

Rapport sectoriel des Organismes de Coordination : secteur de la santé mentale

1. Les Services de Santé Mentale Bruxellois Francophones – Actualités et enjeux

Dans le contexte de précarisation sociale grandissante que nous connaissons, les services de santé mentale bruxellois francophones sont de plus en plus sollicités :

- ~ Créés dès les années 30 comme dispensaires d'hygiène mentale, les services de santé mentale sont en lien avec la psychiatrie et ses évolutions, comme on le voit actuellement avec la réforme des soins en santé mentale¹.
- ~ Conçus pour offrir des soins ambulatoires accessibles financièrement, les services de santé mentale accueillent des adultes, enfants, familles, couples, etc. en souffrances psychiques et/ou présentant des pathologies complexes nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire.
- ~ Régionalisés à la fin des années 90, les services de santé mentale bruxellois francophones sont maintenant inscrits dans le décret « social/santé » en compagnie de 11 autres secteurs. Ceux-ci, confrontés aux demandes croissantes de leurs bénéficiaires présentant des problématiques de santé mentale, sollicitent de plus en plus nos services.

Les services de santé mentale bruxellois connaissent ainsi une situation de saturation croissante et ne sont plus en mesure de répondre à un certain nombre des demandes qui leur sont adressées. Cette situation est aggravée par la place grandissante prise par le travail administratif, sans qu'il n'y ait eu d'augmentation des subsides dévolus à ce travail. Par exemple, une fonction de coordination a été mise en place dans les services mais elle doit s'exercer sur les heures existantes des équipes. Autre exemple, un processus d'évaluation qualitative est maintenant exigé des services et le temps nécessaire à ce travail ne peut être pris que sur les missions de base. Tout ceci s'inscrit sur fonds d'une subsidiation structurelle insuffisante et nous ne pouvons que rappeler les revendications que nous adressons aux politiques depuis plus de dix ans :

- ~ Adaptation des frais de fonctionnement à la taille des équipes.
- ~ Subsidiation de la fonction de coordination.
- ~ Paiement du différentiel pour les postes ACS et Maribel.
- ~ Renforcement des petites équipes.
- ~ Reconnaissance et renforcement des équipes infanto-juvéniles.
- ~ Priorité pour l'agrément de services de santé mentale au Nord de Bruxelles².

A ces difficultés, nous devons ajouter la pénurie croissante des médecins psychiatres et pédopsychiatres.

Dans cette situation, les services de santé mentale ne gardent pas les bras croisés. Que ce soit avec le domaine de la psychiatrie ou celui du social et de la santé, ils participent au travail en réseaux construits autour de patients présentant des pathologies psychiatriques ou se trouvant en grande détresse psychique et/ou sociale, ainsi que dans de nombreuses problématiques infanto-juvéniles nécessitant ce type d'articulation. Leur longue existence a amené les services de santé mentale à être bien insérés dans leur quartier et à participer à différentes initiatives locales. Conscients de la nécessité pour certains de leurs patients d'être intégrés et soutenus par leurs pairs, ils développent des projets de santé mentale communautaire et d'autres en partenariat avec des associations

¹ Notons ici que cette réforme, coûteuse en temps de travail, ne prévoit pas un euro de subsides pour les services de santé mentale qui y participent.

² Zone à laquelle il faudrait ajouter celle de l'ouest de Bruxelles.

œuvrant sur leur territoire.

La paupérisation croissante de la société où le fossé économique entre riches et pauvres se creuse sans cesse, a des effets multiples notamment sur les problèmes de santé mentale. Perdre son emploi, son droit au chômage, son logement peut être inducteur de difficultés de santé mentale mais les prendre comme telles conduit à une psychiatrisation du social maintes fois dénoncée. Un travail de sensibilisation est à réaliser dans les services sociaux pour que les problèmes de santé mentale puissent être soit identifiés en tant que tels, soit entendus comme une conséquence des difficultés sociales et être traités comme tels. En amont de ces difficultés, il est indispensable d'agir sur les causes de celles-ci, c'est-à-dire les problèmes socioéconomiques multiples auxquels nous sommes tous confrontés.

Les réponses que nous recevons du politique par rapport à ces problèmes rencontrés au quotidien se font majoritairement en termes de réorganisation du secteur social/santé dans son ensemble. En favorisant les transversalités entre secteurs, nos responsables espèrent gagner en efficacité ce qu'ils ne peuvent financer davantage. Pour ce faire, ils font appel à des modèles d'organisation provenant du monde marchand et mal adaptés à notre réalité³. Outre que la mise en place de ces modèles soit ici aussi coûteuse en temps de travail, il n'est pas sûr qu'elle aboutisse au résultat espéré. En effet, le tissu associatif bruxellois s'est créé dans sa grande majorité sur base d'initiatives locales répondant à des nécessités de terrain. Pensée dans des bureaux universitaires, une réorganisation de ce maillage souple et hétérogène risquerait d'aboutir à un produit fini alléchant mais mal adapté aux variations complexes de la réalité sociale régionale.

On le voit, les services de santé mentale se trouvent au croisement de nombreux enjeux sociétaux qui se traduisent dans les demandes multiples qui leur sont adressées par la psychiatrie, la médecine, le social, la population locale, etc. Or, le temps dont ils disposent pour ce travail de terrain est régulièrement restreint par les exigences administratives nouvelles qui leur sont imposées. Ainsi, nos services ont atteint depuis longtemps les limites de leur capacité d'accueil⁴ et se trouvent régulièrement dans l'impossibilité de répondre aux demandes que leur adressent les autres secteurs. Cette situation est génératrice de tensions entre institutions, néfastes à la bonne collaboration nécessaire autour des patients.

2. Analyse de l'évolution des problématiques sociales et de santé que rencontre le secteur.

L'actualité complexe de la santé mentale

Notre société vit de profonds changements. On parle de transformation des normes, de nouveaux paradigmes qui gouvernent la vie des hommes et des femmes. Cela se joue dans la sphère économique, dans la sphère relationnelle, dans la sphère sociale et dans la sphère culturelle. L'espace social et psychique des individus est touché par ces turbulences,... parfois altéré, ou même gravement blessé.

Des personnes, des familles se présentent dans les services ambulatoires avec des demandes multiformes, plus lourdes, quelquefois silencieuses.

Nouveaux symptômes, nouvelles expressions de la souffrance ?

Celles-ci ne sont pas seulement psychiques, mais également sociales, liées à la précarité, à la difficulté de se loger, au sentiment d'insécurité, à l'inquiétude pour l'avenir, à la solitude, à une coexistence

³ Par exemple, l'utilisation de la méthode « SWOT » par les chercheurs de l'étude faite en vue de la programmation.

