



# **ANALYSE DES DONNÉES SOCIO-ÉPIDÉMIOLOGIQUES DE LA POPULATION ADULTE DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE**

*Années 2021 à 2023*

# Table des matières

|   |    |
|---|----|
| Liste des figures et des tableaux .....                         | 2  |
| Remerciements.....  | 3  |
| Résumé .....  | 4  |
| Contexte réglementaire .....                                    | 5  |
| Collecte des données.....                                       | 6  |
| Analyse des données socio-épidémiologiques .....                | 8  |
| 1° l'âge .....  | 9  |
| 2° le sexe .....  | 9  |
| 3° l'état civil .....   | 9  |
| 4° la nationalité.....  | 10 |
| 5° la langue maternelle .....                                   | 10 |
| 6° le mode de vie.....  | 10 |
| 7° la scolarité.....  | 11 |
| 8° la catégorie professionnelle.....                            | 11 |
| 9° la source principale de revenus .....                        | 12 |
| 10° les ressources de l'usager .....                            | 13 |
| 11° le périmètre d'accessibilité du service .....               | 13 |
| 12° la nature et l'origine de la démarche .....                 | 13 |
| 13° les prises en charge antérieures .....                      | 15 |
| 14° la nature de la demande de l'usager.....                    | 16 |
| 15° les motifs présentés lors de la première consultation ..... | 16 |
| 16° la pathologie principalement décelée .....                  | 17 |
| 17° la proposition de prise en charge .....                     | 22 |
| 18° le réseau.....  | 22 |
| Focus sur des sous-groupes spécifiques .....                    | 23 |
| Personnes sous contrainte .....                                 | 23 |
| Personnes âgées de 65 ans et plus .....                         | 24 |
| Analyse par province de résidence .....                         | 24 |
| Apports et limites des données socio-épidémiologiques .....     | 28 |
| Perspectives .....  | 29 |

## Liste des figures et des tableaux

|   |    |
|---|----|
| Figure 1 Répartition de l'âge des personnes prises en charge dans les SSM comparativement à la population wallonne 2021 ..... | 9  |
| Figure 2 Type de ménage* en fonction du genre (2021-2023) .....   | 10 |
| Figure 3 Lieu de vie en fonction du genre (2021-2023) .....   | 11 |
| Figure 4 Catégorie professionnelle* (2021-2023).....  | 12 |
| Figure 5 Source principale de revenus* (2021-2023).....   | 12 |
| Figure 6 Nature de la démarche (2021-2023) .....  | 14 |
| Figure 7 Envoyeur* (personne à l'origine de la démarche) .....  | 15 |
| Figure 8 Motif présenté lors de la 1e consultation (2021-2023) .....  | 17 |
| Figure 9 Répartition des types de codes renseignés en 1e, 2e ou 3e diagnostic (2021-2023) .....                               | 18 |
| Figure 10 Codes CIM10 (par sous-catégorie) de la classe F, 2021-2023.....   | 19 |
| Figure 11 Codes de la classe F les plus fréquents selon le genre, 2021-2023.....  | 20 |
| Figure 12 Codes de la classe Z les plus fréquents selon le genre, 2021-2023.....  | 21 |
| Figure 13 Code CIM10 selon le motif présenté lors de la 1e consultation, 2021-2023 .....                                      | 21 |
| <br>  |    |
| Tableau 1 Comparaison selon le type de démarche (2021-2023) .....   | 23 |
| Tableau 2 Comparaison selon l'âge (2021-2023) .....   | 24 |
| Tableau 3 Comparaison selon la province de résidence (2021-2023) .....  | 25 |

## Remerciements

Durant l'année 2024, l'AVIQ a présenté son analyse provisoire des données socio-épidémiologiques à des services de santé mentale, dans chaque province, à la Fédération Wallonne des Services de Santé Mentale et au Centre de Référence en Santé Mentale. En tout, un peu plus de 60 personnes ont participé à ces présentations. Nous remercions toutes les personnes qui nous ont partagé leurs expertises, réflexions et interprétations à cette occasion. La confrontation de pluralité de points de vue a ainsi contribué à enrichir notre analyse.

Nous tenons également à remercier Anouck Billet et Vincent Gérard, de la Direction Aide et Soins Ambulatoires de Première Ligne pour leur contribution respective à notre analyse des données socio-épidémiologiques et pour la relecture attentive de ce rapport avant sa publication.

## Résumé

Notre rapport analyse les données socio-épidémiologiques de la population adulte d'une grande partie des services de santé mentale (ci-après, SSM). Ces données couvrent les années 2021 à 2023. Malgré certaines limites, notre analyse met en évidence plusieurs enseignements. Les adultes pris en charge sont généralement vulnérables sur le plan socio-économique. Les troubles les plus fréquemment rapportés sont les troubles liés à un facteur de stress, les épisodes dépressifs, et les difficultés liées à l'entourage immédiat ou à l'environnement social. Notre analyse montre également des données contrastées dans trois cas de figure : 1) prise en charge contrainte versus choix individuel (orienté ou non par un tiers), 2) personnes âgées de 65 ans et plus versus personnes âgées de 18-64 ans, 3) comparaison selon la province de résidence.

## Contexte réglementaire

En Wallonie, la collecte des données socio-épidémiologiques des “usagers”<sup>1</sup> des services de santé mentale est encadrée par deux textes réglementaires, à savoir : le Code wallon de l’Action sociale et de la Santé (en abrégé, CWASS), et le Code réglementaire wallon de l’action sociale et de la santé (en abrégé, CRWASS). Nous nous basons sur les articles du CWASS et du CRWASS qui étaient en vigueur au moment de la période de collecte de données<sup>2</sup>.

Légalement, dix-huit données doivent être collectées pour les adultes<sup>3</sup>. Ces données sont :

1. l’âge,
2. le sexe,
3. l’état civil,
4. la nationalité,
5. la langue maternelle,
6. le mode de vie,
7. la scolarité,
8. la catégorie professionnelle,
9. la source principale de revenus,
10. les ressources de l’usager,
11. le périmètre d’accessibilité du service,
12. la nature et l’origine de la démarche,
13. les prises en charge antérieures,
14. la nature de la demande de l’usager,
15. les motifs présentés lors de la première consultation,
16. la pathologie principalement décelée à l’issue d’un nombre de consultations déterminé par le ministre,
17. la proposition de prise en charge,
18. le réseau.

La collecte de ces données vise deux objectifs :

1° établir le profil de la population que le SSM dessert et, sur la base de ces données, d’orienter son projet de service de santé mentale<sup>4</sup> ;

---

<sup>1</sup> CWASS, Art. 569. : « On entend par usager toute personne fragilisée de manière chronique ou momentanée, quel que soit son âge, qui bénéficie de l’intervention directe ou indirecte d’un service de santé mentale en vue de rétablir sa santé mentale ou de rendre les troubles dont elle souffre supportables pour elle-même et son entourage, afin qu’elle acquière et développe des compétences formant la base de son émancipation et de son insertion sociale. ».

<sup>2</sup> Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2024, des modifications ont été apportées à la réglementation des services de santé mentale dans le CWASS et le CRWASS. Ces modifications ne sont toutefois pas intégrées dans notre rapport vu qu’elles n’étaient pas en vigueur durant la période de collecte de données.

<sup>3</sup> CRWASS, Art. 1791. Notons que le SSM doit collecter une donnée supplémentaire lorsque le bénéficiaire est mineur, à savoir, le nombre d’enfants habitant au domicile légal du bénéficiaire.

<sup>4</sup> CWASS, Art. 541. « (...) Le projet de service de santé mentale est centré prioritairement sur l’usager. Il se compose des parties suivantes : 1° l’environnement du service de santé mentale en termes territorial et institutionnel ; 2° l’organisation générale du service de santé mentale détaillée pour chacune des missions ; 3° les objectifs ; 4° les actions découlant des objectifs ; 5° l’évaluation sous forme d’indicateurs quantitatifs ou qualitatifs. (...) ».

2° alimenter la recherche et l'analyse au niveau de l'ensemble de la Région de langue française et lui permettre de respecter ses obligations à l'égard d'autres autorités<sup>5</sup>.

La réglementation précise que ces données « (...) permettent d'identifier au moins les caractéristiques sociologiques de la population qui consulte le service de santé mentale, le périmètre d'accessibilité du lieu de consultation, le parcours de l'usager, le réseau d'aide et de soins et les ressources dont dispose l'usager, en lien avec les difficultés psychiques et psychologiques déterminées par l'observation. (...) ».<sup>5</sup>

L'analyse des données socio-épidémiologiques est destinée à la fois à notre Ministre de tutelle, Yves Coppieters, ainsi qu'à tous les SSM.

Comme indiqué dans la réglementation : « Lorsque les résultats de la recherche et de l'analyse des données sont connus, une information à destination des services de santé mentale est organisée par le Gouvernement ou son délégué sous la forme la plus adéquate. ». En outre, le Ministre rend publique une synthèse des données afin que chaque service de santé mentale puisse se référencer par rapport aux autres SSM<sup>6</sup>.

Des règles cadrent également la collecte des données socio-épidémiologiques. En effet, le ministre organise le recueil des données de manière à en assurer l'anonymat, la pérennité et l'usage par les services de santé mentale eux-mêmes<sup>6</sup>.

Cependant, il appartient au service de santé mentale de transmettre des données anonymes à l'AVIQ, selon les modalités déterminées par le Gouvernement wallon<sup>5</sup>. Les modalités pratiques de la collecte des données sont détaillées dans le point suivant.

Enfin, chaque usager doit consentir à la collecte de données socio-épidémiologiques le concernant<sup>7</sup>.

## Collecte des données

De 2016 à 2020<sup>8</sup>, les SSM ont transmis annuellement leurs données socio-épidémiologiques soit:

- sous format de fichier Excel transmis par courriel à l'Agence ;
- en important un fichier XML sur une plateforme externe à l'AVIQ<sup>9</sup>,

En 2021, ce processus de collecte des données a été modifié. L'AVIQ a créé un "guichet" en ligne (nommé Plasma) permettant notamment aux utilisateurs de remplir des questionnaires et transférer des données de manière sécurisée.

---

<sup>5</sup> CWASS, Art. 585. § 1er.

<sup>6</sup> CRWASS, Art. 1792.

<sup>7</sup> CRWASS, Art. 1892.

<sup>8</sup> L'AVIQ a été créée en 2016. Auparavant, c'est la Direction Générale Opérationnelle Intérieur et Action Sociale, du Service Public de Wallonie, qui était compétente pour collecter et analyser les données socio-épidémiologiques des SSM.

<sup>9</sup> Il s'agissait de la plateforme "eWBS" (e-Wallonie-Bruxelles Simplification). C'est un service de simplification administrative et d'administration numérique qui existait en Wallonie et en Fédération Wallonie-Bruxelles. Il permettait aux citoyens, entreprises, enseignants et au secteur non-marchand d'accomplir diverses démarches administratives en ligne via un espace personnel.

