



Union professionnelle des psychologues cliniciens francophones

KCE Report 265Bs Modèle d'organisation et de financement des soins psychologiques Analyse critique et position de l'UPPCF

23/06/16

(Emilie Gérard)

Le rapport KCE en quelques lignes :

- Petit rappel : Le KCE, Centre fédéral d'expertise des soins de santé, financé par l'INAMI, est un organe chargé de rédiger des rapports qui permettront au gouvernement de justifier ses décisions en matière de politique de santé. L'INAMI les a mandatés pour réaliser une étude préliminaire et de proposer un modèle de remboursement des soins psychologiques.
- Ce rapport dont vous avez pris connaissance récemment est donc **un avis consultatif**. Sur cette base, l'INAMI entreprendra des rencontres avec les représentants du secteur de la psychologie afin de mettre en place un système de remboursement rendant accessible à tous les soins psychologiques.
- Nous rappelons également qu'il s'agit d'un **modèle de remboursement**, et non d'une injonction à pratiquer selon ce modèle. Comme précisé dans le rapport : « **Le système de pratique privée des soins psychologiques en accès direct pourrait continuer à fonctionner comme actuellement, mais n'entrerait pas en ligne de compte pour un remboursement** ».
- Ce rapport pose le constat que la **détresse psychique est croissante au sein de la population** belge et qu'une intervention psychologique généraliste et limitée pourrait contribuer à la réduire. « *Il s'agit pour l'essentiel de problèmes courants et modérés (troubles anxieux et dépressifs) pouvant être surmontés grâce à un soutien ponctuel, et non de pathologies psychiatriques caractérisées* ». Sans surprise, on observe une corrélation avérée entre la précarité sociale et les problèmes psychique. Il est donc nécessaire de favoriser l'accès aux soins psychologiques de cette population. « *Si on n'intervient pas, cette détresse psychique peut s'installer dans la durée et devenir plus difficile à traiter ; elle devient également lourde pour la société, notamment en termes d'absentéisme et de perte de productivité* ».
- Malgré la réforme de la santé mentale, **l'offre actuelle ne rencontre pas ces besoins de soins** et de soutien psychologiques. Les SSM sont surchargés et il existe peu de services autres proposant des soins psychologiques généralistes à moindre coût.

- Ce modèle prévoit la **différenciation entre deux niveaux de soins psychologiques** :
 - La 1ère ligne¹: un **niveau accessible et généraliste, limité à un petit nombre de séances** (5 séances dans la proposition actuelle), « *Le premier niveau comporterait le recours à deux possibilités de prestataires de soins : d'une part des psychologues cliniciens ayant reçu une formation spécifique à la psychologie de 1ère ligne et s'inscrivant dans le réseau pluridisciplinaire local. D'autre part, pour permettre aux patients qui le souhaitent de se faire prendre en charge par leur médecin généraliste, ce dernier aurait la possibilité de facturer des consultations de longue durée à concurrence du même nombre de séances que celles de psychologie de 1ère ligne* ».
 - La 2ème ligne : un niveau de **soins spécialisés, dont notamment l'exercice de la psychothérapie**, accessible sur base de la référence du psychologue de 1ère ligne, du médecin ou via un psychiatre.
 - **Les deux fonctions peuvent être occupées par une même personne.**
- **Le psychologue/médecin de 1ère ligne devra suivre une formation** (encore à créer par les universités) à cette fonction. Le bachelier en psychologie pourra occuper cette fonction sous la supervision d'un psychologue de 1ère ligne.
- Le mode de financement de cette fonction de première ligne prévoit une **allocation de pratique, un forfait fixe par patient, un paiement à l'acte et un ticket modérateur** modique.
- L'accès au 2ème niveau « *serait conditionné à un « bilan fonctionnel » placé dans le (futur) dossier informatisé (e-health) partagé du patient et alimenté en concertation par le psychologue de 1ère ligne et un médecin généraliste, ainsi que d'autres professionnels si approprié. Il n'y aurait pas de critères liés au diagnostic, ni au type de thérapie pratiquée* ».
- Ces praticiens de **2ème ligne devraient être des psychologues agréés, remplissant certaines conditions de formation continue et collaborant activement avec le réseau** multidisciplinaire environnant (comme le veut la réforme de la santé mentale qui a mis l'accent sur le travail de réseau). Ce niveau serait occupé par les travailleurs de structures subventionnées telles que : SSM (qui devront créer des antennes), Centre de réadaptation Ambulatoire (CRA), éventuellement par des Centres privés avec les mêmes exigences de fonctionnement que les SSM, par des psychologues privés ayant établi une **convention avec ces centres**.
- « *Le nombre de séances serait limité mais avec des possibilités prévues de renouvellement. En cas de demande de renouvellement, le praticien en soins spécialisés (2ème ligne) devrait produire un bilan fonctionnel réactualisé et un plan de soins (dans le dossier e-health), qui*

1

Les termes « 1ère et 2ème ligne » dans ce rapport sont à comprendre uniquement selon la définition qu'en fait ce même rapport. Pour éviter les quiproquos, il est normalement prévu de trouver des termes moins ambigus pour définir ces fonctions différenciées.

reste seul juge pour décider de l'approche thérapeutique à utiliser ou du setting des entretiens.