⁴ Voir le rapport de l'OCDE repris dans l'article du Soir du 02/02/13 « La santé mentale reste à la traîne ».

multiculturelle fortement remise en question par le contexte économique défavorable, à la qualité de l'environnement...

Des usagers présentent des tableaux de problèmes multiples qui font l'objet d'une assistance permanente et d'une multiplication des professionnels de l'aide autour d'eux.

Parmi d'autres, les cliniciens de l'enfance sont les observateurs privilégiés de ces phénomènes. Ils reçoivent une catégorie grandissante de parents déconcertés, en mal de repères dans la construction du lien avec leur enfant.

Tout un courant de la sociologie parle de l'avènement de « l'individu incertain », de « la fatigue d'être soi », d'un éclatement des représentations et du fléchissement de l'autorité. Des structures collectives traditionnelles ont vécu ou sont dérégées. Les repères culturels explosent et l'expressivité des orientations morales n'a jamais été aussi débridée.

Il ressort de cette évolution que la question sociale est indéniablement chevillée à celle de la santé mentale. Plus aujourd'hui qu'hier ! Un enjeu majeur se dessine pour les institutions, et en particulier pour les services ambulatoires : leur structuration, tenant compte de l'émergence de nouveaux maux sociaux et des attentes réparatrices ou correctrices de la société.

Dans leur travail de recherche sur les mutations d'un champ de l'action publique, Jean De Munck et ses collègues qualifient de troisième anneau de la santé mentale cette dimension de socialisation de la maladie ou de la souffrance psychique.

Au schéma conventionnel d'une psychiatrie prise entre conception médicale et orientation psychodynamique, qui en sont les deux premiers anneaux, s'ajoute une perspective contemporaine. Le traitement des problèmes et maladies du psychisme est aussi une affaire de contextualisation et de liaison avec le social.

Nous avons écrit ce texte, il y a quelques années. Il n'a rien perdu de son actualité, au contraire. Au moment de traiter dans ce rapport sectoriel la question de l'analyse de l'évolution des problématiques sociales et de santé que rencontre le secteur, force est de constater que les réalités décrites n'ont fait que se renforcer.

Il est également utile de rappeler ici que notre Organisme de coordination – la LBFSM en collaboration avec la FSSMB – avait en 2001 rédigé un Rapport sur l'évaluation de l'activité des Services de Santé Mentale bruxellois francophones intitulé « Actualités en Santé Mentale ambulatoire », lequel avait été commandité par le ministre chargé de la santé à la Ccof et dont la publication a été faite dans le n°17 des Cahiers de la Santé de la Commission Communautaire Française.

Pour la réalisation de ce rapport, nous avons rencontré des représentants de toutes les équipes, notamment en leur posant la question : « Quelles évolutions constatez-vous dans les demandes qui vous parviennent ? ».

Notre question de l'époque rejoint celle à laquelle nous sommes invités à répondre aujourd'hui dans le cadre du rapport sectoriel.

Douze ans séparent les deux questions, mais là aussi les constats d'ensemble se rejoignent.

Le premier constat est d'ordre quantitatif

Comme à l'époque, la tendance générale est au débordement. Toutes les équipes signalent une augmentation du nombre d'appels et de rendez-vous pris, d'une année à l'autre. Avec pour effet, un état de saturation de certains services, des attentes importantes qui entraînent des déceptions, non pour des questions de compétences, mais en raison d'une indisponibilité structurelle.

Cette situation est multifactorielle comme on le verra plus loin. Et tout semble indiquer qu'elle va se poursuivre.

Dans l'ensemble des déterminants qui expliquent cette hausse des demandes et du recours aux équipes du secteur, nous voulons tout particulièrement mettre en évidence les difficultés socio-

économiques comme principal facteur de risque. La situation de crise va maintenir durablement un trop grand nombre de personnes dans des contextes de précarité difficilement dépassables sur fond de ressources propres, avec les conséquences en termes de troubles psychiques que l'on connaît bien aujourd'hui.

Notons aussi la mutation démographique amorcée en région bruxelloise et qui se poursuivra dans les prochaines années. L'augmentation de la natalité dans les populations les moins favorisées ou d'autres origines culturelles, dans un contexte de diminution ou de stagnation des dispositifs publics qui participent à la vie commune (école, moyens de transports, espaces culturels, logements sociaux, ...) risque d'avoir une incidence directe sur la qualité de vie des bruxellois en général et des jeunes en particulier. Face à l'accroissement de la diversité culturelle, la tentation du repli communautaire ne manquera pas de poser des problèmes en matière d'intégration ou de vie commune

Comme la plupart des grandes villes, Bruxelles va connaître une prévalence majorée des problèmes de santé mentale. Les conditions de vie y sont plus sévères lorsque la situation sociale et économique des gens n'est pas suffisamment garantie, entraînant les phénomènes de déliaison bien connus. La vie relationnelle est plus qu'ailleurs soumise à des épisodes de rupture, d'isolement.

Dans un contexte de montée de l'individualisme conjugué à des politiques sociales qui, trop centrées sur les individus et tendant à faire l'impasse sur leur contexte de vie, produisent des effets délétères tant sur le plan individuel que collectif, on constate que les attitudes de solidarité et les mobilisations familiales ou de l'entourage se montrent plus discrètes. Le climat socio-politique actuel augmente le sentiment d'insécurité, amplifiant ainsi les représentations négatives.

Au risque de se répéter, l'ensemble de ces phénomènes soumet les habitants des grandes villes à davantage de risques en termes de santé mentale et laisse penser que les demandes de soins pour des difficultés psychiques vont augmenter à l'instar de ce qui se passe d'ailleurs dans d'autres secteurs du non-marchand.

Le second constat est d'ordre qualitatif

Quelles sont les principales tendances sur lesquelles s'accorde la majorité des équipes :

- Les effets de la pauvreté et de toutes les formes de vulnérabilisation et de précarisation des personnes (ruptures ou pertes relationnelles ; difficultés en matière d'emploi, de logement, de finances...)

L'ensemble des professionnels du secteur témoigne de l'impact en termes de détresses psychiques du fait de conditions de vie matérielles et financières insuffisantes pour un nombre croissant de personnes, d'enfants ou de familles qu'ils reçoivent. Ces conditions constituent des contextes d'existence pathogènes. Situations hors droit, violences du social, relégations, banalisations des phénomènes d'exclusion sont le quotidien d'individus laissés pour compte d'une société aux prises avec un modèle économique qui ne peut tenir qu'en générant des injustices. Plus d'un quart de la population bruxelloise se trouve dans ces conditions puisqu'elle est considérée comme « vivant sous le seuil de revenu minimum », elle représente potentiellement un problème de santé publique en matière de soins psychiques.

