelijks functioneren na drie maanden (i.c. positief behandelresultaat), werden geclassificeerd als zijnde gebaat bij een eerstelijnspsychologische interventie (Leon et al., 1997).

We hebben een algoritmisch classificatiemodel ontwikkeld voor het voorspellen van positieve uitkomsten in eerstelijnspsychologische zorg. Dit model gebruikt het geavanceerde Extreme Gradient Boosting (XGBoost) algoritme, aangevuld met L1-regularisatie (LASSO-regressie) en Bayesiaanse hyperparameteroptimalisatie. De ontwikkeling van dit model is gebaseerd op de methoden van Snoek et al., 2012; Chen & Guestrin, 2016; en Tibshirani, 2023. **Figuur 19.1** toont de structuur van dit algoritme. Bovendien hebben we 'SHapley Additive exPlanations' (SHAP), zoals voorgesteld door Lundberg & Lee, 2017, toegepast om de bijdrage van elk patiëntspecifiek kenmerk (predictor) aan de kans op een positief behandelresultaat te bepalen en te begrijpen.

Figuur 19.1 Algoritmisch model



Ons model toonde veelbelovende resultaten in het identificeren van patiënten die baat zouden hebben bij een psychologische behandeling in de eerste lijn. De prestatie van dergelijke classificatiemodellen (i.c. modellen die patiënten in specifieke groepen indelen) wordt typisch gemeten door middel van de *Area Under the Curve* (AUC). Ons model had een AUC van 0,767 (95% C.I. 0,69-0,85). Met andere woorden, ons model heeft gemiddeld een kans van 76,7% (variërend tussen 69% en 85%) om correct onderscheid te maken tussen individuen die waarschijnlijk baat zullen hebben bij eerstelijnspsychologische zorg en degenen die geen baat zullen hebben, rekening houdend met alle mogelijke beperkingen voor het maken van deze voorspelling. Deze waarschijnlijkheidsgrens van 76,7% is een optimale verhouding tussen de mate van inclusiviteit en exclusiviteit van een model.

19.3 Klinische implicaties van gepersonaliseerde eerstelijnspsychologische zorg

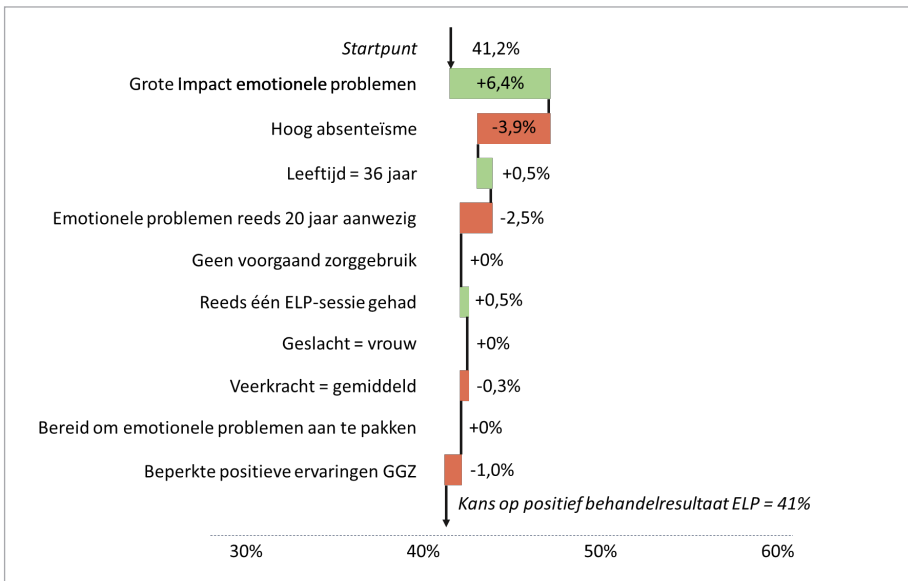
De datagestuurde aanpak voor besluitvorming in de eerstelijnspsychologische zorg biedt vier kernvoordelen, zowel klinisch als economisch. Allereerst biedt het een contextbewuste methode voor de afstemming tussen behandeling en patiënt. Dit betekent in essentie dat het screeningsinstrument een voorspelling geeft op basis van de specifieke unieke kenmerken van een patiënt waar de predictieve kenmerken kunnen verschillen van patiënt tot patiënt. Dit is de grote meerwaarde ten aanzien van traditionele paper-and-pencil klinische instrumenten waarin variabelen en de kenmerken die ze meten consistent worden beschouwd over patiënten heen. Ten tweede zorgt het gebruik van datagestuurde methoden voor flexibiliteit in het toepassen van diverse empirisch bepaalde drempelwaarden voor waarschijnlijkheid. Dit maakt maatwerk mogelijk in de afstemming tussen behandeling en patiënt, rekening houdend met de klinische context en de beschikbare middelen. Daarnaast biedt deze aanpak een evenwicht tussen inclusieve en exclusieve benaderingen. Ten derde biedt dit instrument klinici een praktisch hulpmiddel in de vorm van een screeningsinstrument (zie **figuur 19.2**) om zowel patiënten te identificeren die waarschijnlijk baat zullen hebben bij eerstelijnspsychologische zorg en als diegenen die beter doorverwezen kunnen worden naar andere of meer gespecialiseerde zorg.

