

Convention soins psychologiques de première ligne : un bilan 2019-2024

Clara Noirhomme — Service d'études MC-CM

Résumé

Cette étude analyse la mise en œuvre de la convention « soins psychologiques de première ligne » (SPPL) en Belgique entre 2019 et 2024. Elle s'inscrit dans la continuité d'un premier travail publié en 2023 (Noirhomme, Dispas, & Smith, 2023), tout en élargissant le champ d'analyse. L'étude s'appuie sur les données de l'ensemble des membres de la Mutualité chrétienne (MC), pondérées et extrapolées à l'ensemble de la population belge.

L'étude propose une analyse multidimensionnelle du recours aux SPPL, en croisant l'offre et le recours – et leur évolution temporelle – avec les besoins en santé mentale. L'étude permet ainsi de dresser un bilan de la capacité du dispositif à structurer une offre cohérente à l'échelle territoriale et à améliorer l'accessibilité des soins de première ligne.

Les résultats montrent un taux de recours en hausse, plus élevé parmi les groupes présentant les besoins les plus importants, notamment grâce à la diversification des modalités de soins. Cette dynamique témoigne d'une amélioration de l'accessibilité pour certains publics vulnérables. Toutefois, les disparités territoriales persistantes et la baisse du nombre moyen de séances interrogent sur la capacité du dispositif à répondre de manière proportionnée à l'ensemble des besoins, malgré une architecture pensée pour s'y ajuster. Ces constats appellent à poursuivre les efforts d'adaptation et de consolidation du dispositif.

Mots clés : Soins de première ligne, santé mentale, offre de soins, profils des patient-es, accès aux soins, étude quantitative

Cette version contient quelques adaptations par rapport à la version diffusée au format papier (p.31, 36 et annexe 1 p.59).

Table des matières

Introduction

1. Mise en contexte

- 1.1. La réforme des soins psychologiques de première ligne
- 1.2. L'évaluation de la réforme

2. Méthode

- 2.1. Données de recours
 - 2.1.1. Pondération et extrapolation des données de recours
 - 2.1.2. Limites des données de recours
- 2.2. Variables socio-démographiques
- 2.3. Sources complémentaires pour l'analyse des besoins et de l'offre
- 2.4. Axes d'analyse

3. Résultats

- 3.1. Recours global aux soins de santé mentale
 - 3.1.1. Recours à l'ensemble des soins de santé mentale
 - 3.1.2. Recours aux soins de santé mentale ambulatoires
- 3.2. Offre de soins dans le cadre de la convention SPPL
 - 3.2.1. Disparités territoriales
 - 3.2.2. Spécialisation des prestataires
 - 3.2.3. Type de soins
- 3.3. Recours aux soins dans le cadre de la convention SPPL
 - 3.3.1. Évolution du recours
 - 3.3.2. Caractéristiques socio-démographiques
 - 3.3.3. Type de soins
 - 3.3.4. Nombre de séances dans le cadre de la convention SPPL
 - 3.3.5. Trajectoires de soins en santé mentale

4. Discussion des résultats

- 4.1. Une montée en puissance du dispositif, mais des disparités territoriales persistantes
- 4.2. Une accessibilité renforcée grâce à la diversification des modalités de soins
- 4.3. Un nombre de séances en baisse, mais différencié selon les besoins
- 4.4. Des parcours diversifiés en santé mentale

5. Recommandations

- 5.1. Renforcer l'équité territoriale dans l'offre de soins
- 5.2. Consolider et étendre le modèle de la convention SPPL
- 5.3. Renforcer l'accessibilité pour les publics vulnérables
- 5.4. Adapter le nombre de séances aux besoins individuels

Conclusion

Bibliographie

Annexes

30

30

30

31

32

32

32

33

33

33

34

34

34

34

35

36

37

38

38

39

39

40

41

44

47

52

52

52

53

54

55

55

55

56

56

57

58

59

Introduction

En octobre 2023, le service d'études de la MC publiait une étude dont l'objectif était de faire un premier état des lieux de la convention « soins psychologiques de première ligne » (SPPL), au regard des besoins en santé mentale et de l'offre en santé mentale préexistante à la convention (Noirhomme, Dispas, & Smith, 2023). La convention étant alors récente, une série de questions restaient ouvertes quant à l'ancrage de cette dernière : **le nombre de patient-es touché-es allait-il continuer à croître ? Les possibilités ouvertes par la convention (travail dans les « lieux d'accroche », sessions de groupe, etc.) allaient-elles permettre un plus grand accès des soins aux publics davantage à risque de souffrir de problèmes de santé mentale et chez qui l'accès aux soins est également plus difficile ? Comment le recours aux autres types de soins de santé mentale allait-il évoluer, tant chez les personnes ayant recours aux SPPL que dans la population générale ?** La convention permettrait-elle un transfert des soins ambulatoires du/de la psychiatre¹ actuellement saturés vers la convention et ses différentes fonctions (interventions communautaires, soutien psychologique de première ligne et traitement des problèmes psychologiques légers à modérés) ?

Deux ans plus tard, davantage d'éléments sont à notre disposition pour apporter des réponses à ces questions. Ainsi, cette étude analyse les données de la MC, pondérées en fonction de la structure de la population belge pour pouvoir être extrapolées à l'ensemble de la population, dans l'objectif de faire le bilan des premières années de mise en œuvre de la convention SPPL.

Au fil de son déploiement, la convention a introduit une logique de structuration territoriale inédite dans le secteur des soins de santé. L'organisation de l'offre repose sur des réseaux locaux, entre lesquels le budget est réparti en fonction de paramètres populationnels (nombre d'habitants, âge, indice de précarité), utilisés comme indicateurs indirects des besoins en santé mentale. Contrairement à d'autres formes de conventionnement fondées sur une adhésion libre et illimitée, ce modèle repose sur une sélection des prestataires encadrée par des appels à candidatures, avec un nombre de places défini par territoire. Cette approche vise à assurer une adéquation entre l'offre disponible et les besoins identifiés localement, tout en renforçant la cohérence et la lisibilité du dispositif.

Dans ce cadre, il est pertinent d'examiner comment cette organisation territoriale s'est traduite concrètement : **comment le dispositif s'est-il déployé sur le terrain, au regard des indicateurs quantitatifs disponibles ? Dans quelle mesure les moyens disponibles ont-ils été mobilisés ? Et comment ces dynamiques varient-elles selon les territoires, en fonction des besoins, de l'offre et du recours aux soins ?**

1. Mise en contexte

1.1. La réforme des soins psychologiques de première ligne

En 2019, la Belgique a amorcé une réforme importante visant à améliorer l'accessibilité des soins psychologiques, avec la mise en place d'une première convention entre l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) et les réseaux de santé mentale. Cette première phase ciblait principalement les adultes de 18 à 64 ans, avec un nombre limité de séances et de diagnostics pris en charge. En 2021, la réforme a connu un élargissement majeur : l'offre a été étendue aux enfants, adolescent-es et personnes âgées, le nombre de réseaux impliqués a augmenté, et les modalités d'intervention ont été assouplies pour mieux répondre aux besoins de la population (INAMI, 2024a).

Aujourd'hui, les SPPL sont organisés au sein de **32 réseaux locaux de santé mentale**, répartis par tranche d'âge : les réseaux « Enfants et Adolescents » (jusqu'à 23 ans inclus) et les réseaux « Adultes » (à partir de 15 ans). Ces réseaux sont des structures de coordination territoriale mandatées par l'INAMI. Ils ont pour mission de planifier, organiser et superviser l'offre de soins psychologiques sur leur zone d'activité, en collaboration avec les prestataires de première ligne, les services sociaux, les écoles, les maisons médicales, etc. Ils assurent également le lien entre les psychologues conventionné-es et les autres acteurs et actrices du système de santé mentale, et veillent à la qualité, à la couverture et à l'accessibilité des soins (INAMI, 2024a).

Les soins sont assurés par des psychologues et orthopédagogues clinicien-nes conventionné-es, qui peuvent intervenir dans une grande **diversité de contextes** : dans

¹ Qui étaient, avant l'arrivée de la convention SPPL, les seuls soins ambulatoires de santé mentale remboursés par l'assurance obligatoire et donc, les seuls davantage accessibles financièrement.

des lieux d'accroche comme les écoles, les maisons médicales ou les maisons de quartier, mais aussi en cabinet privé, à domicile, en visioconférence, voire dans certains cas sur le lieu de travail ou en extérieur. Contrairement aux approches traditionnelles où les bénéficiaires doivent se déplacer vers le ou la prestataire, dans les lieux d'accroche, ce sont les professionnel·les qui vont à la rencontre du public cible. Cette logique vise à réduire les barrières à l'entrée, en particulier pour les personnes les plus vulnérables, et à rendre les services de santé mentale plus accessibles, inclusifs et ancrés dans les milieux de vie.

L'offre SPPL comprend **trois types d'interventions** complémentaires :

- Les **interventions communautaires**² sont destinées à des groupes et visent à renforcer la résilience et l'autosoin dans la population ;
- Le **soutien psychologique de première ligne** consiste en des interventions brèves destinées à maintenir ou restaurer un bien-être psychique général ;
- Enfin, le **traitement psychologique de première ligne**³ s'adresse aux personnes présentant des problèmes légers à modérés, nécessitant une prise en charge plus structurée.

Les interventions de soutien et de traitement peuvent être proposées en individuel ou en groupe, selon les besoins et les ressources disponibles (INAMI, 2024b).

Un élément caractéristique de cette réforme est sa volonté explicite de **faire correspondre l'offre de soins aux besoins de la population**. Contrairement à d'autres disciplines médicales, cette réforme ne repose pas sur une logique de prestation individuelle remboursée à l'acte, mais sur une logique de financement populationnel et de coordination territoriale. Le financement est réparti entre les réseaux selon des critères objectifs : taille de la population, réalités socio-économiques locales, prévalence des troubles psychiques et âge moyen d'apparition de ces troubles (INAMI, 2024a). Chaque réseau reçoit un budget global, qu'il convertit en heures de prestation à répartir entre les psychologues conventionné·es selon les besoins identifiés localement. Cette réforme introduit également des fonctions collectives (prévention, sensibilisation, travail en réseau) qui ne sont pas rémunérées dans les autres secteurs médicaux (INAMI, 2024b).

L'accessibilité financière constitue un autre axe central : les prestations sont proposées à un tarif fixe de 11 euros et

de 4 euros pour les bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM). Depuis 2024, les jeunes jusqu'à 23 ans inclus ne paient plus aucun ticket modérateur, ce qui lève tout frein financier à l'accès pour cette tranche d'âge. L'accès est direct, sans prescription médicale, ce qui simplifie les démarches et abaisse le seuil d'entrée dans les soins (INAMI, 2024b).

1.2. L'évaluation de la réforme

L'évaluation de la pertinence ou de l'efficacité d'une offre de soins ne peut se faire sans tenir compte des besoins réels de la population, qui varient considérablement selon les sous-groupes sociaux, économiques et géographiques. Les recherches antérieures du service d'études de la MC, notamment celle menée en collaboration avec Sciensano dans le cadre de l'enquête BELHEALTH, l'ont démontré à de nombreuses reprises que les femmes, les jeunes adultes, les personnes en situation de pauvreté, ainsi que les personnes racisées présentent des besoins en santé mentale nettement plus importants que d'autres sous-groupes. C'est également dans ces sous-groupes qu'on retrouve le plus de personnes avec des besoins non rencontrés, en raison des nombreux freins à l'accès aux soins (Noirhomme, 2022; Noirhomme, Dispas, & Smith, 2023).

Dans cette étude, nous utilisons les données de l'**Enquête de santé par interview** de Sciensano (2018), qui permet d'estimer la proportion de la population présentant une probabilité de détresse psychologique à l'aide du score GHQ 2+ (*General Health Questionnaire*). En 2018, 33% des répondant·es en Belgique dépassaient ce seuil, ce qui indique une **vulnérabilité psychologique significative** au sein de la population. Bien qu'il ne constitue pas un diagnostic clinique, ce score permet d'identifier les personnes susceptibles d'avoir besoin d'un soutien psychologique et offre un outil précieux pour comparer les niveaux de détresse entre différents sous-groupes de la population.

Ainsi, la probabilité de détresse psychologique est plus élevée chez les femmes (38%) que chez les hommes (27%). Les écarts sont également marqués selon le niveau de revenu : 45% des personnes appartenant au quintile de revenu le plus faible présentent une détresse psychologique, contre seulement 27% dans le quintile le plus élevé. L'âge constitue un autre facteur différenciant : les jeunes adultes

2 Les interventions communautaires, introduites dans le cadre de la convention à partir de 2024, consistent en des séances de groupe organisées selon les besoins identifiés au sein d'une communauté, avec ou sans demande explicite de soins. Axées sur la résilience, l'autosoin et la psychoéducation, ces interventions ne donnent toutefois pas lieu à un enregistrement individuel des participant·es, ce qui limite la possibilité d'en évaluer l'impact dans le cadre de cette étude.

3 Anciennement « soins psychologiques spécialisés ».

(25-34 ans) sont les plus touchés (39%) tandis que les personnes âgées de 65 à 74 ans le sont dans une moindre mesure (23%). Par ailleurs, la répartition géographique de la population elle-même est inégale, ce qui entraîne des besoins très différenciés selon les territoires : les taux les plus élevés sont observés à Bruxelles (39%), dans le Hainaut (38%) et à Liège (38%), tandis que des provinces comme le Brabant flamand et la Flandre occidentale affichent des taux plus faibles (27%).

Ces écarts soulignent l'importance d'une planification territorialisée et proportionnée de l'offre, alignée sur les besoins réels des populations locales. Cette attention, au cœur de la philosophie de la convention SPPL, constitue un cadre de référence important pour notre évaluation du dispositif.

2. Méthode

2.1. Données de recours

L'analyse porte sur le recours à l'ensemble des **soins de santé mentale remboursés par l'assurance obligatoire soins de santé (AO)**, tels qu'enregistrés par la MC dans le cadre de son rôle de co-gestionnaire de l'AO. Les données ont été extraites le 23 juin 2025. Elles comprennent :

- **Les soins aigus** : hospitalisations psychiatriques (classiques, de jour et de nuit, en hôpital psychiatrique ou en service psychiatrique d'un hôpital général), soins urgents (intervention d'un-e psychiatre aux urgences, admission dans le service d'un établissement psychiatrique d'urgence ou pour administration d'antidépresseurs par perfusion), interventions des équipes mobiles ;
- **Les soins de réhabilitation/rééducation et soins résidentiels** : programmes de rééducation ambulatoire ou résidentielle (pour les personnes souffrant de psychose, d'alcoolisme, de toxicomanie, et/ou nécessitant une réinsertion psychosociale), suivis en Centre de Réadap-

tation Ambulatoire (CRA), projets de soutien aux personnes âgées avec besoins complexes, séjours en initiatives d'habitation protégée (IHP) ou maisons de soins psychiatriques (MSP) ;

- **Le recours aux médicaments psychotropes** qui, lorsqu'ils sont délivrés sous prescription, sont toujours remboursés par l'AO : antidépresseurs et antipsychotiques délivrés en pharmacie publique ou hospitalière, sans limite de dose journalière définie (DDD⁴) ;
- **Le suivi ambulatoire** : consultations, psychothérapies ou concertations avec un-e psychiatre, ainsi que les séances chez un-e psychologue/orthopédagogue conventionné-e (SPPL). Sont également inclus les soins partiellement remboursés par l'**assurance complémentaire (AC)** de la MC, notamment les séances de psychologie⁵ chez des prestataires non conventionnés.

2.1.1. Pondération et extrapolation des données de recours

Cette étude repose sur les données des **4,6 millions de membres de la MC**, qui représentent environ **40% de la population belge**. Une méthodologie de pondération est appliquée visant à corriger les biais d'échantillonnage afin de produire des résultats représentatifs de la population belge.

La pondération est effectuée en comparant la distribution des membres de la MC avec celle de la population belge, telle que fournie par l'Agence Intermutualiste (AIM). Cette comparaison est effectuée pour **chaque combinaison de modalités sociodémographiques** (catégorie d'âge, sexe, province, statut BIM), et ce pour chaque année d'analyse⁶. Cela permet d'estimer un poids d'ajustement pour chaque combinaison. Les poids ainsi obtenus sont ensuite appliqués à chaque observation (en fonction de la combinaison à laquelle elle appartient), afin de produire des indicateurs pondérés.

Lorsque les données sont présentées en volume (nombre de patient-es ou de prestations), les indicateurs pondérés sont extrapolés à la population belge en multipliant les indicateurs pondérés par le ratio entre la population de référence (population belge⁷) et la population observée (population MC). Cette approche permet de produire des

4 La DDD, *defined daily dose* ou, littéralement, dose journalière définie, est la dose d'entretien moyenne présumée par jour pour un médicament utilisé dans son indication principale chez l'adulte.

5 Les conditions d'octroi de l'intervention financière diffèrent en fonction de la mutualité d'affiliation. Pour les Mutualités chrétiennes flamandes, plus d'informations sur www.cm.be/nl/diensten-en-voordelen/geestelijke-gezondheid. Pour les Mutualités chrétiennes francophones ou germanophones, plus d'informations sur www.mc.be/fr/avantages-remboursements/psychologie-sexologie.

6 À noter : pour l'année 2024, les données de population de l'AIM n'étant pas encore disponibles au moment de l'analyse, la pondération a été réalisée à partir des données de l'année 2023.

7 Pour être au plus proche de la réalité, l'extrapolation du nombre de personnes détenues incluses dans la convention SPPL a été réalisée sur base des chiffres exacts de la population carcérale féminine et masculine en Belgique en 2024 (Prison Insider, 2024).

estimations robustes, comparables entre sous-groupes, et représentatives de la population cible.

2.1.2. Limites des données de recours

Les données de recours aux soins permettent d'estimer le pourcentage de personnes ayant bénéficié de soins de santé mentale **remboursés**. Cette approche présente toutefois des limites qu'il convient d'expliciter.

Tout d'abord, les soins non remboursés par l'AO ne sont pas enregistrés. C'est le cas de certains médicaments psychotropes délivrés en ambulatoire (comme les benzodiazépines/anxiolytiques), des séances de psychologie en pratique privée hors convention, pour lesquelles les membres n'ont pas sollicité l'intervention de l'AC de la MC, ou n'y étaient pas éligibles. Cela peut entraîner une sous-estimation du recours réel aux soins de santé mentale.

Ensuite, en ce qui concerne les médicaments psychotropes, les données se basent sur les délivrances, mais il n'est pas possible de savoir si les médicaments ont effectivement été utilisés par les patient-es, ce qui pourrait entraîner une surévaluation du recours.

Enfin, les données relatives aux prestations de 2024 et 2025 reflètent l'état des informations disponibles lors de l'extraction. Elles peuvent évoluer, notamment en raison de délais de facturation (pour les soins en tiers payant⁸, comme c'est le cas de la convention) ou parce que les demandes de remboursement n'ont pas encore été introduites par les patient-es, pour les soins où le tiers payant n'est pas appliqué. Ces éléments peuvent entraîner une légère sous-estimation.