Il n'est donc pas étonnant que parmi les personnes en détresse psychique qui s'adressent aux services de santé mentale, un certain nombre d'entre elles cherchent avant tout ~~pour~~ à trouver des solutions à leurs difficultés économiques ou à leur situation de précaires. Demandes d'aide pour des allocations minimales, des besoins matériels, des soins de santé physiques, du logement, des tracas administratifs, des contentieux financiers, judiciaires,...c'est souvent la porte d'entrée qu'elles se choisissent car le service auquel elle donne accès est perçu, par ces personnes, comme étant le plus à même de répondre à leurs demandes! Les souffrances psychiques associées à ces tableaux

d'effondrement social s'expriment généralement assez vite dès les premiers contacts, ou sont à tout le moins décelables par des équipes aujourd'hui habituées à recevoir et traiter « les souffrances psychiques d'origine sociale ».

- La complexité des demandes :

Lorsqu'elles se présentent, les personnes ont souvent accumulé les difficultés. « On a à faire à des situations – problèmes ». Le manque de moyens, les ruptures sociales, familiales, les situations administratives dégradées, les problèmes de logement constituent des ensembles de difficultés installées en couches successives parfois depuis de longues années, avec des vécus d'échecs et d'épuisement chroniques.

A côté de ces prises en charge de situations complexes de souffrance psychique, il y a aussi l'accompagnement en ambulatoire de patients qui présentent une pathologie psychiatrique avérée. La complexité vient aussi de la multiplication des intervenants sociaux (qu'ils soient médecins, psychologues ou travailleurs sociaux) qui, en amont de la venue au service de santé mentale, ont déjà été amenés à intervenir. Suivis ou aidés depuis longtemps, des demandeurs consultent ou sollicitent de l'aide avec la représentation que l'avenir ne saurait être fait d'autres choses que d'une assistance permanente.

- Débordement des acteurs du social et demandes adressées par des tiers :

Une tendance se confirme. Les problèmes de santé, de santé mentale ou sociaux de leurs usagers sont tels que les intervenants - tout secteurs ambulatoires confondus - qui s'y trouvent confrontés se sentent débordés ou à court de ressources. Leur ressenti est régulièrement, selon leur propre témoignage, douloureux ; ils souffrent dans l'exercice de leurs interventions, se sentent impuissants ou révoltés face aux situations sociales subies par les usagers, dépassés par les affects ou les tableaux psychopathologiques qui peuvent s'y associer chez certains de ces derniers. Les équipes de santé mentale sont alors un lieu d'adresse et de recours pour ces intervenants confrontés à leurs propres difficultés à exercer leur métier. Mais les professionnels des services de santé mentale sont également aux prises avec ces mêmes réalités et en subissent les mêmes effets.

« Les appels nous viennent de l'école, des cpas, du monde judiciaire, de la police, du logement social, du voisinage,... ; les demandes concernent toujours un appui, une recherche, auprès du « psy », de compétences ou de ressources pour aider des acteurs ou des intervenants dans l'accompagnement de personnes qui cumulent problèmes sociaux, éducatifs ou scolaires, administratifs, matériels, judiciaires,...et détresses psychiques ! »

Le tiers demandeur est devenu un interlocuteur habituel des psychiatres, psychologues et assistants sociaux de l'ambulatoire. Cela témoigne d'une réalité en évolution : l'inclination vers une psychologisation ou une psychiatrisation de malaises sociaux, voire même de troubles de l'ordre public. Le travail avec les demandes initiées, stimulées voire imposées par des tiers pose comme problème principal le risque de segmentation de prises en charge : des acteurs du social impuissants dans certaines situations tendent finalement à en imputer toute la responsabilité aux usagers et cherchent une voie de sortie du côté de la santé mentale.

Nous reproduisons ci-dessous ce que nous écrivions en 2001 sur la question tant nous avons l'impression qu'elle reste totalement d'actualité : « *Quand on est sans domicile fixe, quand on reste dépendant de l'aide d'un CPAS, quand on est justiciable, quand on est meneur de violences à l'école, quand on trouble le calme d'un voisinage, c'est qu'on a besoin d'un traitement psychiatrique ou psychologique. C'est avec cette recommandation ou cette obligation en poche, que se présentent, à l'accueil des Centres des personnes désemparées et assez peu concernées. Leur principale motivation est de se montrer obéissantes, de remplir une obligation pour préserver un intérêt situé ailleurs, de s'acquitter d'une démarche de pure forme. Toutes les demandes par voie de tiers interposé ne se*

présentent pas ainsi. Elles sont aussi le fait de gens inquiets, solidaires de leur entourage, attentifs à des voisins ou encore de professionnels confrontés à des impasses, impuissants face à l'ampleur des problèmes de leurs usagers. Ils cherchent, non sans raison, des réponses auprès des professionnels de la santé mentale. »

- L'individu...incertain :

Les équipes de santé mentale ambulatoire se sont vu ces vingt dernières années adresser des demandes fortement marquées par les nouvelles modalités du vivre ensemble. Au moment de produire ce rapport sectoriel, cette évolution se poursuit.

Le modèle de la famille a profondément changé. Les séparations de couple se sont multipliées, engendrant toutes les formes de rupture, de reconstitution familiale, de formation monoparentale, modifiant les cadres éducatifs, la conception du lien, les repères et les figures de référence pour les enfants et les adolescents.

La crise de l'autorité, la remise en question de cadres traditionnels et d'un certain nombre de valeurs de références n'en finissent plus de transformer les représentations et les conceptions de vie des gens. « Les valeurs morales changent, on parle de culture de la postmodernité, mais sur quoi se fonde-t-elle ?, tout va tellement vite, on est dans une accélération du temps et des phénomènes ».

L'inquiétude, l'insécurité réelle ou le sentiment d'insécurité, le manque de confiance en l'avenir, la peur de manquer de moyens, l'anxiété suscitée par le modèle économique actuel sont devenus des déterminants de santé qui affectent le psychisme des gens.

Pour ne prendre que ces quelques phénomènes qui sont l'expression de mutations contemporaines, les professionnels du secteur de la santé mentale témoignent de leurs effets dans leur travail clinique quotidien. L'effet reconnu le plus marquant est sans doute le renvoi de chacun à ...son individualité et à son incertitude, l'ensemble construisant une modalité sociétale essentiellement basée sur l'individualisme.

Les dépressions, le burn-out, les angoisses, la consommation de médicaments psychotropes ou d'alcool, les pathologies du narcissisme, la maltraitance, le harcèlement, les addictions au virtuel, les passages à l'acte sur l'autre et le retournement de l'agressivité sur soi, les maladies du stress, les somatisations, les troubles du comportement chez des enfants très jeunes, ses troubles du langage ou ses difficultés d'apprentissage, les phobies scolaires sont quelques-unes des manifestations psychopathologiques d'un malaise occidental contemporain et actualisent les effets délétères d'une société qui, au fil des décennies, a mis l'accent sur les valeurs de l'individualité, de la rentabilité et du gain immédiats.