Ten laatste geven de SHAP-visualisaties inzicht in de specifieke patiëntkenmerken die de waarschijnlijkheid van een positieve respons op de behandeling beïnvloeden. Dit stelt klinici in staat om belemmeringen voor een positief behandelresultaat te identificeren en zich daarop te concentreren tijdens de behandeling, wat vooral nuttig is als doorverwijzing naar gespecialiseerde of andere zorg niet mogelijk is.

19.4 Klinisch voorbeeld

Figuur 19.2. illustreert de SHAP-visualisaties voor een patiënt, aangeduid als 'Individu X'. Deze figuur begint met een 'Startpunt'-waarde van 41,2%; de gemiddelde voorspelde kans op een positief behandelresultaat voor alle patiënten (i.c. verlaging van de impact van psychische problemen op het dagelijks leven). De horizontale balken in de figuur tonen hoe individuele kenmerken van een patiënt bijdragen of afbreuk doen aan de kans op een positieve behandeluitkomst. Bijvoorbeeld, in het geval van Individu X, verhoogt een hoge impact van psychische problemen van het dagelijks functioneren de kans op succes met 6,4%. Daarentegen vermindert een lage veerkrachtscore deze kans met 0,3%. Bovendien verlagen 30 dagen arbeidsongeschiktheid in de afgelopen maand de kans nog eens met 3,9%. Na het analyseren van al deze factoren, komt de totale kans op een positief resultaat van de eerstelijnspsychologische behandeling na drie maanden voor Individu X uit op 41%. Deze analyse kan klinici leiden tot een heroverweging van de behandelingsaanpak, zoals het kiezen voor een andere vorm van psychologische zorg of het starten van de ELP-behandeling met extra aandacht voor de factoren die de succeskans verlagen. Een belangrijk toe te voegen element is dat de configuratie zoals weergegeven in **figuur 19.2** een persoonlijk profiel geeft voor één individuele patiënt. Voor een andere patiënt, met andere kenmerken, zal de klinische tool een andere configuratie genereren, waarin mogelijk andere variabelen een predictieve waarde hebben, waardoor een geïndividualiseerde aanpak mogelijk wordt.