2.2. Variables socio-démographiques

L'analyse repose sur un ensemble de variables permettant de mieux comprendre les profils des bénéficiaires et d'affiner l'analyse des inégalités sociales de santé mentale, en mettant en lumière les écarts de recours aux soins et les besoins spécifiques de certains sous-groupes :

- **Tranches d'âge** : 0-19 ans, 20-29 ans, 30-44 ans, 45-64 ans, 65-79 ans, plus de 80 ans ;

- **Statut BIM** : attribué aux personnes à faibles revenus ou en situation de vulnérabilité sociale, il donne droit à un remboursement plus élevé des soins de santé et est utilisé ici comme proxy pour identifier les publics en situation de précarité socio-économique ;
- **Sexe** : femmes, hommes ;
- **Région et province** : déterminées à partir du code INS de domiciliation ;
- **Statut socio-professionnel** : employé-es, ouvrier-es, indépendant-es et fonctionnaires. Déterminée à partir du code qualité⁹, cette catégorisation comprend également les personnes en arrêt ou au chômage ;
- Catégories spécifiques également identifiées via le code qualité :
 - **Enfants placés ou confiés** : souvent confrontés à des situations de rupture familiale, d'instabilité ;
 - **Personnes détenues** : présentant une prévalence élevée de troubles psychiques, souvent non traités ou insuffisamment pris en charge (Unia & Conseil central de surveillance pénitentiaire (CCSP), 2025; Mistiaen, et al., 2017) ;
- Autres statuts spécifiques (au moins un jour durant l'année considérée) :
 - Personnes au **chômage**, en **incapacité de travail primaire** (moins d'un an d'incapacité), en **invalidité** (plus d'un an d'incapacité) et bénéficiaires du **revenu d'intégration sociale** (RIS) ou de la **garantie de revenu aux personnes âgées** (GRAPA).

2.3. Sources complémentaires pour l'analyse des besoins et de l'offre

En complément des données de remboursement, d'autres sources ont été mobilisées pour analyser les besoins et l'offre de soins en santé mentale :

- **Enquête de santé de Sciensano** (2018) : proportion de la population présentant une détresse psychologique ;
- **Dashboard Mental Health Care (MHC)** : offre de prestataires actif-ves dans le cadre de la convention, consultée en juin 2025 (Collège Intermutualiste National, 2025) ;
- **Statistiques annuelles des professionnel·les des soins de santé en Belgique** (SPF Santé publique, 2025) : nombre de psychologues et d'orthopédagogues clinicien·nes en droit d'exercer au 31 décembre 2024.

⁸ Le tiers payant permet à la personne soignée de ne payer que sa part personnelle. L'AO rembourse directement le ou la prestataire, sans avance de frais pour le ou la patiente.

⁹ Le code qualité est un code d'assurabilité attribué par les mutualités à chaque affilié-e. Il reflète la situation administrative et professionnelle de la personne au regard de l'assurance obligatoire soins de santé.

2.4. Axes d'analyse

L'analyse repose sur plusieurs axes complémentaires, permettant de croiser les dynamiques de recours, d'offre et de besoins :

- **Recours global aux soins de santé mentale** : évolution du pourcentage de la population belge bénéficiant d'un remboursement pour des soins en santé mentale entre 2010 et 2024 ;
- **Offre de soins dans le cadre de la convention SPPL** : évolution du nombre de prestataires conventionné-es, répartition territoriale, diversifications des lieux et des modalités de soins ;
- **Recours aux soins dans le cadre de la convention SPPL** : évolution du recours, profils sociodémographiques des bénéficiaires et répartition des patient-es selon la fonction, le réseau et le lieu de soins ;
- **Nombre de séances dans le cadre de la convention SPPL** : nombre de séances par patient-e sur une période de douze mois suivant la première séance, selon l'année de début du trajet. Sont inclus-es uniquement les patient-es dont la première séance a eu lieu avant le 31 mars 2024, afin de garantir une période d'observation complète¹⁰ ;
- **Trajectoires de soins en santé mentale** :
 - **Avant l'entrée dans la convention** : type de soins reçus au cours des deux années précédant la première séance, évolution sur la période 2019-2024 et profils sociodémographiques associés (2024). Sont inclus-es uniquement les patient-es affilié-es de manière continue à la MC pendant l'année de début du trajet et les deux années précédentes ;
 - **Pendant et après le trajet conventionné** : évolution des types de soins reçus pendant et après le trajet. Sont inclus-es uniquement les patient-es ayant entamé leur trajet entre le 1^{er} janvier et le 15 décembre 2023, afin de garantir une période d'observation de 18 mois après la première séance, et affilié-es de manière continue à la MC pendant toute cette période.

3. Résultats

3.1. Recours global aux soins de santé mentale

3.1.1. Recours à l'ensemble des soins de santé mentale

Entre 2010 et 2024, la proportion de la population belge ayant bénéficié d'un remboursement pour des soins de santé mentale est passée de 14,7% à 18,4% (voir Figure 1). Cette progression reflète plusieurs dynamiques importantes.

Tout d'abord, le recours aux **soins aigus** (hospitalisations psychiatriques, soins urgents, équipes mobiles) et/ou aux soins de revalidation/rééducation ou résidentiels (IHP, MSP, programmes spécialisés), sans suivi ambulatoire (consultations psychologiques ou psychiatriques), concerne une part très limitée de la population, stable sur l'ensemble de la période (0,4%). Ces formes de prise en charge sont généralement réservées aux situations les plus complexes ou sévères¹¹.

En revanche, les **médicaments psychotropes** (antidépresseurs et antipsychotiques) représentent la forme de prise en charge la plus fréquente en santé mentale. Leur usage a légèrement augmenté entre 2010 et 2024, passant de 13,2% à 13,6% de la population¹². Toutefois, la proportion de personnes ayant recours exclusivement à ces traitements, sans suivi ambulatoire par un-e professionnel-le de la santé mentale au cours de l'année¹³, diminue légèrement (de 11,2% à 10,2%).

Le pourcentage de la population combinant médicaments et **suivi ambulatoire remboursé** (consultations psychiatriques ou psychologiques) est en effet passé de 2,0% en 2010 à 3,4% en 2024. Par ailleurs, le suivi ambulatoire sans recours aux médicaments connaît une progression marquée, passant de 1,1% à 4,4% sur la même période. Ainsi, la part totale de la population bénéficiant d'un suivi ambu-

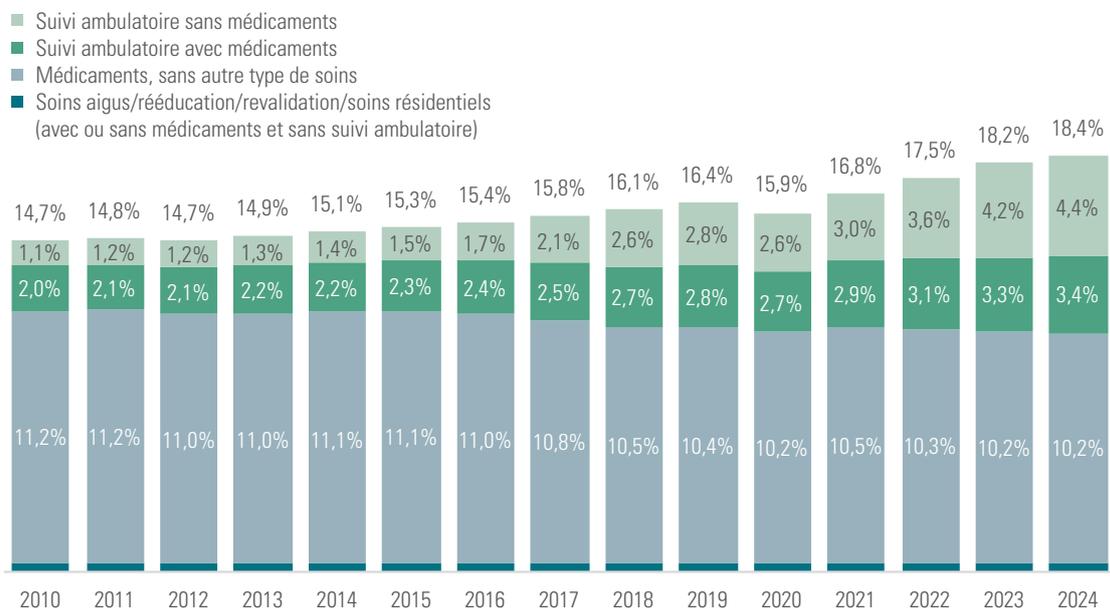
10 Ainsi, bien que la période d'observation disponible pour les patient-es inclus pour l'année 2024 soit bien de 12 mois, la cohorte analysée est plus restreinte (18.074 personnes) comparée à celles de 2022 (42.890) et 2023 (57.541). Cet échantillon reste largement suffisant pour permettre une analyse robuste, d'autant plus que les données ont été pondérées en fonction de la structure de la population belge.

11 Lorsqu'on considère toutes les personnes ayant recours à ce type de soins (avec suivi ambulatoire ou non), on observe que le recours augmente légèrement au cours de la période : de 0,8% à 1,0%.

12 Lorsqu'on inclut également les patient-es ayant des soins aigus et recourant aux médicaments antidépresseurs/antipsychotiques, le pourcentage est un peu plus élevé et passe ainsi de 13,4% en 2010 à 13,8% en 2024.

13 Cette situation concerne davantage certains sous-groupes, notamment les personnes de plus de 55 ans, les femmes et les bénéficiaires de l'intervention majorée, comme le démontre la précédente étude (Noirhomme, Dispas, & Smith, 2023).

Figure 1 : Évolution du pourcentage de la population belge bénéficiant d'un remboursement de soins de santé mentale entre 2010 et 2024 (Source : Données MC pondérées et extrapolées à la population belge)



latoire remboursé en santé mentale est passée de 3,1% en 2010 à 7,8% en 2024.

3.1.2. Recours aux soins de santé mentale ambulatoires

La figure 2 illustre la progression du recours aux soins ambulatoires remboursés en santé mentale entre 2010 et 2024. Alors que 3,1% de la population bénéficiait d'un remboursement pour des consultations psychiatriques et psychologiques en ambulatoire en 2010, cette proportion atteint 7,8% en 2024, traduisant une évolution significative dans l'accès à ces soins.

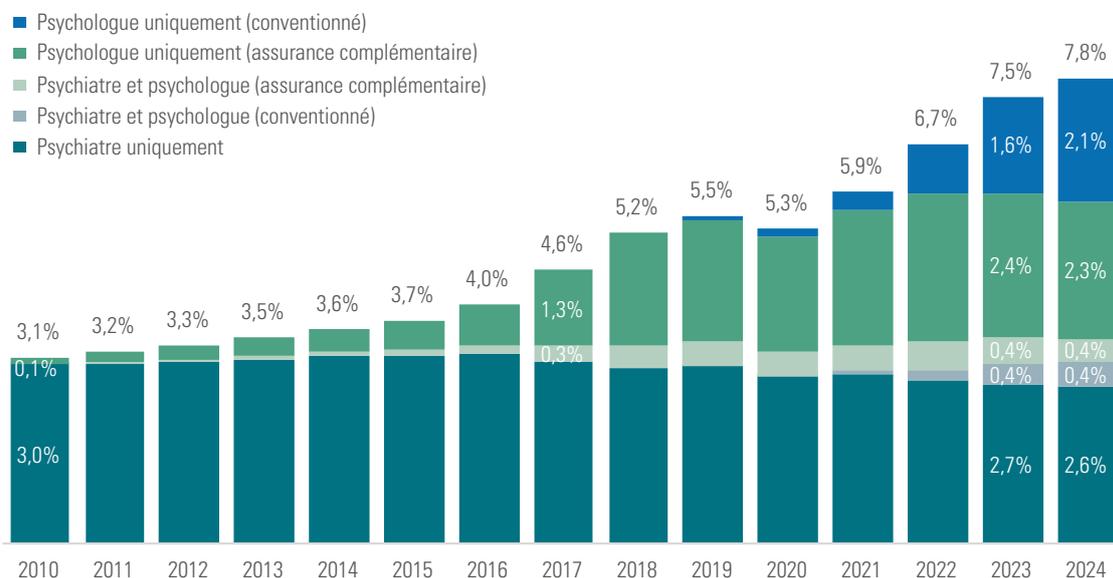
Plus précisément, en 2010, 3,0% de la population avait bénéficié de consultations chez un-e **psychiatre**, tandis que les consultations psychologiques remboursées restaient très marginales (seul 0,1% de la population bénéficiait alors d'un remboursement pour ce type de consultation). Ce pourcentage n'augmente que légèrement avec le

temps : en 2024, 2,6% de la population a eu des consultations uniquement chez un-e psychiatre, et 0,8% a consulté à la fois un-e psychiatre et un-e psychologue, portant à 3,4% la part de la population ayant eu des consultations psychiatriques ambulatoires.

L'augmentation globale s'explique donc principalement par l'introduction du remboursement des **consultations psychologiques**. Tout d'abord, l'intervention de l'AC de la MC permet de couvrir un pourcentage croissant de patient-es : de 0,1% en 2010, avec une augmentation notable en 2017 en raison de la modification des conditions d'accès à cette intervention, jusqu'à 2,7% en 2024. Ensuite, avec l'introduction progressive du conventionnement des psychologues à partir de 2019, une proportion croissante de la population bénéficie d'un suivi auprès d'un-e psychologue conventionné-e¹⁴. En 2024, 2,5% de la population en bénéficie ainsi (2,1% de manière exclusive et 0,4% en combinaison avec un suivi chez le-la psychiatre).

14 Si des patient-es ont, au cours de l'année, à la fois une consultation chez un-e psychologue conventionné-e et une intervention de l'AC, ils-elles sont comptabilisé-es dans la catégorie des consultations chez des psychologues conventionné-es.

Figure 2 : Évolution du pourcentage de la population belge bénéficiant d'un remboursement pour des consultations psychiatriques/psychologiques en ambulatoire entre 2010 et 2024 (Source : Données MC pondérées et extrapolées à la population belge)



3.2. Offre de soins dans le cadre de la convention SPPL

Le *dashboard MHC* relatif à la convention SPPL fournit des données précieuses sur le nombre de patient-es inclus-es et de prestataires conventionné-es (Collège Intermutualiste National, 2025). Cependant, ces données brutes ne permettent pas, à elles seules, une analyse fine du dispositif, si elles ne sont pas mises en perspective avec d'autres indicateurs essentiels, tels que des données démographiques, des éléments relatifs à l'offre globale de soins ou aux besoins en santé mentale.

Sans ces éléments de contexte, toute comparaison entre territoires peut s'avérer trompeuse. Comparer le nombre de psychologues conventionné-es d'un territoire à l'autre n'a que peu de sens si l'on ne tient pas compte du nombre total de professionnel-les en droit d'exercer, de la taille de la population ou encore de l'ampleur des besoins en santé mentale. Une province peut sembler bien dotée en nombre de prestataires, mais présenter une couverture faible des besoins si sa population est importante ou si les besoins y sont particulièrement élevés. À l'inverse, une province avec un petit nombre de prestataires peut afficher de bons

indicateurs si la demande y est plus faible. Toute analyse pertinente doit donc croiser plusieurs dimensions : l'offre, la population de référence et les indicateurs de besoin.

Au niveau national, on observe une progression marquée du nombre de prestataires actif-ves dans le cadre de conventions SPPL, passant de **2.361 en décembre 2022 à 6.123 en décembre 2024**, soit une hausse de 160% (Collège Intermutualiste National, 2025). Dans le même temps, le nombre total de psychologues et d'orthopédagogues en droit d'exercer est passé de 16.693 à 21.730 (SPF Santé publique, 2025). Ainsi, la part de professionnel-les conventionné-es a doublé, passant de 14% à 28% en deux ans.

Contrairement aux médecins, qui peuvent choisir librement de conventionner tout ou partie de leur activité (en fixant eux-mêmes le pourcentage de leur pratique qui est soumis aux tarifs conventionnés), les psychologues et orthopédagogues sont conventionné-es pour un nombre d'heures fixé à l'avance. Ainsi, un-e professionnel-le peut être conventionné-e pour un nombre limité d'heures par semaine ou par mois, ce qui ne reflète pas nécessairement l'ensemble de son activité. Il est donc essentiel de compléter l'analyse du nombre de prestataires par des indicateurs

de volume d'activité. Le **nombre de prestations réalisées pour 100 habitant-es** constitue un indicateur clé de l'offre mobilisée, c'est-à-dire de l'activité réellement déployée dans le cadre de la convention. À l'échelle nationale, cet indicateur s'élève à 14 prestations pour 100 habitant-es.

Pour affiner l'analyse, trois indicateurs complémentaires sont donc mobilisés:

- **L'indicateur de besoin**, issu de l'Enquête de santé de Sciensano (2018), reflète la proportion de la population en probable détresse psychologique (seuil GHQ 2+). Il permet d'estimer la demande potentielle en soins psychologiques.
- **L'indicateur d'offre**, défini comme le nombre de prestations réalisées pour 100 habitant-es, permet d'évaluer l'intensité de l'activité conventionnée sur un territoire, c'est-à-dire l'offre effectivement mobilisée.
- **L'indicateur de recours**, qui correspond à la part de la population ayant eu accès à au moins une prestation dans le cadre de la convention, renseigne sur l'accessibilité effective du dispositif.

3.2.1. Disparités territoriales

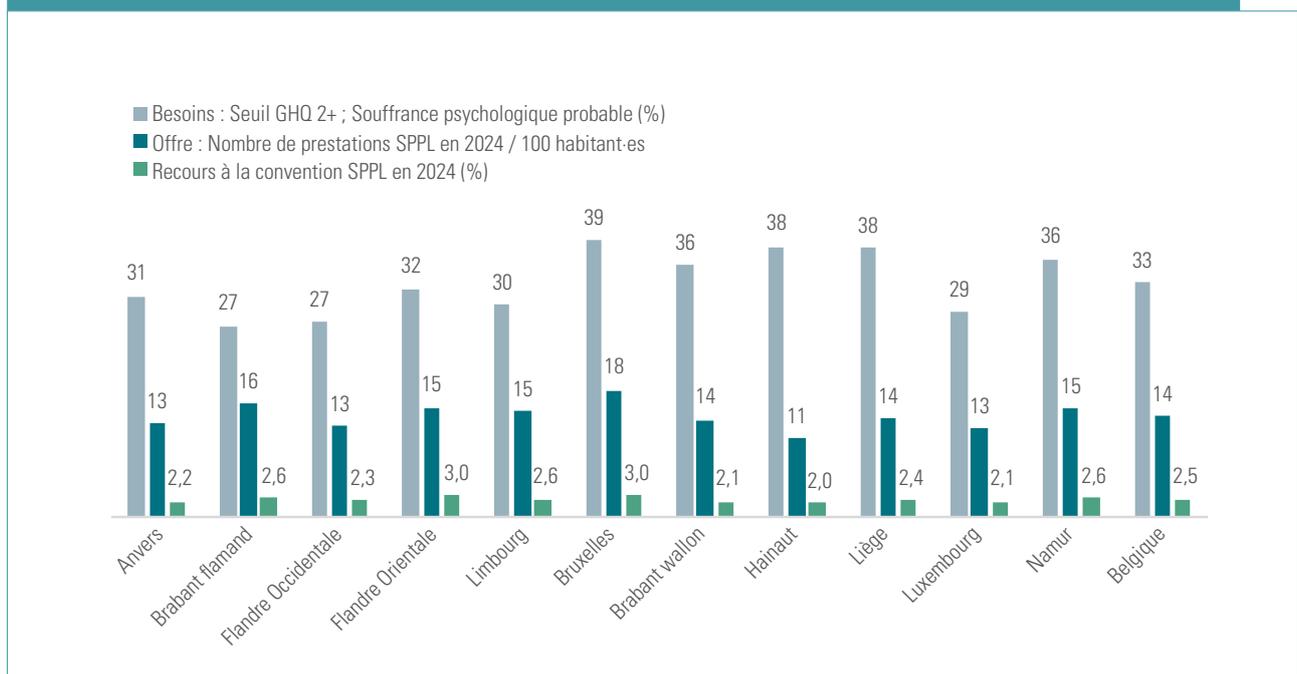
Les écarts entre provinces sont significatifs, tant en termes de besoins en santé mentale que de mobilisation effective du dispositif. Bruxelles présente l'un des niveaux de détresse psychologique les plus élevés du pays, avec

39% de la population dépassant le seuil GHQ 2+. La densité de prestataires y est la plus élevée du pays : en 2024, on y trouve 900 prestataires conventionné-es, soit 79 prestataires pour 100.000 habitant-es (voir Figure 3 et Annexe 1 pour l'ensemble des données détaillées). Le pourcentage de professionnel-les en droit d'exercer qui sont conventionné-es y atteint 40%. Dans ce contexte, le nombre de prestations réalisées pour 100 habitant-es atteint 18 (indicateur d'offre), ce qui reflète une forte mobilisation du dispositif. Le recours est également important : 3,0% de la population bruxelloise a eu accès à au moins une prestation dans le cadre de la convention en 2024.