- La situation des personnes âgées et les demandes d'intervention à domicile :

Les caractéristiques d'une grande ville comme Bruxelles ne sont pas un atout pour les personnes âgées, vulnérables à bien des niveaux. Le maintien d'une vie sociale et relationnelle est contraint par leurs problèmes d'isolement, de solitude, par la peur ou tout simplement par l'usure physique. Ces personnes font peu de demandes et ne se déplacent pas facilement. Elles sollicitent ou attendent un travail à domicile.

Notons que ces demandes pour des interventions extra-muros sont croissantes, mais qu'elles concernent aussi des personnes ou des familles pour qui la démarche de se rendre dans un lieu d'accueil est impossible. L'accrochage, la confiance ne sont envisageables qu'en acceptant ce préliminaire de se rendre d'abord dans leurs lieux de vie. C'est souvent le cas avec les publics ou familles quart-monde ou vivant dans la très grande précarité mais cela se rencontre aussi lorsque la situation vécue par les personnes ou leur entourage est associée à la honte et à un risque de stigmatisation sociale.

- La psychiatrie dans la cité :

Le traitement ambulatoire des maladies mentales, l'accueil, l'accompagnement et le maintien de personnes psychotiques dans la cité, les suivis post hospitalisation, les situations de crise ou d'urgence liées à l'évolution de personnes malades mentales chroniques ou affectées par des pathologies lourdes et complexes, les demandes dans le cadre de mise en observation font bien entendu partie des attentes régulièrement adressées aux services du secteur. Cela s'inscrit dans l'objet même de leur fondation et de leur réglementation depuis plus de quarante ans.

Avec, d'une part, les projets successifs de réforme des soins de santé mentale émanant du pouvoir fédéral et en raison, d'autre part, d'une aggravation des conditions sociales d'existence pour des personnes dont le rapport à l'autre est fortement perturbé, la situation des personnes malades mentales dans la cité constitue une source permanente de sollicitations vers les équipes ambulatoires. Pour ces deux raisons, on pense légitimement qu'elles vont continuer à s'amplifier.

L'évolution des problématiques sociales et de santé rencontrées par le secteur ne se limite pas aux éléments cités ci-dessus. La liste évoquée ne doit pas être considérée comme exhaustive, mais elle illustre bien l'impact de toute une série de mutations sociales et contemporaines sur les modalités de sollicitation des services du secteur de la santé mentale.

3. Illustration statistique de l'évolution de certaines caractéristiques de la patientèle des services de santé mentale bruxellois francophones, pour les années 2006 à 2010.

Avant-propos

Il est nécessaire d'avoir en tête que, sauf circonstances exceptionnelles (changements de législation ou de réglementation offrant des droits nouveaux ou des opportunités nouvelles à des segments de population), les évolutions sociales sont des phénomènes en général très progressifs qui ne peuvent se mesurer valablement que sur une longue durée.

En ce sens, l'évolution temporelle envisagée ici relève d'une courte durée. Il appert alors que, même si d'un point de vue statistique les différences constatées entre la dernière année de la période et l'année initiale, de référence, peuvent être significatives (non dues au hasard), la mesure de ces évolutions ne se manifeste, le plus souvent, que par de modestes modifications de pourcentage. Pour une estimation réellement valide d'une éventuelle évolution des caractéristiques des patientèles, un recul temporel plus important serait nécessaire.

Néanmoins, les quelques évolutions qui apparaissent ici semblent refléter celles qui sont en cours dans l'ensemble de la population bruxelloise. Dans quelques cas, nous avons fait figurer des évolutions qui ne sont pas statistiquement significatives mais qui devraient être suivies à plus long cours, de façon à vérifier s'il ne s'agit que de phénomènes circonstanciels ou, à l'inverse, de tendances de fond qui témoignent de changements réels.

Analyse

En 5 ans, de 2006 à 2010, un dossier a été ouvert, dans les SSM agréés par la CoCoF, pour plus de 40.000 nouveaux patients. Ceux-ci ont bénéficié de plus de 500.000 prestations. Au cours des cinq années, on voit que la proportion de patients adultes habitant la Région de Bruxelles Capitale est en augmentation constante et significative (cf. graphe I.a.). On remarque aussi une croissance significative des envois émanant des médecins généralistes et des maisons médicales (cf. graphe I.b.).

Concernant la patientèle adulte, l'analyse met également en évidence une augmentation significative du nombre de consultants d'origine étrangère (cf. graphe I.c.). Dans les équipes adultes, comme dans les équipes enfants, les consultations de femmes vivant seule avec un enfant sont aussi en augmentation constante (cf. graphes I. d. & II.a.). Pour la patientèle des enfants et des adolescents, on constate une croissance des situations où la mère ou le père est soit séparé, soit divorcé (cf. graphes II.c.). Dans les équipes enfants et adolescents encore, il y a une expansion significative du nombre de père de nationalité étrangère et d'enfants de parents migrants (cf. graphes II.d. & II.e.). Enfin, dans ces mêmes équipes, on constate une augmentation significative des enfants non-scolarisés, scolarisés en enseignements spécial et en maternelle (cf. graphe II.f.).

On voit ainsi que pour un certain nombre de variables, l'évolution de la patientèle dans les services de santé mentale bruxellois francophones se fait en accord avec les constats faits sur l'évolution de la population bruxelloise en général. Une analyse comparant nos données avec celles disponibles à l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles Capitale, permettrait d'affiner ce constat mais nous n'en avons pas les moyens actuellement.

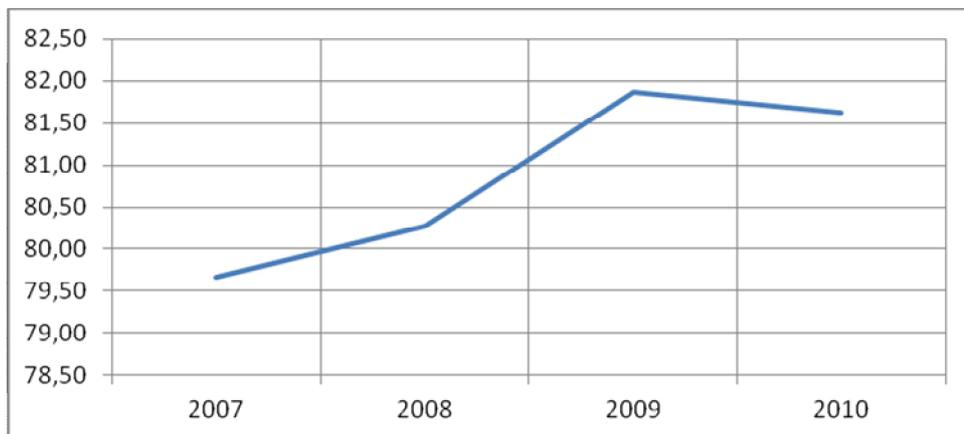
I. NOUVEAUX CAS ADULTES.