Figuur 19.2 Klinisch voorbeeld instrument



19.5 Perspectieven voor gepersonaliseerde eerstelijnspsychologische zorg

Dit nieuw ontwikkelde instrument voor besluitvorming in de eerstelijnspsychologische zorg markeert een belangrijke stap naar meer gepersonaliseerde geestelijke gezondheidszorg. Het houdt rekening met unieke patiëntkenmerken en hun interacties om zo risico- en beschermende factoren nauwkeurig te bepalen, in tegenstelling tot een generieke aanpak. Dit instrument biedt een efficiëntere en kosteneffectievere optie dan traditionele klinische interviews of besluitvorming gebaseerd op klinisch oordeel, en bevordert bovendien gezamenlijke besluitvorming bij zorgplanning. Het is voornamelijk gebaseerd op patiëntgegevens, waardoor het zowel klinisch als contextueel relevant is. Toch moeten we ons bewust zijn van de mogelijke uitdagingen bij de implementatie van deze tool, zoals weerstand bij klinici onbekend met deze methoden, de noodzaak van voortdurende vorming en opleiding, de behoefte aan voortdurende optimalisatie van het model, de bescherming van patiëntgegevens en het naleven van ethische normen. De aanhoudende ontwikkeling en afstemming van dit instrument zijn essentieel voor een effectieve implementatie in de eerstelijnspsychologische zorg en daarbuiten. Toekomstig werk zal gericht zijn op het uitbreiden van de toepassingen van dit instrument, het integreren van extra datasets en feedback uit de klinische praktijk om de nauwkeurigheid en bruikbaarheid te verbeteren, terwijl de uitdagingen rondom implementatie voortdurend moeten worden gemonitord, geëvalueerd en aangepakt.

REFERENTIES

- Chekroud, A. M., Zotti, R. J., Shehzad, Z., et al. (2016). Cross-trial prediction of treatment outcome in depression: A machine learning approach. *Lancet Psychiatry*, 3(3), 243-250. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00471-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00471-X)
- Chen, T., & Guestrin, C. (2016). XGBoost: A scalable tree boosting system. In *Proceedings of the ACM SIGKDD International Conference on Knowledge Discovery and Data Mining* (pp. 785-794). Association for Computing Machinery. <https://doi.org/10.1145/2939672.2939785>
- Higgins, O., Short, B. L., Chalup, S. K., & Wilson, R. L. (2023). Artificial intelligence (AI) and machine learning (ML) based decision support systems in mental health: An integrative review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 32(4), 966-978. <https://doi.org/10.1111/inm.13114>
- Knights, J., Bangieva, V., Passoni, M. et al. (2023). A framework for precision “dosing” of mental healthcare services: algorithm development and clinical pilot. *International Journal of Mental Health Systems*, 17, 21. <https://doi.org/10.1186/s13033-023-00581-y>
- Leon, A. C., Olfson, M., Portera, L., Farber, L., & Sheehan, D. V. (1997). Assessing psychiatric impairment in primary care with the Sheehan Disability Scale. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 27(2), 93-105. <https://doi.org/10.2190/T8EM-C8YH-373N-1UWD>
- Lundberg, S. M., & Lee, S. I. (2017). *A Unified Approach to Interpreting Model Predictions*. In *Advances in Neural Information Processing Systems (Vol. 30)*. Curran Associates, Inc. [Link to the paper]
- Nye, A., Delgadoillo, J., & Barkham, M. (2023). Efficacy of personalized psychological interventions: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 91(7), 389-397. <https://doi.org/10.1037/ccp0000820>

Reynolds, C.F. (2020). Optimizing personalized management of depression: the importance of real-world contexts and the need for a new convergence paradigm in mental health. *World Psychiatry, 19*(3), 266.

Snoek, J., Larochelle, H., & Adams, R. P. (2012). *Practical Bayesian Optimization of Machine Learning Algorithms*. In *Advances in Neural Information Processing Systems (Vol. 25)*. Curran Associates, Inc. [Link to the paper]

Tibshirani, R. (1996). *Regression Shrinkage and Selection via the Lasso*. *Journal of the Royal Statistical Society: Series B (Methodological)*, 58, [Page range]. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/2346178>



