



LIGUE BRUXELLOISE POUR
LA SANTÉ MENTALE

Note d'analyse

Offre de soins psychologiques remboursés de 1^{ère} ligne

29 Novembre 2021

Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale ASBL

Rue du Président, 53 – 1050 Bruxelles – Tél. (02) 511.55.43 - info@lbfsm.be - www.lbfsm.be
RPM de la Région de Bruxelles-Capitale – n° entreprise 0418.281.519 – IBAN BE10 0682 1860 6604
Organisme agréé par la Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles-Capitale

Remarques préalables :

Cette note propose des éléments d'analyse de la nouvelle offre dans un souci d'information et d'éclairage des enjeux. Elle a vocation de nourrir les débats chez les membres de la Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale et en-dehors de celle-ci.

La première partie (p.3 à 6) présente une **description de l'offre** psychologique de première ligne remboursée (organisation de l'offre, conditions et principes de base).

La deuxième partie se consacre à **l'analyse de l'offre** et de ce qu'elle induit en termes de possibilités et de limites. Si vous connaissez déjà les contours de l'offre, **vous pouvez passer directement à la page 7.**

Ce travail s'est basé sur les éléments suivants :

- + Protocole d'accord conclu entre le gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la constitution concernant l'approche coordonnée visant à renforcer l'offre de soins psychiques dans le cadre de la pandémie COVID 19.
- + Convention INAMI du 26 juillet 2021.
- + Convention et ses avenants du 25 octobre 2021.
- + Participation de la Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale aux réunions organisées notamment par BRUMENTA (la coordination régionale de la réforme 107 réseau adulte).

Tables des matières :

1^{ère} partie : Nouvelle offre fédérale de soins psychologiques de 1^{ère} ligne	3
1. Contexte	3
2. Conditions de la fonction psychologique de 1 ^{ère} ligne	3
3. Compléments d'informations des principes de base de la convention	5
4. Strates opérationnelles de la mise en place de l'offre	6
2^{ème} partie : Eléments d'analyse	7
1. Contours du bilan fonctionnel et ses limites	7
2. Une offre de soins inclusive, de proximité et adapté « matched care » ?	11
3. Politique de santé à l'acte : gestion de budget ou des besoins de santé ?	13
4. Que devient l'autonomie du psychologue clinicien ?	14
5. L'évaluation de l'efficacité et de la qualité des soins : sur quelles bases ?	15
6. L'offre groupale de soins : une offre de travail communautaire ?	17
7. Manque de clarté et risque de mise en concurrence : quelle offre pour qui ?	18
8. La particularité de Bruxelles : les 4 antennes régionales.	18
9. Psychologues salariés services et financement à l'acte ?	19
10. Les professionnels de la santé : tous égaux ?	20
Conclusion	21

1^{ère} PARTIE : Nouvelle offre fédérale de soins psychologiques de 1^{ère} ligne

1. Contexte

- ⇒ En décembre 2020, le fédéral et les entités fédérées ont signé un protocole d'accord pour la mise en place d'une offre de soins psychologiques de 1^{ère} ligne.
- ⇒ Un budget inédit de 152 millions a été débloqué par le SPF Santé pour cette offre.
- ⇒ En août 2021, l'INAMI a traduit les modalités de cette offre au sein d'une convention.
- ⇒ Dès septembre 2021, les Réseaux de soins en santé mentale (107) sont en charge de sa mise en œuvre en collaboration avec les acteurs régionaux et locaux.

2. Conditions de la fonction psychologique de 1^{ère} ligne.

✚ Accès aux remboursements :

- ⇒ Les psychologues doivent être **conventionnés** auprès du Réseau pour faire bénéficier le patient du remboursement.

✚ Offre de soins psychologiques primaires de 1^{ère} ligne :

- ⇒ Maximum **8 séances** individuelles ou **5 séances de groupe**,
- ⇒ Objectifs : **auto-soin, résilience temporaire, psychoéducation...**
- ⇒ La demande de soins peut être faite par la personne elle-même et/ou l'entourage et/ou les intervenants.

✚ Offre de soins psychologiques spécialisés de 1^{ère} ligne

- ⇒ Si l'offre de soins primaire s'avère insuffisante, relais vers les soins spécialisés aux conditions suivantes :

« Si le bilan fonctionnel montre que le traitement de la maladie mentale sous-jacente est nécessaire, les soins spécialisés ambulatoires en santé mentale sont fournis au sein du Réseau après notification »¹.

- ⇒ Maximum **20 séances** individuelles ou **12 séances de groupe (15 pour les enfants/ados)**.
- ⇒ Objectifs : **à établir au départ du suivi en étroite concertation avec le médecin traitant, un autre prestataire de soins concerné et le patient.**
- ⇒ La demande de soins peut être faite par la personne elle-même et/ou l'entourage et/ou les intervenants.
- ⇒ C'est le psychologue conventionné qui décide, sur la base du bilan fonctionnel, si le bénéficiaire peut avoir recours aux soins spécialisés.
- ⇒ La fonction psychologique spécialisée n'est remboursable **qu'après demande au Réseau sur la base du bilan fonctionnel** dont le modèle a été approuvé par un comité d'accompagnement. Dans la mesure du possible, le psychologue doit **éviter l'auto-référencement** (poursuivre avec le même patient pour le volet spécialisé) pour permettre au patient de se diriger vers les soins spécialisés les plus ajustés à sa problématique.

✚ Conditions de remboursements :

- ⇒ Séance individuelle : montant de **75€/heure** dont **11 ou 4 € à charge du patient**.
- ⇒ Séance groupale de minimum 4 à maximum 12 personnes, de 90 à 120 minutes : montant variable entre **126 et 200 €** en fonction du nombre d'intervenants (possibilités de deux) **dont 2,50€ à charge du patient /participant².**

¹ Cfr convention INAMI du 26 juillet 2021, p.6, article 2.

² Voir la présentation Power Point jointe à la note d'analyse.

- ⇒ Pour la fonction spécialisée, **le psychologue conventionné doit démontrer ses formations, son expérience clinique et préciser ses compétences spécifiques par le biais d'un portfolio** qui doit contenir les informations suivantes : données d'identification et compétences linguistiques ; coordonnées professionnelles, numéro INAMI, visa et agrément, diplômes, formation continue attestée par des attestations de présence (ou certificats si disponibles), expertise et expérience en précisant les groupes d'âge, expertise éventuelle dans un domaine spécifique et/ou dans une méthode (d'entretien) ou une problématique (psychique)/plainte, activités scientifiques (articles...).
- ⇒ Soins psychologiques primaires : **sur base d'un bilan fonctionnel** rédigé par le psychologue conventionné et notifié dans le dossier du patient dans la base de données E-HealthBox et dans le Dossier médical global (DMG) du médecin traitant **sauf avis contraire du patient**.
- ⇒ Soins psychologiques spécialisés : demande au Réseau **sur base d'un bilan fonctionnel** rédigé par **le psychologue conventionné et un médecin** (généraliste et/ou par tout médecin spécialisé).

✚ Par l'offre primaire et spécialisée, il y a la **possibilité de combiner les deux approches. Également celle de renouveler l'offre après 12 mois calendrier** (sur base de nouveaux bilans fonctionnels).

✚ **Bilan fonctionnel** : ce document (3 feuilles recto-verso) doit reprendre les éléments suivants : coordonnées des prestataires de soin dont le médecin traitant, le médecin concerné si différent du généraliste et tout autre prestataire de soin éventuel ; les antécédents du patient sur les plans somatique, social, psychologique... ; le style personnel du patient, les attentes du médecin traitant et/ou médecin concerné et/ou tout autre prestataire de soin et ceux du patient ; les objectifs du médecin traitant et/ou du médecin concerné et/ou tout autre prestataire de soin et ceux fixés par le patient ; des éléments sur l'issue du suivi et relais éventuels (vers la ligne spécialisée, travail en groupe, autres services plus adaptés aux besoins) ; dans le cadre des soins spécialisés, les éléments à souligner suite à l'entretien de mi-parcours. **Le bilan fonctionnel doit être signé par toutes les parties concernées sauf avis contraire du patient. Pour accéder au remboursement des soins spécialisés, le bilan fonctionnel doit impérativement être notifié au Réseau.**

✚ A mi-parcours des soins spécialisés, le psychologue en charge doit prévoir un **entretien d'évaluation** pour réorienter son offre de soin en fonction des avancées de la situation, de l'état du patient, eu égard aux annotations du bilan fonctionnel et en concertation avec le médecin (généraliste et/ou autre).

✚ Au-delà de cette offre spécialisée remboursable : si le problème du patient persiste, le psychologue conventionné en charge organise un **relais vers d'autres structures de soins psychologiques existantes** *« pour orienter le patient vers des soins de santé mentale spécialisés plus intensifs dans le réseau »*³.