Evolutions constatées au cours des années 2007 à 2010 (données avec évolution statistiquement significative : test Z de comparaison des proportions observées pour les années 2007 et 2010).

a. LIEU DE RESIDENCE.

- Augmentation de la proportion de patients résidant en région bruxelloise.

2007	2008	2009	2010
79,66	80,27	81,86	81,62

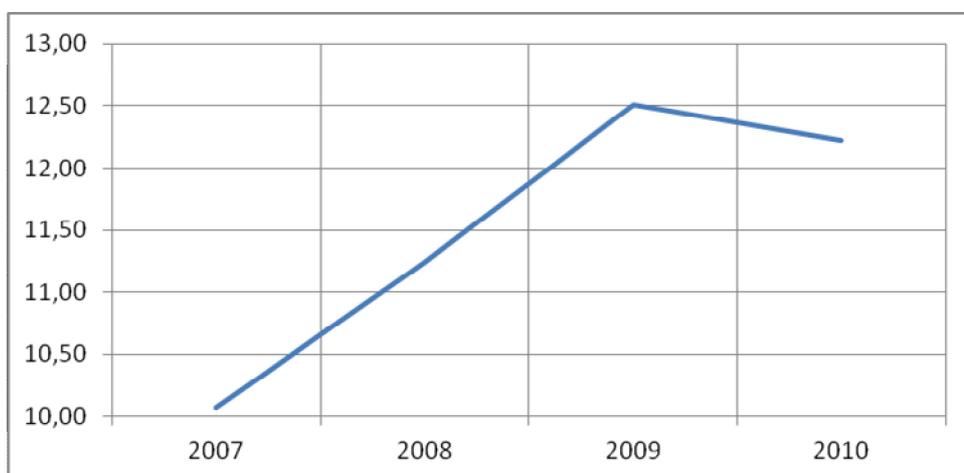


Test z bilatéral : valeur observée de Z : 2,041 ; p = 0,041 (inférieur au seuil de risque d'erreur de 0,05)

b. ENVOYEUR.

- Augmentation de la proportion de patients adressés par les médecins généralistes et les maisons médicales.

2007	2008	2009	2010
10,08	11,24	12,51	12,22

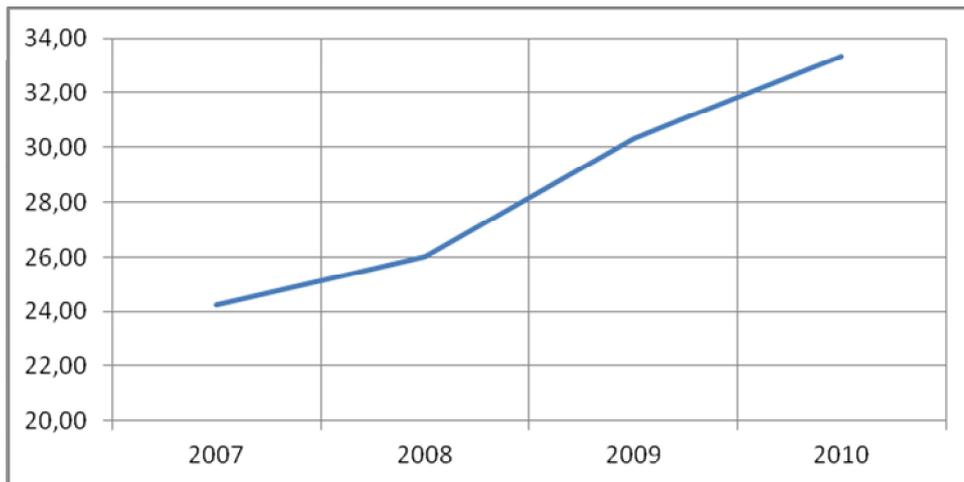


Test z bilatéral : valeur observée de Z : 2,704 ; p = 0,007 (inférieur au seuil de risque d'erreur de 0,05)

c. NATIONALITE.

- Augmentation de la proportion de patients de nationalité étrangère.

2007	2008	2009	2010
24,25	26,04	30,33	33,33

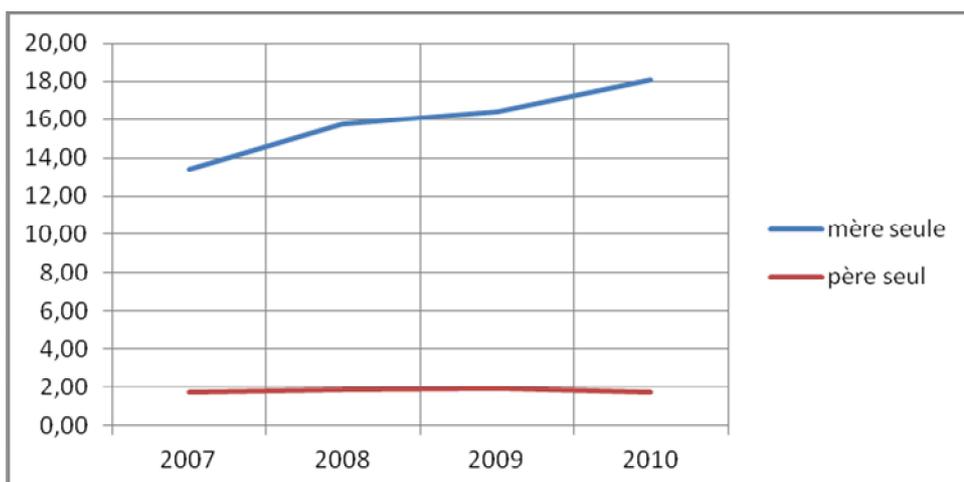


Test z bilatéral : valeur observée de Z : 7,993 ; $p < 0,0001$ (inférieur au seuil de risque d'erreur de 0,05).

d. MILIEU DE VIE HABITUEL.

Augmentation de la proportion de mères vivant avec seules leur(s) enfant(s).