DEEL 5

CONCLUSIES & AANBEVELINGEN

GECONVENTIONEERDE EERSTELIJNSPSYCHOLOGISCHE ZORG IN BELGIË

Ronny Bruffaerts

Leontien Jansen

Fabienne Glowacz

De wetenschappelijke gegevens vergaard binnen het EPCAP-project (januari 2020 en juni 2023) tonen duidelijk aan dat, met bijna 150.000 behandelde patiënten op jaarbasis, het kader van geconventioneerde psychologische zorg op de eerste lijn maatschappelijk gevalideerd wordt: er is een aanzienlijke proportie patiënten die nog nooit eerder in behandeling is geweest; en die proportie stijgt in functie van datum van inclusie. We zien bovendien dat patiënten minder lang het zoeken van zorg uitstellen: personen met psychische problemen/stoornissen komen dus opmerkelijk sneller in de zorg. De toeleiding van de patiënt tot de zorg gebeurt dus vlotter en sneller. De gegevens tonen ook klinische validiteit: na een periode van gemiddeld 4 jaar wachten tot er hulp wordt gezocht dalen na gemiddeld 6 sessies de psychische klachten en stijgt de dagelijkse kwaliteit van leven en veerkracht van behandelde patiënten, en dit tot minstens 12 maanden *na* de start van de behandeling.

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

Op het **niveau van de klinisch psycholoog/-orthopedagoog** zijn er de volgende bevindingen: (1) de klinische praktijk van de geconventioneerde eerstelijnspsychologische zorg wordt gevoerd door klinische psychologen/-orthopedagogen die gemiddeld 10 jaar ervaring hebben; (2) de samenwerking met actoren in de eerste lijn is belangrijk en wordt als erg waardevol geacht maar dient nog verder te worden gestimuleerd. Dit is overigens een expliciete vraag van zowel de geconventioneerde psychologen/-orthopedagogen als vanuit de netwerken; (3) klinisch psychologen/-orthopedagogen staan open voor groepsinterventies maar zijn er vaak nog niet voldoende mee

vertrouwd, wat ook geldt voor het werken op vindplaatsen of werken in de eerstelijnszorg in het algemeen en hebben een daarmee samenhangende nood aan opleiding, vorming, intervisie/supervisie; (4) geconventioneerde psychologen/-orthopedagogen en netwerken GGZ staan, anno 2023, mits een aantal voorwaarden, erg open om de shift te maken naar werken op de eerste lijn en op vindplaatsen. De *mindset* lijkt te veranderen naar een meer maatschappelijk verankerde behandeling waarin de noden van patiënten en dus de noden van de maatschappij centraal staan.

Aanbevelingen op het niveau van de klinische zorg

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

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

Een derde aanbeveling heeft betrekking op het brede maatschappelijke voortraject van behandeling van psychische stoornissen in termen van het ontwikkelen van een **continuüm van interventies**. Tegen de achtergrond van een maatschappelijke toeleiding tot de zorg (i.c. het voorzien van specifieke interventies in de maatschappij die in staat stellen personen met milde en/of beginnende psychische problemen tijdig, laagdrempelig en kort te behandelen via vindplaatsen) en de gekende barrières ten aanzien van het zoeken van professionele hulp voor psychische problemen is de verdere stimulatie van **online interventies en zelfhulp** essentieel. Er is voldoende wetenschappelijke evidentie om te stellen dat zelfhulp en online interventies ‘voortrajecten’ van behandeling zijn (Andrew et al., 2018; Andersson et al., 2019; Wright et al., 2019; Richards et al., 2020; Eilert et al., 2021; Mitchell et al., 2021; Palacios et al., 2022; Timulak et al., 2022). Hier kan worden gewerkt aan een portfolio voor de individuele psycholoog / orthopedagoog met bestaande evidence-based online interventies en zelfhulpinitiatieven voor specifieke of brede probleemgebieden.