Le financement des prestations se fait uniquement à l'acte. Un avenant à la convention INAMI du 25 octobre 2021 propose un registre de codes par type d'intervention. Chaque mois, le psychologue conventionné devra rendre compte de son activité par un encodage desdits codes auprès d'un logiciel qui calculera le montant total des honoraires. Il servira également de tableau de bord (*dashboard*) de l'activité menée par le psychologue (travail

³ Cfr la convention INAMI, p. 9 et 10, article 6.

d'*outreach*, travail de groupe, séance individuelle, proximité entre le prescripteur et le lieu de prise en charge, concertation multidisciplinaire...).

- ✚ La première convention stipulait que le psychologue conventionné pouvait être **sous statut indépendant ou salarié dans un service dont le secteur ambulatoire de 1^{ère} ligne**. L'avenant à la convention du 25 octobre 2021 précise des conditions supplémentaires : pour les psychologues salariés d'un service, seules les organisations reconnues pourront établir une convention avec le Réseau :

« Par 'organisation reconnue', on entend, d'une part, les établissements/services repris dans CoBRHA (Common Base Registry for HealthCare Actor – il s'agit de la base de données commune des institutions publiques compétentes pour la reconnaissance des acteurs de soins de santé en Belgique) et, d'autre part, les organisations employant des psychologues/orthopédagogues cliniciens salariés et qui, en attente de leur inclusion dans CoBRHA et sur base d'une demande au comité d'accompagnement, sont considérées comme organisations agréées dans le cadre de cette convention. »

Il revient donc au comité d'accompagnement d'accorder l'autorisation d'être repris dans le registre CoHBRA et ainsi obtenir un **numéro INAMI** pour le service. Les critères d'appréciation, **les conditions d'accès ne sont pas précisées** à ce stade mais **ils devraient directement être liés à l'analyse des besoins par quartier/territoire**.

- ✚ **Le psychologue conventionné s'engage à :**

- ⇒ Mobiliser **minimum de 8 heures/semaine** pour la convention avec le Réseau ou 2 x 4 heures dans les deux Réseaux (Adultes/Enfants, ados).
- ⇒ Proposer un **1^{er} rendez-vous au minimum une semaine** après notification de la demande ou **au maximum dans le mois**.
- ⇒ **Adhérer aux valeurs** de la convention et **inclure des pratiques** de mobilité, d'*outreaching*, d'activités de groupe dans les prises en charge.

3. Compléments d'informations des principes de base de la convention

- ✚ Il est explicitement stipulé que l'offre de soins en santé mentale s'articule selon le principe du **modèle bio-psycho-social comme en santé somatique en termes d'accessibilité, de qualité et de proximité**.
- ✚ Le Réseau s'engage à participer au développement d'une culture de la qualité dans l'offre de soins spécialisés pour des soins **sûrs, efficaces, efficaces, égaux et opportuns, axés sur le patient**. Cela implique pour les prestataires de soins psychologiques, indépendants ou d'institutions de partager des valeurs, des convictions, des attitudes et des modèles de comportement visant l'amélioration continue de la qualité des prestations de soins.
- ✚ Ces deux offres, soins psychologiques primaires et spécialisés, se réalisent dans une **logique d'approche locale, proche du citoyen**, et de manière **multidisciplinaire dans une visée de soins intégrés** sur une **zone délimitée pour assurer un meilleur accès aux soins**.
- ✚ Au niveau de la répartition des moyens, **des coefficients de pondération** devront être définis pour la répartition de l'offre entre soins primaires et soins spécialisés, entre différentes catégories d'âge et entre quartiers aux besoins prioritaires. Le niveau fédéral proposera une première pondération qu'il reviendra au Réseau d'affiner en regard des particularités de certains quartiers/zones. Ce travail de précision se réalisera en collaboration étroite entre les entités fédérées, des travaux de recherche et les 2 Réseaux bruxellois.

4. Strates opérationnelles de la mise en place de l'offre

En matière de gouvernance et de stratégie opérationnelle, l'offre de soins psychologiques de première ligne est discutée au sein de 3 lieux qui tiennent chacun une fonction différente.

✚ **Le groupe de travail régional fonction F1 (GTR F1)** : il réunit des intervenants de la 1^{ère} ligne, du côté de la réforme 107, des 4 antennes bruxelloises, d'autres structures régionales en charge de la 1^{ère} ligne. La Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale a rejoint ce groupe en avril 2021. Ce GTR F1 existe depuis plusieurs années. Pour le volet des soins psychologiques de 1^{ère} ligne, **le groupe partage des propositions** concrètes sur lesquelles s'appuient les coordinateurs du Comité de Concertation Régional de la réforme 107 pour notamment les relayer vers un niveau de décision supérieure. **Les avis de ce groupe ont une valeur consultative, non décisionnelle.**

✚ **Le groupe de travail Transversal en inter-cabinets** : Il réunit 1 représentant du cabinet du Ministre régional de la santé et de l'action sociale (Alain Maron), 1 représentant du cabinet du Ministre fédéral de la santé (Frank Vandenbroucke), des représentants des administrations, 1 représentant pour chaque Antenne régionale, des représentants de structures régionales en charge d'organiser/représenter la 1^{ère} ligne (BRUSANO, BRUZEL, Inter-Fédération de l'Ambulatoire COCOF, 1 représentant par Réseau de soins en Santé Mentale, côté adulte (BRUMENTA) et côté enfants/ados (BRUSTARS). Ce lieu d'échanges assure le processus de concertation entre les niveaux régional et fédéral. Récemment, le GT transversal a décidé de phaser ses travaux comme suit :

- **1^{ère} phase** : affiner le travail de pondération en fonction des coefficients communiqués par le niveau fédéral ;
- **2^{ème} phase** : mise en place stratégique de l'offre.

Ce GT privilégiera les représentants qui ont un rôle plus pertinent pour chaque phase.

✚ **Le Comité d'Accompagnement** : sa composition est précisée dans la convention INAMI. **L'architecture de l'offre est placée sous sa supervision.** Sa composition :

- 6 représentants **d'associations de psychologues** avec parité linguistique,
- 2 représentants **des organisations de familles,**
- 2 représentants **d'associations de patients,**
- 6 représentants **des organisations hospitalières,**
- 6 représentants **d'organismes assureurs,**
- 4 **médecins généralistes désignés par les organisations représentant les médecins au sein du comité de l'assurance,** avec parité linguistique,
- 2 **psychiatres désignés par les organisations représentant les médecins au sein du comité de l'assurance,** avec parité linguistique,
- 6 **représentants des réseaux SSM** (pas le secteur régional COCOF mais ceux de la réforme 107 fédérale) dont 3 des réseaux enfants et 3 des réseaux adultes,
- 2 **experts du SPF Santé Publique,**
- L'administration de **l'INAMI,**
- Un conseiller du ministre des **Affaires sociales** et un conseiller du ministre de la **Santé Publique,**
- Un représentant de l'administration des **entités fédérées concernées.**

2^{ème} partie : Eléments d'analyse

1. Contours du bilan fonctionnel et ses limites

En octobre 2021, l'INAMI a communiqué le **template du bilan fonctionnel**. Les usages du bilan fonctionnel y sont précisés. Il apparaît que le bilan fonctionnel occupe une **fonction centrale dans la prise en charge multidisciplinaire et intégrée du patient**. La vision du partenariat autour de la situation du patient réside uniquement dans un échange formalisé entre prestataires de soin. C'est là une limite de l'application du paradigme bio-psycho-somatique au travail de bilantage censé précéder les soins psychologiques. Ci-après, nous développerons les raisons de la difficile adéquation de la logique somatique avec la déontologie de la pratique en psychologie clinique.

Que contient le formulaire du bilan fonctionnel ?

- ⇒ Références et numéro INAMI du psychologue conventionné, du médecin concerné, du médecin généraliste responsable du DMG ;
- ⇒ Références d'autres prestataires sans préciser de fonction et ou spécialisation mais porteurs d'un numéro INAMI ;
- ⇒ **Antécédents psychologiques, sociaux et somatiques** – si utiles à communiquer – et à remplir par le médecin traitant, par le/la psychologue, par un éventuel autre prestataire de soin ;
- ⇒ **Le fonctionnement actuel du patient** en précisant les plaintes, les problèmes de l'utilisateur, les ressources et le réseau social ; la situation et les circonstances bio-psycho-sociales à remplir par le psychologue, le médecin traitant et autre prestataire de soin éventuel ;
- ⇒ **Le style personnel de l'utilisateur** à préciser par le psychologue ;
- ⇒ Autre précision jugée utile ;
- ⇒ Le traitement qui précise **les demandes d'aide de l'utilisateur, ses objectifs et ses attentes ; ceux du médecin traitant, ceux du psychologue et ceux d'un autre prestataire de soin éventuel** ;
- ⇒ En cours de traitement, **préciser l'évolution de la situation/problématique** lors de l'évaluation intermédiaire du suivi spécialisé ;
- ⇒ Enfin, un **tableau récapitulatif en 5 colonnes** : Quoi (plainte)/ Objectif/ Intervention/ Qui/ Statut, parcours, évolution.