2007	2008	2009	2010
13,43	15,74	16,40	18,07



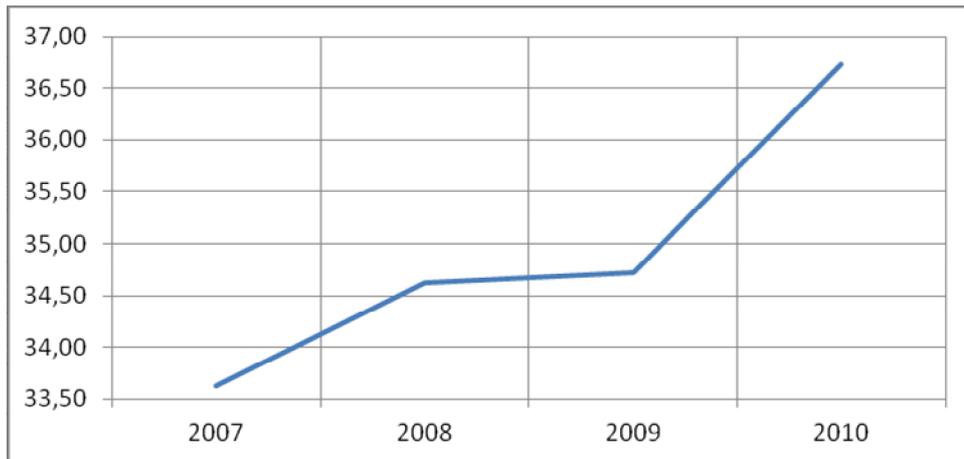
Test z bilatéral : valeur observée de Z : 4,894 ; $p < 0,0001$ (inférieur au seuil de risque d'erreur de 0,05).

II. NOUVEAUX CAS ENFANTS & ADOLESCENTS : TOUS LES PATIENTS.

a. MILIEU DE VIE HABITUEL.

- Augmentation (non significative) de la proportion de mères vivant seules avec leur(s) enfant(s).

2007	2008	2009	2010
33,62	34,63	34,72	36,73

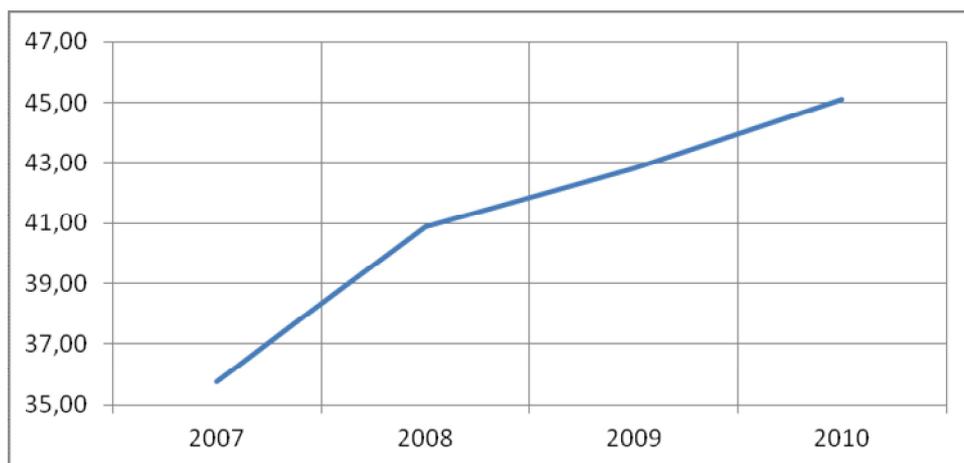


Test z bilatéral : valeur observée de Z : 1,433 ; $p = 0,152$ (la différence n'est pas significative).

b. NOMBRE D'ENFANTS DANS LA FAMILLE.

- Augmentation du nombre de familles avec un seul enfant.

2007	2008	2009	2010
35,76	40,89	42,84	45,10

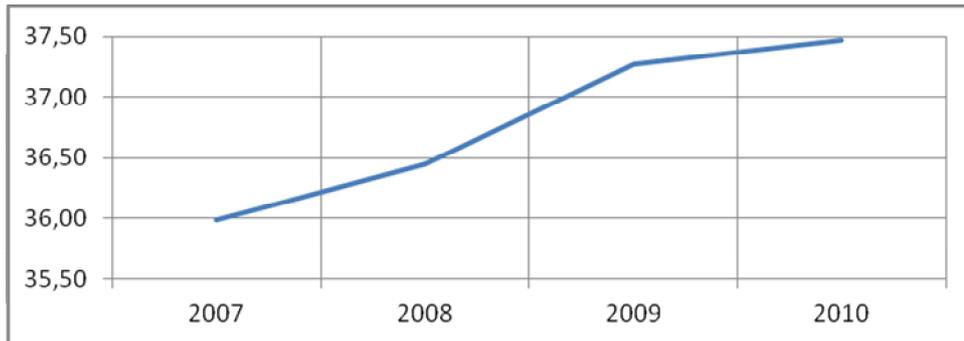


Test z bilatéral : valeur observée de Z : 3,950 ; $p < 0,0001$ (inférieur au seuil de risque d'erreur de 0,05)

c. ETAT CIVIL DES PARENTS.

- Augmentation (non significative) de la proportion de mères séparées ou divorcées.

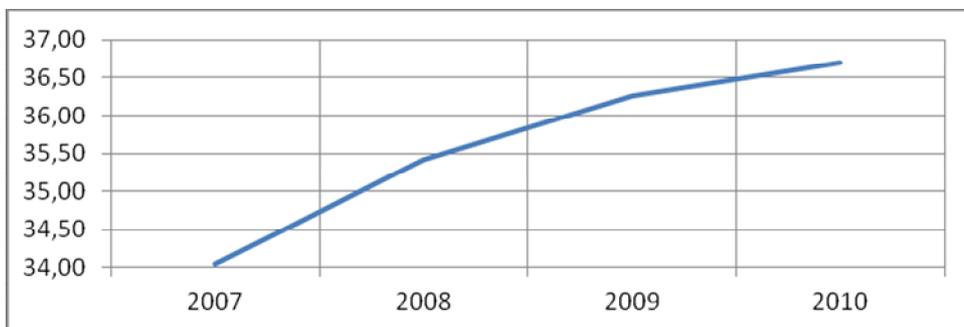
2007	2008	2009	2010
35,99	36,45	37,27	37,47



Test z bilatéral : valeur observée de Z : 0,636 ; $p = 0,525$ (la différence n'est pas significative).

- Augmentation (non significative) de la proportion de pères séparés ou divorcés.