À la suite de difficultés techniques rencontrées par les SSM, la transmission des données via un fichier Excel a encore été acceptée exceptionnellement en 2021.

Dans Plasma, chaque SSM peut encoder les données socio-épidémiologiques au fur et à mesure par usager. Une autre possibilité est d'importer les données épidémiologiques de tous les usagers en une fois via l'import d'un fichier XML.

A partir de 2022, la majorité des SSM a transmis un fichier XML via Plasma. Quel que soit le mode de transmission des données, à chaque usager correspond une fiche reprenant les données socio-épidémiologiques le concernant<sup>10</sup>.

La transmission des données à l'Agence devrait légalement être effectué avant le 1<sup>er</sup> mars de l'année suivante. Cependant, l'Agence a autorisé de prolonger ce délai d'un mois dans certains cas de figure.

Les données socio-épidémiologiques sont collectées au début de la prise en charge de l'utilisateur ; lorsqu'il a eu un, deux ou trois entretiens avec un professionnel du service de santé mentale. La prise en charge débute dès qu'un travail thérapeutique, psychologique, social, ou à média est initié. Pour la population adulte, tous les usagers qui ont 18 ans au moins lors du premier entretien sont concernés. Le but est de connaître le profil initial des nouveaux patients adultes pris en charge par les services de santé mentale en Wallonie, en incluant les 18 données mentionnées précédemment.

Les usagers dont la prise en charge a pris fin lors d'une année antérieure et qui sont à nouveau pris en charge durant l'année de la collecte ne doivent pas être comptabilisés deux fois. Ce qui suppose que chaque SSM puisse identifier précisément chaque usager. L'AVIQ n'est pas en mesure de vérifier qu'un usager ait été comptabilisé une seule fois.

Par ailleurs, toute demande introduite auprès d'un SSM doit être en principe examinée dans le cadre de la concertation pluridisciplinaire hebdomadaire. Cette concertation vise notamment à apporter la réponse la plus adéquate à la demande<sup>11</sup>. Lorsqu'une personne est rencontrée une seule fois par un professionnel de l'équipe, sans qu'il y ait eu de concertation pluridisciplinaire préalable à la rencontre, elle n'est pas concernée par la collecte de données socio-épidémiologiques. En outre, toute demande introduite auprès d'un SSM n'aboutit pas à une prise en charge par le SSM. Dès lors, toute demande ne fait pas l'objet d'une collecte de données socio-épidémiologiques.

---

<sup>10</sup> Lorsque l'utilisateur est un couple ou une famille, les données à compléter sont celles à partir du patient « référent ». Pour un couple, il s'agit du patient qui introduit la demande. Pour une famille, il s'agit du patient à propos duquel la demande de consultation est formulée.

<sup>11</sup> CWASS, Art. 544 et 545.

# Analyse des données socio-épidémiologiques

Les données analysées dans ce point portent sur :

- **3.913 nouvelles personnes** prises en charge par 40 SSM en 2021
- **5.876 nouvelles personnes** prises en charge par 42 SSM en 2022
- **5.100 nouvelles personnes** prises en charge par 42 SSM en 2023

Ces chiffres semblent suggérer une augmentation significative du nombre de personnes prises en charge en 2022, suivie d'une légère diminution en 2023. Cette augmentation semble plausible car 2021 est une année encore marquée par la crise covid-19 se traduisant par plus de consultations en visioconférence et moins de nouvelles demandes lors des périodes de confinement. Toutefois, les SSM ayant participé à la collecte de données ne sont pas identiques d'une année à l'autre. Ce qui a un impact sur l'évolution des prises en charge d'une année à l'autre. La majorité des SSM a participé à au moins une collecte sur les trois années. En revanche, seulement 15 SSM ont transmis des données chaque année, durant les trois années. Enfin, le nombre de nouvelles personnes prises en charge dépend des ressources en personnel disponibles au sein des SSM. Lorsque le service de santé mentale ne peut répondre à la demande, il réoriente la personne vers un autre professionnel, soit dès l'accueil, soit à la suite de la concertation pluridisciplinaire<sup>12</sup>.

Les données des années 2021 à 2023 sont analysées ensemble lorsque les variations ne sont pas significatives. Le nombre total de nouvelles personnes prises en charge durant ces trois années s'élève à 14.889.

- Pour la clarté du rapport, les données manquantes ne sont indiquées que lorsqu'elles concernent plus de 10% de la population d'étude. Il s'agit de données renseignées comme "inconnues" ou de données non renseignées<sup>13</sup>. Dans ce cas, les résultats sont à prendre avec précaution. En effet, les analyses ne représentent plus l'ensemble des personnes prises en charge mais uniquement une partie des personnes pour lesquelles l'information a été complétée.

---

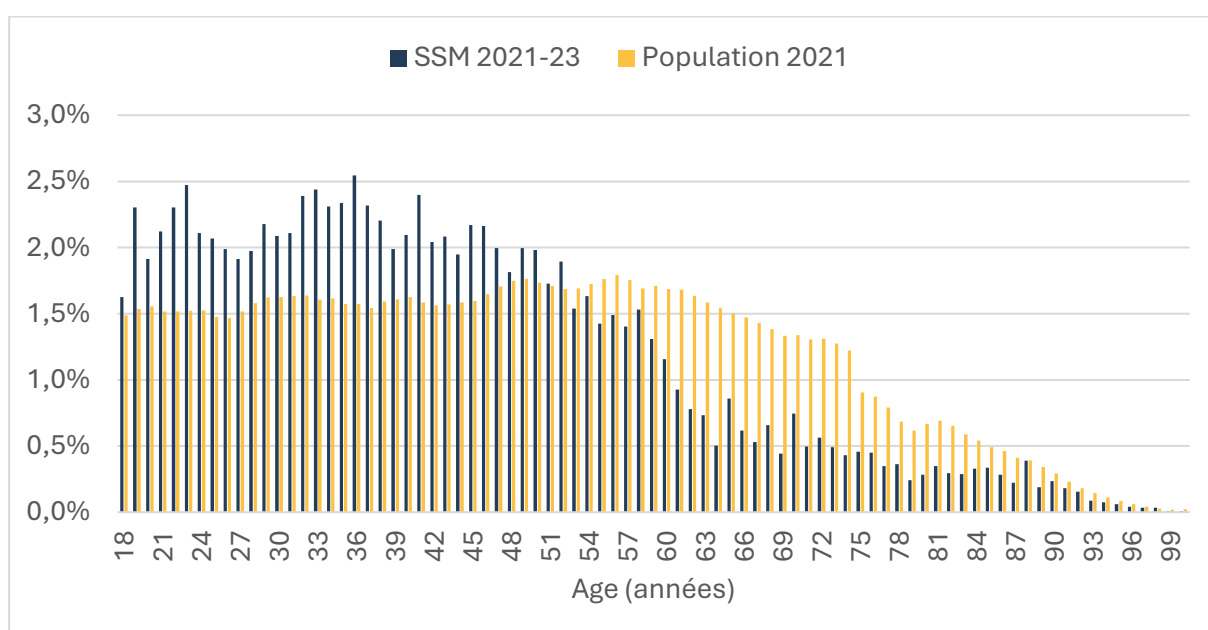
<sup>12</sup> CWASS, Art. 549.

<sup>13</sup> Les SSM ne sont pas toujours en mesure de renseigner les 18 données socio-épidémiologiques pour chaque usager.

## 1° l'âge

L'âge médian était de **41 ans** (Quartiles 1-3 : 30-53 ans, ce qui signifie qu'un quart de l'échantillon avait moins de 30 ans, et un quart avait plus de 53 ans). Cette tranche d'âge représente pourtant 41% de la population wallonne en 2021<sup>14</sup>. Par rapport à la population wallonne, les plus de 55 ans sont sous-représentés, tandis que les plus jeunes sont sur-représentés, comme l'illustre le graphique ci-dessous. Nous envisageons deux hypothèses pour expliquer cette sous-représentation des personnes de plus de 55 ans dans les données. Ces personnes consultent peut-être davantage auprès de professionnels de santé mentale indépendants et donc moins en SSM. Il est aussi probable qu'elles recourent moins à des professionnels de santé mentale parce qu'elles considèrent cette démarche comme stigmatisante.

Figure 1 Répartition de l'âge des personnes prises en charge dans les SSM comparativement à la population wallonne 2021



## 2° le sexe

Les **femmes** représentaient **59%** des nouvelles demandes. Tandis que dans la population wallonne, les femmes représentaient 52%<sup>14</sup>. Cette sur-représentation des femmes est surtout marquée si on regarde les 65 ans et plus. Dans cette tranche d'âge, la proportion de femmes est de 71% alors que dans la population wallonne, elle est de 57%.

## 3° l'état civil<sup>15</sup>

La moitié des nouvelles personnes prises en charge étaient **célibataires**, un quart était marié ou cohabitant légal, et un quart était séparé, divorcé ou veuf. La proportion de personnes séparées/divorcées est plus élevée chez les femmes, 21%, que chez les hommes, 15%.

<sup>14</sup> [Population par lieu de résidence, nationalité, état civil, âge et sexe | Statbel](#)

<sup>15</sup> 19% de valeurs manquantes

## 4° la nationalité

Neuf personnes sur dix étaient de nationalité belge, 6% avaient une nationalité hors Union Européenne, et 4% une nationalité de l'Union Européenne. La proportion de non-belges est similaire à la population wallonne 2021<sup>16</sup>.

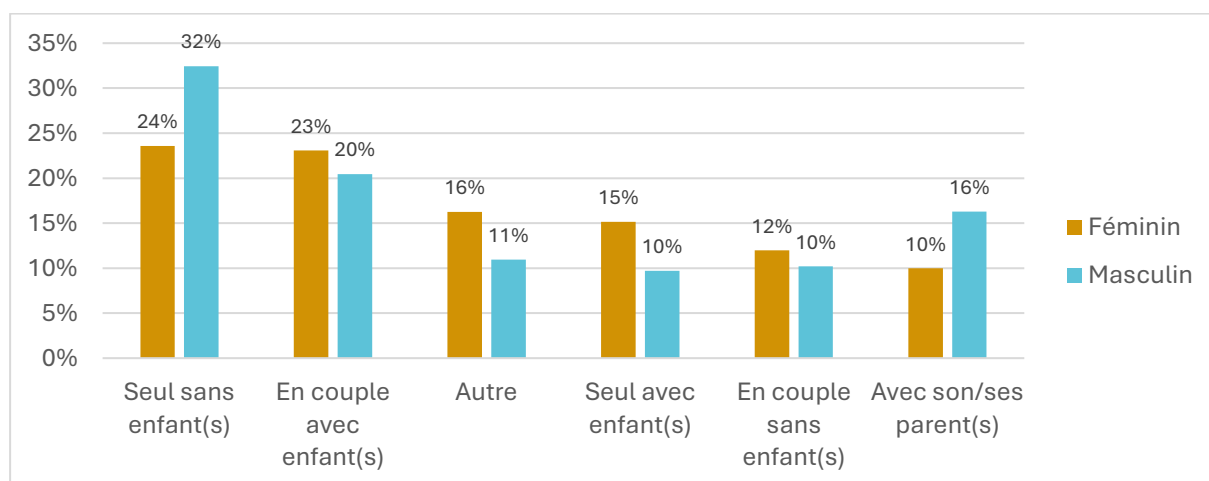
## 5° la langue maternelle

Près d'une personne sur 10 avait une autre langue maternelle que le français (pour la plupart une langue hors UE, ou une langue UE autre que le néerlandais ou l'allemand).