Quelles sont les fonctions attendues du bilan fonctionnel ?

- ⇒ « **OUTIL FONDAMENTAL pour traduire la vision et le financement des soins psychologiques primaires et spécialisés.** » Sur quelle vision se base le bilan fonctionnel ? S'agit-il de concerter les interventions de chaque prestataire de soin ? S'agit-il d'organiser une concertation minimum **entre médecins et psychologues** ?
- ⇒ « **OUTIL CLINIQUE ESSENTIEL pour favoriser des soins intégrés et pour permettre une intervention de qualité et une collaboration multidisciplinaire et intersectorielle.** » En privilégiant la **paire somatique et psychologique**, quelle place aux intervenants de **l'aide sociale et à l'expertise des services associatifs** dans un travail ciblé sur des publics-cibles vulnérables aux conditions de vie délétères ? Comment s'organise le travail pluridisciplinaire autour de ce type de situation fréquente pour **les patients qui cumulent des vulnérabilités** ? Au vu des éléments repris dans le bilan fonctionnel, la paire médecin/psychologue semble privilégiée. Ils sont les prestataires de choix. Les autres

approches ou métiers qui travaillent sur d'autres déterminants de la santé semblent absents dans cette représentation du travail de 1^{ère} ligne.

- ⇒ « **OUTIL POUR ESTIMER LES SOINS ou le soutien nécessaire, pour établir un plan de soins ou de traitement, d'estimer la durée et l'intensité de l'intervention nécessaire et d'évaluer le traitement proposé.** »
- ⇒ **OUTIL DE PARTAGE** qui combine les points de vue complémentaires du médecin, du psychologue clinicien et du patient, pour avoir une vision complète. »
- ⇒ « **OUTIL DE COMMUNICATION ET D'ORIENTATION** entre médecin et psychologue et autres professionnels de la santé soumis au secret professionnel (infirmière, pharmacien...) et qui poursuivent la même finalité, accès via dossier numérique E-Healthbox. » Il est même précisé : « à l'issue de l'intervention spécialisée, le bilan fonctionnel peut être utilisé comme outil de communication avec les professionnels des soins de première ligne impliqués dans le cadre d'accords de soutien complémentaire (par exemple : « prendre le pouls de la situation »), toujours sous réserve de l'approbation du patient ». Cela signifie-t-il que le bilan fonctionnel continue à circuler après le suivi ? Avec quelle pertinence ?
- ⇒ « **OUTIL QUI FAVORISE LA RESPONSABILISATION DU PATIENT.** » Dans le cadre du travail mené pour le bilan fonctionnel, l'usager est explicitement considéré comme le responsable de son processus. La volonté exprimée est de placer le patient au centre et de lui rendre intelligible le processus de soin. Pour soutenir pleinement ces objectifs, ne serait-il pas plus juste de considérer le patient comme **partenaire du processus plutôt que responsable du processus** ? La notion de responsabilisation peut sous-entendre que le patient ne se sent pas ou peu responsable, elle exerce une pression à l'égard de la personne qui peut la vivre comme **une injonction de rétablissement** alors que tout ne se joue pas à un niveau individuel de la volonté.

Comment s'exercent le consentement du patient et la déontologie du psychologue clinicien dans l'exercice du bilan fonctionnel ?

Pour rappel, la nouvelle convention de l'offre psychologique de 1^{ère} ligne n'exige plus la prescription médicale pour avoir accès aux soins remboursés. La précédente convention l'exigeait mais ne donnait à la prescription qu'un statut d'accès aux séances remboursées sans établir de protocole particulier à suivre pour le/la psychologue. Le bilan fonctionnel introduit des relations différentes entre les prestataires de soin que sont notamment en le médecin et le psychologue: la nouvelle offre de soin psychologique, primaire et spécialisée, reste **étroitement liée à la supervision du médecin dans une visée de soins intégrés.**

Depuis le lancement de la convention, celle-ci a évolué : **l'accès aux soins remboursés n'est plus conditionné par la notification du bilan fonctionnel dans le DMG et le partage des données qu'il contient est soumis à l'approbation du patient.** C'est une avancée. Il reste l'obligation de consigner le bilan fonctionnel dans un dossier patient numérique E-Healthbox dont le psychologue règle les paramètres de partage. Néanmoins, il est demandé au psychologue **de favoriser le plus possible le partage de données avec le médecin en expliquant au patient la nécessité de cette collaboration.** Il existe bien la possibilité pour le patient de refuser le partage des données, auquel cas le psychologue le précisera dans son dossier. **Si la notion de refus de partage est rappelée, elle reste pour le moins ambiguë** à la lecture du document qui accompagne le bilan fonctionnel :

« Si dans **des circonstances exceptionnelles** le patient refuse de partager ces informations avec un autre professionnel traitant, cela doit être mentionné sur le bilan fonctionnel et dans le dossier du patient. Un modèle de consentement éclairé sera fourni. »⁴

Comment comprendre la notion de **circonstances exceptionnelles** ? Cela signifie-t-il que le refus de partage doit **rester l'exception** ? Et donc le partage des données **la norme** entre le médecin et le psychologue ? Cette **systématisation** permet-elle pleinement de respecter le libre consentement du patient ? Savoir d'emblée que ce partage de données existe, cela **favorise-t-il une parole en toute sécurité** ? Et pour le psychologue, ce protocole bilantaire permet-il **d'exercer pleinement son analyse des conditions qui fondent le secret partagé** ? Le bilan fonctionnel redéfinit-il ces deux notions centrales de la pratique de la psychologie clinique ?

Notions juridiques, cliniques et éthiques de la confidentialité et du secret partagé

La profession de psychologue est soumise à des règles de déontologie et de confidentialité bien balisées. Le législateur a rangé les confidences que le citoyen-patient fait au psychologue dans le registre du pénal. En effet, l'article 458 du code pénal interdit au psychologue la divulgation de ces confidences sous peine de poursuites⁵. Le sens de la loi **distingue la parole dite en public de la parole qui relève de l'intimité**. Néanmoins, pour permettre le travail à plusieurs, la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé définit clairement **les conditions du secret partagé entre professionnels de santé** et intervenants psycho-sociaux : seuls les éléments strictement nécessaires à la collaboration peuvent être transmises à un autre professionnel sous la condition (stricte elle aussi) de l'approbation du patient qui doit s'exercer à chaque élément transmis et pour chaque professionnel susceptible d'en prendre connaissance⁶. Ceci se retrouve dans de façon explicite dans le code de déontologie des psychologues⁷, en son article 14 :

« *Le psychologue peut, sous sa responsabilité, partager des données confidentielles en sa possession en vue d'optimiser l'efficacité de son travail. A cet effet, il applique les règles habituelles cumulatives quant au secret partagé : information préalable, accord du maître du secret, dans le seul intérêt de celui-ci, limité à ce qui est strictement indispensable, uniquement avec des personnes soumises au secret professionnel œuvrant dans le cadre d'une même mission.* »

Le même code poursuit, en son article 19 :

« *Le consentement libre et informé doit être obtenu avant tout enregistrement des données qui le concernent. Ceci vaut également pour le transfert de données à quelque fin que ce soit. [...] Le psychologue fait en sorte que les documents issus de son travail soient toujours présentés et conservés de manière à sauvegarder le secret professionnel.* »

Sur le plan clinique, la garantie de la confidentialité est la **condition qui fonde l'émergence d'une parole sincère, authentique, intime et douloureuse**. C'est parce que la parole du patient est **en sécurité** avec le psychologue qu'il peut tout lui dire et **que le lien thérapeutique devient possible**.

⁴ Lettre d'accompagnement Bilan fonctionnel, page 2, dernier paragraphe.

⁵ « Les médecins, chirurgiens, officiers de santé, pharmaciens, sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires par état ou par profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où ils sont appelés à rendre témoignage en justice ou devant une commission d'enquête parlementaire et celui où la loi, le décret ou l'ordonnance les oblige ou les autorise à faire connaître ces secrets, les auront révélés, seront punis d'un emprisonnement d'un an à trois ans et d'une amende de cent euros à mille euros ou d'une de ces peines seulement. »

⁶ Art. 38 de la loi du 22 avril 2019.