2007	2008	2009	2010
34,05	35,42	36,26	36,70

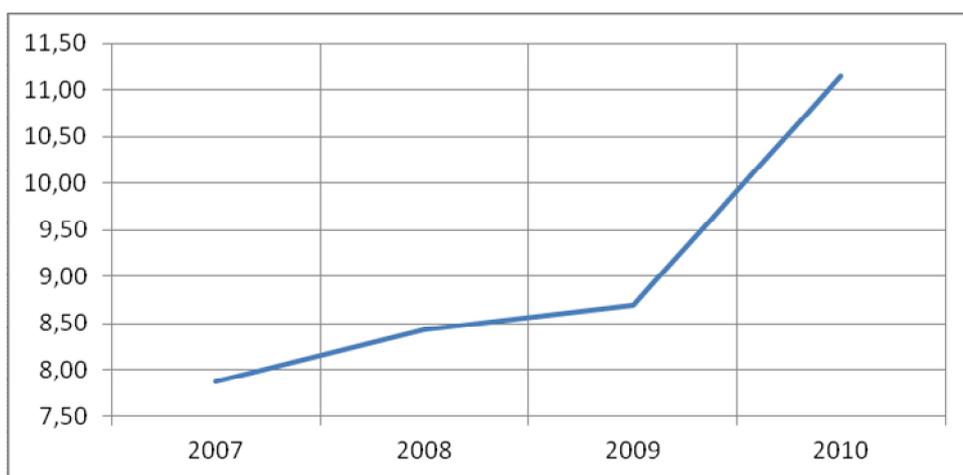


Test z bilatéral : valeur observée de Z : 1,109 ; $p = 0,267$ (la différence n'est pas significative).

d. NATIONALITE DU PÈRE.

- Augmentation de la proportion des enfants dont le père a la nationalité d'un pays de l'Europe des 27 (Belgique exclue).

2007	2008	2009	2010
7,87	8,43	8,70	11,14

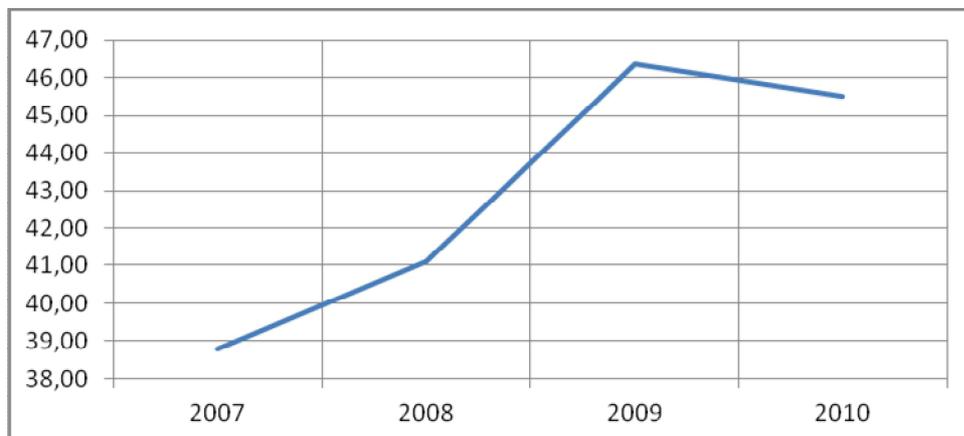


Test z bilatéral : valeur observée de Z : 2,184; $p = 0,029$ (inférieur au seuil de risque d'erreur de 0,05)

e. ENFANT MIGRANT OU DE PARENTS MIGRANTS OU ISSU D'UNE FAMILLE MIXTE.

- Augmentation de la proportion des enfants de nationalité étrangère ou dont au moins un des parents a ou a eu une nationalité étrangère.

2007	2008	2009	2010
38,81	41,09	46,36	45,51

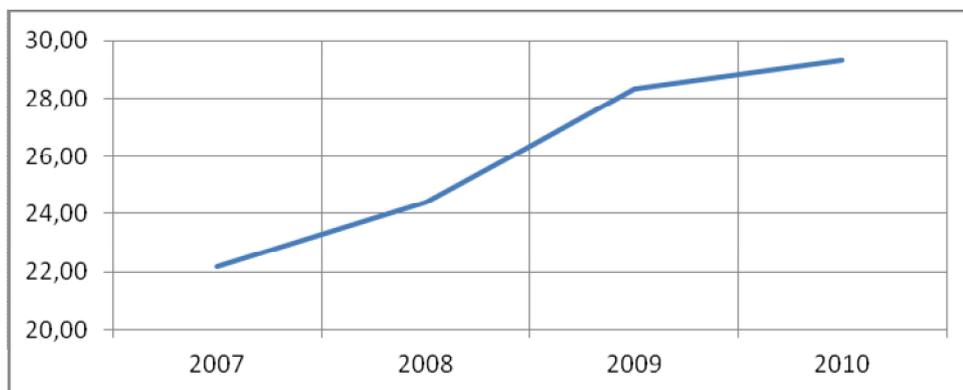


Test z bilatéral : valeur observée de Z : 2,972; $p = 0,003$ (inférieur au seuil de risque d'erreur de 0,05).

f. SCOLARITE DE L'ENFANT.

- Augmentation de la proportion d'enfants non scolarisés ou scolarisés en maternelle ou en enseignement maternel spécial.

2007	2008	2009	2010
22,19	24,40	28,35	29,31



Test z bilatéral : valeur observée de Z : 3,556 ; p = 0,000 (inférieur au seuil de risque d'erreur de 0,05).

4. Description de l'évolution des pratiques professionnelles et analyse de l'adéquation de l'offre de services du secteur avec les nouvelles problématiques sociales et de santé que rencontre le secteur.

Preliminaire

Nous avons opté pour le traitement ensemble des questions relatives à l'évolution des pratiques professionnelles du secteur et à l'analyse de l'adéquation de cette offre en regard de l'évolution des problématiques sociales et de la santé, car il nous semble que les deux questions se recouvrent largement.

Nous ne mettrons en évidence ci-dessous que des lignes d'évolution communes à l'ensemble des Services du secteur. Cela ne devrait pas faire oublier que, d'une part des pratiques pertinentes et confirmées, plus classiques de la culture de travail ambulatoire telle qu'elle s'est développée depuis les années 70, sont toujours à l'œuvre au sein des équipes, et d'autre part que certains services ont pu mettre en place des initiatives ou des projets novateurs en réponse à un intérêt local ou à des problématiques tout à fait spécifiques rencontrées sur leur territoire. Dans un cas comme dans l'autre, nous renvoyons le lecteur aux rapports d'activités de chaque SSM, lesquels documentent amplement ces deux aspects des pratiques professionnelles des services.

D'un point de vue méthodologique, nous nous sommes appuyés pour traiter la question des évolutions communes sur les travaux de la Fédération des Services de Santé Mentale Bruxellois (FSSMB). La Fédération est une association de fait au sein de la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale, l'organisme de coordination agréé par la COCOF pour le secteur de la santé mentale ; elle y représente et défend l'intérêt et la pensée des équipes de SSM.