## 6° le mode de vie

**Un quart** des personnes vivaient **seul(e) sans enfant**, **23% en couple avec enfant(s)**, 16% autre (ex. institution), 15% seul avec enfant(s), 12% en couple sans enfant(s), et 10% avec son/ses parent(s). En fonction du genre, la proportion de personnes seules sans enfant ou qui vivent avec son/ses parent(s) est plus élevée chez les hommes que chez les femmes, alors que la proportion de personnes vivant seules avec enfant(s) est légèrement plus élevée chez les femmes.

Figure 2 Type de ménage\* en fonction du genre (2021-2023)



\* 25% de valeurs manquantes

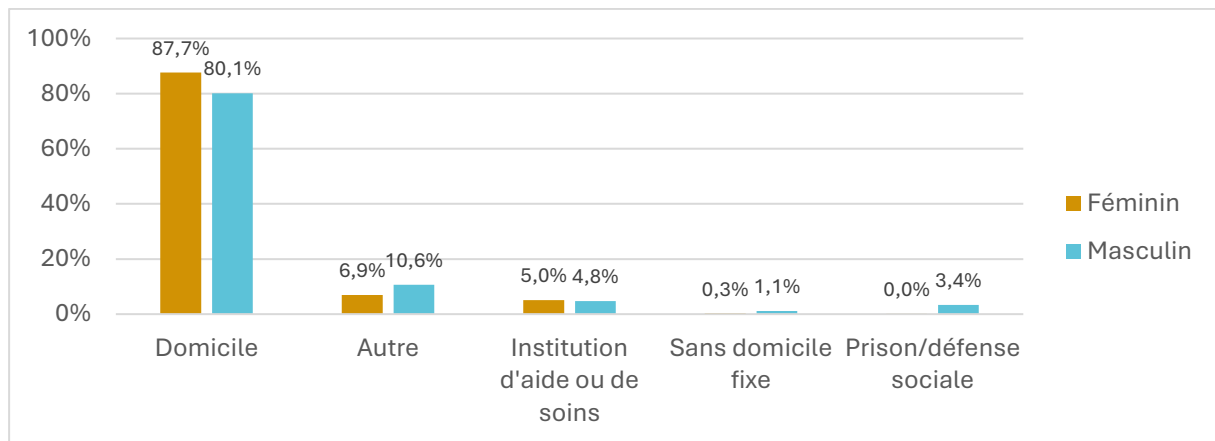
Si on exclut de l'analyse les catégories non comparables avec la population wallonne 2021<sup>17</sup> (« Avec son/ses parents » et « Autre »), la catégorie « seul avec enfant(s) » est légèrement sur-représentée chez les personnes consultant un SSM (18% vs 12%). Par contre, la catégorie « en couple sans enfant(s) » est sous-représentée (15% vs 23%).

La majorité des personnes vivent à **domicile** au moment de la demande de suivi, dans les autres cas, la personne vit dans une institution d'aide ou de soins, en prison ou dans une institution de défense sociale, ou ailleurs.

<sup>16</sup> <https://statbel.fgov.be/fr/themes/census/population/nationalites>

<sup>17</sup> [Ménages | Statbel](#)

Figure 3 Lieu de vie en fonction du genre (2021-2023)



## 7° la scolarité

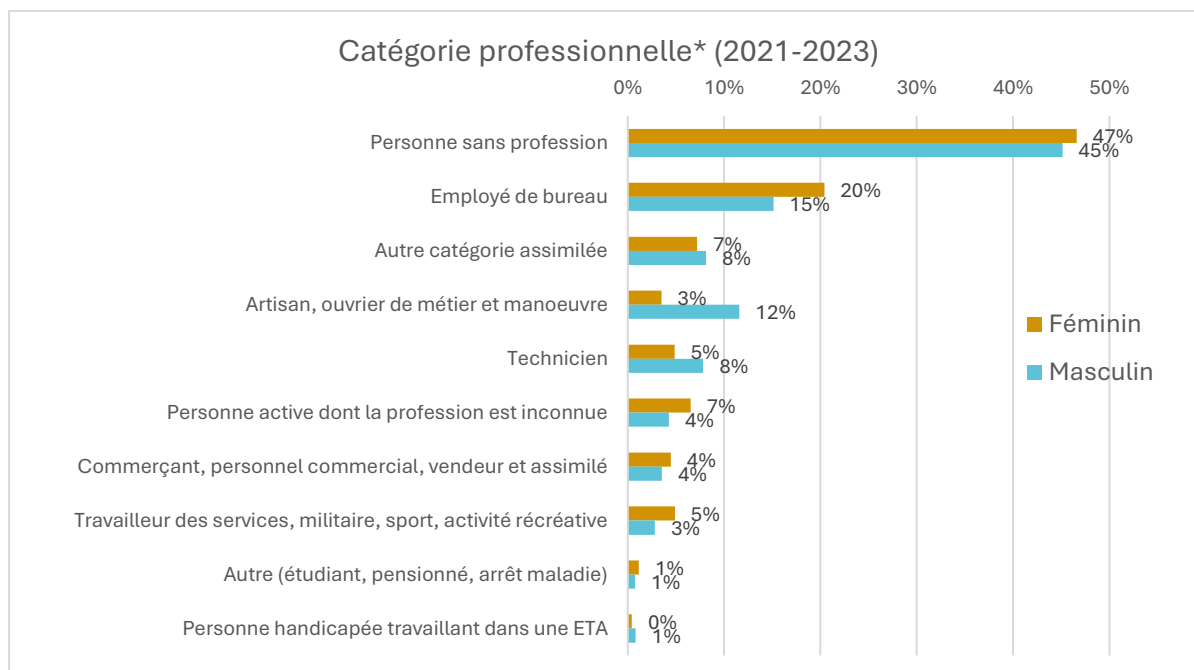
Chez les personnes dont le niveau de scolarité était disponible (57% des personnes), 27% avaient un diplôme de l'enseignement supérieur, 41% un diplôme de l'enseignement secondaire, 26% un diplôme de l'enseignement primaire ou secondaire inférieur, 4% un autre type de diplôme, et 1% pas de diplôme.

## 8° la catégorie professionnelle

Près de la moitié des personnes prises en charge par les SSM déclarent n'avoir pas de profession<sup>18</sup>. Les professions les plus fréquemment rapportées sont « employé de bureau », « artisan, ouvrier de métier et manœuvre », « technicien » et « autre catégorie assimilée » (ex. coiffure, assistant.e social, agent de sécurité, enseignant).

<sup>18</sup> Catégorie professionnelle principale à laquelle le patient appartient lors du premier entretien, indépendamment du fait qu'il pratique actuellement son activité professionnelle ou pas (pensionné, malade, chômage...)

Figure 4 Catégorie professionnelle\* (2021-2023)

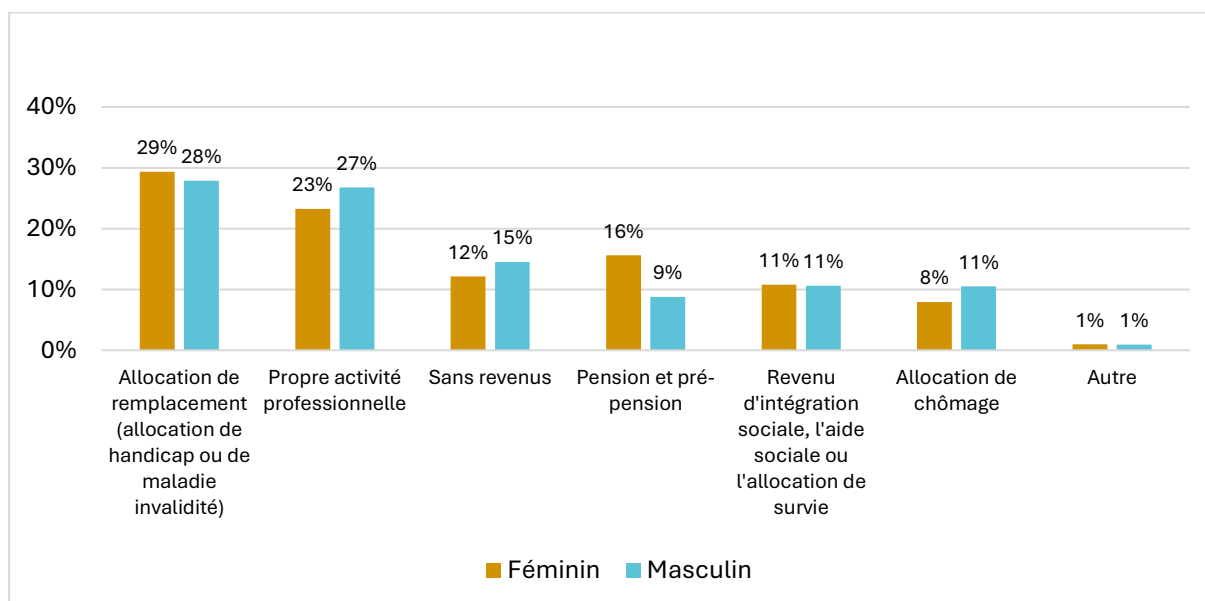


\* 14% de valeurs manquantes

## 9° la source principale de revenus

Près de 30% des personnes suivies par les SSM perçoivent des allocations de remplacement. Les autres sources de revenus sont l'activité professionnelle la pension, le revenu d'intégration sociale et les allocations de chômage. Plus d'**une personne sur 10 n'a aucune source de revenu**.

Figure 5 Source principale de revenus\* (2021-2023)



\* 19% de valeurs manquantes

## 10° les ressources de l'usager

Le professionnel du SSM est invité à renseigner le réseau familial et social, qui peut être mobilisé pour l'usager afin de faire face aux difficultés qu'il rencontre. Il peut préciser si l'usager est :

- sans ressources ;
- avec peu de ressources.
- avec ressources.

Plus d'**une personne sur 3** n'avait que **peu ou pas de ressources** familiales ou sociales sur lesquelles elle peut s'appuyer.

## 11° le périmètre d'accessibilité du service

Comme mentionné précédemment, les SSM qui ont transmis leurs données, entre 2021 et 2023, ne sont pas identiques d'une année à l'autre. Seulement 15 SSM ont transmis leurs données durant ces trois années.