⁷ Arrêté Royal du 2 avril 2014.

Tout au long du travail, le psychologue réfléchit avec son patient sur les informations **strictement nécessaires** à transmettre **en fonction de la mission de l'intervenant** avec lequel le partage se fait. Le patient doit pouvoir rester **détenteur** des informations qui le concernent, de son histoire et du processus de partage tout au long du suivi. Certains voient la confidentialité des psychologues comme le paravent d'une volonté de garder pour eux les confidences du patient. Il s'agit d'une vue tronquée de la profession qui, en réalité, a intégré **le devoir de se taire** (et non pas le droit à se taire) conformément à sa déontologie. Pour autant, **le psychologue clinicien n'ignore pas la notion de secret partagé**, il la pratique dans des **situations très variées et complexes** et avec **des intervenants de tous horizons**, et à chaque fois que c'est nécessaire. Dès lors, le psychologue pratique l'expertise de sa déontologie et du secret partagé de manière **exigeante, dynamique et continue**. Il l'exerce en mobilisant la réflexion pour s'en tenir au nécessaire et ne pas dévoiler du contenu inutile au travail d'un intervenant. A chaque information transmise, il **actualise le consentement** du patient

Le bilan fonctionnel implique un partage d'informations qui se fonde sur une **interprétation trop extensible de la confidentialité et du secret partagé** : le partage du bilan peut se faire avec tout prestataire de soin soumis au secret professionnel (infirmier, médecin, pharmacien...). Cette conception élargie peut contenir plusieurs problèmes en matière de soins psychologiques :

- ⇒ Le bilan fonctionnel **fixe d'avance les informations jugées les plus pertinentes** à communiquer aux prestataires de soin. Cet ensemble d'informations sur la vie intime des patients se transmet en **un bloc, statique et figé**. Par exemple, en quoi renseigner le style du patient relève d'une donnée strictement nécessaire et pertinente au travail de collaboration entre intervenants de soin et **pour quel intérêt légitime** du patient?
- ⇒ Le psychologue **doit convaincre dès le départ** le patient de l'intérêt du bilan fonctionnel et de son partage **sans avoir pu** prendre le temps de recul et de l'analyse.
- ⇒ Le bilan fonctionnel poursuit sa fonction d'outil de communication **même après la clôture du suivi** pour permettre aux prochains intervenants « *de prendre le pouls* » (sic). La prise de pouls en santé mentale n'est jamais un acte anodin, et la relation interpersonnelle entre le patient et chaque intervenant doit chaque fois être examinée dans sa singularité. Des comparaisons sont possibles mais ne peuvent être comprises que dans un échange entre les professionnels en impliquant la personne concernée.
- ⇒ Le bilan fonctionnel repose sur une **vision empruntée à l'organisation des soins de santé somatique** : un médecin généraliste réfère son patient à un spécialiste pour compléter l'évaluation de santé ou l'approfondir, ensuite le spécialiste lui adresse un rapport détaillé du travail et traitement proposé au dit patient. Cette manière de procéder a toute sa légitimité en matière de santé somatique car elle permet la coordination des soins nécessaires au traitement d'une pathologie et l'information des médicaments prescrits pour surveiller toute interaction. L'intérêt légitime du patient est évident, on améliore le soin tout en lui évitant surdosage, erreur de diagnostic, traitement inadapté, détection précoce mal menée, etc. Par contre, les soins psychologiques impliquent **l'échange de confidences, d'éléments de la vie intime et affective, d'histoires qui touchent à des zones de tabous** (sentiments invouables, histoire traumatique gardée secrète en raison de la honte, comportements d'addiction, d'autodestruction, violence à son égard ou à l'égard d'autrui...) ? Il nous semble plus légitime de considérer **une conception resserrée** de la confidentialité, et plus juste que le patient puisse **exercer son**

consentement à chaque élément transmis, qu'il puisse choisir la nature de ces éléments. Le fait que le réseau de professionnels **ne sache pas « tout » à son sujet** n'empêche pas les intervenants de réaliser leurs missions auprès de lui. **Le bilan fonctionnel présente un secret partagé systématique non fondé sur l'analyse clinique mais sur un principe de rationalité des soins.**

- ⇒ Le bilan fonctionnel répertorie les **attentes et objectifs de différentes parties** : le médecin traitant, un autre prestataire de soin éventuel et le patient. Les attentes et objectifs des prestataires de soin s'adressent-ils au patient ou au psychologue ? **Quelle place** le psychologue doit-il donner aux attentes et objectifs fixés par les autres intervenants ? Quelle est **sa mission** envers eux ? Les attentes du patient ont-ils une valeur supérieure à celles des prestataires de soin ? Comment procède le psychologue si les attentes des uns et des autres sont très **différentes voire divergentes** ? La prise en compte de tous ces éléments ne risquent-ils pas **d'encombrer l'espace** de travail et **l'écoute** du psychologue ? Ce n'est pas la pratique du secret partagé qui est à remettre en cause, elle est un exercice habituel de tous les professionnels actifs dans le champ de santé mentale. C'est la **standardisation du secret partagé** qui n'est pas justifiée : elle ne permet pas de réfléchir l'articulation de la mission de soin du psychologue à celle de l'intervenant avec qui se fait le partage. Le bilan fonctionnel tente d'organiser **la circulation la plus fluide** des données entre prestataires de soin fondée **non sur une nécessité dans l'intérêt du patient mais sur un intérêt de principe rendu nécessaire** pour le prescripteur des soins.
- ⇒ Le bilan fonctionnel fixe une collaboration très orientée sur le duo constitué par le médecin généraliste et le psychologue. Or, la **psychologie clinique est au carrefour du champ de la santé et du social**, d'autant plus dans la prise en charge de certaines vulnérabilités.
- ⇒ La pratique du bilantage est **antinomique avec la nature même du travail de 1ère ligne et d'accès facilité aux soins. Comment faire du bas-seuil si l'accès à un professionnel est conditionné à une ou deux étapes de bilantage** ? Comment adapter les cadres d'intervention et les assouplir s'ils sont sous-tendus par la nécessité préalable d'un formulaire long et fastidieux à remplir par plusieurs parties ? Cet écart entre les conditions de la convention et les réalités vécues par les publics plus précaires est une constante et pose, pour Bruxelles, un véritable problème d'adéquation avec les besoins du terrain.

2. Une offre de soins inclusive, de proximité et adaptée « matched care » ?

La convention INAMI souhaite une offre de première ligne proche du citoyen et accessible. Plusieurs recherches plaident pour privilégier des interventions de 1^{ère} ligne les plus facilement accessibles, **de proximité, mobile et de bas seuil**. C'est à ces conditions que les dispositifs investis par les pouvoirs publics ont des chances d'atteindre les personnes vulnérabilisées et d'aboutir à une production de santé. Les valeurs défendues par la convention sont en phase avec ces principes mais leur mise en pratique risque de rater les objectifs de soins.

Les dispositifs de la convention reposent sur une **grille d'application limitante** : bilan fonctionnel, systématisation de la mobilité, du travail groupal si possible pour chaque suivi, format de travail multidisciplinaire réduit à la paire somatique/psychologie, nombre de séances fixé, changement de psychologue dans le passage aux soins spécialisés... Toutes ces

interventions sous la forme de consignes à suivre et à encoder dans un tableau de bord **réduisent les marges de manœuvre** du clinicien, son degré d'appréciation des démarches plus adaptées ou des collaborations plus efficaces autour de la situation du patient ou de développer un dispositif plus souple. En systématisant les pratiques, elles risquent de ne répondre que **partiellement** à certaines situations **voire de ne pas répondre du tout** aux besoins de santé de certaines populations rendues plus vulnérables par des conditions de vie, des populations pourtant estimées **prioritaires**.

L'offre de soins psychologiques qui repose sur des standards **exclut** en réalité les situations « complexes » et sera plus accessible aux patients dont la situation de vie ne comporte pas de vulnérabilité ou pathologie chronique. Pourtant, ces profils « simples » ne sont pas ceux qui nécessitent des dispositifs mobiles ou de groupe. Les personnes qui connaissent des inégalités sociales de santé, accentuées par un contexte de crise, seront occultées par cette offre de soins car les caractéristiques de leurs besoins ne cadrent pas.

Ajoutons à ces obstacles que l'offre de soins remboursés **n'est accessible qu'aux personnes en ordre de mutuelle**, elle **exclut de facto toutes les personnes qui émargent de l'aide sociale et dont les besoins sont tout aussi élevés – voire davantage – que d'autres**. Le protocole d'accord insiste pourtant sur la **priorité d'accès aux personnes fragilisées par plusieurs facteurs de vulnérabilité**. Les outils proposés par la convention INAMI sont-ils les plus pertinents pour ce travail auprès des plus précaires ? Tout cela contribue à organiser des seuils supplémentaires entre le bénéficiaire et le système de soins dont certains publics ont un besoin prioritaire.