Le Brabant flamand, à l'inverse, affiche les besoins les plus faibles du pays, avec 27% de la population dépassant le seuil GHQ 2+. L'offre y est pourtant notable, avec 909 prestataires conventionné-es en 2024 (soit 77 prestataires pour 100.000 habitant-es), bien que seuls 30% des professionnel-les en droit d'exercer y soient conventionné-es. Le nombre de prestations pour 100 habitant-es y est ainsi élevé (16), ce qui témoigne d'une offre bien activée. Le recours est également important : 2,6% de la population a bénéficié d'une prise en charge dans le cadre de la convention.

À l'inverse, certaines provinces présentent une mobilisation plus limitée du dispositif, malgré des besoins importants. Le Hainaut, par exemple, affiche un taux de détresse psychologique élevé, avec 38% de la population dépassant

Figure 3 : Comparaison entre les besoins, l'offre et le recours à la convention SPPL en 2024 par province (Sources : Données MC pondérées et extrapolées à la population belge et Enquête de santé 2018 de Sciensano)



le seuil GHQ 2+. Pourtant, en 2024, le nombre de prestations réalisées pour 100 habitant-es y est le plus faible du pays (11), ce qui suggère une mobilisation restreinte de l'offre conventionnée. La province ne compte que 451 prestataires conventionné-es, soit 34 pour 100.000 habitant-es – la densité la plus basse du pays – et seul-es 29% des professionnel-les en droit d'exercer y sont conventionné-es. Malgré cela, le nombre moyen de prestations par prestataire est le plus élevé (324, voir Annexe 1), ce qui pourrait indiquer une forte charge de travail ou un volume horaire conventionné plus important par professionnel-le. Le recours reste limité : seulement 2,0% de la population a eu accès à des soins dans le cadre de la convention, bien en dessous de la moyenne nationale. Cette situation souligne un déséquilibre entre les besoins exprimés et la capacité du dispositif à y répondre.

Ces indicateurs d'offre et de recours peuvent également être mis en relation avec le **pourcentage du budget de soins effectivement utilisé** par province. Certaines provinces, comme la Flandre occidentale (113%) ou le Brabant wallon (110%), ont dépassé leur enveloppe initiale, traduisant une forte mobilisation du dispositif (voir Annexe 1). À l'inverse, d'autres provinces, comme le Luxembourg (76%) ou le Hainaut (83%), n'ont pas consommé l'entièreté de leur budget. Dans des territoires comme le Hainaut, où les besoins sont élevés mais l'offre conventionnée reste limitée, cette situation révèle une marge de manœuvre importante : le budget est disponible, mais les conditions pour le mobiliser pleinement – notamment en termes de nombre de prestataires – ne sont pas encore réunies.

3.2.2. Spécialisation des prestataires

Depuis 2021, on observe une évolution marquée dans la répartition des prestataires conventionné-es entre les réseaux pour enfants et adolescent-es et les réseaux pour adultes. La part des prestataires actif-ves dans les réseaux pour enfants et adolescent-es est passée de 34% en 2021 à 54% en 2024, tandis que celle des réseaux pour adultes a diminué de 93% à 67% sur la même période¹⁵. À l'échelle de la Belgique, on recense, fin 2024, 3.333 prestataires conventionné-es dans des réseaux pour enfants. Parallèlement, 4.123 prestataires sont actif-ves dans des réseaux adultes. Lorsqu'on rapporte ces chiffres à la population selon les tranches d'âge, on observe une densité plus élevée de prestataires pour les enfants et adolescent-es : 105

prestataires pour 100.000 jeunes âgés de 0 à 24 ans, contre 50 pour 100.000 adultes de 25 ans et plus.

Cette tendance reflète une réorientation progressive des ressources vers la population jeune, en cohérence avec une approche populationnelle et l'intention politique d'investir davantage dans la prévention et l'intervention précoce. En dotant les réseaux pour enfants et adolescent-es d'une densité de prestataires proportionnellement plus élevée, les acteur-rices de terrain traduisent concrètement cette priorité, avec l'objectif de réduire l'impact à long terme des troubles psychiques en intervenant dès leurs premières manifestations.

3.2.3. Type de soins

En 2022, la majorité des soins prestés dans le cadre de la convention étaient réalisés au cabinet du/de la prestataire (78%), tandis que les prestations dans les lieux d'accroche ne représentaient que 8% (voir Tableau 1). Cette tendance s'est inversée progressivement : en 2024, les soins au cabinet ne représentent plus que 58% des prestations, alors que les prestations dans les lieux d'accroche atteignent 22%, traduisant une diversification des modalités de prise en charge. Les soins en groupe ont également augmenté (de 2% à 7%), tout comme les prestations à distance et à domicile, qui restent toutefois marginales. Les prestations liées au trajet restent stables autour de 7-8%.

La fonction de soutien psychologique de première ligne, historiquement dominante (68% en 2022), a légèrement reculé au profit de la fonction de traitement (34% des prestations en 2024). La part des soins prestés dans des réseaux pour adultes, quant à elle, diminue progressivement (de 79% à 68%), tandis que celle des réseaux pour enfants augmente (de 21% à 32%).

En 2024, la répartition des lieux de soins varie fortement selon les provinces (voir Annexe 2), avec des provinces où les prestations dans les lieux d'accroche constituent une plus grande part des soins (40% dans la province de Luxembourg) et à l'inverse d'autres où ces prestations sont moins courantes (dans le Brabant flamand, seules 15% des prestations ont lieu dans les lieux d'accroche). Concernant les fonctions, la fonction de soutien psychologique de première ligne domine dans toutes les provinces, mais avec des variations : elle représente une plus grande

15 Il est important de noter qu'un-e même prestataire peut être conventionné-e dans les deux types de réseaux.

Tableau I : Évolution entre 2022 et 2024 de la répartition des prestations selon les lieux de soins, les fonctions et les réseaux (Source : Données MC pondérées et extrapolées à la population belge)

| | | 2022 | 2023 | 2024 |
|----------------|---------------------------------|------|------|------|
| Lieux de soins | Consultation au cabinet | 78% | 67% | 58% |
| | Consultation en lieu d'accroche | 8% | 14% | 22% |
| | Séance de groupe | 2% | 5% | 7% |
| | Consultation à distance | 3% | 3% | 3% |
| | Consultation à domicile | 2% | 3% | 2% |
| | Prestations trajet | 7% | 8% | 7% |
| Fonction | Soutien | 68% | 58% | 59% |
| | Traitement | 25% | 35% | 34% |
| | Autres | 7% | 7% | 7% |
| Réseau | Adultes | 79% | 71% | 68% |
| | Enfants et adolescent-es | 21% | 29% | 32% |

part des soins à Bruxelles (66%) et la province de Liège (64%), tandis que la fonction de traitement représente une plus grande part des soins à Anvers, en Flandre occidentale et dans le Brabant flamand (40%), en comparaison avec d'autres provinces comme la Flandre orientale (28%).

3.3. Recours aux soins dans le cadre de la convention SPPL

3.3.1. Évolution du recours

Selon le *dashboard MHC*, le nombre de patient-es inscrit-es dans la convention SPPL a fortement augmenté ces dernières années : 2.058 en 2021¹⁶, 115.416 en 2022, 222.153 en 2023 et 284.733 en 2024 (Collège Intermutualiste National, 2025). Ces chiffres donnent une indication précieuse de l'ampleur du recours au dispositif. Ils reposent toutefois sur une définition spécifique : est considéré-e comme « patient-e actif-ve » toute personne inscrite dans un réseau et ayant participé à au moins une séance. Cette inscription est valable pour une durée maximale d'un an à partir de la date d'inscription, ce qui rend difficile l'analyse du recours sur base annuelle.

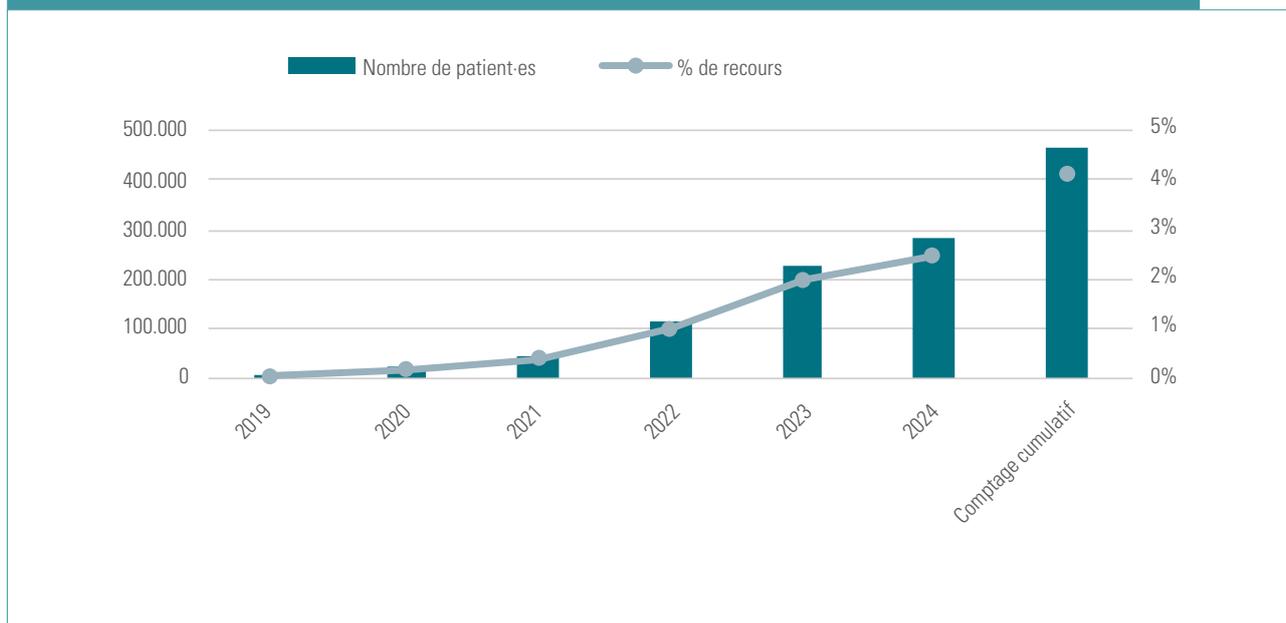
Pour pouvoir estimer un taux de recours – c'est-à-dire la proportion de la population ayant eu accès à la convention au cours d'une année donnée – il est toutefois également important de disposer de données structurées par année civile afin de pouvoir les rapporter à la population générale ainsi qu'à ses différentes catégories sociodémographiques. C'est ce que permet l'approche mobilisée dans cette étude, à partir des données de la MC extrapolées à l'ensemble de la Belgique. Selon cette méthode, le nombre de bénéficiaires est passé de 6.387 en 2019 à 282.937¹⁷ en 2024, soit un **taux de recours qui augmente de 0,1% à 2,5%** (voir Figure 4).

Au total, depuis le lancement de la convention, 466.082 personnes différentes y ont eu recours, soit environ 4,1% de la population belge (voir Figure 4, « comptage cumulatif »). Cette donnée cumulative permet d'apprécier l'ampleur globale du recours à la convention SPPL sur l'ensemble de la période, au-delà des évolutions annuelles.

16 Les données les plus anciennes enregistrées dans le *Dashboard MHC* datent du 5/10/2021.

17 Très proche du chiffre du *Dashboard MHC* pour la même année, ce qui confirme la cohérence globale des estimations.

Figure 4 : Évolution du nombre et du pourcentage de personnes à avoir recours à la convention SPPL au sein de la population belge entre 2019 et 2024
(Source : Données MC pondérées et extrapolées à la population belge)



3.3.2. Caractéristiques socio-démographiques

La figure 5 présente les taux de recours à la convention SPPL en 2024 pour différents sous-groupes de la population belge. Ces résultats mettent en évidence des disparités importantes selon l'âge, le sexe, le statut socio-économique, la région de résidence et certaines situations spécifiques.

Les taux de recours sont plus élevés chez les jeunes adultes (3,7% des 20-29 ans y ont recours) et les 0-19 ans (3,3%), tandis qu'ils diminuent nettement avec l'âge (0,7% chez les 65-79 ans et 0,5% chez les 80 ans et plus). Les femmes (3,2%) recourent davantage au dispositif que les hommes (1,8%). Le statut BIM est également associé à un recours plus élevé (3,1% contre 2,3% pour les personnes non-BIM¹⁸). Par ailleurs, la proportion de BIM parmi les utilisateur-rices du dispositif est restée relativement stable entre 2019 et 2024, oscillant entre 25% et 26% chaque année. Ce chiffre est nettement supérieur à la proportion de BIM dans la population belge en 2023 (20%), ce qui confirme une utilisation plus fréquente du dispositif par les personnes en situation socio-économique plus précaire, sans pour autant indiquer une évolution marquée dans le profil des usager-es au fil du temps.

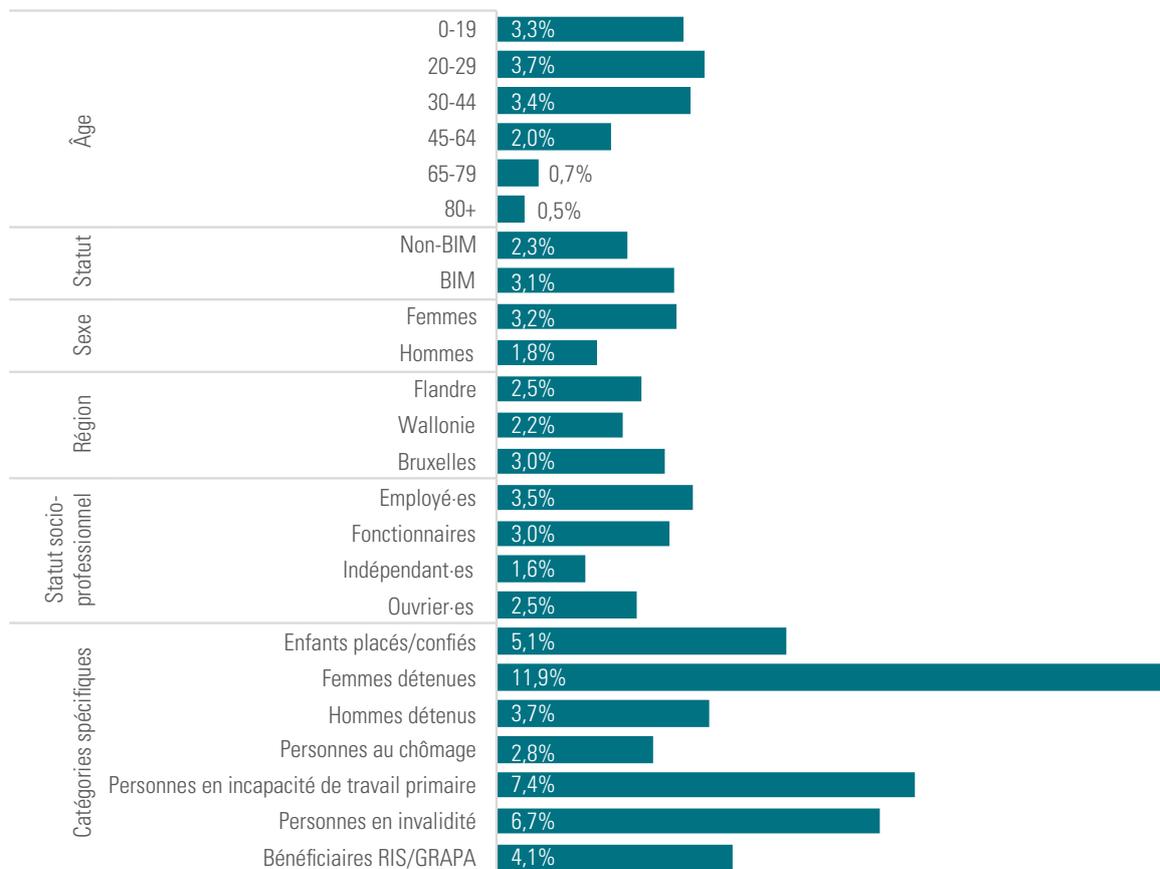
Des écarts apparaissent aussi selon la région, avec un recours légèrement plus élevé à Bruxelles (3,0%) qu'en Flandre (2,5%) et en Wallonie (2,2%). Du côté des statuts socio-professionnels, les employé-es (3,5%) et les fonctionnaires (3,1%) présentent des taux de recours plus élevés que les indépendant-es (1,6%) ou les ouvrier-es (2,5%).

Certains sous-groupes spécifiques présentent des taux de recours particulièrement élevés, comme les femmes détenues (11,9%), les personnes en incapacité de travail primaire (7,4%) ou en invalidité (6,7%). Les enfants placés ou confiés (5,1%) affichent également un taux important, ce qui témoigne d'une pénétration relativement forte du dispositif auprès de publics en situation de vulnérabilité ou de fragilité sociale. En revanche, les personnes au chômage (2,8%) présentent un taux de recours légèrement supérieur à la moyenne nationale, mais qui pourrait rester en deçà des besoins réels, suggérant un accès encore partiel pour ce groupe.

Les données détaillées, incluant le nombre brut de patient-es et leur évolution dans le temps, sont disponibles en annexe 3.

¹⁸ Après standardisation de deux critères influençant le recours, l'âge et le sexe, l'impact du statut BIM sur le recours persiste. Ainsi, à âge et sexe égal (population de référence : membres de la MC 2024), 3,3% des BIM ont eu recours à la convention SPPL en 2024, contre 2,3% des personnes non-BIM.

Figure 5 : Pourcentage de personnes ayant eu recours à la convention SPPL parmi les différents sous-groupes de la population belge en 2024 (Source : Données MC pondérées et extrapolées à la population belge)



3.3.3. Type de soins

L'analyse de la répartition du recours à la convention entre 2022 et 2024 selon la fonction, le réseau et le lieu de prestation met en évidence plusieurs évolutions dans la structuration de l'offre (voir Tableaux 2 et 4).