A l'avenir, lorsque tous les SSM transmettront leurs données, l'analyse pourra intégrer :

- une carte de la Wallonie montrant les SSM et la part de la population ayant eu recours à leurs services (nombre de nouveaux consultants pour 100 000 habitants par commune de résidence),
- une analyse de la distance qui sépare le domicile du consultant et le SSM consulté

## 12° la nature et l'origine de la démarche

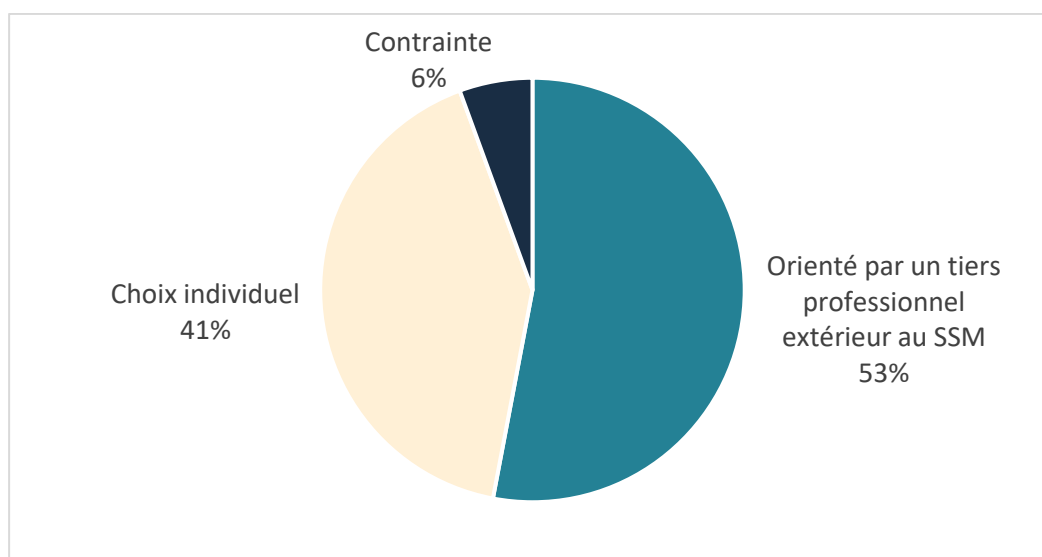
La nature de la démarche permet de distinguer si l'usager s'adresse au SSM :

- par choix individuel ;
- parce qu'il a été orienté par un professionnel extérieur au SSM ;
- par contrainte.

Bien que la notion de contrainte ne soit pas précisée dans le questionnaire, elle est comprise dans notre analyse de 2 manières. D'une part, il s'agit d'une demande émanant de l'autorité judiciaire, qui peut concerner par exemple des auteurs d'infraction à caractère sexuel. D'autre part, c'est une demande émise par un tiers visant à établir des éléments liés à la dispensation des soins donnant accès à un droit pour l'usager. Nous développons notre analyse des "personnes sous contrainte" dans le point "Focus sur des sous-groupes spécifiques".

Dans la **moitié** des cas, la personne a été **orientée par un tiers professionnel extérieur au SSM**, dans **41%** des cas, il s'agissait d'un **choix individuel**, et dans 6% d'une demande sous contrainte.

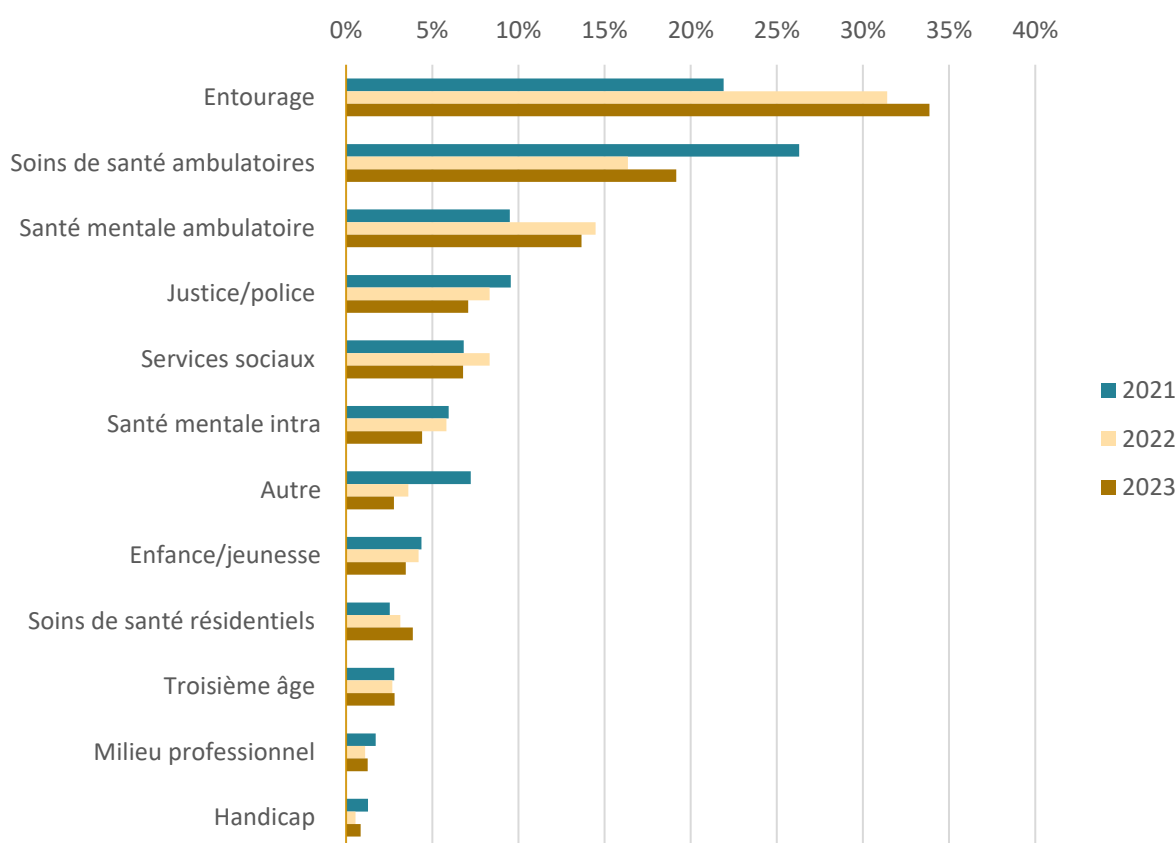
Figure 6 Nature de la démarche (2021-2023)



L'origine de la démarche permet d'identifier les professionnels ou services qui orientent l'utilisateur vers un SSM. Ils sont communément appelés les "envoyeurs".

Le professionnel du SSM peut renseigner un envoyeur considéré comme étant le principal par l'utilisateur.

Figure 7 Envoyeur\* (personne à l'origine de la démarche)



\* 2021: 34% manquant et 8% sans objet ; 2022: 28% manquant et 3% sans objet ; 2023: 26% manquant et 2% sans objet

L'**entourage** (consultant du centre, parent/famille, ami/voisin/relation) est la catégorie d'envoyeurs la plus fréquente en 2023. La part de personnes envoyées par l'entourage a augmenté par rapport à 2021, et cette augmentation est expliquée par l'augmentation de la sous-catégorie « **Consultant du centre** » (une personne de l'entourage qui a elle-même été prise en charge par le SSM), qui est passée de 1% en 2021 à 16% en 2023.

Le deuxième envoyeur le plus fréquent est le secteur des soins de santé ambulatoires, principalement représenté par le **médecin généraliste** (qui était plus fréquemment rapporté en 2021, pendant la crise covid-19, qu'en 2022-2023), suivi du secteur de la santé mentale ambulatoire (SSM, psychologue privé ou autre).

### 13° les prises en charge antérieures

Cet item reprend les prises en charge effectuées précédemment pour l'utilisateur du SSM par d'autres services et/ou professionnels. Quels professionnels le patient a-t-il déjà rencontrés auparavant pour tenter de résoudre le/s problème/s qui l'amène/nt à s'adresser au SSM ?

Les professionnels des SSM peuvent choisir au maximum trois types de services et/ou de professionnels parmi de nombreuses possibilités (cependant, la majorité ne renseigne qu'un seul type).

Dans la **moitié des cas**, une **prise en charge antérieure à celle du SSM** a été rapportée. Il s'agit d'une prise en charge effectuée principalement par un médecin généraliste (16%), un psychologue privé (11%), un hôpital psychiatrique (9%), l'entourage (7%), un membre de l'équipe du SSM (6%), un service social (6%), un autre SSM (5%), ou le secteur justice/police (5%) .Les autres catégories représentaient moins de 5% des cas.

## 14° la nature de la demande de l'utilisateur

Que demande le patient au SSM ? Est-ce simplement un conseil ou une orientation ? Demande-t-il à s'engager dans un travail thérapeutique ? Veut-il bénéficier d'un accompagnement social ?

Pour répondre à cette question, le professionnel du SSM peut choisir parmi 13 propositions dans le questionnaire.

La **thérapie** et le **soutien** représentent trois quarts des demandes des usagers.

Dans 6% des cas, les personnes n'avaient pas de demande précise.

Les faibles pourcentages restants sont : un accompagnement social (4%), des conseils/avis (3%), un bilan (3%), une prescription (2%), et "autre" (guidance parentale, information, rééducation, orientation, inscription/réévaluation AWIPH, attestation).

## 15° les motifs présentés lors de la première consultation

Les SSM ont la possibilité de sélectionner un motif présenté par le patient lors de sa première consultation. Il s'agit de la raison principale qui motive l'utilisateur à s'adresser au SSM. Pour les situations référées par un autre professionnel ou service, c'est le motif initialement formulé par l'envoyeur qui doit être renseigné. En tout, dix motifs sont proposés dans le questionnaire.