Le travail en 1^{ère} ligne ne s'improvise pas, il prend du temps.

Les acteurs de la 1^{ère} ligne le vivent au quotidien : **les personnes fragilisées sur plusieurs plans, social et psychique, doivent avoir accès à une aide et à un parcours de soin et d'aide le moins complexe et le moins erratique possible**. Les recherches en la matière sont formelles : plus on multiplie les étapes, plus s'accroît le risque de voir les personnes abandonner le parcours de soin voire ne pas s'y accrocher. Les témoignages des intervenants sociaux de quartier, les soignants actifs auprès des publics précarisés le constatent dans leur pratique : ce qui fonde l'accroche à la possibilité du soin, c'est la familiarité et la proximité avec les intervenants de services bien identifiés. C'est **un visage bien connu** qu'on a pris le temps d'appivoiser. Le principe de **l'orientation vers une adresse ou un professionnel lambda ne fonctionne pas** ou très peu. Le travail de ces intervenants est rendu possible parce qu'usagers, services et professionnels ont pris le temps de se connaître. Le travail d'interconnaissance et de maillage s'inscrit dans la durée. Il ne suffit pas de placer et/ou déplacer des psychologues indépendants pour abaisser le seuil d'accessibilité et réaliser de *l'outreaching* efficace.

Soins psychologiques spécialisés : pour qui ? pour quoi ?

Les Réseaux doivent consacrer au minimum 55 % de l'enveloppe budgétaire aux soins primaires et au maximum 45% aux soins spécialisés. La répartition finale sera connue après une **analyse des besoins affinée par des coefficients de santé, de précarités propres à chaque quartier**. L'offre de soins primaire sera plus élargie que celle spécialisée. Une fois que la pondération sera fixée, il faudra encore préciser les contours des troubles qui donneront lieu prioritairement à l'offre spécialisée remboursée. La convention INAMI stipule clairement la volonté d'optimiser l'offre de soins. Il revient donc aux experts de l'INAMI de donner des indications plus précises aux Réseaux sur les troubles prioritaires. La notion de spécialisation est calquée sur celle du somatique : des compétences de traitement

spécifique à des troubles mieux identifiés. Les profils des psychologues spécialisés seront sélectionnés à partir de l'analyse des besoins pour certains troubles ou publics spécifiques.

Donc, l'offre spécialisée qui comporte un potentiel de 20 séances individuelles/12 de groupe **restera plus limitée** dans le déploiement de l'offre que celle des soins primaires (8 séances pour auto-soin) **et plus limitante dans l'accessibilité**.

3. Politique de santé à l'acte : gestion de budget ou des besoins de santé ?

Si le protocole d'accord établissait clairement le lien entre la précarité, la pauvreté, le risque plus élevé de maladie et un état psychique dégradé, le choix des réponses posé par la convention risque de (re)produire des **effets d'obstacles** pour certains publics et **maintenir les inégalités sociales de santé**.

Le modèle de tarification à l'acte privilégié par l'INAMI et la standardisation qui la sous-tend risquent **d'éloigner les besoins de santé des publics précaires**.

En effet, selon qu'une politique des soins place le curseur sur le traitement des troubles/pathologies (le cure) ou sur le soin des personnes (le care), elle débouche sur **deux modes de rationalisation différents de l'offre de santé**. L'analyse critique ne porte aucunement sur le principe de la rationalisation qui est **nécessaire à toute politique de santé publique**. Il s'agit plutôt de distinguer ce que les choix politiques **induisent** en termes de possibilités et de résultats.

Le choix de traiter la gradation des troubles.

La convention classe l'accès aux soins **selon le degré d'expression des troubles** : légers à modérément graves. Ce choix politique de santé poursuit, sans doute, un principe d'**égalité** qui doit reposer sur une **uniformisation des soins** : derrière une même typologie de troubles, il doit y avoir une même manière d'envisager le traitement. Les soignants sont censés soigner partout selon les mêmes principes, les mêmes objectifs de travail, au même coût, pour la même typologie de troubles. Les patients ne diffèrent entre eux que par la variation d'intensité du trouble. Pourtant, derrière deux troubles légers à modérés, deux troubles anxiodépressifs, deux burn-out ou deux troubles instrumentaux, **se cachent** des situations sanitaires et socioéconomiques très différentes qui réclameront des **accompagnements différenciés**. Dès lors, prendre uniquement la gradation des troubles comme critère d'organisation des soins risque **d'occulter les besoins réels des bénéficiaires**, surtout de ceux qui nécessitent des dispositifs adaptés aux facteurs de vulnérabilité. Ce choix comporte une dérive : des soins basés sur une gestion économique et normalisante de la santé mentale au lieu d'être tournés vers l'émancipation des personnes.

Des soins qui placent les besoins des personnes à l'avant de leurs troubles : faire avec la variabilité.

Lorsque le choix politique s'opère sur des dispositifs de soins qui placent à l'avant-plan les besoins de la personne avant son trouble, il est toujours plus favorable à la prise en compte de la singularité des situations. Lorsque la personne qui souffre est placée à l'avant de sa « pathologie », le travail de 1^{ère} ligne doit obligatoirement faire preuve de **souplesse**, d'**adaptation** à la complexité des situations et être propice à l'**innovation clinique** pour soigner des besoins de santé différenciés et conduire les **changements nécessaires**. Au niveau régional, plus proche de la réalité des citoyens, ce sont souvent ces choix-là qui sont

privilégiés. Ce choix se traduit par un financement au forfait qui soutient le travail d'équipe, la souplesse, l'adaptation et la spécificité. Il est vrai que ces choix peuvent induire a priori une **1^{ère} ligne complexe, hétérogène, multiple, généraliste et spécifique à la fois**. D'aucuns pourraient **confondre** cette complexité avec une offre **arbitraire, non rationnelle et peu lisible**. Pourtant, ces projets de soin sont le résultat d'instruments de mesures qui mêlent **recherches et expertises de terrain**. Le financement à l'acte n'autorise pas des dispositifs de soin souples qui produisent de la santé.

Le financement à l'acte répond à une ambition d'uniformisation des soins pour **réduire la marge de l'arbitraire**, qu'il vienne du psychologue ou du patient. L'acte financé est identifié, compressé dans une nomenclature. **L'hétérogénéité des situations est une réalité incompressible**. Les acteurs de la 1^{ère} ligne, lorsqu'ils privilégient des soins de santé singuliers et adaptés le font moins par idéologie que par **nécessité** : à vouloir neutraliser la variabilité et la singularité, le risque est grand d'**invisibiliser des publics et leurs besoins réels, des métiers et des pratiques innovantes en 1^{ère} ligne**. Il est difficile d'envisager un tel travail dans un processus qui applique point par point le même mode d'entrée, le même mode d'analyse de la situation, le même mode de travail pluridisciplinaire, avec les mêmes types de professionnels, selon des principes prévus à l'avance et jugés les plus pertinents, selon des modes d'actions répétables pour chaque suivi.

Pour garantir la marge de manœuvre des psychologues conventionnés, il serait intéressant que la convention prévoie de réelles possibilités de révisions sur base de l'expérience clinique de terrain et non pas mesurer uniquement l'adéquation entre pratiques prestées en fonction de critères de départ.

La systématisation de certaines formes de collaboration comporte un autre risque : celui d'invisibiliser des partenariats plus pertinents avec des métiers du champ social-santé ambulatoire. Selon la conception de l'INAMI, le soin psychique de personnes vulnérabilisées se réalise conjointement et uniquement entre prestataires de santé.

4. Que devient l'autonomie du psychologue clinicien ?

Depuis l'entrée, en 2016, des psychologues cliniciens dans le champ des professions de la santé⁸, l'autonomie de sa pratique est une **donnée incontournable**. La convention risque de revenir sur ce principe tant la systématisation rétrécit son champ d'appréciation et d'analyse des besoins du patient. De nombreux exemples ont été cités : bilan fonctionnel, étroite collaboration exclusive avec le/les prestataires de soin, consignes à respecter, traitement qui inclut les attentes et objectifs de plusieurs parties, injonction de réaliser le plus possible des consultations d'*outreaching* et du travail groupal...

L'avenant à la convention (circulaire du 25 octobre 2021) se veut pourtant rassurant :

« L'autonomie professionnelle du prestataire de soins est affirmée, en précisant néanmoins que le réseau peut donner au psychologue/orthopédagogue clinicien indépendant ou salarié les instructions nécessaires à la bonne exécution des missions décrites dans la convention.⁹ »

La formulation est **pour le moins un paradoxe** : soit l'autonomie du professionnel est affirmée et reconnue, soit le praticien doit suivre les instructions nécessaires. Comment

⁸ Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé.