Fonction

La majorité des bénéficiaires sont pris-es en charge dans le cadre de la fonction de soutien psychologique de première ligne, bien que cette part diminue progressivement (de 74% en 2022 à 66% en 2024, voir Tableau 2). En parallèle, la part des personnes suivies dans le cadre de la fonction de traitement des problèmes légers à modérés augmente (de 11% à 14%), tout comme celle des personnes bénéficiant des deux fonctions (de 16% à 20%). Cette évolution suggère une diversification progressive des modalités de

prise en charge, avec un recours croissant à des suivis plus intensifs ou combinés.

Le tableau 3 détaille la répartition des bénéficiaires de la convention en 2024 selon la fonction de soins et les caractéristiques socio-démographiques, révélant des disparités selon les profils. Les personnes en invalidité recourent davantage aux suivis combinés (28%) et à la fonction de traitement (20%), ce qui peut indiquer des besoins plus complexes. Une tendance comparable est observée chez les personnes en incapacité de travail primaire (24% en suivi combiné) et chez les BIM (23% ont un suivi combiné, contre 19% des non-BIM).

À l'inverse, les bénéficiaires du RIS ou de la GRAPA sont plus souvent orientés vers la fonction de soutien (68%), tout comme les personnes au chômage (67%), ce qui pour-

Tableau 2 : Nombre de personnes ayant recours à la convention SPPL entre 2022 et 2024 et répartition selon la fonction (Source : Données MC pondérées et extrapolées à la population belge)

| | 2022 | | 2023 | | 2024 | |
|---------------------------|---------|-------------|---------|-------------|---------|-------------|
| | N | Répartition | N | Répartition | N | Répartition |
| Soutien | 83.767 | 74% | 150.579 | 67% | 185.871 | 66% |
| Traitement | 12.186 | 11% | 32.295 | 14% | 39.715 | 14% |
| Les deux fonctions | 17.625 | 16% | 43.320 | 19% | 57.351 | 20% |
| Total | 113.578 | 100% | 226.194 | 100% | 282.937 | 100% |

Tableau 3 : Nombre de personnes ayant recours à la convention SPPL en 2024 et répartition selon la fonction et les caractéristiques socio-démographiques (Source : Données MC pondérées et extrapolées à la population belge)

| | | N | | | Répartition | | |
|-----------------------------------|--|---------|------------|--------------------|-------------|------------|--------------------|
| | | Soutien | Traitement | Les deux fonctions | Soutien | Traitement | Les deux fonctions |
| Population belge | | 185.871 | 39.715 | 57.351 | 66% | 14% | 20% |
| Âge | 0-19 | 57.835 | 10.751 | 14.797 | 69% | 13% | 18% |
| | 20-29 | 32.740 | 6.736 | 9.550 | 67% | 14% | 19% |
| | 30-44 | 47.636 | 11.154 | 16.285 | 63% | 15% | 22% |
| | 45-64 | 36.774 | 9.315 | 13.647 | 62% | 16% | 23% |
| | 65-79 | 8.329 | 1.494 | 2.478 | 68% | 12% | 20% |
| | 80+ | 2.558 | 264 | 593 | 75% | 8% | 17% |
| Statut | Non-BIM | 139.758 | 29.541 | 40.773 | 67% | 14% | 19% |
| | BIM | 46.114 | 10.174 | 16.577 | 63% | 14% | 23% |
| Sexe | Femmes | 118.177 | 26.548 | 39.201 | 64% | 14% | 21% |
| | Hommes | 67.695 | 13.167 | 18.150 | 68% | 13% | 18% |
| Région | Flandre | 111.286 | 30.674 | 28.579 | 65% | 18% | 17% |
| | Wallonie | 51.592 | 7.478 | 20.028 | 65% | 9% | 25% |
| | Bruxelles | 22.909 | 1.556 | 8.716 | 69% | 5% | 26% |
| Statut socio-professionnel | Employé-es | 48.267 | 11.538 | 17.662 | 62% | 15% | 23% |
| | Fonctionnaires | 8.258 | 2.265 | 2.889 | 62% | 17% | 22% |
| | Indépendant-es | 7.091 | 1.605 | 2.264 | 65% | 15% | 21% |
| | Ouvrier-es | 32.115 | 6.776 | 10.000 | 66% | 14% | 20% |
| Catégories spécifiques | Enfants placés/confiés | 698 | 183 | 191 | 65% | 17% | 18% |
| | Personnes détenues | 273 | 51 | 80 | 68% | 13% | 20% |
| | Personnes au chômage | 14.227 | 2.677 | 4.397 | 67% | 13% | 21% |
| | Personnes en incapacité de travail primaire | 23.063 | 4.525 | 8.814 | 63% | 12% | 24% |
| | Personnes en invalidité | 18.056 | 6.726 | 9.608 | 53% | 20% | 28% |
| | Bénéficiaires RIS/GRAPA | 7.056 | 1.030 | 2.254 | 68% | 10% | 22% |

rait indiquer un accès plus limité aux suivis spécialisés ou une absence de transition vers des soins plus approfondis.

L'âge joue également un rôle : les 45-64 ans recourent davantage aux suivis combinés (respectivement 23%) que les plus jeunes (18% des moins de 20 ans) ou les plus âgés (17%). Enfin, des disparités régionales apparaissent : la Wallonie et Bruxelles affichent une part élevée de suivis combinés (25% et 26%) et une faible proportion de personnes à être orientées vers la fonction de traitement uniquement, particulièrement à Bruxelles (5%).

Réseau

La répartition selon le réseau montre une augmentation notable de la part des enfants et adolescent-es, qui passent de 22% des bénéficiaires en 2022 à 32% en 2024 (voir Tableau 4). Cette évolution reflète un renforcement de l'offre à destination des publics jeunes, en réponse à des besoins croissants identifiés dans cette tranche d'âge.

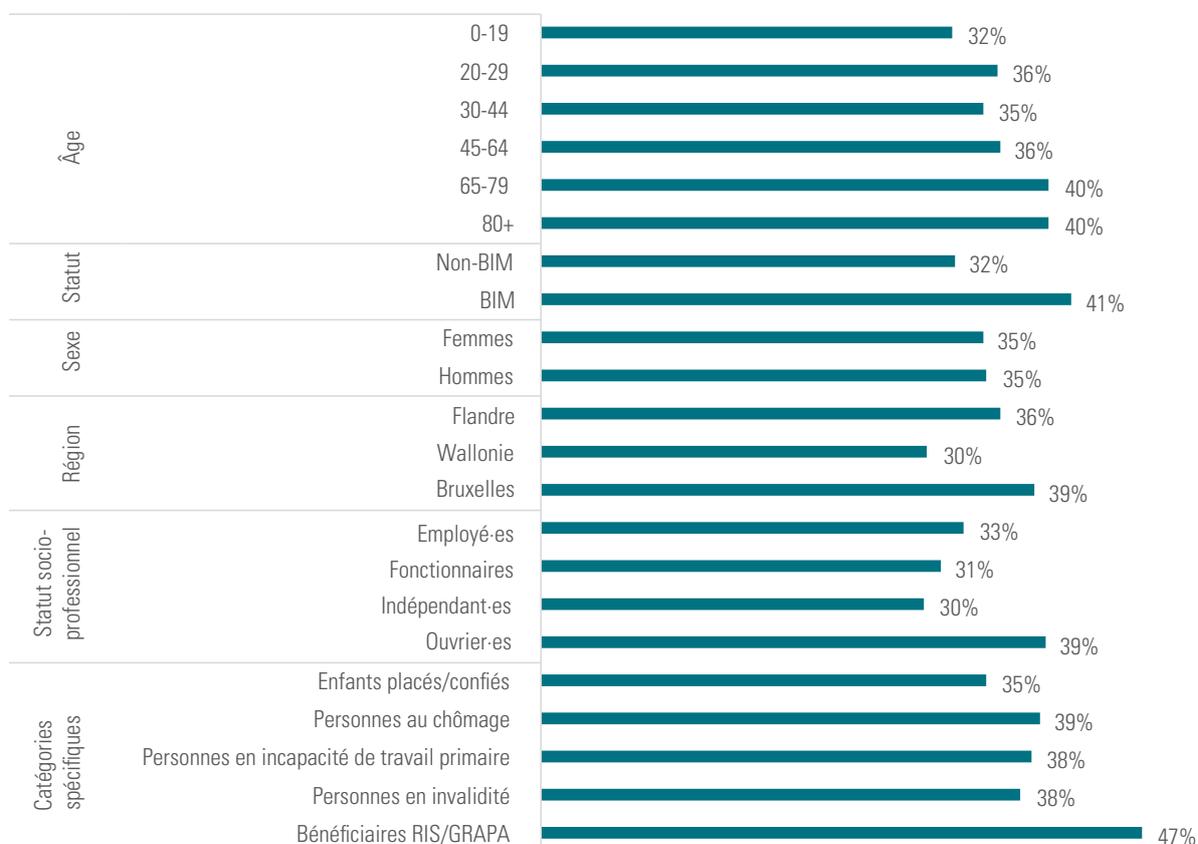
Lieu de prestation

La répartition selon le lieu de prestation indique une transformation importante des modalités d'intervention. Alors que 81% des patient-es avaient uniquement recours aux soins en cabinet en 2022, cette part chute à 51% en 2024. Dans le même temps, les interventions dans des lieux d'accroche deviennent plus fréquentes : 35% des bénéficiaires ont recours en 2024 (et 18% exclusivement), alors que ce n'était le cas que de 13% (et 0,4% exclusivement) en 2022. Ces lieux d'accroche permettent de proposer des soins dans des environnements plus accessibles ou familiers pour les publics éloignés des soins traditionnels. Leur montée en puissance témoigne d'un effort d'adaptation de l'offre aux réalités de terrain et à la diversité des besoins. Les séances de groupe, les interventions à domicile ou à distance, ainsi que les prises en charge dans plusieurs lieux sont également plus fréquentes, traduisant une plus grande flexibilité dans les modalités d'intervention.

Tableau 4 : Nombre de personnes ayant recours à la convention SPPL entre 2022 et 2024 et répartition selon le réseau et le lieu (Source : Données MC pondérées et extrapolées à la population belge)

| | | 2022 | | 2023 | | 2024 | |
|---|-----------------------------|---------|-------------|---------|-------------|---------|-------------|
| | | N | Répartition | N | Répartition | N | Répartition |
| Selon le réseau | Adultes | 88.916 | 78,3% | 161.779 | 71,5% | 193.331 | 68,3% |
| | Enfants et adolescent-es | 24.662 | 21,7% | 64.414 | 28,5% | 89.606 | 31,7% |
| Selon le lieu | Cabinet uniquement | 91.753 | 80,8% | 145.169 | 64,2% | 145.531 | 51,4% |
| | Lieu d'accroche uniquement | 448 | 0,4% | 7.694 | 3,4% | 51.048 | 18,0% |
| | Séance de groupe uniquement | 2.345 | 2,1% | 12.534 | 5,5% | 16.559 | 5,9% |
| | À domicile uniquement | 86 | 0,1% | 1.039 | 0,5% | 3.733 | 1,3% |
| | À distance uniquement | 76 | 0,1% | 826 | 0,4% | 1.806 | 0,6% |
| | Plusieurs lieux | 18.479 | 16,3% | 53.554 | 23,7% | 58.579 | 20,7% |
| | Autre | 390 | 0,3% | 5.377 | 2,4% | 5.679 | 2,0% |
| Selon le lieu (plusieurs lieux possibles) | Cabinet | 110.172 | 97,0% | 198.024 | 87,5% | 199.721 | 70,6% |
| | Lieu d'accroche | 15.048 | 13,2% | 50.788 | 22,5% | 98.245 | 34,7% |
| | Séance de groupe | 2.742 | 2,4% | 17.094 | 7,6% | 28.174 | 10,0% |
| | À domicile | 4.546 | 4,0% | 11.110 | 4,9% | 12.352 | 4,4% |
| | À distance | 7.008 | 6,2% | 13.613 | 6,0% | 20.143 | 7,1% |

Figure 6 : Pourcentage dans chaque catégorie d'utilisateur-rices à passer au moins une fois par un lieu d'accroche en 2024 (Source : Données MC pondérées et extrapolées à la population belge)



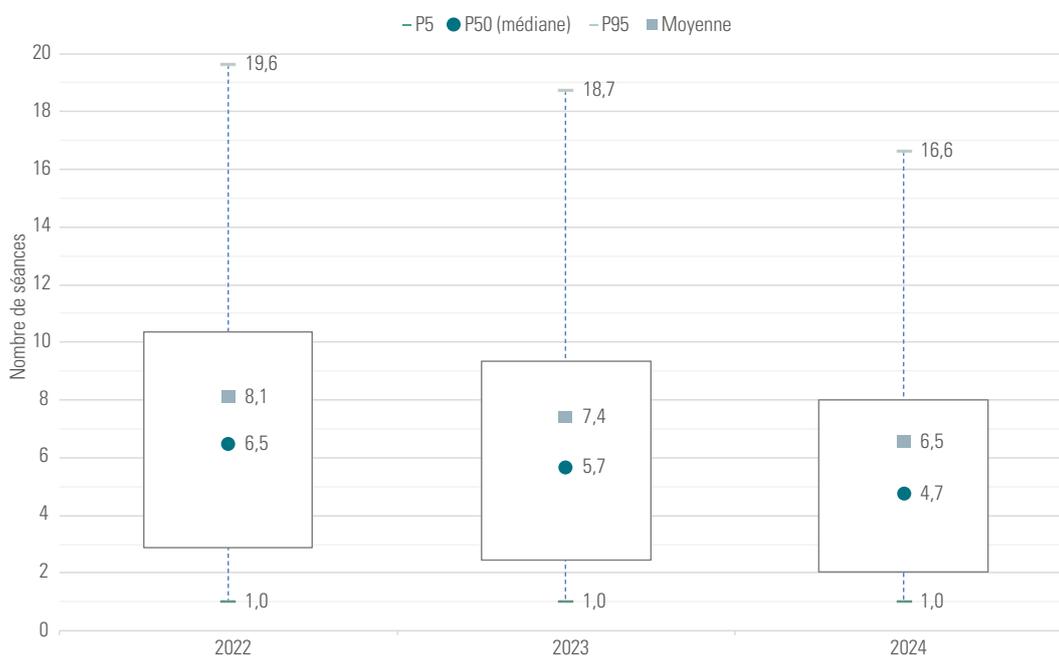
Les données permettent de relever des écarts dans le recours aux lieux d'accroche selon les profils (voir Figure 6 et Annexe 4 pour les chiffres détaillés selon l'ensemble des lieux et les caractéristiques socio-démographiques). Le pourcentage de personnes qui fréquentent des lieux d'accroche augmente avec l'âge, passant de 32% chez les 0-19 ans à 40% chez les 65 ans et plus. Les BIM sont également plus nombreux-ses à y recourir (41% contre 32% pour les non-BIM), tout comme les bénéficiaires du RIS ou de la GRAPA (47%), soulignant l'efficacité de ces dispositifs à atteindre les publics les plus fragiles. Des disparités régionales apparaissent également : Bruxelles enregistre le taux le plus élevé (39%), suivie de la Flandre (36%) et de la Wallonie (30%).

3.3.4. Nombre de séances dans le cadre de la convention SPPL

Entre 2022 et 2024, le nombre moyen de séances par patient-e dans le cadre de la convention SPPL diminue progressivement, passant de 8,1 à 6,5 séances en moyenne, sans distinction de la fonction. Cette tendance à la baisse est généralisée, touchant presque toutes les catégories analysées : âge, sexe, statut socio-économique ou type de réseau (voir Annexe 5).

L'analyse de la distribution du nombre de séances permet de ne pas limiter nos considérations à la moyenne. La distribution met en évidence non seulement les tendances générales, mais aussi la diversité des trajectoires de soins des patient-es. On observe ainsi une diminution de la dispersion entre 2022 et 2024 (voir Figure 7). Parmi les personnes ayant entamé les SPPL en 2022, la médiane s'élevait à 6,5 séances sur une période de 12 mois, 25% des patient-es avaient plus

Figure 7 : Nombre de séances par patient-e sur 12 mois en fonction de l'année de début du trajet (Source : Données MC pondérées et extrapolées à la population belge)



de 10,4 séances (P75) et 5% plus de 19,6 séances (P95). En 2024, ces valeurs sont toutes en baisse : la médiane chute à 4,7 séances, 25% des patient-es ont plus de 8,0 séances et 5% plus de 16,6 séances. Cela traduit non seulement une réduction globale du nombre de séances, mais aussi une diminution du nombre de patient-es bénéficiant de suivis intensifs, c'est-à-dire avec un nombre élevé de séances.

En 2024, le nombre moyen de séances varie selon plusieurs caractéristiques individuelles et structurelles (voir Annexe 5). Chez les femmes, le nombre de séances est plus élevé que chez les hommes (6,7 contre 6,1 séances). Sur le plan régional, Bruxelles affiche une moyenne supérieure (7,0 séances), tandis que la Flandre et la Wallonie se situent autour de 6,3 à 6,4 séances. Des écarts plus marqués apparaissent selon le statut socio-professionnel : les employé-es et fonctionnaires ont le nombre moyen de séances les plus élevées (6,8 et 6,7), tandis que les indépendant-es et ouvrier-es enregistrent des moyennes plus faibles (5,9 et 6,0). Certaines catégories spécifiques se distinguent : les enfants placés ou confiés bénéficient d'un suivi particulièrement intensif (8,7), tandis que les personnes détenues présentent un nombre de séances nettement plus faible (3,9). D'autres sous-groupes en situation de vulnérabilité, comme les bénéficiaires du RIS,

de la GRAPA ou les personnes au chômage, présentent également un nombre de séances inférieur à la moyenne nationale, avec 5,8 séances en moyenne.

Bien que la moyenne du nombre de séances soit proche entre les patient-es BIM et non-BIM (respectivement 6,4 et 6,5), la médiane est légèrement plus basse chez les patient-es BIM (4,5 contre 4,8), et le premier quartile est également inférieur (1,7 contre 2,2), suggérant un suivi plus court pour une part importante de patient-es BIM (voir Figure 8). À l'inverse, le P95 est plus élevé chez les BIM (17,4 contre 16,4), indiquant que les suivis les plus longs sont un peu plus fréquents dans ce groupe. Ces éléments traduisent une plus grande dispersion des trajectoires de soins parmi les patient-es BIM.