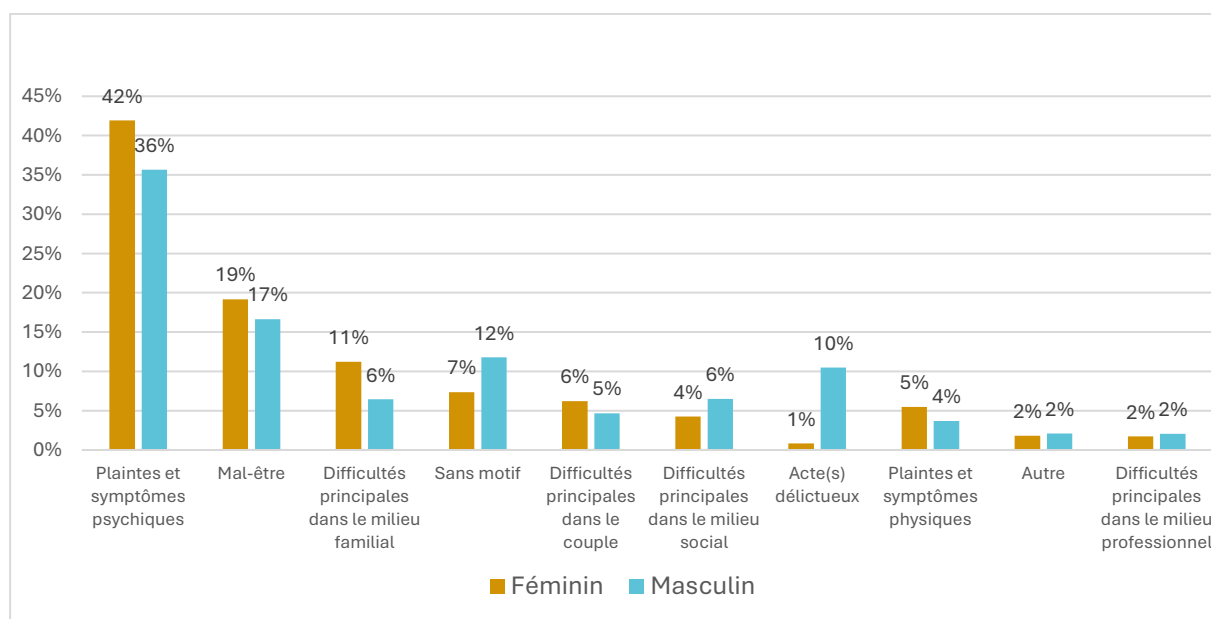
Les deux motifs les plus fréquemment rapportés lors de la première consultation sont les **"plaintes et symptômes psychiques"**, et le **"mal-être"**.

Le motif "difficultés principales dans le milieu familial" est un peu plus fréquemment rapporté pour les femmes que pour les hommes.

Les hommes sont renseignés un peu plus souvent que les femmes comme "sans motif", ou pour des "actes délictueux".

Seul 2% de l'échantillon présente des difficultés dans le milieu professionnel. Cette faible proportion s'explique par le fait que la majorité des personnes qui consultent les SSM n'ont pas d'activité professionnelle.

Figure 8 Motif présenté lors de la 1<sup>e</sup> consultation (2021-2023)



## 16° la pathologie principalement décelée

Afin d'identifier la pathologie principale de l'utilisateur, les professionnels de SSM sont invités à renseigner au moins un code de la Classification Internationale des Maladies, 10<sup>e</sup> révision, ci-après, CIM-10<sup>19</sup>. C'est un système de codification développé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Les codes CIM10 sont conçus pour l'évaluation clinique effectuée au début de la prise en charge du patient. La CIM-10 est utilisée mondialement pour la collecte de statistiques de santé, la gestion des soins de santé et la prise de décisions cliniques. Elle permet une communication uniforme et standardisée entre les professionnels de la santé et les chercheurs.

Les professionnels de SSM ont la possibilité de renseigner jusqu'à trois codes de la CIM 10. Ceux-ci sont remplis après trois entretiens maximum avec l'utilisateur. Pour les patients qui ont été rencontrés une ou deux fois, le professionnel doit choisir un code à l'aide des informations dont il dispose. Ce qui n'est pas toujours aisé. Toutefois, la CIM-10 prévoit un code lorsque le diagnostic est différé ou qu'il n'y a pas de diagnostic.

Pour 80% de l'échantillon, au moins un code a été complété. Il s'agit principalement d'un code de la classe F. Celle-ci répertorie une large "gamme" de troubles mentaux et du comportement, tels que les troubles de l'humeur (comme la dépression et le trouble bipolaire), les troubles anxieux, les troubles liés à l'utilisation de substances, les troubles de la personnalité, et les troubles du développement intellectuel. Des codes de la classe Z ont également été renseignés en premier lieu. Dans ce cas, il n'y a pas de diagnostic établi mais un facteur de risque de trouble mental a été identifié. Dans de rares cas, d'autres codes de la classification ont été renseignés. Ce sont surtout des codes de la classe R incluant des symptômes et des signes qui ne sont pas

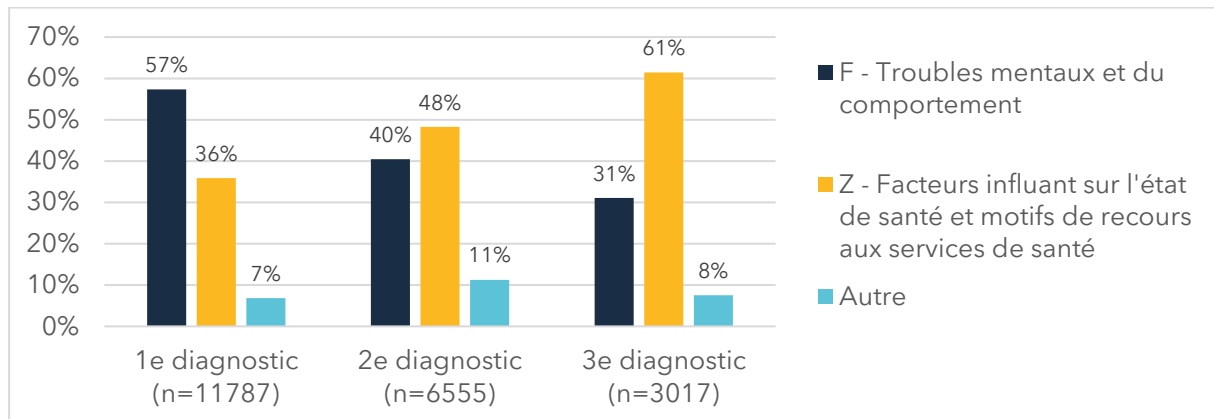
<sup>19</sup> CIM-10/ICD-10 : Classification internationale des maladies. Dixième révision. Chapitre V(F), Troubles mentaux et troubles du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic / coordination générale de la traduction française : C. B. Pull. Organisation mondiale de la Santé. <https://iris.who.int/handle/10665/43316>

spécifiques à une maladie particulière. Le code T74 syndromes dus à de mauvais traitement a également été mentionné quelques fois.

Dans 44% des cas, un deuxième code CIM10 a été rapporté.

Dans 20% des cas, un troisième code a été rapporté.

*Figure 9 Répartition des types de codes renseignés en 1e, 2e ou 3e diagnostic (2021-2023)*



Le graphique ci-dessous reprend les codes par sous-catégories de la classe F. Par exemple, les codes de la sous-catégorie « F40-49 Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes » ont été renseignés chez 25,8 % des personnes, que ce soit en 1er, 2e ou 3e choix de diagnostic.

Les quatre sous-catégories les plus fréquentes sont les suivantes :

Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-49) ;

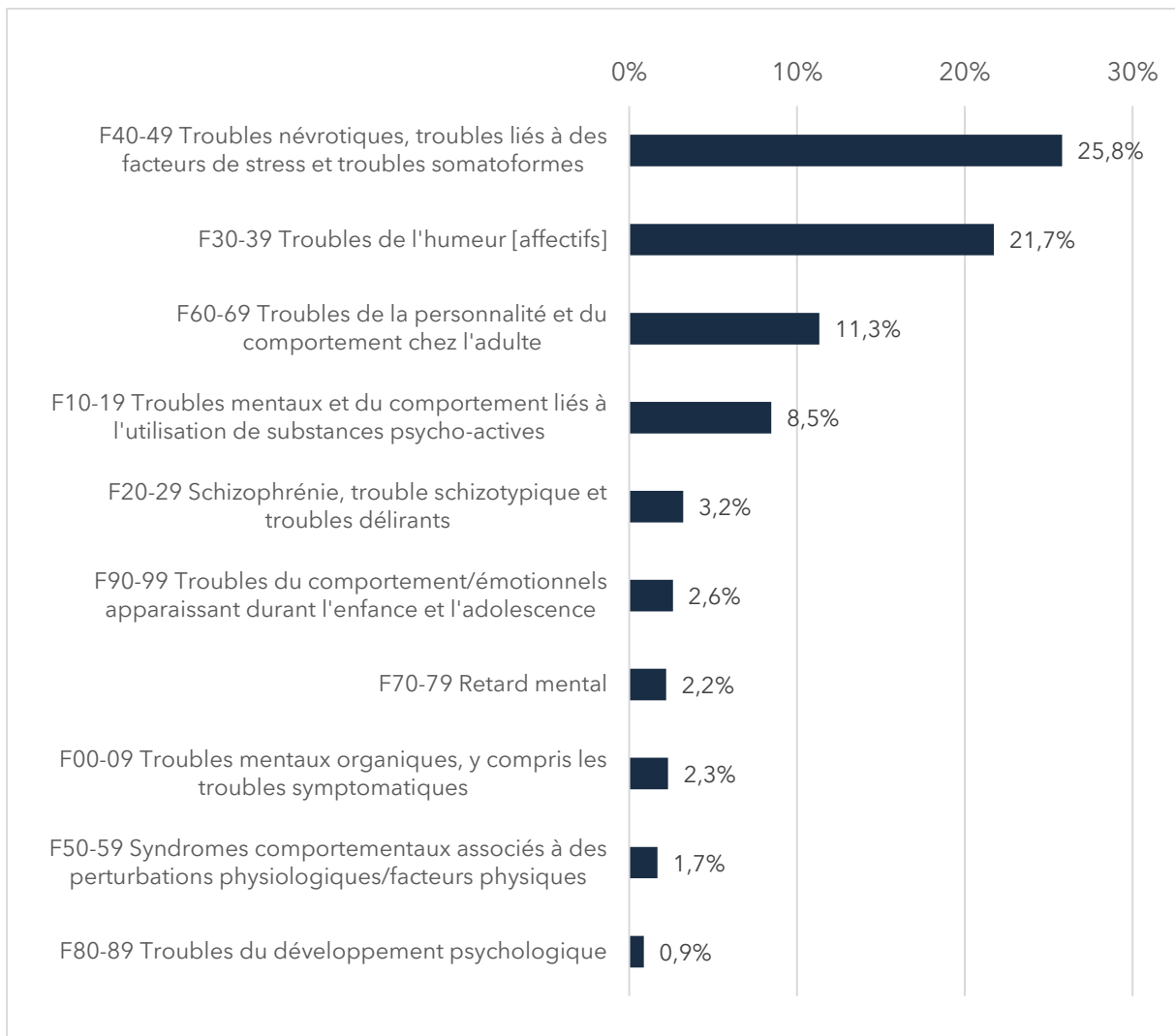
Troubles de l'humeur (F30-39) ;

Troubles de la personnalité et du comportement (F60-69) ;

Troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives (F10-19).

La catégorie Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants (F20-29) n'était rapportée que chez 3% des personnes. Cependant, cette proportion varie fortement selon les SSM et peut atteindre plus de 10% dans certains SSM. C'est principalement le cas pour les SSM qui disposent d'une fonction psychiatrique au sein de leur équipe.