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

Aanbevelingen op netwerkniveau

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

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

Aanbevelingen op beleidsniveau

De aanbevelingen op beleidsniveau situeren zich op twee doelstellingen. De eerste doelstelling is de doorontwikkeling van een **populatiemanagement-tool**: een beleid

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

Een tweede aanbeveling op beleidsniveau is de ontwikkeling van een **stap-voor-stap leidraad voor de doorontwikkeling van de eerstelijnspsychologische zorg**, gearticuleerd in het ontwikkelen en nastreven van (1) standaarden in implementatietrajecten van eerstelijnspsychologische zorg, (2) standaarden in de eerstelijnspsychologische zorg en monitoring (inclusief good/best practices, evidence-based interventies op individueel en groepsniveau) en (3) standaarden in samenwerkingsverbanden en doorverwijstrajecten binnen netwerken. Na analogie met de HIC- en ART-monitor (een gelijkaardige monitor voor de behandeling van personen met ernstige psychiatrische problematieken – zie Van Melle et al., 2019; Zomer et al., 2022) zou een Belgische versie voor de eerstelijnspsychologische zorg (een ‘**ELP-monitor**’) kunnen dienen als een leidraad voor implementatie, kwaliteit en modelgetrouwheid, het waarborgen van een aantal *standards-of-care* en het identificeren en evalueren van kwaliteitsindicatoren voor de uitoefening en de organisatie van de zorg. Om dit te garanderen is een betrouwbare modelgetrouwheidsschaal nodig. Omdat eerstelijnspsychologisch werken vele facetten heeft – het bestaat uit verschillende componenten die elk belangrijk zijn voor de kwaliteit van de zorg in brede zin – is het van cruciaal belang te kunnen meten in hoeverre modelgetrouwheid en standaarden effectief zijn geïmplementeerd binnen netwerken. Na ontwikkeling heeft dergelijke monitor een functie als beoordelingsschaal ten behoeve van de kwaliteit en modelgetrouwheid van de interventies en de organisatie van de eerstelijnspsychologische zorg in België. De monitor zal netwerken in staat stellen het eigen functioneren in beeld te brengen door het te kunnen bekijken ten aanzien van een aantal standaarden. Zo kunnen netwerken naar aanleiding van hun scores op de ELP-monitor de kwaliteit van zorg en modelgetrouwheid van interventies verder optimaliseren. (4) Een laatste standaard betreft een standaard in allocatie van financiële middelen op niveau van netwerken, rekening houdend met de specifieke kenmerken van de bevolking van gemeenschappen, gewesten en netwerken in termen van precariteit, kwetsbaarheden en ongelijkheden, teneinde een verdeelsleutel te ontwikkelen volgens een solidariteitsprincipe.

REFERENTIES

- Andersson, G., Titov, N., Dear, B. F., Rozental, A., & Carlbring, P. (2019). Internet-delivered psychological treatments: from innovation to implementation. *World Psychiatry, 18*, 20-28. doi: 10.1002/wps.20610.
- Andrew, G., Basu, A., Cuijpers, P., ..., Newby, J. M. (2018). Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: An updated meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders, 55*, 70-78.