Le type de réseau influence également le nombre de séances : en 2022, les suivis dans les réseaux pour enfants et adolescent-es affichaient une moyenne plus élevée (8,6 séances contre 7,9 dans les réseaux pour adultes), mais cette différence disparaît en 2024, avec un nombre de séances proche de celui des réseaux pour adultes (respectivement 6,4 et 6,6 séances en moyenne). Le mode d'entrée dans le trajet de soins joue aussi un rôle : les suivis débutant par une séance en cabinet ou à domicile

Figure 8 : Nombre de séances par patient-e sur 12 mois selon le statut BIM, pour les trajets entamés en 2024 (Source : Données MC pondérées et extrapolées à la population belge)

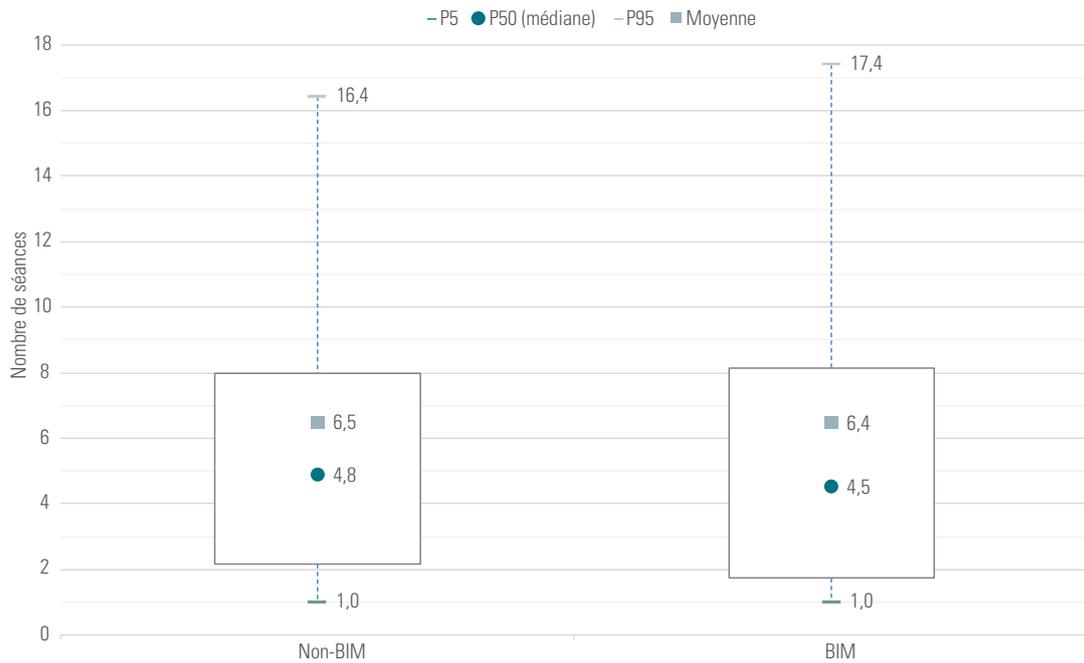
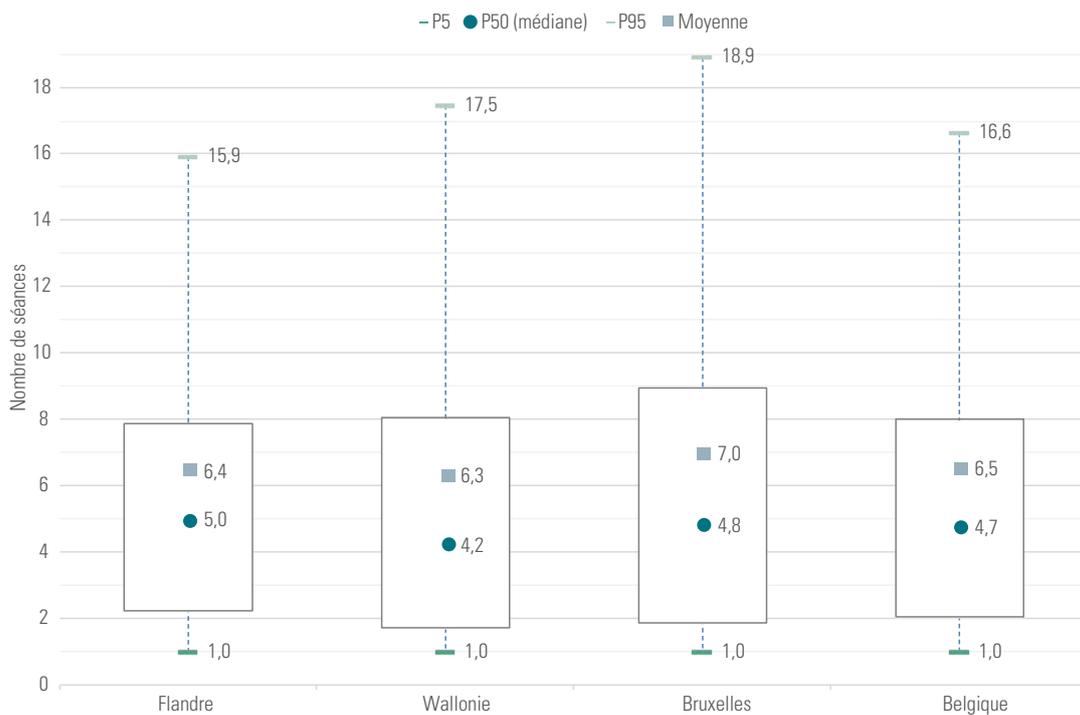


Figure 9 : Nombre de séances par patient-e sur 12 mois selon la région, pour les trajets entamés en 2024 (Source : Données MC pondérées et extrapolées à la population belge)



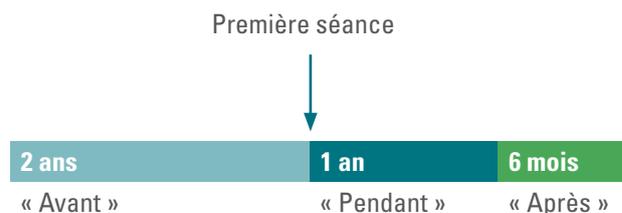
sont plus intenses, tandis que ceux initiés par une séance de groupe sont moins intenses (4,6 séances). Enfin, la fonction de soins est un facteur déterminant : les suivis relevant uniquement du soutien de première ligne restent les moins intenses (4,2 séances), ceux relevant du traitement atteignent 6,9 séances, et les suivis combinés se distinguent nettement avec une moyenne de 12,6 séances.

Au-delà de la moyenne, on observe des différences au niveau régional (voir Figure 9). La médiane est de 5 séances en Flandre, 4,8 à Bruxelles, et 4,7 au niveau national, mais elle est légèrement plus basse en Wallonie (4,2), suggérant un nombre de séances moindre pour la moitié des patient-es dans cette région. À Bruxelles, les percentiles supérieurs indiquent une plus grande dispersion vers le haut : le P75 est similaire dans toutes les régions (environ 8 séances), sauf à Bruxelles (9,0). Le P95 atteint 18,9 à Bruxelles, contre 17,5 en Wallonie et 15,9 en Flandre et au niveau national. Cela signifie que les 5% de patient-es les plus intensivement suivi-es à Bruxelles ont eu jusqu'à trois séances de plus qu'en Flandre.

3.3.5. Trajectoires de soins en santé mentale

Afin d'analyser les trajectoires de soins en santé mentale dans le cadre de la convention SPPL, les données ont été structurées en trois périodes distinctes autour de la première séance :

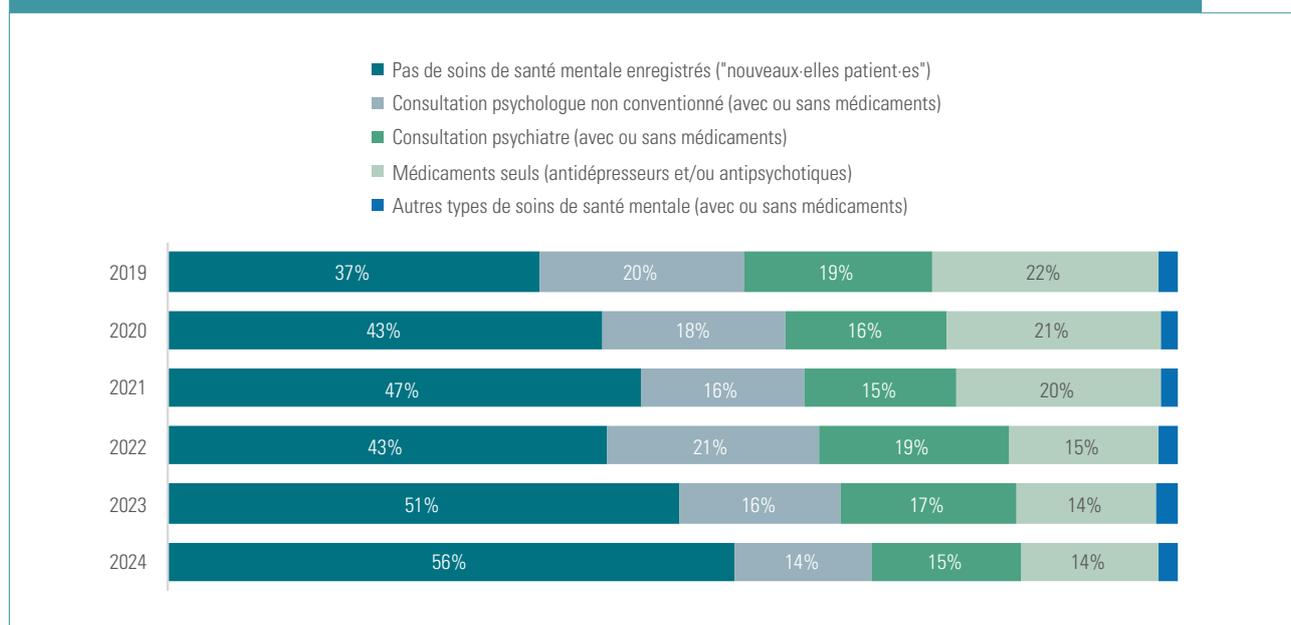
- **La période « avant »** couvre les **deux années précédant** cette première séance ;
- **La période « pendant »** correspond à **l'année suivant** le début du trajet conventionné ;
- **La période « après »** couvre les **six mois suivant** cette première année.



Avant l'entrée dans la convention

L'analyse des types de soins en santé mentale reçus avant d'avoir eu recours aux soins dans le cadre de la convention SPPL révèle des évolutions notables entre 2019 et 2024. La proportion de patient-es n'ayant reçu **aucun soin de santé mentale enregistré** avant leur entrée dans la convention a fortement augmenté, passant de 37% en 2019 à 56% en 2024 (voir Figure 10).

Figure 10 : Répartition des patient-es selon leur trajectoire de soins en santé mentale¹⁹ avant l'entrée dans la convention SPPL, entre 2019 et 2024 (Source : Données MC pondérées et extrapolées à la population belge)

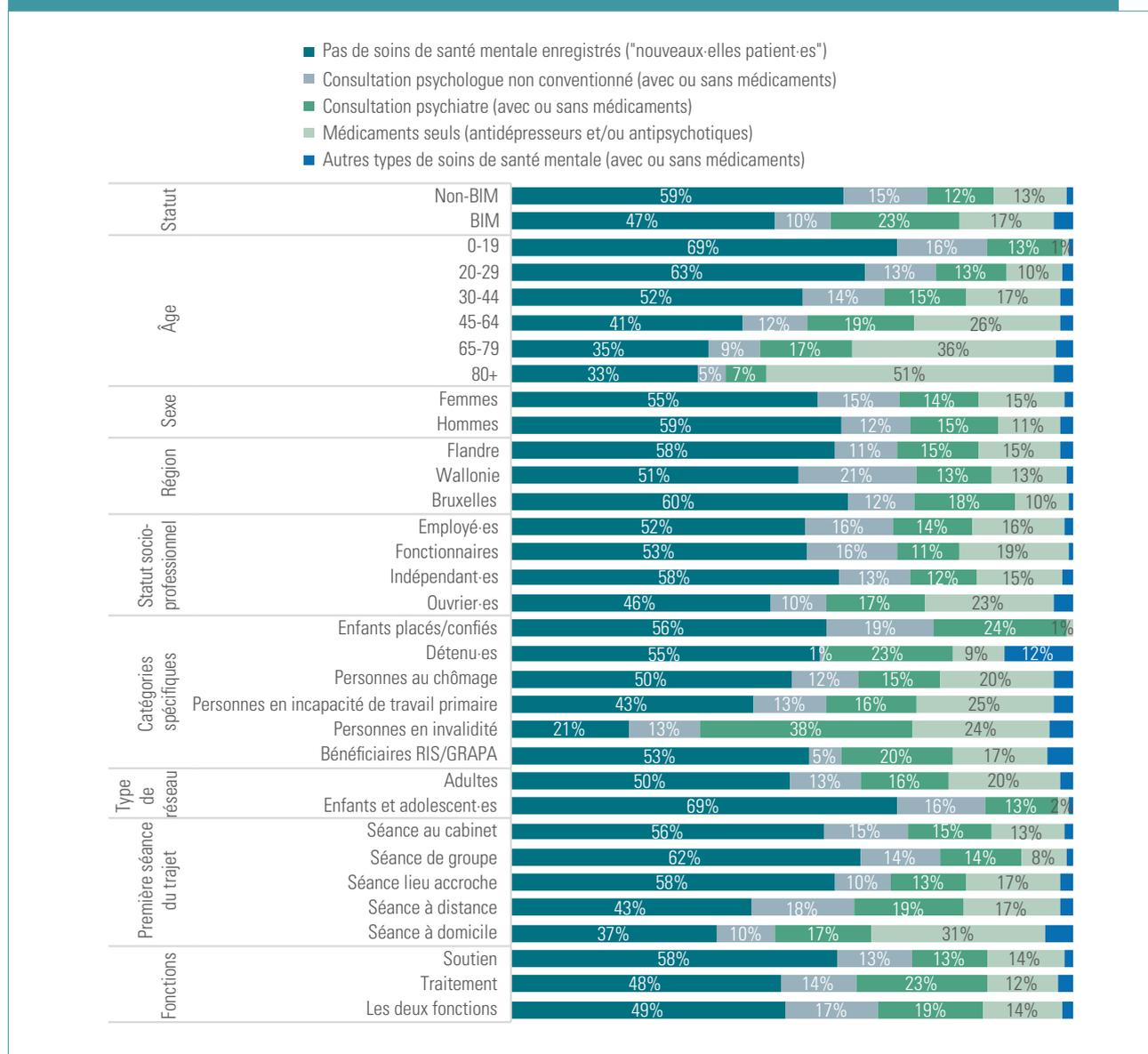


19 En cas de cumul des types de soins, le suivi chez un-e psychiatre (en ambulatoire) est prioritaire pour l'attribution de la catégorie unique par patient-e.

Entre 2019 et 2024, la proportion de patient-es entrant dans la convention SPPL ayant eu un suivi psychiatrique ambulatoire dans les deux années précédentes reste relativement stable, entre 15% et 19%. La proportion de patient-es qui avaient uniquement recours aux médicaments antidépresseurs et/ou antipsychotiques, quant à elle, diminue de 22% en 2019 à 14% en 2024.

En 2024, les proportions les plus élevées de « nouveaux-elles patient-es » (c'est-à-dire sans soins de santé mentale enregistrés avant l'entrée dans la convention) sont observées dans certaines sous-catégories spécifiques (voir Figure 11). C'est notamment le cas dans le réseau « enfants et adolescent-es » (69%) et chez les jeunes âgé-es de 0 à 19 ans (69%) et les 20 à 29 ans (63%). Des proportions élevées sont également observées lorsque la première séance a lieu en groupe (62%), chez les hommes (59%), les bruxellois-es (60%)²⁰, les non-BIM (59%) et les indépendant-es (58%).

Figure 11 : Répartition des patient-es selon leur trajectoire de soins en santé mentale avant l'entrée dans la convention SPPL en 2024, selon les caractéristiques sociodémographiques (Source : Données MC-CM pondérées et extrapolées à la population belge)



20 En Wallonie, la proportion plus faible de « nouveaux-elles patient-es » et celle plus élevée de patient-es ayant consulté un-e psychologue non conventionné-e avant leur entrée dans le trajet peut être influencée par un biais structurel. En effet, les consultations de psychologues non conventionné-es sont davantage couvertes par l'AC de la MC francophone que l'AC néerlandophone, ce qui permet un meilleur enregistrement de ce type de soins en Wallonie.

À l'inverse, certaines sous-catégories présentent des proportions plus faibles de nouveaux-elles patient-es, ce qui reflète une part plus importante de personnes ayant déjà eu recours à des soins de santé mentale avant leur entrée dans le trajet conventionné. C'est le cas des bénéficiaires du statut BIM (47%), des personnes en incapacité de travail primaire (43%), des personnes en invalidité (21%). Ces sous-groupes sont généralement plus à risque de rencontrer des problèmes en matière de santé mentale, ce qui peut expliquer un recours antérieur plus fréquent aux soins. Les patient-es âgé-es de 65 ans et plus sont également moins nombreux-ses (33-35%) à ne pas avoir eu de soins de santé mentale dans les deux ans qui précèdent, ce qui peut s'expliquer par le haut niveau de recours aux médicaments psychotropes dans cette catégorie d'âge (respectivement 35% des 65-79 ans et 48% des 80 ans et plus avaient recours aux médicaments antidépresseurs ou antipsychotiques sans autre type de suivi en santé mentale).

On observe également que les personnes BIM et celles en invalidité ont eu davantage recours aux soins psychia-

triques que les autres sous-groupes avant l'entrée dans la convention (respectivement 23% des BIM et 38% des personnes en invalidité). Elles ont également eu davantage recours aux médicaments psychotropes sans autre type de suivi (17% et 24%), et, parallèlement, moins aux soins psychologiques non conventionnés (10% et 13%).

Pendant et après l'entrée dans la convention

Mais qu'en est-il des soins dispensés en parallèle du trajet conventionné, ou après celui-ci ? Alors qu'en 2023, 50% des patient-es n'avaient reçu aucun autre type de soins de santé mentale dans les deux années précédant leur entrée dans la convention, ce pourcentage augmente à 56% pendant la période conventionnée, et atteint 66% un an et demi après le début du suivi (indépendamment du fait que le suivi SPPL soit toujours en cours ou non, voir Figure 12). Parmi ces 66%, 51% ne poursuivent pas les SPPL au-delà d'un an et n'ont donc plus aucun soin de santé mentale enregistré dans la période « après », alors que 15% continuent à bénéficier de SPPL, sans pour autant avoir en parallèle d'autres soins de santé mentale.

Figure 12 : Évolution des types de soins en santé mentale avant, pendant et après un trajet conventionné, pour les trajets entamés en 2023 (Source : Données MC pondérées et extrapolées à la population belge)



Le recours aux autres formes de soins psychologiques diminue aussi : 16% des patient-es avaient recours à un suivi psychologique non-conventionné avant l'entrée dans la convention, ils ne sont plus que 5% après. Parmi ces 5%, 4% n'ont par ailleurs plus recours aux SPPL non plus, soit une grande majorité, et 1% continuent à y avoir recours. Pour ce qui est des consultations chez le-la psychiatre, 18% y avaient recours avant et cette proportion reste la même pendant, mais ce n'est plus le cas que pour 12% après (parmi ces 12%, 6% ont toujours recours aux SPPL après, soit la moitié d'entre eux-elles).

L'usage de médicaments, sans simultanément être suivi chez un-e psychiatre ou bénéficier d'autres types de soins de santé mentale, reste cependant stable et augmente même pendant la période du suivi : 14% des patient-es y avaient recours avant le trajet, c'est le cas de 16% pendant et de 16% après (dont une majorité de 11% qui n'ont également plus recours aux SPPL et 5% qui continuent à y avoir recours).