Figure 10 Codes CIM10 (par sous-catégorie) de la classe F, 2021-2023



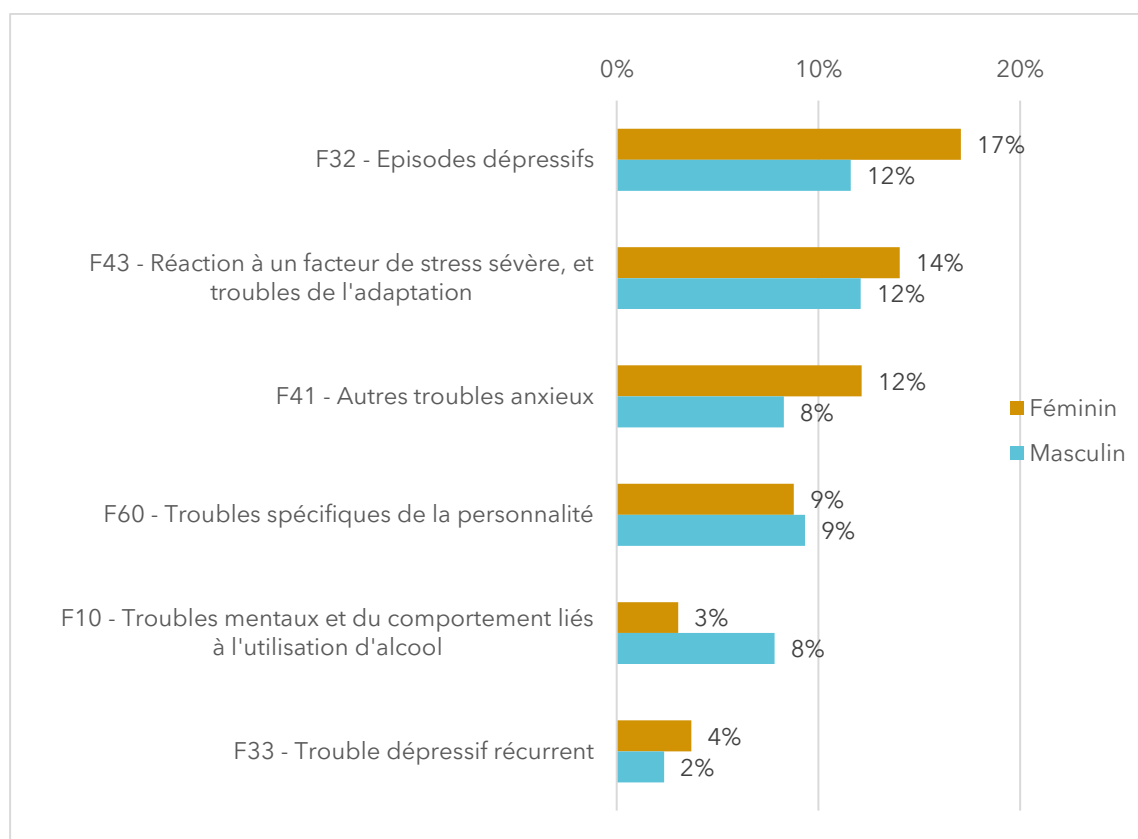
Les **épisodes dépressifs** (F32) sont la pathologie la plus fréquemment renseignée parmi les codes F. Cette pathologie est d'autant plus mentionnée chez les femmes (17%) que chez les hommes (12%).

Apparaissent ensuite la **réaction à un facteur de stress sévère** (F43) et "**autre trouble anxieux**" : trouble panique, anxiété généralisée, trouble anxieux et dépressif mixte (F41). Ce dernier code est également un peu plus fréquent chez les femmes (12%) que chez les hommes (8%).

Le **trouble de la personnalité** (F41) a été rapporté chez 9% des personnes, quel que soit le genre.

Les troubles liés à l'alcool (F10) ont été rapportés chez 8% des hommes et 3% des femmes.

Figure 11 Codes de la classe F les plus fréquents selon le genre, 2021-2023



Les **difficultés liées à l'entourage immédiat (Z63)** regroupent les conflits conjugaux, familiaux et la séparation. C'est le facteur de risque le plus fréquemment renseigné parmi les codes de la classe Z. Il est mentionné pour près d'un tiers des femmes et un cinquième des hommes.

La mise en observation (Z03) est mentionnée pour une personne sur 10 environ. Contrairement à la signification du terme « mise en observation » utilisé couramment<sup>20</sup>, ce code peut être utilisé lorsqu'il y a une suspicion de troubles mentaux et du comportement, sans pouvoir poser de diagnostic plus précis.

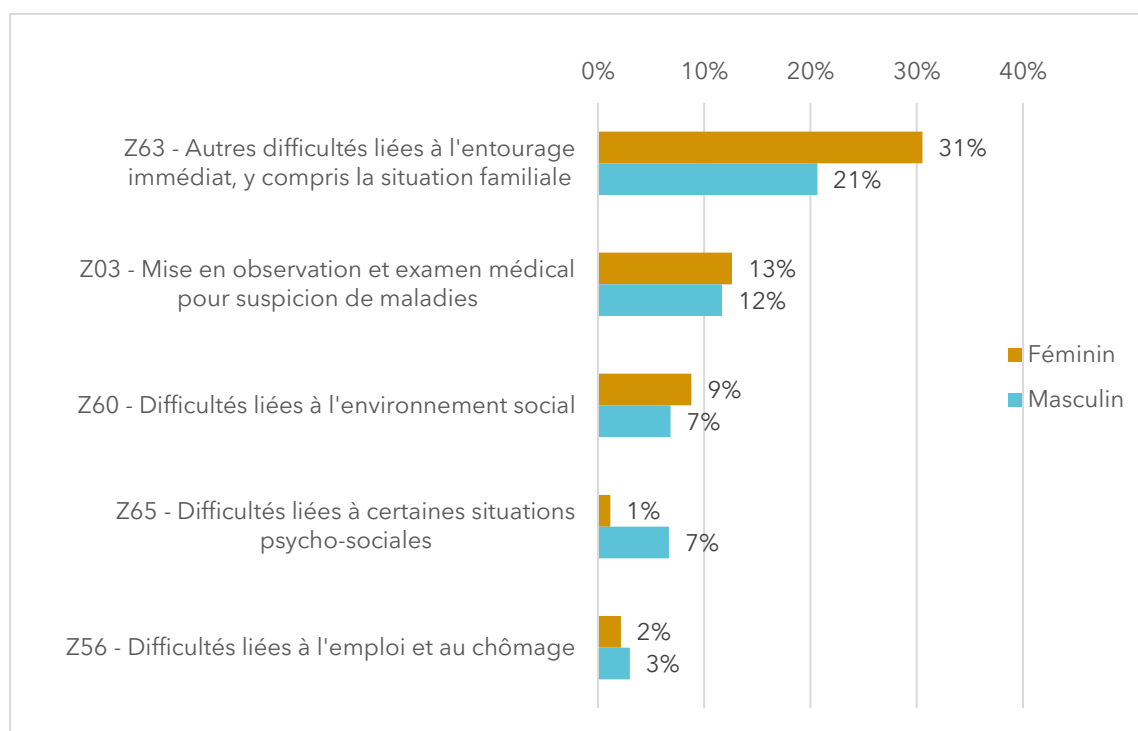
Les **difficultés liées à l'environnement social (Z60)**, qui reprennent les situations de famille monoparentale, solitude, exclusion, sont rapportées chez 9% des femmes et 7% des hommes.

La condamnation, l'emprisonnement ou d'autres situations juridiques (Z65) ont été rapportés chez 7% des hommes et 1% des femmes.

Enfin, dans de rares cas, les difficultés liées au chômage, à un changement ou une perte d'emploi, à un travail pénible ou un désaccord avec le supérieur ou les collègues (Z56) sont renseignés.

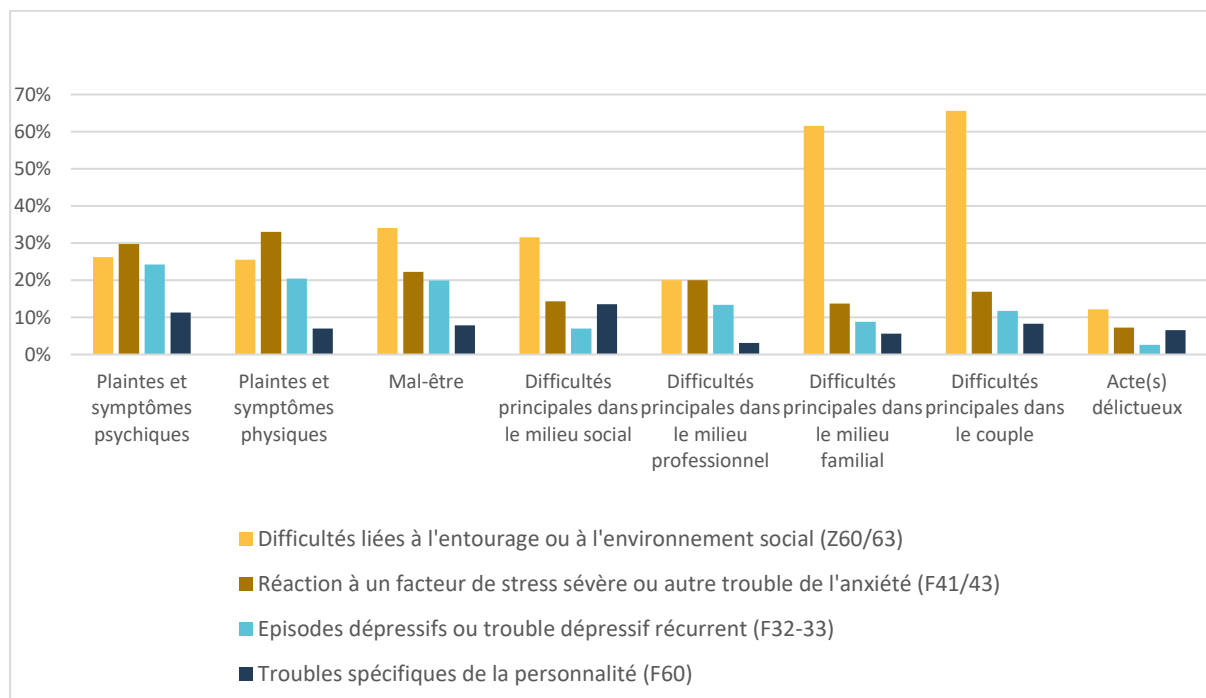
<sup>20</sup> En Belgique, la mise en observation est une mesure de protection prévue par la loi du 26 juin 1990 pour les personnes souffrant de troubles mentaux et représentant un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. Cette procédure permet une hospitalisation dans un service psychiatrique agréé, sans le consentement de la personne, afin d'assurer une prise en charge adaptée.

Figure 12 Codes de la classe Z les plus fréquents selon le genre, 2021-2023



Le graphique ci-dessous présente la proportion d'une sélection de codes CIM10 en fonction du motif présenté par la personne lors de la première consultation.