⁹ Point B, page 5, article 1.

savoir si le psychologue conventionné réalise ses prestations de soins dans la ligne des missions de la convention ? En se basant notamment sur le *dashboard* (tableau de bord), un **récapitulatif des actes prestés et encodés** en suivant les codes de nomenclature qui répertorient les actions. Le dashboard est **à la fois** un outil de **facturation** et **d’auto-analyse**. La circulaire du 25 octobre 2021 :

« Le dashboard à destination du réseau intégrera les informations nécessaires pour l’auto-évaluation, du suivi du nombre de patients et de prestataires, ainsi que des informations utiles dans le cadre du population management.¹⁰ »

Le « *population management* » permet d’évaluer le **nombre de bénéficiaires** de l’offre d’une zone donnée (en relevant le code postal, donnée qui ne correspond à la réalité d’un quartier) et de vérifier la **proximité géographique** entre le prescripteur et le psychologue. Il est légitime de réaliser un relevé de données pertinentes qui permettent au niveau politique d’évaluer une mesure de santé publique. Ici, le relevé porte sur la vérification des pratiques privilégiées par le psychologue comme preuve de son adhésion aux valeurs. Il y a clairement l’attente de maintenir un volume important de travail d’*outreaching* et de séance groupale. Ce n’est pas l’évaluation des pratiques mais des types de pratiques qui deviennent des **indices de mesures**. S’il apparaît qu’un psychologue conventionné ne réalise pas suffisamment de travail en déplacement ou de pratique de groupes, il sera contacté pour mieux comprendre sa façon de travailler et/ou lui proposer des formations pour favoriser le développement des pratiques à privilégier. **La frontière pourrait paraître tenue entre ce qui relève de la possibilité de privilégier des pratiques et l’injonction de ces pratiques**. Encore une fois, ce n’est pas le principe de l’évaluation qui contrevient à l’autonomie du professionnel mais « les instructions nécessaires » à pratiquer de manière systématique. Indubitablement, cela risque d’appauvrir sa marge de réflexion clinique et par voie de conséquence, son autonomie. **L’autonomie professionnelle** est source de variabilité dans les pratiques, gage de la **diversité des approches** plus à même de répondre à des situations diverses mais également de **nourrir les débats** qui font évoluer, ici comme ailleurs, les idées et les pratiques.

5. L’évaluation de l’efficacité et de la qualité des soins : sur quelles bases ?

La convention prévoit également de mesurer l’efficacité et la qualité des soins dispensés dans un souci légitime d’« améliorer la santé de la population grâce à de meilleurs résultats en matière de santé mentale », ce qui suppose de pouvoir **définir les mesures qui permettent de suivre l’évolution de la santé mentale de la population**. De l’avis du KCE lui-même, ces outils de mesure restent très limités et insuffisants (taux de suicide, consommation d’antidépresseurs et enquêtes de troubles psychologiques auto-rapportés pour citer les principaux) et le centre fédéral déplore d’ailleurs le manque de données permettant d’avoir une image plus précise et juste de la situation. La convention continue en fixant comme 2^e objectif :

« [...] accroître la qualité des soins au moyen du suivi (monitoring) et une évaluation axée sur les résultats, tant de la qualité des soins ressentie par le patient et son entourage que de l’application de lignes directrices fondées sur l’évidence, la pratique et l’expérience. »

C’est au **niveau fédéral** que doivent se discuter les **modalités de ‘reporting’**. Il s’agit là d’un enjeu important à suivre car les modalités de ce mesurage doivent être clarifiées (quand ? de quelle manière ? avec qui ?).

¹⁰ Page 4 de l’avenant, point 2.

La convention stipule (art.10) que le réseau local construit également :

« *un système de qualité comprenant une auto-évaluation à intervalles réguliers à l'aide d'indicateurs, d'objectifs mesurables et de processus de suivi et d'évaluation* ».

Cela donne aux acteurs une **capacité de déterminer des critères plus en phase avec leurs réalités**. L'expérience montre cependant que les modalités d'évaluation sont multiples et que chaque type d'intervention peut nécessiter une approche spécifique pour déterminer des objectifs et mesurer leur degré d'achèvement. Le rôle du réseau serait-il dès lors d'agrèger et d'apporter une vision globale, synthétique de ces multiples réalités, ou de tenter d'établir une grille unique d'évaluation, plus facile à traiter mais de facto réductrice de la diversité présente ?

Une délimitation du contenu des pratiques ?

La convention mentionne à plusieurs reprises les « *lignes directrices fondées sur l'évidence, la pratique et l'expérience* »¹¹. À charge notamment pour le fédéral de subventionner du coaching, des formations, la création et la mise à disposition d'outils qui s'inscrivent dans ces lignes directrices auprès des patients eux-mêmes (auto-soin) et des professionnels. Ces lignes directrices se calquent sur *Evidence based medicine* qui pose question quant à son adéquation avec le domaine psychosocial **où les aspects subjectifs et intersubjectifs sont à la fois prégnants et au cœur du travail mené avec les patients**. La formulation de la convention est cependant plus sibylline et **ouvre sans doute la porte à une approche plus nuancée**.

En s'appuyant sur *evidence practice*, la volonté est toujours de poursuivre une objectivité qui est **censée clôturer le débat de la variabilité** liée à la relation entre le patient et le professionnel, à la situation, à la diversité des pratiques. Le souci d'objectivation existe dans le champ de la santé mentale depuis ses débuts. Mais il s'est toujours accompagné de **réflexions et débats sur les divergences d'appréciations entre praticiens**, elles-mêmes en lien avec le contexte sociétal dans ses multiples composantes (économique, morale, culturelle, etc.). L'objectivation ne peut donc être réduite à une série de paramètres à collecter qui figent les situations rencontrées, les réduisent fortement et, in fine, donnent l'illusion de parler ensemble de la même chose tout en passant à côté de la réalité de la personne. La pratique en psychologie clinique, peu importe l'orientation théorique, fait toujours intervenir l'analyse d'une situation et une prudence à avoir dans certaines situations, face à certaines pathologies et/ou problèmes sociaux.

L'objectivation telle qu'avancée dans le cadre de la convention, vise aussi à donner lieu à des **recommandations des bonnes pratiques**, entendues comme un « *one best way* ». La « bonne pratique » serait celle qui permet d'obtenir les meilleurs résultats mais lesquels ? Est-elle entendue comme une pratique qui réunit des conditions minimums au sein d'un dispositif de soin sur lequel s'appuyer pour prodiguer du soin ?

Il n'en reste pas moins que, comme dans la médecine somatique, le remboursement de soins en santé mentale pourrait être conditionné à l'utilisation de certaines techniques jugées plus adaptées que d'autres à certaines problématiques. Une interprétation qui se laisse entrevoir dans l'article 5§1 de la convention du 26 juillet 2021, consacré aux soins spécialisés :

¹¹ Ou encore, art.7.11° : « *une méthode éthique ancrée dans des pratiques « evidence, practice et experience based » en soins psychologiques de première ligne ou spécialisés* ».

« Cela signifie que l'intervention est adaptée en fonction de la problématique et pour laquelle des techniques spécifiques sont utilisées (par exemple, intervention de groupe pour les personnes atteintes de TDAH ou intervention pour les parents d'enfants anxieux). »

Le principe du « **one best way** » ouvre la voie pour investir dans des pratiques qui permettent de **normaliser le coût du soin et de le budgéter**. Il est à craindre que la facture finale soit **alourdie plus tard** si l'on ne répond pas aux besoins de soins réels de la population.

6. L'offre groupale de soins : une offre de travail communautaire ?

Lors du GTR F1¹², les intervenants ont plaidé pour le travail de santé communautaire, déplacé, mobile, inclusif comme outil de prévention et de réhabilitation en appui des pairs. A cet égard, l'INAMI permet des prestations de groupe. **Les conditions d'accès ne correspondent cependant pas aux spécificités du travail de la 1ère ligne**. La santé mentale communautaire rassemble des bénéficiaires et des intervenants pour réfléchir aux conditions d'amélioration de leur état, d'une problématique commune. La participation est par définition **libre, gratuite, la plus inclusive possible et à proximité immédiate du lieu de vie**. Elle fait le pari de la capacité des individus à mobiliser des ressources au sein du groupe, auprès de leur environnement comme conditions d'améliorations et d'*empowerment*. Elle respecte donc la temporalité de la communauté, ce qui va à l'encontre de l'idée de plan de croissance tel qu'évoqué dans la convention (art. 11.5°e).