- Dolan, N., Simmonds-Buckley, M., Kellett, S., Siddell, E., & Delgadillo, J. (2021). Effectiveness of stress control large group psychoeducation for anxiety and depression: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology, 60*(3), 375-399. <https://doi.org/10.1111/bjc.12288>
- Eilert, N., Enrique, A., Wogan, R., Mooney, O., Timulak, L., & Richards, D. (2021). The effectiveness of Internet-delivered treatment for generalized anxiety disorder: An updated systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety, 38*, 196-219. doi: 10.1002/da.23115.
- Kaldo, V., Bothelius, K., Blom, K., ..., Jernelöv, S. (2020). An open-ended primary-care group intervention for insomnia based on a self-help book: A randomized controlled trial. *Journal of Sleep Research, 29*(1), e12881. <https://doi.org/10.1111/jsr.12881>
- Mitchell, L. M., Joshi, U., Patel, V., Lu, C., & Naslund, J. A. (2021). Economic Evaluations of Internet-Based Psychological Interventions for Anxiety Disorders and Depression: A Systematic Review. *Journal of Affective Disorders, 284*, 157-182. doi: 10.1016/j.jad.2021.01.092.
- Palacios, J. E., Enrique, A., Mooney, O., ..., Richards, D. (2022). Durability of treatment effects following internet-delivered cognitive behavioural therapy for depression and anxiety delivered within a routine care setting. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 29*(5), 1768–1777. <https://doi.org/10.1002/cpp.2743>
- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). *Redefining health care*. Boston: Harvard Business Review Press.
- Richards, D., Enrique, A., Eilert, N., ..., Solesse S. (2020). A pragmatic randomized waitlist-controlled effectiveness and cost-effectiveness trial of digital interventions for depression and anxiety. *npj Digital Medicine, 3*, 85. <https://doi.org/10.1038/s41746-020-0293-8>.
- Rogiers, R., Baeken, C., Van den Abbeele, D., ..., Lemmens, G. M. D. (2022). Group Intervention 'Drop it!' Decreases Repetitive Negative Thinking in Major Depressive Disorder and/or Generalized Anxiety Disorder: A Randomised Controlled Study. *Cognitive Therapy and Research, 46*(1), 182-196. <https://doi.org/10.1007/s10608-021-10240-6>
- Sundquist, J., Palmér, K., Johansson, L., & Sundquist, K. (2017). The effect of mindfulness group therapy on a broad range of psychiatric symptoms: A randomised controlled trial in primary health care. *European Psychiatry, 43*, 19-27. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.328>.
- Timulak, L., Richards, D., Bhandal-Griffin, L., ..., Eustis, E. H. (2022). Effectiveness of the internet-based Unified Protocol transdiagnostic intervention for the treatment of depression, anxiety and related disorders in a primary care setting: A randomized controlled trial. *Trials, 23*, 721. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06551-y>.
- van Melle, A. L., Voskes, Y., de Vet, H. C. W., ..., Widdershoven, G. A. M. (2019). High and Intensive Care in Psychiatry: Validating the HIC Monitor as a Tool for Assessing the Quality of Psychiatric Intensive Care Units. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 46*(1), 34-43. doi: 10.1007/s10488-018-0890-x.
- Wright, J. H., Owen, J. J., Richards, D., ..., Thase, M. E. (2019). Computer-assisted cognitive-behavior therapy for depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry, 80*(2), 18r12188.
- Zomer, L. J. C., van der Meer, L., van Weeghel, J., ..., Voskes, Y. (2022). The Active Recovery Triad monitor: Evaluation of a model fidelity scale for recovery-oriented care in long-term mental health care settings. *BMC Psychiatry, 22*(1), 346. doi: 10.1186/s12888-022-03949-5.

LES SOINS PSYCHOLOGIQUES PRIMAIRES CONVENTIONNELS EN BELGIQUE

Ronny Bruffaerts

Leontien Jansen

Fabienne Glowacz

Les données scientifiques accumulées dans le cadre du projet EPCAP (janvier 2020 et juin 2023) montrent clairement qu'avec près de 150.000 patients traités annuellement, le cadre des soins psychologiques dans la première ligne conventionnés est en train d'être validé socialement : il y a une proportion importante de patients qui n'ont jamais été en traitement auparavant ; et cette proportion augmente en fonction de la date d'inclusion. On constate également que les patients retardent moins le recours aux soins : les personnes ayant des problèmes de santé mentale/troubles psychiques entrent donc significativement plus rapidement dans le système de soins. L'admission du patient aux soins est plus fluide et plus rapide. Les données montrent également une validité clinique : après une période moyenne de 4 ans d'attente de recherche d'aide, après une moyenne de 6 séances, les symptômes psychologiques diminuent et la qualité de vie quotidienne et la résilience des patients traités augmentent, et ce pendant au moins 6 mois après le début du traitement.