Figure 13 Code CIM10 selon le motif présenté lors de la 1<sup>e</sup> consultation, 2021-2023



Les difficultés liées à l'entourage ou à l'environnement social (Z60/63) étaient le plus fréquemment rapportées chez les personnes ayant présenté un mal-être, des difficultés dans le milieu social, familial ou dans le couple lors de la première consultation.

Les codes liés au stress et à l'anxiété (F41/43) étaient les plus fréquemment rapportés chez les personnes se présentant avec des plaintes et symptômes psychiques ou physiques.

Les troubles dépressifs (F32-33) étaient présents quel que soit le motif, mais moins fréquents chez les personnes ayant comme motif de consultation des actes délictueux.

Quant au trouble de la personnalité (F60), il était plus fréquemment rapporté chez les personnes se présentant avec des plaintes et symptômes psychiques ou des difficultés dans le milieu social que chez les personnes se présentant avec des difficultés dans le milieu professionnel.

## 17° la proposition de prise en charge

Pour cet item, il y a tout de même 30% de valeurs manquantes. Ce qui incite à la prudence en termes d'analyse. Lorsque l'information est disponible, la **thérapie** et le **soutien individuel** représentaient trois quarts des propositions de prise en charge. 10% des prises en charge concernaient des **informations/clarifications** et pour le reste, il s'agissait d'un bilan (3%), d'une réorientation (3%), d'un accompagnement social (3%), d'un traitement médicamenteux (2%) ou autre.

## 18° le réseau

Les données sur le réseau professionnel donnent des résultats similaires à l'envoyeur (décrit au point 12). Cependant, il nous a été rapporté que le moment de la collecte des données, en début de suivi, ne donne pas une image correcte du réseau qui a été mobilisé par le SSM. Ce qui explique que dans les données, le réseau professionnel soit souvent identique à l'envoyeur.

# Focus sur des sous-groupes spécifiques

## Personnes sous contrainte

En 2021-2023, les personnes sous contrainte représentaient 6% des nouvelles personnes prises en charge dont le type de démarche a été renseigné, soit 825 personnes.

Des différences significatives sont mises en évidence entre les personnes sous contrainte et les personnes qui ne sont pas sous contraintes dans le tableau ci-dessous. Les personnes sous contrainte sont principalement des hommes d'un âge médian de 41 ans.

Parmi ces personnes sous contrainte, 10% vivent en prison ou dans une institution de défense sociale. Leur envoyeur principal est le secteur de la justice/police. Dans les autres cas, il semble qu'il y ait eu une incompréhension de la part des professionnels des SSM pour renseigner l'envoyeur. Nos échanges avec les SSM révèlent qu'il y aurait eu une confusion entre la personne à l'origine de la demande et la personne qui a pris contact avec le SSM.

Lors de la première consultation, le motif principal présenté est « acte(s) délictueux », suivi de « plaintes et symptômes psychiques ».

Les difficultés psychosociales (condamnation, emprisonnement ou autres situations juridiques), la mise en observation et le troubles de la préférence sexuelle, sont les pathologies principalement décelées lors du premier diagnostic. Dans 19% des cas, la proposition de prise en charge est un bilan ou une expertise.

Tableau 1 Comparaison selon le type de démarche (2021-2023)

|   | Contrainte<br>(n = 825)  | Choix individuel ou orienté<br>(n = 13 978)   |
|---|--|---|
| % Hommes  | <b>92%</b>   | <b>38%</b>  |
| Age médian (Q1-3)                                 | 41 ans (31-52 ans)   | 41 ans (29-53 ans)  |
| % Prison/défense sociale                          | <b>10%</b>   | <b>0,8%</b>   |
| Envoyeur<br>(3 premiers)                          | <b>Justice/police 80%</b><br>Santé mentale ambulatoire 7%<br>Entourage 5%                                  | <b>Entourage 32%</b><br>Soins de santé ambulatoire 21%<br>Santé mentale ambulatoire 13%             |
| Motif principal<br>(3 premiers)                   | <b>Acte(s) délictueux 54%</b><br>Plaintes/symptômes psychiques 20%<br>Difficultés dans le milieu social 9% | <b>Plaintes/symptômes psychiques 40%</b><br>Mal-être 19%<br>Difficultés dans le milieu familial 10% |
| Diagnostic principal<br>(3 premiers codes CIM-10) | <b>Difficultés psycho-sociales 19%</b><br>Mise en observation 12%<br>Trouble préférence sexuelle 7%        | <b>Episodes dépressifs 13%</b><br>Difficultés entourage 12%<br>Réaction facteur de stress 11%       |
| % Bilan/expertise                                 | <b>19%</b>   | <b>2%</b>   |

## Personnes âgées de 65 ans et plus

Si l'on compare les personnes de 65 ans et plus avec les 18-64 ans, la proportion de femmes est plus élevée chez les 65 ans et plus : 71%.

A l'exception du secteur du troisième âge (maisons de repos ou de soins), ces personnes ont également comme envoyeurs principaux l'entourage et les soins de santé ambulatoire (médecin généraliste).

Plus de la moitié des 65 ans et plus présente des plaintes/symptômes psychique lors de la 1<sup>e</sup> consultation, alors que les motifs sont plus variés chez les 18-64 ans (difficultés dans le couple, le milieu social, familial...).

Les trois codes CIM10 les plus fréquents (premier diagnostic) sont similaires dans les deux groupes, mais dans un ordre différent : chez les 65 ans et plus, ce sont les épisodes dépressifs qui sont le plus rapportés (16%).

Tableau 2 Comparaison selon l'âge (2021-2023)

|                                      | 65 ans et plus<br>(n = 1 351)   | 18-64 ans<br>(n = 8 672)  |
|--------------------------------------|---|---|
| % femmes                             | <b>71%</b>  | <b>58%</b>  |
| Age médian (Q1-3)                    | 74 ans (69-83 ans)  | 38 ans (28-48 ans)  |
| Envoyeur                             | <b>Entourage 25%</b><br>Soins de santé ambulatoires 24%<br>Troisième âge 19%                  | <b>Entourage 31%</b><br>Soins de santé ambulatoires 19%<br>Santé mentale ambulatoire 14%      |
| Motif principal<br>(3 premiers)      | <b>Symptômes psychiques 54%</b><br>Mal-être 13%<br>Plaintes/symptômes physiques 6%            | <b>Symptômes psychiques 37%</b><br>Mal-être 19%<br>Sans motif 10%                             |
| Diagnostic principal<br>(3 premiers) | <b>Episodes dépressifs 16%</b><br>Réaction facteur de stress 13%<br>Difficultés entourage 11% | <b>Difficultés entourage 12%</b><br>Episodes dépressifs 11%<br>Réaction facteur de stress 10% |

## Analyse par province de résidence

Le tableau ci-dessous reprend quelques éléments de l'analyse (données 2021-2023 toujours combinées) par province de résidence (afin d'avoir une vue des caractéristiques des résidents de chaque province, sans forcément tenir compte du SSM consulté). Les personnes ne résidant pas en Belgique (ex. français) ne sont donc pas repris dans cette analyse par province.

Tableau 3 Comparaison selon la province de résidence (2021-2023)

|                                      | Brabant Wallon<br>(n = 954)  | Hainaut<br>(n = 3 927)  | Liège<br>(n = 7 112)   | Luxembourg<br>(n = 980)   | Namur<br>(n = 1 295)   |
|--------------------------------------|--|---|--|---|--|
| Femmes                               | <b>55%</b>   | <b>62%</b>  | <b>57%</b>   | <b>66%</b>  | <b>61%</b>   |
| Age médian (Q1-3)<br>≥ 65 ans        | 39 ans (29-53 ans)<br><b>14%</b>   | 39 ans (28-50 ans)<br><b>7%</b>   | 42 ans (31-54 ans)<br><b>13%</b>   | 41 ans (30-54 ans)<br><b>9%</b>   | 43 ans (30-61 ans)<br><b>23%</b>   |
| En couple avec enfant(s)             | 25%  | 21%   | <b>31%</b>   | 18%   | 16%  |
| En couple sans enfant                | 17%  | 17%   | 10%  | 18%   | 15%  |
| Seul avec enfant(s)                  | 16%  | 14%   | 18%  | 6%  | 10%  |
| Seul sans enfant                     | 24%  | <b>40%</b>  | 26%  | <b>39%</b>  | <b>31%</b>   |
| Avec son/ses parent(s)               | 19%  | 9%  | 16%  | 20%   | 27%  |
| Activité prof.                       | 33%  | 28%   | 22%  | 30%   | 19%  |
| Invalidité                           | 23%  | 22%   | 33%  | 34%   | 21%  |
| Chômage                              | 7%   | 11%   | 9%   | 8%  | 8%   |
| Pension                              | 15%  | 8%  | 14%  | 8%  | 25%  |
| RIS                                  | 5%   | 14%   | 11%  | 7%  | 8%   |
| Sans revenus                         | 16%  | 16%   | 11%  | 11%   | 19%  |
| Envoyeur<br>(3 premiers)             | <b>Entourage 30%</b><br>Santé ambulatoire 19%<br>Justice/police 14%                        | <b>Santé ambulatoire 25%</b><br>Entourage 22%<br>Santé mentale ambul. 12%                 | <b>Entourage 30%</b><br>Santé ambulatoire 19%<br>Santé mentale ambul. 12%                | <b>Santé ambulatoire 27%</b><br>Entourage 19%<br>Santé mentale ambul. 17%                 | <b>Santé ambulatoire 25%</b><br>Entourage 21%<br>Services sociaux 10%                      |
| Choix individuel                     | 65%  | 37%   | 41%  | 39%   | 38%  |
| Contrainte                           | 7%   | 6%  | 6%   | 5%  | 5%   |
| Orienté par un tiers                 | 28%  | 57%   | 53%  | 57%   | 57%  |
| Motif principal (3 premiers)         | <b>Psychique 32%</b><br>Mal-être 14%<br>Sans motif 13%                                     | <b>Psychique 32%</b><br>Mal-être 29%<br>Difficultés familiales 8%                         | <b>Psychique 44%</b><br>Mal-être 13%<br>Sans motif 13%                                   | <b>Psychique 46%</b><br>Mal-être 10%<br>Physique 9%                                       | <b>Psychique 41%</b><br>Mal-être 25%<br>Difficultés familiales 9%                          |
| Diagnostic principal<br>(3 premiers) | <b>Difficultés entourage 19%</b><br>Difficultés env. social 10%<br>Episodes dépressifs 10% | <b>Difficultés entourage 16%</b><br>Episodes dépressifs 12%<br>Réaction facteur stress 8% | <b>Réaction facteur stress 14%</b><br>Mise en observation 13%<br>Episodes dépressifs 12% | <b>Episodes dépressifs 14%</b><br>Difficultés entourage 12%<br>Réaction facteur stress 9% | <b>Difficultés entourage 16%</b><br>Episodes dépressifs 12%<br>Difficultés env. social 11% |
| Pas/peu de ressources<br>sociales    | <b>41%</b>   | <b>55%</b>  | <b>25%</b>   | <b>57%</b>  | <b>63%</b>   |

Q : quartiles ; RIS : revenu d'intégration sociale ; Psychique : plaintes et symptômes psychiques ; Physique : plaintes et symptômes physiques

La proportion de femmes était la plus élevée dans la province de Luxembourg (66%), et la plus faible dans la province du Brabant Wallon (55%). En discutant avec les SSM de la province de Luxembourg, il semblerait qu'une certaine réticence culturelle à consulter un professionnel de la santé mentale aie persisté un peu plus chez les hommes que chez les femmes, et on s'attend à ce que cette différence diminue avec le temps.