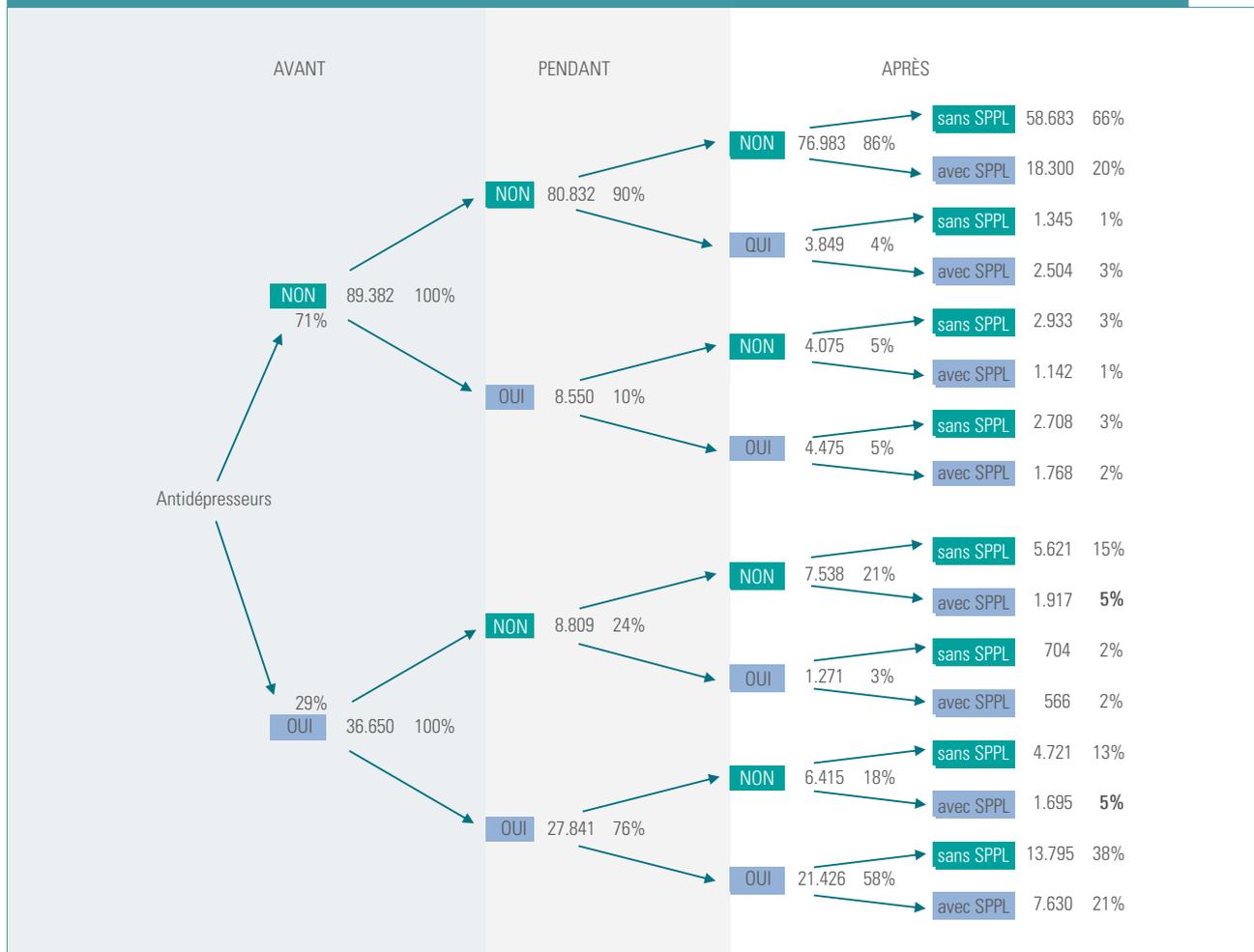
Au total, la part de patient-es qui continuent à recevoir des soins de première ligne plus d'un an après le début de leur trajet est ainsi portée à 28%.

Trajectoires individuelles

Pour dépasser les tendances générales, les trajectoires individuelles ont également été explorées pour deux types de soins : les traitements antidépresseurs et les consultations psychiatriques. Pour chaque type de soin, les patient-es ont été classé-es selon la présence ou non de soins avant, pendant et après le trajet conventionné. Les données révèlent une **grande diversité de parcours individuels** en matière de santé mentale, selon qu'il s'agisse de traitements antidépresseurs ou de consultations psychiatriques.

Concernant les **traitements antidépresseurs**, une majorité des patient-es qui n'étaient pas sous traitement avant le trajet conventionné ne l'ont pas été non plus pendant ni après (86%, voir Figure 13). Parmi ces dernier-es, une majorité ne poursuit pas les soins dans le cadre de la convention au-de-

Figure 13 : Nombre de patient-es et répartition selon qu'ils-elles aient recours ou non aux antidépresseurs, avant, pendant et après le trajet, pour les trajets entamés en 2023 (Source : Données MC pondérées et extrapolées à la population belge)



là d'un an (66%). En revanche, 10% ont commencé un traitement pendant le trajet, et 4% après.

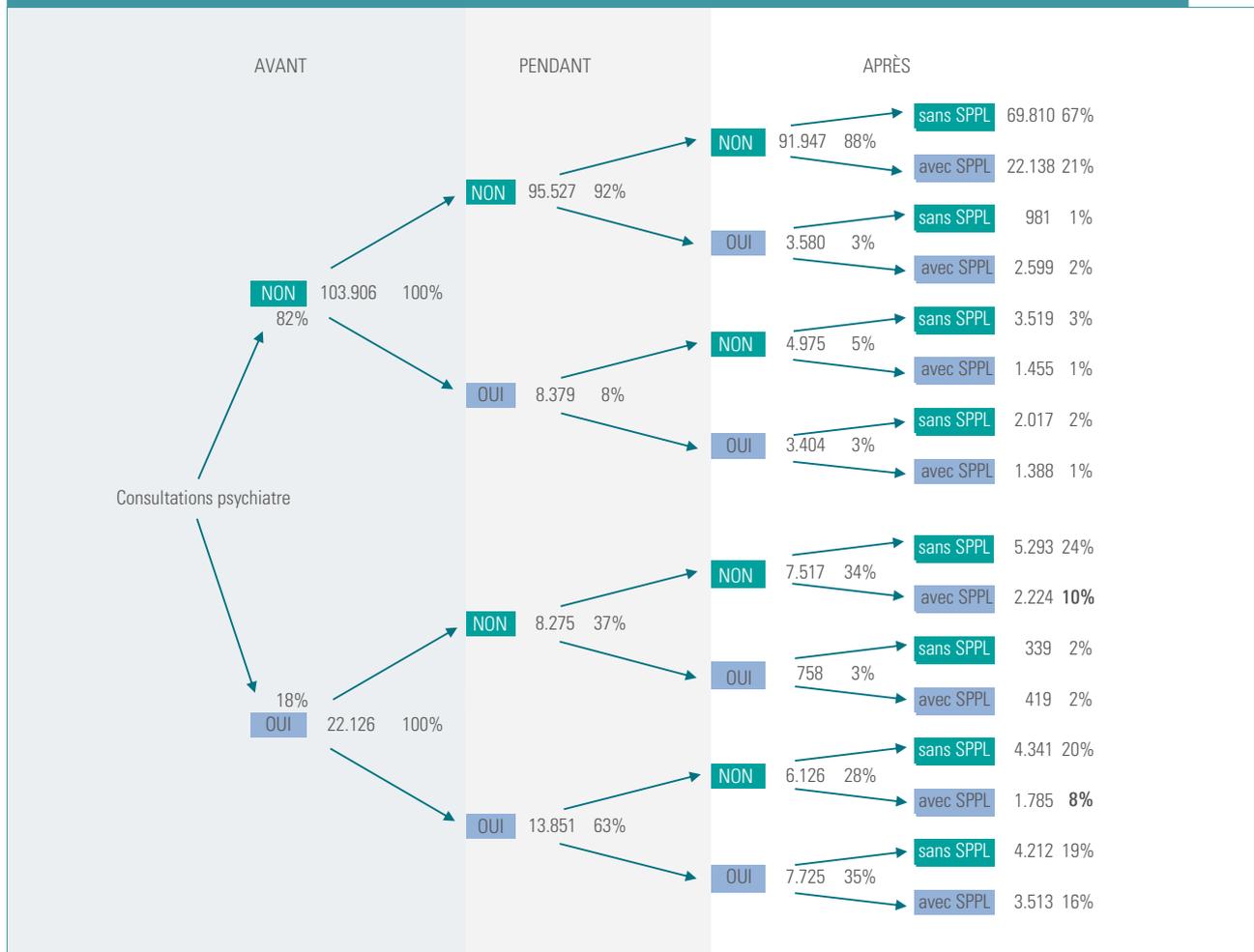
Chez les patient-es déjà sous traitement antidépresseur avant le trajet de soins conventionnés, 58% ont poursuivi leur traitement (pendant et après), ce qui témoigne d'une certaine continuité. Parmi ceux-ci, une majorité a toutefois arrêté les SPPL après (38% parmi ces 58%, soit plus de deux tiers d'entre elles-eux).

Toujours chez les patient-es sous traitement avant le trajet, 21% ont arrêté pendant le trajet et n'ont pas repris ensuite, tandis que 18% ont arrêté après. Parmi ces dernier-es, 10% ont néanmoins continué à recourir aux SPPL au-delà d'un an (voir chiffres en gras sur la figure 13), pouvant indiquer un transfert du traitement médicamenteux vers une prise en charge psychothérapeutique. Enfin, pour 28% des patient-es initialement sous antidépresseurs, on n'observe plus de recours ni aux antidépresseurs ni aux SPPL après le trajet (15% ayant arrêté les antidépresseurs pendant, et 13% après).

Pour les **consultations psychiatriques**, les trajectoires sont également variées. Parmi les patient-es sans suivi initial, 88% n'ont pas eu de contact ultérieur (ni pendant, ni après), et la majorité d'entre eux-elles n'a également pas poursuivi les SPPL au-delà de la première année (67%). En revanche, 8% ont entamé un suivi pendant et 3% après le trajet (voir Figure 14). Parmi ces dernier-es, une proportion plus élevée continue également le suivi SPPL en parallèle (2.599 personnes parmi 3.580).

Chez les patient-es qui avaient recours aux consultations psychiatriques avant, 63% ont maintenu leur suivi pendant, mais 28% n'ont pas poursuivi après, tandis que 34% n'ont ni poursuivi pendant ni après. Parmi les personnes qui ont arrêté de consulter un-e psychiatre pendant ou après, on observe respectivement un pourcentage de 10% et de 8% (en gras sur la figure 14) qui ont en revanche continué à avoir recours aux SPPL. En d'autres termes, 18% des patient-es qui avaient des consultations chez le-la psychiatre effectuent un transfert vers les SPPL.

Figure 14 : Nombre de patient-es et répartition selon qu'ils-elles aient recours ou non aux consultations chez le-la psychiatre, avant, pendant et après le trajet, pour les trajets entamés en 2023 (Source : Données MC pondérées et extrapolées à la population belge)



4. Discussion des résultats

4.1. Une montée en puissance du dispositif, mais des disparités territoriales persistantes

L'un des objectifs initiaux de l'étude était de **déterminer si la convention SPPL s'était durablement implantée dans le paysage des soins de santé mentale**. Les données confirment une montée en puissance rapide et continue du dispositif avec un pourcentage croissant de la population à y avoir recours et une augmentation significative du nombre de prestataires conventionnés. Cette montée en puissance témoigne d'une intégration progressive de la convention dans le paysage des soins de santé mentale. Par ailleurs, l'élargissement de l'accès, permis par le remboursement des consultations psychologiques, ne s'est pas traduit par une hausse incontrôlée de la demande ni par un report vers d'autres filières.²¹

Cette dynamique globale cache toutefois des disparités territoriales importantes, tant en termes de disponibilité de l'offre que de réponse aux besoins en santé mentale. Certains territoires, comme la Région de Bruxelles-Capitale, se distinguent par une offre dense, un taux de recours élevé et une mobilisation budgétaire complète, traduisant une bonne adéquation entre l'offre, l'accessibilité et les besoins. Au contraire, d'autres, comme le Hainaut, cumulent les indicateurs défavorables : recours limité, et nombre de prestations par 100 habitant·es le plus faible malgré des besoins élevés. Le budget n'y est pas totalement utilisé, révélant une marge de manœuvre importante : les ressources sont disponibles, mais les conditions pour les mobiliser pleinement – notamment en termes de nombre de prestataires – ne sont pas encore réunies.

Ces écarts illustrent l'importance d'une lecture croisée des indicateurs. Une approche territorialisée, tenant compte à la fois de la densité de prestataires, de leur taux de conventionnement et de la part de la population effectivement prise en charge, du volume de prestations rapporté à la population, et du niveau de financement régional, est indispensable pour évaluer l'équité et l'efficacité du dispositif. Celle-ci démontre que les besoins en santé mentale ne sont pas uniformes sur le territoire, et la capacité des dispositifs à y répondre varie fortement selon les contextes locaux.

4.2. Une accessibilité renforcée grâce à la diversification des modalités de soins

Une des questions centrales de cette étude portait sur la **capacité de la convention à améliorer l'accès aux soins pour les publics les plus à risque**, en particulier ceux présentant des besoins non couverts en santé mentale, c'est-à-dire les jeunes, les femmes et les personnes ayant des difficultés financières (Noirhomme, Dispas, & Smith, 2023). Les résultats montrent que certains sous-groupes historiquement sous-représentés dans les soins de santé mentale (en rapport de leurs besoins) sont désormais mieux couverts : les jeunes, les personnes BIM, les personnes en invalidité ou en incapacité de travail primaire, ainsi que les personnes détenues, présentent des taux de recours supérieurs à la moyenne.

L'analyse des lieux de soins renforce ce constat : les lieux d'accroche, tels que les maisons médicales ou les centres de planning familial, sont davantage fréquentés par les personnes en situation de précarité. Ces nouvelles modalités alternatives de prise en charge sont par ailleurs de plus en plus mobilisées, avec des soins de moins en moins cadencés au format classique des consultations en cabinet, qui permettent d'atteindre des publics éloignés des soins traditionnels et traduisent une adaptation de l'offre aux réalités de terrain, en particulier dans les zones rurales : les provinces de Namur et de Luxembourg, qui sont les plus rurales de Belgique, sont aussi celles où la part des soins prestés dans les lieux d'accroche est la plus importante.

Cette dynamique illustre, à l'instar de l'investissement renforcé dans les réseaux pour enfants, la capacité de la convention à traduire directement certaines priorités politiques dans la pratique. Le développement des lieux d'accroche et des séances de groupe, explicitement encouragé dans les orientations stratégiques, est ici effectivement mis en œuvre, ce qui contraste avec d'autres secteurs de soins où les marges de pilotage sur les pratiques des prestataires sont plus limitées.

Cependant, des inégalités subsistent. Les personnes au chômage, par exemple, présentent des taux de recours inférieurs à la moyenne, malgré des besoins potentiellement plus élevés que la moyenne. Cela suggère que des freins à l'accès persistent, qu'ils soient liés à l'offre (disponibilité, proximité), à la demande (attentes, représentations

²¹ Cette observation ne tient pas compte des effets éventuels sur l'accompagnement psychologique réalisé au sein des services de santé mentale (SSM), financés par les Communautés via des subventions, et dont les prestations ne sont pas enregistrées par les mutualités – contrairement aux consultations psychiatriques dans ces mêmes structures, qui le sont.

(Verniest, Luybaert, & Bracke, 2020; Noirhomme, 2022)) ou à des facteurs structurels tels que la stigmatisation ou la méconnaissance du dispositif. Il est également important de souligner que les publics dits « sous-représentés » ne sont pas nécessairement ceux qui utilisent le moins le dispositif en valeur absolue, mais ceux dont les besoins en santé mentale sont les plus élevés et qui n’y accèdent pas encore à la hauteur de ces besoins.

Enfin, il convient de noter que les interventions communautaires ne peuvent pas être évaluées dans le cadre de cette analyse, car, par nature, elles ne donnent pas lieu à un enregistrement individuel des bénéficiaires. Cette absence de traçabilité au niveau des individus rend leur évaluation impossible avec les méthodes quantitatives utilisées ici. Néanmoins, leur développement constitue un enjeu important, et il serait nécessaire de mettre en place des outils d’évaluation qualitatifs ou mixtes pour mieux comprendre leur portée, leur accessibilité et leur impact sur les publics visés.

4.3. Un nombre de séances en baisse, mais différencié selon les besoins

Entre 2022 et 2024, le nombre moyen de séances pour les nouveaux trajets dans le cadre de la convention SPPL diminue, passant de 8,1 à 6,5 séances par patient-e. Cette baisse, observée dans la plupart des sous-groupes étudiés, pourrait refléter une rationalisation de l’offre dans un contexte de forte demande et de ressources limitées. Elle peut également s’expliquer par une évolution des pratiques vers des interventions plus brèves et ciblées, ou encore par des facteurs liés à l’adhésion des patient-es (interruption précoce, non-demande de prolongation, etc.).

Il est important de souligner que cette évolution s’inscrit dans un cadre réglementaire qui encadre le nombre de séances remboursées. Dans la convention SPPL 2024, les psychologues et orthopédagogues clinicien-nes peuvent proposer, pour les adultes (à partir de 15 ans), jusqu’à 8 séances individuelles par an dans le cadre de la fonction de soutien, et jusqu’à 20 séances par an dans le cadre de la fonction de traitement, avec une moyenne attendue de 8 séances. Pour les enfants et adolescent-es (jusqu’à 23 ans inclus), ces plafonds sont respectivement de 10 séances pour la fonction de soutien et de 20 séances pour la fonction de traitement, avec une moyenne attendue de 10 séances. Bien que le nombre de séances par trajet varie fortement en fonction des besoins et de l’adhésion des patient-es, il est donc également lié à la structuration de l’offre.

Toutefois, la baisse globale du nombre de séances ne signifie pas une homogénéisation des suivis : les données montrent que le système reste capable d’adapter l’intensité des soins en fonction des besoins spécifiques. Ainsi, le nombre de séances reste élevé pour les suivis combinés, avec une moyenne de 12,6 séances chez les personnes ayant recours à la fois à la fonction de soutien et à celle de traitement. Ces trajectoires impliquent non seulement une intensification, mais aussi une prolongation du suivi, potentiellement en réponse à des besoins plus complexes ou à une première prise en charge jugée insuffisante.

Les suivis débutant par une séance au cabinet ou à domicile sont également plus longs, ce qui pourrait refléter une meilleure continuité ou un engagement plus fort dans le parcours de soins. À l’inverse, les suivis initiés par une séance de groupe sont plus courts (4,6 séances), ce qui peut correspondre à des interventions ponctuelles ou à des besoins moins complexes.

Les résultats suggèrent que l’offre tend à s’adapter aux besoins des patient-es, en particulier là où ceux-ci sont les plus importants. Certaines différences observées selon le sexe, le statut BIM, la région ou la fonction de soins vont dans ce sens. Ainsi, la moyenne de séances est plus importante chez les enfants placés ou confiés (8,7 séances) ou les personnes en incapacité de travail (7 séances). Les femmes présentent également un nombre de séances moyen légèrement plus élevé que les hommes, qui pourrait indiquer une meilleure continuité de soins ou une adhésion plus forte au suivi thérapeutique, mais reflète également des besoins plus importants.