Les conditions d'accès à l'offre de groupe proposé par l'INAMI exigent une inscription à l'aide du bilan fonctionnel comme pour l'offre individuelle. Elles prévoient également un ticket modérateur de 2,50€ par participant/patient avec un nombre limité de séances. **Ce dispositif clinique s'apparente davantage aux thérapies de groupe et/ou groupes de paroles qu'aux principes du travail de santé communautaire réalisé en 1ère ligne**. Si les intervenants régionaux de 1ère ligne font le choix de l'outil communautaire, c'est parce qu'il répond aux caractéristiques des publics auxquels ils s'adressent.

La circulaire du 25 octobre 2021 propose un avenant qui, enfin, **prend en considération le travail en santé communautaire**, il sera complémentaire aux offres de soin et leurs implémentations et les choix des projets seront laissés à l'appréciation des Réseaux. En effet, ceux-ci disposeront d'un budget pour soutenir des dispositifs originaux et innovants. A la page 3, il y a l'ajout d'un article 6/1 :

« La possibilité de financer « d'autres missions » par cette convention est prévue. Il s'agit d'activités qui sont non seulement liées aux patients mais aussi innovantes et qui ne peuvent pas être incluses sous la forme d'une séance. Les dispositions relatives au contenu et au financement de ces autres missions seront élaborées au sein du comité d'accompagnement et seront ensuite soumises au comité de l'assurance sous la forme d'un avenant. »

Les patients ne devront pas s'acquitter d'un ticket modérateur dans le cadre de ces missions. Il est positif de constater que le comité de l'assurance puisse **concevoir et financer des dispositifs plus modulables et adaptés aux réalités** de certains publics.

¹² Groupe de travail régional autour de la fonction 1 de la réforme 107, organisé par BRUMENTA (ancien CRR).

7. Manque de clarté et risque de mise en concurrence : quelle offre pour qui ?

La convention INAMI, en accord avec le protocole d'accord, s'adresse prioritairement à des profils de patients fragilisés par plusieurs formes de précarité. Les missions de soins préconisées – mobile, pluridisciplinaire, groupale et/ou individuelle – sont dans l'ensemble pertinentes. La standardisation de ces actes de soin est moins adaptée à la complexité des situations psychosociales. Cependant, étant donné que les services régionaux ambulatoire de santé mentale visent les mêmes missions, les mêmes approches et les mêmes typologies de bénéficiaires, il reste important de **préciser les critères de relais vers l'offre de soins en santé mentale fédérale articulée à l'offre régionale**. Le risque est l'instauration de deux réseaux de soins parallèles aux règles et critères d'accès sans pertinence pour les bénéficiaires et les intervenants. Le protocole d'accord conduirait à un financement par le fédéral d'activités similaires à celles déjà développées par de nombreux acteurs régionaux mais selon un modèle de soin biomédical moins compatible avec la réalité associative. Soit les 2 mouvements se rencontrent et arrivent à converger, soit les 2 coexistent en parallèle, créant ainsi 2 réseaux potentiellement concurrentiels, fonctionnant selon des logiques différentes. Or, l'une des difficultés pointées par de multiples rapports, administratifs ou académiques, est la complexité déjà élevée de l'organisation des soins en santé mentale.

La convention elle-même plaide pour une clarté :

« La distinction entre ces deux fonctions est importante pour l'organisation des soins dans le cadre de la convention, mais une offre intégrée de soins et d'assistance psychologique et d'autre nature doit être présentée au bénéficiaire, car une prise en charge intégrale et 'matched' doit être le principe directeur ».

Nombreux intervenants issus de secteurs variés relayent leurs difficultés à comprendre quels sont les publics et les problématiques concernés par l'offre spécialisée. L'ensemble des acteurs partagent le souci d'orienter les personnes de manière **concertée et cohérente**.

8. La particularité de Bruxelles : les 4 antennes régionales

Bruxelles dispose d'un avantage pour soutenir l'intégration de l'offre fédérale de manière plus cohérente : **les 4 antennes en charge de 4 sous-territoires à Bruxelles** (Norwest, Hermes Plus, Rézone et Bruxelles Est). Elles étaient pressenties pour jouer un rôle prépondérant dans l'instauration de l'offre à Bruxelles. Leur connaissance des structures intersectorielles de leur territoire, le travail d'interconnaissance, de maillage et de réseau qu'elles initient, parfois depuis des années, sont des points d'appui particulièrement pertinents pour penser l'adéquation de l'offre fédérale à l'échelle des quartiers. Elles offrent des espaces d'échanges entre acteurs qui pourraient, moyennant du temps, corriger les éventuelles difficultés d'intégration de l'offre à celle existante au niveau régional. Les antennes se situent à un niveau de plus grande proximité avec les services de soin et psychosociaux que le Réseau régional. **La complémentarité des deux structures, du moins pour la prise en charge des adultes, semble évidente**. En ce qui concerne l'offre de soins pour les enfants et ados, une réflexion pourrait être encouragée pour **imaginer davantage d'articulations possibles entre le réseau Adultes et le réseau Enfants-Ados**, d'autant plus qu'il faut soigner le passage de certains publics du second vers le premier en cours de suivi.

Au fur et à mesure de la présentation de l'opérationnalisation de l'offre, le rôle des antennes apparaît moins clairement. Leur positionnement dans le schéma des niveaux macro-méso-

micro¹³ esquissé par BRUMENTA, semble remis en question, tantôt les antennes sont considérées au **niveau loco-locale** au même titre que d'autres acteurs sociaux de relais (les Relais d'Action de Quartier (RAQ) et les Coordinations Locales Social-Santé (CLSS), tantôt elles sont identifiées au **niveau du partenariat pluridisciplinaire local**.

Ces hésitations sont peut-être le signe d'une difficulté à situer le rôle attendu des antennes au côté des 5 ambassadeurs (en charge de la coordination locale) qui seront prochainement engagés pour assurer la mise en place de l'offre (3 pour BRUMENTA, 2 pour BRUSTARS). Ils seront amenés à opérer en partie des missions identiques aux coordinations d'antenne. Les futurs ambassadeurs seront notamment en charge de coordonner, superviser et promouvoir avec l'ensemble du réseau un **climat de coopération multidisciplinaire** aux niveaux méso, micro (partenariats locaux) **et clinique** (dans l'environnement du patient). Ils seront en charge également de la **cocréation et du soutien au processus d'implémentation**. Toutes des ressources présentes au sein des antennes. Il est dommage que ces engagements ne soient pas intégrés directement au travail des antennes car cela aboutit à **des doublons de fonctions sur des petits morceaux du territoire**.

Les nouveaux ambassadeurs pourront-ils consacrer une partie de leur temps de travail pour **s'intégrer aux équipes des antennes**, notamment pour **mobiliser les ressources de ces structures bien identifiées** par les intervenants de terrain et pour assurer plus de fluidité et de **cohérence des actions** sur des sous-territoires ?

Ce point souligne les difficultés pointées plus haut : la répartition des compétences au niveau politique est synonyme de **silos où les moyens dégagés à un niveau de pouvoir ne sont pas transférés vers un autre** qui pourrait pourtant être plus adéquat dans la mise en œuvre de certaines parties du dispositif. Ce cloisonnement est récurrent **alors même que de précédents accords politiques ouvrent la voie à de tels transferts**¹⁴.

9. Psychologues salariés des services et financement à l'acte ?

La première convention INAMI du 26 juillet 2021 permettait **l'intégration des services régionaux et leurs psychologues salariés**, à condition que ces services n'appliquent pas de double financement pour ce temps de travail conventionné.

Les possibilités d'intégration de cette offre sont à l'étude pour certains services du champ ambulatoire bruxellois. Certains services y ont vu l'occasion d'obtenir des moyens pour renforcer une offre mobile, déplacé, à la rencontre des publics qui ont des difficultés d'accès. La coordination régionale bruxelloise (BRUMENTA) avait même tenu à rassurer les services

¹³ Macro : gouvernements, méso : réseaux et partenariats locaux, micro : équipes interdisciplinaires de quartier.