Les provinces du Brabant Wallon, de Liège et de Namur comptaient une plus grande part de personnes âgées d'au moins 65 ans. Ceci est expliqué par la présence, dans ces provinces, d'une initiative spécifique pour les personnes âgées. Si l'on exclut les personnes ayant consulté ces initiatives spécifiques, les pourcentages de 65 ans et plus dans les provinces du Brabant Wallon, de Liège et de Namur sont respectivement de 9%, 7%, et 6%.

La situation familiale des personnes suivies variait selon la province. La proportion de personnes vivant en couple avec enfant(s) était la plus élevée dans la province de Liège (31%). Dans les provinces du Hainaut et de Luxembourg, 4 personnes sur 10 vivaient seules sans enfant. La proportion de personnes vivant seules avec enfant(s) variait de 6% dans la province de Luxembourg à 18% dans la province de Liège. Les personnes en couple sans enfant représentaient moins d'un cinquième des personnes prises en charge par les SSM dans toutes les provinces.

La part de personnes bénéficiant du revenu d'intégration sociale était plus élevée dans les provinces du Hainaut et de Liège que dans les autres provinces. Cette tendance s'observe également au niveau de la population wallonne <sup>21</sup>. Par ailleurs, les personnes résidant dans les provinces de Liège et du Luxembourg comptaient un tiers de bénéficiaires d'allocations de remplacement (maladie-invalidité ou handicap), une proportion plus élevée que dans les autres provinces. La plus grande part de personnes âgées de 65 ans et plus se reflète dans la source principale de revenus : les proportions de personnes à la pension étaient plus élevées dans les provinces du Brabant Wallon, de Liège et de Namur.

L'entourage et le secteur des soins de santé ambulatoires (ex. médecin généraliste) font partie des deux premiers envoyeurs quelle que soit la province de résidence. Le secteur de la police/justice est le 3<sup>e</sup> envoyeur le plus fréquent (14%) pour les personnes résidant dans le Brabant Wallon. Cela concerne majoritairement une prise en charge par une initiative spécifique pour les auteurs d'infraction à caractère sexuel (AICS). Pour les résidents de la province de Namur, le 3<sup>e</sup> envoyeur est le secteur des services sociaux (10%) : centre d'accueil pour demandeurs d'asile (5%), CPAS (2%), mutuelle (2%) ou autre. Dans les provinces de Hainaut, Liège et Luxembourg, le 3<sup>e</sup> envoyeur est le secteur de la santé mentale ambulatoire (ex. SSM ou psychologue privé).

Dans plus de la moitié des cas (sauf dans la province du Brabant Wallon où les deux tiers se sont présentés au SSM de leur propre initiative), les personnes ont été orientées par un professionnel extérieur au SSM. La proportion de personnes prises en charge sous contrainte est similaire dans toutes les provinces.

Quelle que soit la province de résidence, les deux premiers motifs les plus fréquemment présentés lors de la première consultation étaient les plaintes et symptômes psychiques, et le mal-être. Les difficultés principales dans le milieu familial arrivent en 3<sup>e</sup> position dans les provinces du Hainaut et de Namur. Dans la province de Luxembourg, ce sont les plaintes et

---

<sup>21</sup> [Catalogue des indicateurs statistiques - WALSTAT](#)

symptômes physiques. Parmi les personnes résidant dans le Brabant Wallon ou dans la province de Liège, 13% n'ont pas exprimé de motif.

Les trois CIM10 les plus fréquents (rapportés en premier diagnostic) varient en fonction de la province de résidence. Les difficultés liées à l'entourage immédiat (Z63) sont le code CIM10 le plus fréquent chez les personnes résidant dans le Brabant Wallon, dans le Hainaut et à Namur. Le code « réaction à un facteur de stress » (F43) est le plus fréquent dans la province de Liège. Ce code fait aussi partie des trois codes CIM10 les plus fréquents dans le Hainaut et dans la province de Luxembourg. Les épisodes dépressifs figurent parmi les trois premiers codes CIM10 dans toutes les provinces. Les difficultés liées à l'environnement social (Z60) apparaissent également dans le Brabant Wallon et dans la province de Namur.

Notons que l'on regarde ici les codes rapportés en premier diagnostic afin d'avoir une idée générale des problèmes rencontrés par les personnes suivies par les SSM. Les données ne permettent pas de comparer la prévalence de troubles spécifiques entre les provinces car les résultats dépendent fortement des habitudes dans la manière d'encoder le diagnostic (ex. choix entre Z et F, moment de l'encodage, discussion en équipe pluridisciplinaire, présence d'un psychiatre dans l'équipe...), et un trouble peut se révéler plus tard le suivi, or les données sont encodées en début de suivi.

Enfin, la proportion de personnes pour lesquelles le SSM a estimé que le réseau familial et social était insuffisant (peu ou pas de ressources pour faire face aux difficultés rencontrées) varie fortement d'une province à l'autre : de 25% dans la province de Liège à 63% dans la province de Namur. Cette donnée dépend de la situation familiale des personnes, qui varie aussi selon la province.

## Apports et limites des données socio-épidémiologiques

L'analyse présentée reprend les indicateurs les plus fiables et pertinents des SSM qui ont encodé des données socio-épidémiologiques pour la population adulte en 2021, 2022 ou 2023.

De manière générale, les tendances générales (profil des patients, demande et prise en charge) sont similaires aux deux analyses précédentes qui portaient aussi sur les adultes (2008-2011<sup>22</sup> et 2012-2015<sup>23</sup>).

Cependant, au niveau des diagnostics, les **troubles liés à un facteur de stress** semblent avoir augmenté (26% vs 20% en 2008-2011). Cette augmentation pourrait résulter de la crise covid-19 qui a eu lieu en 2020/2021. Au niveau des codes Z (facteurs influençant l'état de santé), les **difficultés liées à l'entourage immédiat** semblent avoir légèrement augmenté (27% vs 23,5% en 2008-2011). Cette observation pourrait refléter une plus grande attention des professionnels à la problématique des conflits conjugaux et familiaux.

Cette analyse comporte une limite de représentativité des SSM à plusieurs niveaux. Chaque année, environ 20 SSM travaillant avec des adultes ne sont pas représentés (3 SSM n'étaient représentés ni en 2021, ni en 2022, ni en 2023). Lorsque le questionnaire est bien complété, certaines questions (ex. envoyeur, proposition de prise en charge, vit avec enfants de moins de 18 ans) ne sont pas complétées par certains SSM. Enfin, certaines questions ont une proportion de valeurs manquantes (réponse inconnue ou non complétée) de plus de 10%, ce qui rend l'analyse moins fiable.

La raison de cette grande proportion de questions/données manquantes a été discutée avec les SSM et il en ressort plusieurs explications :

- Une difficulté technique : difficulté à importer les données et pas de retour sur ce qui a été transmis à l'AVIQ
- L'information n'est pas connue lors des trois premiers entretiens (ex. réseau professionnel)
- La question n'est pas posée de manière systématique car elle n'est pas toujours pertinente par rapport au suivi (ex. niveau de scolarité)

Enfin, afin d'améliorer la qualité des données collectées de manière générale, il est important de fournir aux SSM un suivi régulier des données encodées, une information sur les dispositions réglementaires en cas de non-respect de cette collecte<sup>24</sup>, et un retour sur les analyses réalisées avec ces données.

---

<sup>22</sup> [cresam.be/wp-content/uploads/2017/11/ssam\\_2015\\_seance\\_pleniere.pdf](https://cresam.be/wp-content/uploads/2017/11/ssam_2015_seance_pleniere.pdf)

<sup>23</sup> [Wallonie santé n°6. Indicateurs de santé mentale en Wallonie. | AVIQ](#)

<sup>24</sup> Dans l'hypothèse où des avances sont prévues et sans préjudice de l'article 47/1, le service de santé mentale qui ne respecte pas les formes et délais de transmission du rapport d'activité visé à l'article 46 ou du recueil de données socio-épidémiologiques ne perçoit plus d'avances tant qu'il ne remplit pas ses obligations. - Décret du 20 février 2014, art. 175 (CWASS)

## Perspectives

Lorsque les données socio-épidémiologiques seront représentatives des SSM, des analyses plus approfondies pourront être réalisées :

- Une analyse de clustering permettant de mettre en évidence des profils de personnes cumulant différentes caractéristiques (ex. sexe, âge, situation socioéconomique, diagnostic)
- Une analyse géographique avec une carte des SSM et de la population ayant consulté un SSM par commune.
- Une analyse par arrondissement, les caractéristiques des personnes pouvant fortement varier d'un arrondissement à l'autre (ex. dans la province de Luxembourg).
- Une analyse plus fine par initiative spécifique (assuétudes, club thérapeutique, enfants, exil, auteurs d'infraction à caractère sexuel, handicap mental, personnes âgées et surdité). Pour les données 2021-2023, cette distinction n'était pas possible car certains SSM ont encodé les données de leurs initiatives spécifiques et de leur mission générale sous un seul numéro d'agrément.

L'analyse pourrait également être élargie aux moins de 18 ans qui représentent une part importante des personnes prises en charge dans plusieurs SSM.

En cas de révision du questionnaire et de la manière de collecter les données, il faudrait envisager la possibilité de collecter des données en fin de suivi. Cela permettrait d'avoir une meilleure image des pathologies et du réseau professionnel. En ce qui concerne la pathologie, La CIM-11 est officiellement en vigueur en 2022. Il conviendrait donc de l'intégrer dans le questionnaire de données socio-épidémiologiques. Tous les  tats membres de l'OMS se sont engagés à utiliser la version la plus récente de la CIM.

Enfin, l'objectif à long terme est d'avoir des indicateurs suffisamment fiables pour être inclus dans le Système Wallon d'Information Socio-sanitaire (SWISS) qui reprendra des indicateurs sur tous les bénéficiaires des aides et services agr es par l'AVIQ.

**Editrice responsable**

Françoise Lannoy, administratrice générale de l'AVIQ  
Rue de la Rivelaine, 21 à 6061 Charleroi

**Etude réalisée par** Carine Van Malderen et Muhammet Savsın, Direction de l'Évaluation  
et de la Prospective de l'AVIQ