Au niveau des patients et de la communauté, les résultats sont les suivants : (1) 34% des patients traités dans le cadre de la convention sont des patients sans troubles psychiques ou avec des troubles psychiques datant de moins d'un an ; (2) pour 44% des patients, le traitement est le tout premier, et le délai entre le début des problèmes de santé mentale et le moment de la recherche effective de l'aide est de 4 ans ; (3) 28% des patients traités sont dans des positions socio-économiques ou sociodémographiques vulnérables et précaires ; (4) environ un quart des patients ont besoin de soins ambulatoires ou résidentiels supplémentaires après le traitement dans le cadre de la convention ; (5) 10% de toutes les séances ont lieu en groupe et 1 séance sur 6 dans un lieu d'accroche ; (6) le traitement sur place augmente l'accessibilité aux soins, notamment pour atteindre les groupes cibles vulnérables (en particulier ceux qui se trouvent dans des situations plus précaires) ; (7) 6 mois après le début du traitement avec une moyenne de 6 séances, il y a une diminution de l'absentéisme au travail (de 5 à 2 jours par mois) et une amélioration du fonctionnement général au quotidien.

Au niveau du psychologue clinicien/orthopédagogue, les conclusions sont les suivantes : (1) la pratique clinique des soins psychologiques de première ligne conventionnés est menée par des psychologues cliniciens/orthopédaogues qui ont en moyenne 10 ans d'expérience ; (2) la collaboration avec les acteurs des soins de première ligne est importante et est considérée comme très précieuse, mais doit être davantage encouragée. Il s'agit d'ailleurs d'une demande explicite de la part des psychologues/orthopédaogues conventionnés et des réseaux ; (3) les psychologues/orthopédaogues cliniciens sont ouverts aux interventions de groupe, au travail sur les sites ou au travail dans les soins de première ligne en général, mais n'en sont pas encore suffisamment

familiers et ont un besoin de formation, d'éducation, d'intervision/supervision; (4) les psychologues/orthopédagogues conventionnés et les réseaux de santé mentale sont, en 2023, sous réserve d'un certain nombre de conditions, très ouverts à l'idée de travailler dans le domaine des soins de première ligne et dans les lieux d'accroche. L'état d'esprit et la culture des soins psychologiques semblent évoluer vers un traitement plus ancré dans la société, dans lequel les besoins des patients et, donc, les besoins de la population, sont au centre des préoccupations.

Recommandations au niveau clinique

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

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

Une troisième recommandation concerne le parcours sociétal général des troubles psychiques avant traitement, en termes de **développement d'un continuum d'interventions**. Dans le contexte d'un parcours sociétal de soins (c'est-à-dire la mise en place d'interventions spécifiques dans la société qui permettent aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale légers et/ou naissants de recevoir un traitement opportun, à bas seuil et bref par le biais de sites d'orientation) et des obstacles connus à la recherche d'une aide professionnelle pour les problèmes de santé mentale, il est essentiel de continuer à **promouvoir les e-interventions et des programmes/ interventions d'auto-assistance psychologique**. Il existe suffisamment de preuves scientifiques pour affirmer que les interventions sur le site web et des programmes d'auto-assistance sont des « précurseurs » du traitement (Andrews et al., 2018 ; Andersson et al., 2019; Wright et al., 2019 ; Richards et al., 2020; Eilert et al., 2021; Mitchell et al., 2021; Palacios et al., 2022 ; Timulak et al., 2022). Dans ce cas, un portfolio destiné au psychologue individuel et comprenant des interventions en ligne fondées sur des données probantes et des initiatives d'auto-assistance psychologique pour des domaines problématiques spécifiques ou généraux pourrait être élaboré.