Chez les patient-es BIM, la moyenne est proche de celle des non-BIM, mais la distribution est plus étalée : une part plus importante bénéficie d’un suivi court, tandis que les suivis les plus longs sont aussi un peu plus fréquents. Cela traduit une plus grande hétérogénéité des trajectoires, et pourrait refléter un taux de décrochage plus élevé malgré des besoins potentiellement plus complexes. Du côté régional, Bruxelles se distingue par un nombre de séances plus élevé par patient-e. Cela pourrait refléter des pratiques organisationnelles spécifiques ou être lié à l’offre de soins, qui est plus étoffée dans la capitale. À l’inverse, certains publics vulnérables – comme les personnes au chômage, les bénéficiaires du RIS ou de la GRAPA, ou encore les personnes détenues – présentent des moyennes inférieures à la moyenne nationale. Ces écarts ne peuvent être ignorés et soulignent l’existence d’inégalités persistantes dans l’accès effectif aux soins psychologiques. Les personnes détenues, en particulier, affichent le nombre

moyen de séances le plus faible parmi l'ensemble des sous-groupes analysés, ce qui interroge sur les obstacles structurels à l'accès et à la continuité des soins dans le contexte carcéral.

Toutefois, la question demeure : cette adaptation de l'offre est-elle suffisante pour rencontrer les besoins ? Le fait que les écarts observés soient modérés pourrait aussi indiquer que l'offre ne parvient pas encore pleinement à répondre à l'ampleur des besoins, notamment dans les contextes de vulnérabilité ou de complexité accrue.

4.4. Des parcours diversifiés en santé mentale

Le recours aux soins psychiatriques ambulatoires reste relativement stable depuis plus d'une décennie, malgré une demande croissante en santé mentale. Cette stagnation peut s'expliquer par une saturation de l'offre, qui limite l'accès à ces soins spécialisés (Noirhomme, Dispas, & Smith, 2023). Dans ce contexte, la convention SPPL a été pensée, entre autres, comme un **levier pour prendre en charge les problèmes psychologiques légers à modérés**, permettant ainsi aux psychiatres de se concentrer sur les situations plus complexes.

Les données montrent que la convention SPPL ne capte pas majoritairement des patient-es déjà engagé-es dans un suivi psychiatrique : entre 2019 et 2024, 15 à 19% des patient-es entrant dans la convention avaient eu un suivi psychiatrique ambulatoire dans les deux années précédentes. Bien qu'il s'agisse de près d'un cinquième des patient-es, ce qui constitue déjà une proportion significative, ce chiffre suggère que le dispositif s'adresse en grande partie à un autre public, notamment à celles et ceux qui n'avaient pas encore accès aux soins. En simplifiant les conditions d'accès et en diversifiant les modalités de prise en charge, la convention permet ainsi d'élargir l'accès aux soins, et ce de façon croissante : en 2024, 57% des patient-es entrant dans le dispositif n'avaient reçu aucun soin de santé mentale enregistré dans les deux années précédentes, alors que ce n'était que le cas de 38% en 2019.

Certains sous-groupes, comme les personnes BIM et celles en invalidité, présentent des profils de recours aux soins marqués par une plus grande utilisation des soins psychiatriques et des traitements médicamenteux avant l'entrée dans la convention, et un moindre recours aux soins psychologiques non conventionnés. Ces différences peuvent s'expliquer par des besoins en santé mentale plus

élevés, mais aussi par une meilleure accessibilité financière des soins psychiatriques et des médicaments remboursés, comparativement aux soins psychologiques non conventionnés, souvent moins abordables pour des personnes disposant de ressources limitées.

La lecture globale des données montre une baisse du recours aux autres soins de santé mentale après l'entrée dans la convention, notamment aux soins psychiatriques ambulatoires, et que seul un quart des patient-es continuent à avoir des soins conventionnés au-delà d'un an. Toutefois, il est important de souligner que ces données sont globales et ne permettent pas d'évaluer directement l'évolution de l'état de santé mentale des personnes et si les patient-es modifient réellement leur comportement de recours aux soins. Il peut s'agir de patient-es différent-es à chaque étape : certain-es ayant vu leur état s'améliorer et n'ayant plus besoin de soins, d'autres ayant décroché ou s'étant tourné-es vers d'autres formes de soutien non enregistrées.

Pour savoir si certain-es arrêtent un suivi existant, ou au contraire, si d'autres en initient un nouveau, une analyse des **trajectoires individuelles** a été menée afin d'examiner plus finement les enchaînements de soins avant, pendant et après le trajet SPPL. Cette analyse révèle qu'une majorité de patient-es bénéficient d'un suivi limité dans le cadre de la convention, sans recours à d'autres soins en parallèle ou ultérieurement – ce qui pourrait refléter une amélioration de leur état de santé ou une réponse suffisante à leurs besoins.

Certain-es patient-es, en revanche, initient un suivi avec un-e psychiatre ou un traitement antidépresseur pendant ou après le trajet, ce qui suggère un effet de **déclenchement** ou de **détection de besoins** jusque-là non pris en charge. D'autres poursuivent un traitement ou un suivi déjà en cours, témoignant d'une certaine continuité. Pour les patient-es ayant interrompu à la fois le traitement antidépresseur ou le suivi du-de la psychiatre et les SPPL après un an, il n'est pas possible, en l'absence de données qualitatives, de déterminer si cette absence de recours traduit une amélioration de l'état de santé ou, au contraire, un désengagement des soins. Une interprétation en termes de rétablissement reste donc hypothétique, bien qu'elle ne puisse être exclue. Dans certains cas, on observe également un **transfert entre types de soins**, par exemple d'un suivi psychiatrique vers un accompagnement psychologique dans le cadre de la convention. La convention contribue ainsi à un rééquilibrage des prises en charge vers des formes de soins plus légères et potentiellement plus accessibles.

Ces différentes configurations (maintien, arrêt ou déclenchement de soins plus lourds) montrent que la convention s'inscrit dans des dynamiques de soins multiples, sans se substituer systématiquement aux soins psychiatriques. Elle peut être un point d'entrée, un relais, ou un complément dans des parcours plus complexes. Cette diversité souligne l'**importance d'un dispositif souple**, capable de s'adapter à des besoins évolutifs.

Elle met également en lumière la nécessité de poursuivre l'évaluation de la réforme et l'analyse du recours aux soins sur le long terme. Une **observation prolongée** permettrait de mieux évaluer l'évolution de l'état de santé des patient-es, la durabilité des effets observés, ainsi que l'impact réel de la convention sur les parcours de soins. Cela suppose aussi de croiser les données quantitatives avec des approches qualitatives, afin de mieux comprendre les logiques individuelles de recours, d'interruption ou de transfert de soins.

5. Recommandations

5.1. Renforcer l'équité territoriale dans l'offre de soins

Pour garantir un accès équitable aux soins psychologiques sur l'ensemble du territoire, il est essentiel d'adapter l'organisation de l'offre aux réalités locales. Cela implique plusieurs leviers d'action.

Affiner la planification territoriale existante : Bien que l'offre soit déjà structurée en fonction des besoins locaux, il est nécessaire de renforcer cette approche en intégrant de manière plus systématique des indicateurs dynamiques tels que le niveau de détresse psychologique mesurée ou les besoins de soins exprimés, la densité de population et les taux de recours aux soins pour ajuster l'offre de prestataires conventionné-es par territoire.

Soutenir le conventionnement dans les territoires sous-dotés : Dans certaines provinces (comme le Hainaut ou Liège), le taux de conventionnement des psychologues et orthopédagogues reste faible malgré des besoins importants en santé mentale dans la population. Cette situation, qui peut être liée à la dynamique même de chaque réseau, met en évidence la nécessité de lever les freins qui limitent l'engagement des professionnel-les dans ces

territoires. Un accompagnement administratif renforcé peut jouer un rôle clé, en simplifiant les démarches de conventionnement et en soutenant les prestataires dans la gestion quotidienne de leur activité. Des solutions logistiques adaptées – comme la mise à disposition de locaux ou la mutualisation de certaines ressources (secrétariat, outils numériques) – peuvent également faciliter l'ancrage local. Enfin, il est important de valoriser l'engagement dans ces territoires sous-dotés, en reconnaissant la complexité du travail réalisé et en créant des conditions de travail attractives.

5.2. Consolider et étendre le modèle de la convention SPPL

La convention SPPL marque une évolution dans la manière de penser le conventionnement : non plus comme une simple régulation de l'offre, mais comme un levier pour répondre aux besoins de santé de la population. Il serait ainsi possible d'analyser dans quelle mesure **cette logique pourrait inspirer d'autres disciplines** confrontées à un taux élevé de déconventionnement ou à une répartition inégale sur le territoire. Il s'agirait alors de repenser les mécanismes de conventionnement autour de plusieurs principes clés : une territorialisation fine de l'offre, une sélection de prestataires volontaires et engagé-es, un soutien structurel renforcé (formation, supervision, coordination), et une gouvernance locale plus participative. Dans certains cas spécifiques, ce modèle pourrait contribuer à garantir une meilleure adéquation entre l'offre de soins et les besoins des populations.

Cette logique présente d'ailleurs des similitudes avec la démarche initiée par la **Commission pour les objectifs en matière de soins de santé (COSS)**, qui vise à questionner la performance de notre système de soins de santé et à réorienter les politiques publiques pour qu'elles contribuent effectivement à l'amélioration de l'état de santé de la population. Pour ce faire, la Commission fixe des objectifs fondés sur des constats documentés relatifs au manque de performance du système. Elle s'appuie sur des indicateurs permettant d'objectiver les besoins, d'estimer les gains à engendrer, d'identifier les domaines où des manquements persistent, et de soutenir des décisions éclairées en matière d'organisation des soins. Le service d'études de la MC a récemment publié une étude qui approfondit cette approche (Cès & Noirhomme, 2025). Cette convergence de démarches renforce la légitimité d'un conventionnement basé sur les besoins de la population, tel que celui expérimenté dans le cadre des SPPL.

Dans ce contexte, il apparaît essentiel de consolider les moyens alloués à ce dispositif afin de garantir sa pérennité et son développement. Bien que la convention ait permis des avancées notables, le budget reste insuffisant au regard des besoins. Aujourd’hui, seuls 4% de la population ont eu recours à ces soins, alors qu’environ un quart de la population perçoit un besoin d’aide psychologique (Duveau & Hermans, 2025). Il est donc **essentiel de poursuivre les investissements et d’élargir le budget** afin de garantir un accès effectif aux soins psychologiques pour l’ensemble de la population. La convention a permis une évolution des pratiques et une présence accrue des prestataires dans des lieux d’accroche auparavant peu investis : cette dynamique doit être consolidée pour répondre à l’ampleur des besoins.

5.3. Renforcer l’accessibilité pour les publics vulnérables

Certains sous-groupes présentent des **besoins particulièrement élevés en santé mentale, dépendants de différents facteurs sociaux et économiques**, notamment les jeunes, les femmes, les personnes en situation de pauvreté, les personnes au chômage et celles en incapacité de travail (Duveau & Hermans, 2025) ainsi que les personnes détenues (Unia & Conseil central de surveillance pénitentiaire (CCSP), 2025). Bien que les données montrent une amélioration du taux de recours pour certains de ces publics, des besoins non rencontrés persistent, ce qui justifie de poursuivre et d’intensifier les efforts pour garantir un accès équitable et effectif aux soins. Dans cette perspective, plusieurs stratégies peuvent être adoptées.

Renforcer l’impact des interventions dans les lieux d’accroche : Les lieux d’accroche, tels que les écoles, les maisons médicales ou les centres de planning familial, sont une porte d’entrée pour les publics les plus éloignés du système de soins (BIM, bénéficiaires du RIS, jeunes, etc.). Il est nécessaire d’augmenter le volume horaire des psychologues dans ces structures, de garantir leur présence régulière et identifiable, et de favoriser des formats d’intervention souples, comme les permanences sans rendez-vous ou les consultations mobiles. Une meilleure coordination avec les professionnel·les de première ligne présent·es dans ces lieux permettrait également d’assurer une orientation plus fluide et une continuité des soins plus efficace.

Améliorer la visibilité des SPPL et lever les freins structurels à l’accès : Il convient de développer des actions de sensibilisation auprès des professionnel·les de première ligne (médecins généralistes, travailleur·euses sociaux·les, enseignant·es, etc.), afin de mieux les informer sur les déterminants sociaux de la santé mentale et les facteurs de risque. Cela permettrait de favoriser l’orientation vers les soins des personnes les plus à risque, encore trop souvent éloignées du dispositif de la convention. L’objectif est ainsi d’être en capacité de mieux informer les publics concernés, en particulier celles et ceux qui méconnaissent leurs droits ou qui sont freiné·es par des représentations négatives de la santé mentale. En parallèle, des mesures concrètes doivent être mises en place pour lever les freins structurels à l’accès : simplifier les démarches administratives pour recevoir les soins dans le cadre de la convention SPPL, proposer des supports d’information multilingues et adaptés aux différents niveaux de littératie de la population, former les intervenant·es à l’accueil de publics stigmatisés ou en situation de grande précarité, et adapter l’offre de soins aux contraintes spécifiques de certains publics (horaires élargis, lieux accessibles, prise en compte des réalités culturelles). L’idée est ainsi de rendre le dispositif plus lisible, plus accessible et véritablement inclusif.

5.4. Adapter le nombre de séances aux besoins individuels

Le cadre actuel de la convention repose sur des plafonds de séances et des moyennes attendues qui jouent un rôle important dans la structuration de l’offre. Cette régulation permet de répondre à une forte demande tout en assurant une certaine équité dans l’accès aux soins. La baisse du nombre moyen de séances par patient·e, passée de 8 à 6 entre 2022 et 2024, soulève toutefois la question de l’adéquation de l’offre aux besoins réels.

Il est essentiel que le cadre actuel de la convention SPPL reste suffisamment souple pour permettre une adaptation aux situations plus complexes. Les données montrent que le système est capable de moduler l’intensité des soins lorsque cela est nécessaire, notamment à travers les suivis combinés (fonction de soutien et de traitement) ou pour certains publics (les enfants placés/confiés ou les personnes en incapacité par exemple). Il est donc important de réserver cette capacité d’ajustement, en maintenant la possibilité de prolonger les suivis au-delà des plafonds standards lorsque les besoins cliniques le justifient.

Enfin, pour garantir une réponse réellement adaptée, il serait utile d'**analyser plus systématiquement les causes de l'interruption précoce des suivis**. Cela permettrait de mieux comprendre les freins à la continuité des soins, qu'ils soient liés à l'adhésion, à l'organisation de l'offre ou à des facteurs structurels, et d'identifier les leviers d'amélioration. Dans cette perspective, **certaines pistes mériteraient d'être approfondies dans de futures études** : par exemple, les jeunes en rupture ou les personnes migrantes présentent potentiellement des besoins importants mais peu documentés dans les données actuelles. Des enquêtes qualitatives ou mixtes pourraient permettre de mieux comprendre leurs trajectoires et les obstacles spécifiques à leur accès aux soins. Par ailleurs, la mise en place d'études longitudinales permettrait de documenter les parcours de soins sur plusieurs années, afin de mieux évaluer les effets à moyen terme de la convention, qu'il s'agisse d'amélioration ou de stabilisation de l'état de santé mentale, de réorientation ou de sortie du dispositif.

Conclusion

Cette étude dresse un bilan approfondi de la mise en œuvre de la convention SPPL en Belgique entre 2019 et 2024, à partir des données de la MC pondérées et extrapolées à l'échelle nationale. Elle permet de répondre aux principales questions soulevées lors de la première évaluation du dispositif en 2023, en apportant des éléments concrets sur son déploiement, son accessibilité, son impact sur les trajectoires de soins et sa capacité à répondre aux besoins de la population.

Les résultats montrent que la convention s'est progressivement ancrée dans le paysage des soins de santé mentale belge, avec une croissance rapide du nombre de prestataires conventionnés et de patient-es pris-es en charge. Le recours au dispositif s'est élargi à des publics jusque-là moins bien couverts, notamment les jeunes, les personnes en situation de précarité ou de vulnérabilité sociale. La diversification des modalités de soins – lieux d'accroche, séances de groupe, interventions à domicile ou à distance – a contribué à améliorer le recours, en particulier pour les publics éloignés des soins traditionnels.

L'étude met également en évidence une transformation des trajectoires de soins : une part croissante de patient-es accède à la convention sans antécédents de soins en santé mentale, ce qui suggère un rôle de porte d'entrée vers une prise en charge plus précoce. Toutefois, des défis importants subsistent. Les disparités territoriales en matière d'offre, de taux de conventionnement et de recours restent marquées. La baisse du nombre moyen de séances soulève également des questions sur la capacité du dispositif à répondre durablement aux besoins les plus complexes.

Enfin, il convient de souligner que la mise en œuvre de la convention – et donc la qualité des soins effectivement délivrés – dépend fortement des dynamiques propres à chaque réseau. Cette dimension, essentielle pour comprendre les écarts de fonctionnement et d'impact, dépasse le cadre de cette étude quantitative. Elle nécessiterait une approche complémentaire, de type qualitatif, centrée sur les pratiques de terrain et les logiques organisationnelles. Par ailleurs, des enjeux majeurs tels que la saturation de l'offre et les listes d'attente n'ont pas pu être abordés dans cette analyse, les données d'utilisation des soins ne permettant pas d'analyser les situations de non-recours. Une enquête spécifique serait nécessaire pour explorer ces angles morts, afin de mieux cerner les limites du dispositif en matière de disponibilité des soins.

En somme, la convention SPPL a permis des avancées notables en matière d'accès aux soins psychologiques, mais son développement futur devra s'appuyer sur une planification plus fine, une attention renforcée aux inégalités territoriales et sociales, et une évaluation continue de l'adéquation entre l'offre, les besoins et les trajectoires de soins, en tenant compte des spécificités locales et des dynamiques propres à chaque territoire. L'amélioration de l'accessibilité passe en effet par une approche globale, combinant diversification de l'offre, ancrage local, sensibilisation des acteurs et actrices de terrain et lutte contre les inégalités structurelles, en reconnaissant que l'accessibilité est un problème complexe et multifactoriel (Cès, 2021). Ces efforts sont indispensables pour garantir que les soins de santé mentale soient réellement accessibles à toutes et tous, en particulier à celles et ceux qui en ont le plus besoin.