¹⁴ Ainsi, la loi spéciale du 6 janvier 2014 sur la 6e réforme de l'Etat, en son article 51, insère l'article 49/7 de la loi spéciale du 16 janvier 1989 relative au financement des Communautés et des Régions, dont le dernier paragraphe est limpide :

« § 5. Chaque communauté ou la Commission communautaire commune peut conclure avec l'autorité fédérale un accord de coopération ayant pour objet la reconversion de lits hospitaliers en vue de la prise en charge de patients, en dehors de l'hôpital, par un service relevant de la compétence de la communauté ou de la Commission communautaire commune. Dans ce cas, cet accord de coopération prévoit que des moyens supplémentaires sont accordés à la communauté, aux communautés ou à la Commission communautaire commune parties à cet accord de coopération. Ces moyens ne peuvent excéder le coût des lits hospitaliers reconvertis. »

On peut donc imaginer sans difficulté qu'une Région comme Bruxelles ou la Wallonie négocie un accord de coopération afin que l'ambulatoire bénéficie de moyens dégagés au fédéral pour de nouvelles équipes ou extensions d'équipes chargées de répondre aux demandes générées par la réforme (par la déshospitalisation, mais aussi les publics mis à jour par les équipes mobiles et qui étaient sans soin adapté jusque-là). Comme bien d'autres, l'Absym (pour citer un acteur hors santé mentale) faisait, le constat en 2017 : "les SSM et centres de consultations ambulatoires, tant généralistes que spécialistes, sont débordés". Faute de réponse, la situation s'est aggravée. Et ici encore, l'idée d'un transfert de moyens est systématiquement rejetée.

ambulatoires : le montant de la facturation à l'acte couvrait **largement la problématique des 'no-shows'**¹⁵. Du côté de certains employeurs, il y a un risque à prendre car le financement à l'acte ne couvre ni les congés ni d'éventuelles absences d'un travailleur. A cela s'ajoutent des questions **sur les différences** dans les conditions de travail et les contraintes pesant sur les intervenants au sein d'une même équipe, selon qu'ils soient ou non conventionnés ; ainsi que sur les modalités de 'tri' entre les patients pour adresser aux psychologues conventionnés les personnes dont la demande semble davantage cadrer avec la convention.

La circulaire du 25 octobre 2021 a apporté une clarification supplémentaire : l'obligation pour le service dans lequel le psychologue conventionné est salarié d'être reconnu dans le registre des prestataires de soin **CoBRHA**¹⁶. Le cas échéant, le service peut en faire la demande au comité d'accompagnement qui décide selon des critères en lien avec l'analyse des besoins. L'accord se traduit par l'obtention d'un numéro INAMI. Ce critère est **automatiquement rempli par les psychologues cliniciens indépendants en ordre d'agrément, pour les hôpitaux et autres établissements de soins associés et des services ambulatoires de santé médicale de 1ère ligne**. Ce critère d'admissibilité administratif pourrait induire une sélection plus exclusive des psychologues inscrits en profession libérale et/ou des établissements de santé dans l'offre de soins psychologiques.

10. Les professionnels de la santé : tous égaux ?

La convention soulève des questions de la part de plusieurs organismes de défense de la profession de psychologue clinicien. Outre une mise à mal des règles du secret professionnel, ils craignent entre autres une discrimination de traitement entre les psychologues cliniciens et les autres professionnels de la santé pourtant repris au sein du même texte de loi¹⁷.

Ils s'inquiètent également du risque de discrimination et de concurrence déloyale entre psychologues cliniciens, ceux qui peuvent faire bénéficier leurs patients d'un remboursement et les autres. Contrairement aux professions médicales où les praticiens choisissent d'être conventionnés ou non, le nombre de psychologues conventionnés de 1^{ère} ligne sera limité par l'enveloppe budgétaire dégagée et par les modalités de sélection.

De plus, l'offre psychologique en libérale risque de s'aligner sur une nouvelle norme de 75€/heure. Une augmentation importante pour les patients, **qui creusera encore davantage les inégalités sociales**. Ces points de préoccupation sur l'organisation du champ de la profession de psychologue ne relèvent pas directement de notre mission. Elles concernent surtout les organismes de défenses auxquels les psychologues décident de s'affilier mais il nous paraît important de relayer l'ensemble des préoccupations que suscite la convention. À l'heure actuelle, un **recours en annulation** de la convention devant le Conseil d'Etat est introduit par 4 associations de psychologues.

¹⁵ Patients qui ne se présentent pas à leur rendez-vous.

¹⁶ Common Base Registry for HealthCare Actor

¹⁷ Les professionnels de la santé en possession d'un numéro INAMI et qui prodiguent des soins remboursables par l'INAMI, bénéficient tous des mêmes conditions de travail et de remboursements, pour eux et pour leurs patients. Seule la pratique du dépassement d'honoraires est différente d'un praticien à l'autre.

Conclusion

En soi, la nouvelle offre de soins psychologiques de 1^{ère} ligne **est une bonne nouvelle**. On peut en effet se réjouir de **la prise en compte croissante par le SPF Santé des besoins de santé mentale** de la population. Le budget pour l'offre psychologique de 1^{ère} ligne est passé de 39 à 152 millions. C'est pourquoi cette analyse ne serait pas complète sans rappeler les points suivants :

- + Réelle avancée dans l'offre de soins en santé mentale fédérale pour les personnes fragilisées dont les **adultes, enfants et les adolescents et familles**.
- + **Augmentation de l'offre de soins psychologiques** sur l'ensemble du territoire.
- + Souci d'**accessibilité** et d'approche de **proximité**.
- + Souci d'élargir les possibilités d'offres de soin pour des **publics fragilisés sur les plans psychique et social**.
- + Soins **adaptés et intégrés** localement, **pluridisciplinarité**.
- + Offre décentralisée du lieu hospitalier pour une **approche de soins ambulatoires et multiformes**.
- + Dans la convention INAMI : souci de prise en considération de certaines demandes des acteurs de terrain (GTR F1) dont : la **possibilité du travail groupal** combiné ou non au travail individuel, la possibilité d'associer au soin psychologique des **pairs-aidants** et **autres fonctions hors psychologues** cliniciens, la prise en compte de la dimension du travail de **concertation pluridisciplinaire** autour d'une situation, d'un patient.
- + Demandes de collaborations au-delà des clivages institutionnels et **souci de transversalité** dans la mise en place de l'offre de soins.
- + **Possibilité ouverte** à ce que les moyens du fédéral permettent à des acteurs dépendant des entités fédérées de **renforcer leurs activités au profit exclusif d'une approche locale de 1^{ère} ligne**.

Mais les questions et difficultés restent nombreuses.

- + La **critique principale** envers la convention reste entière malgré les nombreuses discussions et modifications apportées tout au long de ces dernières semaines : **la convention ne permet pas de répondre aux besoins en santé mentale des populations précarisées bruxelloises**. Elle encourage des publics qui disposent de certains moyens à se tourner vers une modalité de travail en santé mentale, ce qui est une bonne chose, **mais renvoie ailleurs** les situations plus complexes ainsi que les publics sans ressources, autant de personnes déjà fort nombreuses à Bruxelles et dont le nombre s'accroît encore au fur et à mesure de la crise COVID qui s'éternise.
- + Ce renvoi aura pour conséquence certaine une **accentuation de la saturation des services plus spécialisés**, une pression plus grande sur leurs capacités à accueillir a minima les personnes qui leur sont renvoyées. Or, la saturation a des effets déjà observés de longue date : non seulement elle accentue le désarroi des personnes et les place en situation d'échec (elles n'arrivent pas à obtenir une aide pourtant nécessaire), mais elle crée également **des distorsions dans le travail de réseau**, chaque service renvoyant à d'autres la responsabilité de la non-prise en charge. De telles distorsions peuvent en outre **renforcer le cloisonnement entre circuits de soins**, chacun développant ses logiques propres, soit un résultat à l'opposé des objectifs affichés autour de la convention.

- ✚ Les **questions autour du contenu du travail** demeurent également. La place du bilan fonctionnel a certes fluctué mais reste centrale dans le dispositif, avec un **renversement des logiques** notamment en matière de secret professionnel partagé. **L'autonomie professionnelle des psychologues cliniciens** est également mise sous tension, ce qui peut nuire aux logiques de pluridisciplinarité pourtant souhaitées.
- ✚ Les **questions de financement** s'accompagnent d'**enjeux de gouvernance**. On retrouve ici la complexité institutionnelle belge, en particulier bruxelloise, **chaque niveau de pouvoir privilégiant certains acteurs, créant des doublons**, mais enjoignant dans le même temps à tous de se coordonner et de mettre de la cohérence là où le dispositif n'en met pas (suffisamment). Les **modalités d'informations et d'intégration des différents acteurs** déjà présents sur le terrain restent floues et trop souvent liées aux interconnaissances particulières. Or, **les enjeux de santé mentale doivent abordés de façon globale, en prenant en compte le fait que des aménagements apportés d'un côté ont des répercussions sur les autres pans de l'offre de soins.**

Personnes de contact :

Samira Kholti :

Chargée de coordination politique,
sk@lbsm.be, 02 511 55 43 / 0498 74 90 80.

Yahyâ Hachem Samii :

Directeur,
yhs@lbsm.be, 02 511 55 43 / 0478 47 31 53.