- Nous apprécions que le remboursement ne soit **pas soumis à un diagnostic**, ce qui aurait comme risque de médicaliser ou psychiatriser à outrance.
- Nous trouvons porteur que ce modèle invite à **plus de collaborations avec les médecins généralistes et avec les psychiatres**, notamment en offrant une possibilité de « consultation d'avis unique » par un psychiatre, avec un accès plus aisé et rapide pour le patient à ce soin.

Nous relevons une série d'aspects dans ce modèle qui attirent notre vigilance :

- Nous veillerons à **éviter de basculer dans une logique de rentabilité**, logique qui imprègne toute notre société d'aujourd'hui mais qui est non pertinente dans le champ de la relation thérapeutique. Rappelons que nous avons une obligation de moyens et non de résultats. A ce titre, les indicateurs mentionnés dans ce projet futur « *pay-for-quality* » retiendront particulièrement notre attention.
- Nous souhaitons **relativiser les propos de ce rapport** qui traitent les troubles anxieux, les troubles dépressifs ainsi que le burn-out de « troubles modérés », sous-tendant qu'ils pourraient être traités en quelques séances seulement. Rappelons cependant que le choix du modèle de limiter le nombre de séances remboursées est sous-tendu par une volonté de maîtriser les dépenses, ce qui peut se justifier.
- Nous trouvons essentiel de soutenir l'alliance thérapeutique et de permettre au **psychologue de 1ère ligne de poursuivre un travail de soins spécialisés avec ses patients si cela s'avère indiqué**. Le modèle offre cette possibilité, en mentionnant que des prestataires spécialisés actuels pourraient se former à la fonction de 1ère ligne sans pour autant renoncer à leur pratique de soins spécialisés.
- Nous sommes inquiets de constater que **les médecins généralistes sont habilités à exercer et facturer des consultations de type psychologique**. Nous relevons que les médecins n'ont pas la formation adéquate pour une telle pratique, l'exercice de la psychologie clinique requiert a minima 5 années d'étude dans le domaine de la psychologie clinique, comme le veut la Loi Muylle révisée.

Nous craignons une instrumentalisation financière de cette nomenclature psy dans la manière de facturer par les médecins. Mais le modèle de soins prévoit des limites claires pour diminuer ce risque de dérive : un nombre maximum de ces séances par an et par patients.

Nous sommes également conscients que le médecin a de façon historique une prédominance dans l'exercice de toute forme de soins. Et nous sommes réalistes sur le fait qu'il n'est pas à l'ordre du jour de modifier ces articles de loi.

Même si nous reconnaissons en général la qualité d'écoute du MG comme thérapeutique, il ne s'agit aucunement d'une attitude professionnelle spécialisée comme celle du psychologue clinicien ; il s'agit impérativement de différencier l'apport respectif offert par les deux professions.

- Nous souhaitons attirer l'attention sur le coût à l'instauration de cette fonction de première ligne, qui va nécessiter un **investissement non-négligeable dans un système informatique** (sécurité des données, un lecteur de carte d'identité, logiciel d'accès pour e-health...). Il semble que le rapport tienne compte de cet aspect et prévoit des incitants financiers pour la mise à jour informatique demandée. Qu'en est-il par contre de la 2ème ligne pour son bilan fonctionnel nécessaire à la demande de renouvellement des séances ?
- De même, le psychologue de 1ère ligne va passer un **temps non-négligeable à faire des rapports**, il nous semble juste de valoriser financièrement ce travail, ce qui sera le cas via l'allocation de pratique.
- Nous serons vigilants à ce que la **convention entre SSM et psy de 2ème ligne** garantisse une neutralité dans le choix des thérapeutes collaborateurs, pour éviter les risques de « clientélisme ».
- Nous constatons que le psychologue de 1ère ligne et de 2ème ligne seront amenés à réaliser des rapports sur l'état des patients et à introduire ces données dans le dossier e-health de l'intéressé. Nous rappelons cependant le **respect du secret professionnel** indispensable à la relation thérapeute-patient. Il sera nécessaire d'en tenir compte dans la façon dont ces rapports seront rédigés.
- Nous relevons l'évolution de la profession vers deux filières : **celles des psychologues "conventionnés" et des psychologues "non conventionnés"**.
- Enfin, nous regrettons **la complexité de la procédure**, qui nécessite des rapports toutes les 5 séances (donc potentiellement toutes les 5 semaines dans une relation thérapeutique classique) pour renouveler l'accès aux remboursements, ce qui nous semble bien trop fréquent. Il est évident que c'est une manière pour l'INAMI de garder une maîtrise sur ses dépenses.