Bibliographie

- Agence Intermutualiste. (2025). *Atlas AIM – Base de données interactive*. Récupéré sur <https://atlas.aim-ima.be/base-de-donnees/>
- Cès, S. (2021). L'accès aux soins de santé, définition et enjeux. *MC-Informations*, 286, 4-22.
- Cès, S., & Noirhomme, C. (2025). Fixer des objectifs pour une meilleure couverture des besoins en soins de santé. *Santé & Société*, 14, 30-57.
- Collège Intermutualiste National. (2025). *Dashboard MHC*. Récupéré sur <https://fra.mycarenet.be/services-generaux/mental-health/dashboard-mhc>
- Duveau, C., & Hermans, L. (2025). *Mental health trends in Belgium: Results from the BELHEALTH cohort 2022 to 2024*. Brussels: Scien-sano.
- INAMI. (2024a). *Dispenser des soins psychologiques de première ligne via un réseau de santé mentale*. Récupéré sur <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/professionnels-de-la-sante/psychologues-cliniciens/dispenser-des-soins-psychologiques-de-premiere-ligne-via-un-reseau-de-sante-mentale>
- INAMI. (2024b). *Vos soins psychologiques de 1re ligne : remboursés via les réseaux de santé mentale*. Récupéré sur <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/les-prestations-de-sante-que-vous-rembourse-votre-mutualite/soins-de-sante-mentale/vos-soins-psychologiques-de-1re-ligne-rembourses-via-les-reseaux-de-sante-mentale>
- INAMI. (2024c). *Convention entre le Comité de l'assurance des Soins de Santé de l'INAMI et le réseau de santé mentale XXX concernant le financement des fonctions psychologiques dans la première ligne par les réseaux de santé mentale*. Récupéré sur https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/convention_riziv_reseau_sante_mentale.pdf
- Mistiaen, P., Dauvrin, M., Eyssen, M., Roberfroid, D., San Miguel, L., & Vinck, I. (2017). *Soins de santé dans les prisons belges*. KCE Reports 293B.
- Noirhomme, C. (2022). Le suivi psychologique : Accessible en Belgique ? Analyse de l'utilisation des soins de santé mentale ambulatoires par les membres de la MC. *Santé & Société*, 3, 28-51.
- Noirhomme, C., Dispas, M., & Smith, P. (2023). La convention « soins psychologiques » dans le paysage des soins de santé mentale. État des lieux de l'utilisation des soins de santé mentale remboursés et des besoins rencontrés et nonrencontrés en Belgique. *Santé & Société*, 7, 4-39.
- Prison Insider. (2024). *Belgique, Populations spécifiques*. Récupéré sur <https://www.prison-insider.com/fichepays/belgique-2024>
- SPF Santé publique. (2025). *HWF STATAN 2024 (statistiques détaillées)*. Récupéré sur: <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/hwf-statan-2024-statistiques-detaillees>
- Unia & Conseil central de surveillance pénitentiaire (CCSP). (2025). *La maladie mentale derrière les barreaux : l'urgence à sortir de l'impasse*.
- Verniest, R., Luypaert, C., & Bracke, P. (2020). Comment ça va ? Enquête auprès des membres de la MC sur la prévalence de la souffrance mentale et la recherche d'aide. *MC-Informations*, 280, 19-31.

Annexe 1 : Répartition provinciale des prestataires, des patient-es et des prestations dans le cadre de la convention SPPL, selon le nombre de professionnel-les conventionné-es, leur taux de couverture, l'intensité du recours aux soins, le pourcentage du budget de base utilisé en 2024 et la prévalence estimée de la détresse psychologique (Sources : Données MC pondérées et extrapolées, SPF Santé publique, Atlas AIM, Sciensano 2018, Dashboard MHC)

| | Nombre de prestataires actifs dans les conventions SPPL en décembre 2024 | % de prestataires actifs par rapport aux psychologues et orthopédistes en droit d'exercer* | Nombre de prestataires SPPL par 100.000 habitant-es** | % de la population plus de 15 ans en détresse psychologique*** | Nombre de patient-es (extrapolation données MC) | % de patient-es au sein de la population | Nombre de prestations (extrapolation données MC) | Nombre de prestations par prestataire SPPL | Nombre de prestations par 100 habitant-es | % du budget de base de soins utilisé |
|----------------------------|--|--|---|--|---|--|--|--|---|--------------------------------------|
| Anvers | 1.180 | 35% | 62 | 31% | 42.302 | 2,2% | 250.865 | 213 | 13 | 101% |
| Brabant flamand | 909 | 30% | 77 | 27% | 30.843 | 2,6% | 187.630 | 206 | 16 | 102% |
| Flandre occidentale | 848 | 43% | 69 | 27% | 27.801 | 2,3% | 157.082 | 185 | 13 | 113% |
| Flandre orientale | 909 | 23% | 58 | 32% | 47.374 | 3,0% | 242.923 | 267 | 15 | 97% |
| Limbourg | 503 | 32% | 57 | 30% | 22.219 | 2,6% | 131.167 | 261 | 15 | 101% |
| Bruxelles | 900 | 40% | 79 | 39% | 33.180 | 3,0% | 203.599 | 226 | 18 | 102% |
| Brabant wallon | 284 | 25% | 70 | 36% | 8.704 | 2,1% | 56.108 | 198 | 14 | 110% |
| Hainaut | 451 | 29% | 34 | 38% | 26.017 | 2,0% | 148.418 | 329 | 11 | 83% |
| Liège | 611 | 35% | 56 | 38% | 26.377 | 2,4% | 152.543 | 250 | 14 | 96% |
| Luxembourg | 142 | 47% | 62 | 29% | 4.870 | 2,1% | 28.653 | 202 | 13 | 76% |
| Namur | 315 | 37% | 62 | 36% | 13.129 | 2,6% | 76.609 | 243 | 15 | 107% |
| Belgique | 6.123 | 28% | 53 | 33% | 282.937 | 2,5% | 1.636.298 | 267 | 14 | 100% |

*Dénominateur : nombre de psychologues et d'orthopédistes en droit d'exercer au 31/12/2024 par province (SPF Santé publique, 2025)

**Dénominateur : population par province en 2023, Atlas AIM (Agence Intermunicipale, 2025)

*** (GHQ score 2+), Sciensano 2018

Annexe 2 : Répartition des prestations effectuées par province en 2024 dans le cadre de la convention SPPL, selon le lieu de soins, la fonction et le réseau (Source : Données MC pondérées et extrapolées à la population belge)

| | Anvers | Brabant flamand | Flandre occidentale | Flandre orientale | Limbourg | Bruxelles | Brabant wallon | Hainaut | Liège | Luxembourg | Namur |
|--|--------|-----------------|---------------------|-------------------|----------|-----------|----------------|---------|-------|------------|-------|
| | 57% | 66% | 53% | 53% | 56% | 57% | 58% | 64% | 67% | 46% | 42% |
| | 22% | 15% | 28% | 24% | 22% | 25% | 20% | 15% | 16% | 40% | 35% |
| | 9% | 8% | 7% | 8% | 9% | 6% | 8% | 6% | 6% | 4% | 6% |
| | 3% | 3% | 3% | 2% | 3% | 5% | 3% | 4% | 3% | 4% | 4% |
| | 1% | 1% | 2% | 4% | 1% | 1% | 4% | 4% | 3% | 2% | 5% |
| | 8% | 7% | 9% | 9% | 8% | 6% | 6% | 6% | 4% | 5% | 7% |
| | 52% | 53% | 52% | 63% | 58% | 66% | 60% | 62% | 64% | 61% | 59% |
| | 40% | 40% | 40% | 28% | 35% | 28% | 35% | 33% | 32% | 34% | 34% |
| | 7% | 7% | 8% | 8% | 7% | 6% | 6% | 6% | 4% | 5% | 7% |
| | 69% | 64% | 69% | 67% | 70% | 70% | 66% | 65% | 66% | 64% | 45% |
| | 31% | 36% | 31% | 33% | 30% | 30% | 34% | 35% | 34% | 36% | 55% |

Annexe 3 : Nombre et pourcentage de personnes dans la population belge à avoir recours à la convention SPPL selon les caractéristiques socio-démographiques
(Source : Données MC pondérées et extrapolées à la population belge)

| | 2019 | | 2020 | | 2021 | | 2022 | | 2023 | | 2024 | | Cumulatif | |
|---|-------|------|--------|------|--------|------|---------|------|---------|------|---------|-------|-----------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N* | %** |
| Population belge | 6.387 | 0,1% | 20.675 | 0,2% | 42.323 | 0,4% | 113.578 | 1,0% | 226.194 | 2,0% | 282.937 | 2,5% | 466.082 | 4,1% |
| Âge | | | | | | | | | | | | | | |
| 0-19 | 158 | 0,0% | 1.890 | 0,1% | 5.967 | 0,2% | 24.781 | 1,0% | 61.622 | 2,4% | 83.384 | 3,3% | 130.126 | 5,2% |
| 20-29 | 1.290 | 0,1% | 4.218 | 0,3% | 8.372 | 0,6% | 21.635 | 1,6% | 40.555 | 3,0% | 49.026 | 3,7% | 85.999 | 6,4% |
| 30-44 | 2.652 | 0,1% | 7.319 | 0,3% | 13.827 | 0,6% | 34.378 | 1,6% | 62.881 | 2,8% | 75.075 | 3,4% | 126.484 | 5,7% |
| 45-64 | 2.240 | 0,1% | 6.282 | 0,2% | 11.791 | 0,4% | 26.906 | 0,9% | 48.921 | 1,7% | 59.736 | 2,0% | 98.438 | 3,3% |
| 65-79 | 46 | 0,0% | 827 | 0,1% | 2.058 | 0,1% | 4.851 | 0,3% | 9.635 | 0,6% | 12.301 | 0,7% | 19.581 | 1,2% |
| 80+ | 2 | 0,0% | 139 | 0,0% | 309 | 0,0% | 1.027 | 0,2% | 2.580 | 0,4% | 3.415 | 0,5% | 5.454 | 0,8% |
| Statut | | | | | | | | | | | | | | |
| Non-BIM | 4.697 | 0,1% | 15.353 | 0,2% | 31.682 | 0,4% | 85.109 | 0,9% | 168.187 | 1,9% | 210.072 | 2,3% | 357.809 | 3,9% |
| BIM | 1.690 | 0,1% | 5.322 | 0,3% | 10.641 | 0,5% | 28.469 | 1,3% | 58.006 | 2,5% | 72.865 | 3,1% | 108.273 | 4,6% |
| Sexe | | | | | | | | | | | | | | |
| Femmes | 4.313 | 0,1% | 14.096 | 0,3% | 28.644 | 0,5% | 74.946 | 1,3% | 147.023 | 2,5% | 183.925 | 3,2% | 299.152 | 5,1% |
| Hommes | 2.074 | 0,0% | 6.579 | 0,1% | 13.679 | 0,3% | 38.632 | 0,7% | 79.171 | 1,4% | 99.011 | 1,8% | 166.719 | 3,0% |
| Région | | | | | | | | | | | | | | |
| Flandre | 2.924 | 0,0% | 9.190 | 0,1% | 17.941 | 0,3% | 65.809 | 1,0% | 136.718 | 2,0% | 170.539 | 2,5% | 270.938 | 4,0% |
| Wallonie | 2.864 | 0,1% | 9.598 | 0,3% | 20.477 | 0,6% | 36.736 | 1,0% | 65.593 | 1,8% | 79.098 | 2,2% | 142.877 | 4,0% |
| Bruxelles | 594 | 0,1% | 1.881 | 0,2% | 3.892 | 0,4% | 10.995 | 1,0% | 23.778 | 2,1% | 33.180 | 3,0% | 52.046 | 4,6% |
| Statut socio-professionnel | | | | | | | | | | | | | | |
| Employés | 2.453 | 0,1% | 7.259 | 0,3% | 14.308 | 0,7% | 34.986 | 1,6% | 64.277 | 2,9% | 77.467 | 3,5% | 130.318 | |
| Fonctionnaires | 388 | 0,1% | 1.177 | 0,3% | 2.158 | 0,5% | 5.747 | 1,3% | 10.538 | 2,5% | 13.412 | 3,0% | 21.668 | |
| Indépendant-es | 263 | 0,0% | 772 | 0,1% | 1.396 | 0,2% | 4.707 | 0,7% | 8.856 | 1,3% | 10.959 | 1,6% | 18.014 | |
| Ouvrier-es | 2.173 | 0,1% | 5.986 | 0,3% | 10.733 | 0,6% | 23.373 | 1,2% | 41.762 | 2,1% | 48.891 | 2,5% | 86.600 | |
| Enfants placés/confiés | 10 | 0,1% | 21 | 0,1% | 69 | 0,4% | 317 | 1,7% | 767 | 3,7% | 1.072 | 5,1% | 1.638 | |
| Femmes détenues | | | | | | | | | 28 | 5,6% | 59 | 11,9% | 63 | |
| Hommes détenus | | | | | | | | | 287 | 2,7% | 441 | 3,7% | 562 | |
| Catégories spécifiques | | | | | | | | | | | | | | |
| Personnes au chômage | 1.190 | 0,1% | 5.188 | 0,3% | 7.532 | 0,6% | 12.801 | 1,3% | 18.441 | 2,3% | 21.302 | 2,8% | 45.371 | |
| Personnes en incapacité de travail primaire | 1.858 | 0,4% | 5.379 | 1,1% | 9.639 | 2,0% | 20.113 | 4,0% | 31.305 | 6,7% | 36.402 | 7,4% | 73.991 | |
| Personnes en invalidité | 967 | 0,2% | 3.167 | 0,7% | 5.900 | 1,3% | 14.471 | 3,0% | 27.413 | 5,5% | 34.389 | 6,7% | 44.538 | |
| Bénéficiaires RIS/GRAPA | 288 | 0,1% | 1.046 | 0,3% | 2.154 | 0,6% | 4.941 | 1,4% | 10.152 | 2,8% | 10.339 | 4,1% | 19.367 | |

*Si suivi au cours de plusieurs années, les caractéristiques socio-démographiques conservées sont les plus récentes

**Dénominateur : population belge 2023

Annexe 4 : Lieu des séances selon les caractéristiques socio-démographiques des patientes
(Source : Données MC pondérées et extrapolées à la population belge)

| | Selon le lieu | | | | | | | Selon le lieu (plusieurs lieux possibles) | | | | |
|---|--|---|---|--|---|--------------------|-------|---|---|------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| | Consulta- tion en cabinet unique- ment | Consulta- tion en lieu d'accroche uniquement | Séance de groupe unique- ment | Consulta- tion à domicile unique- ment | Consulta- tion à dis- tance uni- quement | Plusieurs lieux | Autre | Consulta- tion en cabinet | Consulta- tion en lieu d'accroche | Séance de groupe | Consulta- tion à domicile | Consulta- tion à distance |
| Âge | | | | | | | | | | | | |
| | 51% | 14% | 9% | 1% | 0% | 23% | 2% | 71% | 32% | 14% | 4% | 6% |
| | 56% | 19% | 3% | 1% | 1% | 19% | 2% | 74% | 36% | 5% | 3% | 10% |
| | 54% | 19% | 4% | 1% | 1% | 19% | 2% | 72% | 35% | 8% | 3% | 8% |
| | 50% | 20% | 6% | 1% | 1% | 21% | 2% | 69% | 36% | 10% | 4% | 7% |
| | 39% | 23% | 8% | 6% | 0% | 22% | 2% | 58% | 40% | 12% | 12% | 4% |
| | 17% | 25% | 9% | 22% | 0% | 26% | 2% | 58% | 40% | 13% | 37% | 2% |
| Statut | 54% | 17% | 6% | 1% | 1% | 20% | 2% | 72% | 32% | 10% | 3% | 6% |
| | 44% | 22% | 5% | 3% | 1% | 24% | 2% | 65% | 41% | 9% | 7% | 9% |
| Sexe | 51% | 18% | 6% | 1% | 1% | 21% | 2% | 70% | 35% | 10% | 4% | 8% |
| | 52% | 18% | 6% | 1% | 1% | 20% | 2% | 71% | 35% | 9% | 4% | 6% |
| | 51% | 19% | 5% | 1% | 1% | 21% | 2% | 70% | 36% | 10% | 4% | 6% |
| Région | 53% | 15% | 7% | 2% | 1% | 19% | 2% | 71% | 30% | 10% | 6% | 8% |
| | 51% | 19% | 5% | 1% | 1% | 22% | 2% | 71% | 39% | 9% | 3% | 10% |
| | 55% | 17% | 4% | 1% | 1% | 20% | 2% | 73% | 33% | 9% | 3% | 8% |
| Statut so- cio-profes- sionnel | 56% | 16% | 5% | 1% | 1% | 20% | 2% | 74% | 31% | 10% | 2% | 5% |
| | 59% | 16% | 4% | 1% | 1% | 18% | 2% | 75% | 30% | 8% | 2% | 7% |
| | 51% | 23% | 3% | 1% | 1% | 21% | 2% | 69% | 39% | 6% | 4% | 7% |
| | 50% | 17% | 4% | 3% | 0% | 23% | 2% | 71% | 35% | 8% | 9% | 7% |
| Catégories spécifiques | 51% | 22% | 3% | 1% | 1% | 20% | 2% | 70% | 39% | 6% | 3% | 8% |
| | 51% | 21% | 4% | 1% | 1% | 22% | 1% | 71% | 38% | 9% | 3% | 7% |
| | 48% | 19% | 4% | 2% | 1% | 24% | 2% | 70% | 38% | 10% | 5% | 10% |
| | 43% | 28% | 3% | 1% | 1% | 22% | 2% | 64% | 47% | 6% | 4% | 12% |

Annexe 5 : Nombre de séances par patient-e en moyenne sur 12 mois, pour les trajets entamés en 2022, 2023 et 2024 (Source : Données MC pondérées et extrapolées à la population belge)

| | | 2022 | 2023 | 2024 |
|-----------------------------------|--|------------|------|------|
| Population belge | | 8,1 | 7,4 | 6,5 |
| Âge | 0-19 | 8,5 | 7,7 | 6,5 |
| | 20-29 | 7,8 | 7,1 | 6,6 |
| | 30-44 | 8,0 | 7,2 | 6,5 |
| | 45-64 | 8,1 | 7,4 | 6,5 |
| | 65-79 | 7,4 | 6,5 | 5,7 |
| | 80+ | 6,6 | 6,0 | 5,5 |
| Statut | Non-BIM | 8,0 | 7,4 | 6,5 |
| | BIM | 8,3 | 7,3 | 6,4 |
| Sexe | Femmes | 8,3 | 7,6 | 6,7 |
| | Hommes | 7,6 | 6,9 | 6,1 |
| Région | Flandre | 7,9 | 7,3 | 6,4 |
| | Wallonie | 8,3 | 7,5 | 6,3 |
| | Bruxelles | 8,1 | 7,4 | 7,0 |
| Statut socio-professionnel | Employé-es | 8,4 | 7,6 | 6,8 |
| | Fonctionnaires | 8,2 | 7,7 | 6,7 |
| | Indépendant-es | 7,8 | 6,9 | 5,9 |
| | Ouvrier-es | 7,4 | 6,8 | 6,0 |
| Catégories spécifiques | Enfants placés/confiés | 11,5 | 7,7 | 8,7 |
| | Détenu-es | pas d'obs. | 7,1 | 3,9 |
| | Personnes au chômage | 7,3 | 6,8 | 5,8 |
| | Personnes en incapacité de travail primaire | 8,4 | 7,8 | 7,0 |
| | Personnes en invalidité | 9,0 | 7,9 | 7,0 |
| | RIS/GRAPA | 7,2 | 6,3 | 5,8 |
| Type de réseau | Adultes | 7,9 | 7,2 | 6,4 |
| | Enfants et adolescent-es | 8,6 | 7,8 | 6,6 |
| Première séance du trajet | Séance au cabinet | 8,1 | 7,5 | 6,7 |
| | Séance de groupe | 6,3 | 5,4 | 4,6 |
| | Séance lieu accroche | 6,9 | 6,9 | 5,7 |
| | Séance à distance | 9,8 | 7,2 | 5,6 |
| | Séance à domicile | 8,7 | 8,0 | 6,5 |
| Fonctions | Soutien | 4,9 | 4,7 | 4,2 |
| | Traitement | 10,3 | 8,3 | 6,9 |
| | Les deux fonctions | 14,2 | 13,7 | 12,6 |