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

Recommandations de niveau de l'organisation et les réseaux

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

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

Recommandations au niveau politique

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

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

RÉFÉRENCES

- Andersson, G., Titov, N., Dear, B. F., Rozental, A., & Carlbring, P. (2019). *Internet-delivered psychological treatments: from innovation to implementation*. *World Psychiatry*, 18, 20-28. doi: 10.1002/wps.20610.
- Andrew, G., Basu, A., Cuijpers, P., ..., Newby, J. M. (2018). *Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: An updated meta-analysis*. *Journal of Anxiety Disorders*, 55, 70-78.
- Dolan, N., Simmonds-Buckley, M., Kellett, S., Siddell, E., & Delgadillo, J. (2021). *Effectiveness of stress control large group psychoeducation for anxiety and depression: Systematic review and meta-analysis*. *British Journal of Clinical Psychology*, 60(3), 375-399. <https://doi.org/10.1111/bjc.12288>
- Eilert, N., Enrique, A., Wogan, R., Mooney, O., Timulak, L., & Richards, D. (2021). *The effectiveness of Internet-delivered treatment for generalized anxiety disorder: An updated systematic review and meta-analysis*. *Depression and Anxiety*, 38, 196-219. doi: 10.1002/da.23115.
- Kaldo, V., Bothelius, K., Blom, K., ..., Jernelöv, S. (2020). *An open-ended primary-care group intervention for insomnia based on a self-help book: A randomized controlled trial*. *Journal of Sleep Research*, 29(1), e12881. <https://doi.org/10.1111/jsr.12881>
- Mitchell, L. M., Joshi, U., Patel, V., Lu, C., & Naslund, J. A. (2021). *Economic Evaluations of Internet-Based Psychological Interventions for Anxiety Disorders and Depression: A Systematic Review*. *Journal of Affective Disorders*, 284, 157-182. doi: 10.1016/j.jad.2021.01.092.
- Palacios, J. E., Enrique, A., Mooney, O., ..., Richards, D. (2022). *Durability of treatment effects following internet-delivered cognitive behavioural therapy for depression and anxiety delivered within a routine care setting*. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 29(5), 1768–1777. <https://doi.org/10.1002/cpp.2743>
- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). *Redefining health care*. Boston: Harvard Business Review Press.
- Richards, D., Enrique, A., Eilert, N., ..., Solesse S. (2020). *A pragmatic randomized waitlist-controlled effectiveness and cost-effectiveness trial of digital interventions for depression and anxiety*. *npj Digit. Med.*, 3, 85. <https://doi.org/10.1038/s41746-020-0293-8>.
- Rogiers, R., Baeken, C., Van den Abbeele, D., ..., Lemmens, G. M. D. (2022). *Group Intervention 'Drop it!' Decreases Repetitive Negative Thinking in Major Depressive Disorder and/or Generalized Anxiety Disorder: A Randomised Controlled Study*. *Cognitive Therapy and Research*, 46(1), 182-196. <https://doi.org/10.1007/s10608-021-10240-6>
- Sundquist, J., Palmér, K., Johansson, L., & Sundquist, K. (2017). *The effect of mindfulness group therapy on a broad range of psychiatric symptoms: A randomised controlled trial in primary health care*. *European Psychiatry*, 43, 19-27. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.328>.
- Timulak, L., Richards, D., Bhandal-Griffin, L., ..., Eustis, E. H. (2022). *Effectiveness of the internet-based Unified Protocol transdiagnostic intervention for the treatment of depression, anxiety and related disorders in a primary care setting: A randomized controlled trial*. *Trials*, 23, 721. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06551-y>.
- van Melle, A. L., Voskes, Y., de Vet, H. C. W., ..., Widdershoven, G. A. M. (2019). *High and Intensive Care in Psychiatry: Validating the HIC Monitor as a Tool for Assessing the Quality of Psychiatric Intensive Care Units*. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 46(1), 34-43. doi: 10.1007/s10488-018-0890-x.

Wright, J. H., Owen, J. J., Richards, D., ..., Thase, M. E. (2019). *Computer-assisted cognitive-behavior therapy for depression: A systematic review and meta-analysis*. *Journal of Clinical Psychiatry*, 80(2), 18r12188.

Zomer, L. J. C., van der Meer, L., van Weeghel, J., ..., Voskes, Y. (2022). *The Active Recovery Triad monitor: Evaluation of a model fidelity scale for recovery-oriented care in long-term mental health care settings*. *BMC Psychiatry*, 22(1), 346. doi: 10.1186/s12888-022-03949-5.