Dans cette perspective, la Fédération a organisé à trois reprises des journées d'étude :

- la première a eu lieu en 2009 : cette journée avait entre autres pour but de faire une restitution des présentations d'équipes qui s'étaient déroulées pendant deux ans au sein de la fédération et de dégager en ateliers thématiques la question du « *quoi de neuf ?* » dans les domaines infanto-juvénile, adultes, personnes âgées, santé communautaire, prévention...au sein des pratiques professionnelles des Services,
- la seconde a été organisée en 2011 : l'enjeu était d'organiser un débat avec les secteurs partenaires du social et de la santé et de discuter à partir des représentations de ceux-ci sur l'offre et les pratiques du secteur de la santé mentale avec en toile de fond la question de *Quelles collaborations possibles avec nos Services ?*
- la troisième vient d'avoir lieu en 2012 : cette fois, la rencontre était organisée avec les représentants et les responsables politiques sur le thème « *Entre pratiques de terrain et action publique* ».

C'est à partir des travaux préparatoires, des évaluations et des comptes rendus des séances plénières et des ateliers de ces journées que nous avons constitué une réponse structurée présentant les lignes d'évolution communes dans les pratiques professionnelles de l'ensemble des Services de secteur.

Les services de santé mentale : généralistes, diversifiés, en prise avec l'augmentation et la complexité des demandes

Les Services de Santé Mentale bruxellois francophones ont des origines, des dimensions et des structures de fonctionnement différentes. Chacun d'eux a une culture propre, ayant construit au fil des ans des modalités de fonctionnement, mis en place des actions et des projets au sein du

territoire qu'il couvre. Cette hétérogénéité, liée à une tradition d'indépendance et d'autonomie dont nous estimons qu'elle a toujours favorisé un esprit d'initiative à préserver, n'empêche pas les Services de Santé mentale de se regrouper autour d'un tronc commun structurel et déontologique qui les guide dans leur activité.

Le décret qui les régit précise qu'il s'agit de « *services ambulatoires qui, par une approche multidisciplinaire, et en collaboration avec d'autres institutions et personnes concernées par la santé, contribue au diagnostic et au traitement psychiatrique, psychologique, psychothérapeutique et psychosocial du bénéficiaire dans ses milieux habituels de vie, et à la prévention en santé mentale* ». On le voit, le texte de loi offre un cadre précis, mais suffisamment large pour permettre une souplesse de fonctionnement et d'adaptation aux réalités de terrain. Ce sont elles qui ont permis l'hétérogénéité actuelle du secteur.

Il y a quelques années, la fédération, consciente de la diversité et peut-être d'une représentation complexe du secteur de la santé mentale ambulatoire francophone bruxelloise, avait invité chaque service à se présenter afin de mettre en perspective ce qui constituait aussi leurs points communs. Cette démarche a animé la première journée de la FSSMB en octobre 2009. Il en est ressorti que :

- tous les services se déclarent généralistes et centrent leurs pratiques sur la personne et non sur la pathologie ; les Services de Santé Mentale sont des lieux où chacun peut venir parler de sa souffrance, avec sa propre subjectivité et ne pas être considéré comme une simple pathologie à soigner,
- tous les services témoignent aussi d'une évolution qui les amène à travailler en réseau et à sortir de leurs murs ; les équipes constatent une augmentation et une complexification des demandes, en lien avec la paupérisation de la population bruxelloise,
- tous les services sont confrontés à une augmentation des demandes de suivis sur interpellation d'un tiers, sur ordonnance, et à une augmentation des demandes motivées pour des raisons administratives,
- la plupart des Services de Santé Mentale ont développé des projets spécifiques concernant la petite enfance, les familles monoparentales, les personnes âgées, l'exil,... Ces projets ont été développés en réponse à des réalités spécifiques rencontrées dans leur zone d'implantation.

Des services adaptés à leur lieu d'implantation, des services en lien avec d'autres

Les SSM reçoivent des demandes de la population tout-venant, individuelles, de couple, de famille, tous âges confondus, mais aussi et de plus en plus souvent via des tiers et au départ du réseau. Cette notion de réseau

est d'une actualité sensible. La santé mentale concerne tous les individus d'un quartier ou d'un territoire, et les SSM sont conscients que les soins de santé mentale n'appartiennent pas qu'à leurs services, pas plus que ceux-ci ne sont à la disposition unique des autres secteurs de l'aide et du soin. S'adapter aux réalités nouvelles de la population et répondre aux attentes de nos partenaires supposent une position critique suffisante de chaque service et de tous les services qui doivent pouvoir se penser comme un ensemble face à d'autres ensembles qui constituent toute l'offre social/santé en région bruxelloise.

Cette réalité soumet les services du secteur à devoir opérer des ajustements, à revoir certaines habitudes dans leur culture de travail comme de pouvoir maintenir des positions éthiques de travail fermes lorsqu'il s'agit de ne pas collaborer à n'importe quoi. Depuis de nombreuses années, les services de santé mentale sont au cœur d'attentes et d'interrogations venues des autres secteurs de l'ambulatoire et du monde hospitalier. Régulièrement, des critiques sont formulées. L'intérêt de nos services est, également, souligné. Les tensions sont parfois vives et des critiques sont portées sur la place des services de santé mentale dans une perspective d'action sociale et de santé publique sur la scène des défis et des contextes sociétaux actuels. Les services de santé mentale font l'objet de

représentations erronées, mais aussi d'attentes fondées. Ils sont conscients de ne pas toujours répondre adéquatement à toutes les demandes qui leur sont adressées. Face aux réalités sociales changeantes, ils tentent de réaliser un travail d'adaptation constant lié à de régulières remises en question qui maintiennent la qualité de leur travail de santé mentale.

La seconde journée de la fédération, en octobre 2011, a permis un authentique temps de rencontre et de débat autour de toutes ces préoccupations. Le secteur de la santé mentale a voulu créer la possibilité d'une mise en lumière des obstacles et des réussites qui préfigurent les possibles collaborations entre secteurs afin d'en améliorer les articulations futures sans abraser leurs spécificités et nécessaires différences au service de ses bénéficiaires. Organisée dans ce sens, la journée de la fédération posait une question sensible - *Quelles collaborations possibles avec nos Services ?* - et réunissait des acteurs des maisons médicales, du monde de l'enseignement, de la justice, du social et de la psychiatrie hospitalière.

Cette seconde journée s'est notamment organisée autour de tables rondes. Elle a principalement permis aux acteurs des différents bords de confronter leurs représentations et forcément de les appréhender sous un jour nouveau. Pour le secteur de la santé mentale, ces discussions ont été l'occasion de mettre en avant des conceptions de travail et des pratiques argumentées en regard de nouvelles réalités et demandes des publics ou des professionnels partenaires, mais elles lui ont également permis de réaliser que des ajustements dans les interventions des équipes de santé mentale étaient encore attendus. D'apostrophes en invitations, les interventions ont dessiné les contours de possibles collaborations et d'amélioration des partenariats.

Cette journée a montré l'importance, pour travailler ensemble à des places différentes, de prendre le temps de mieux se connaître, de partager les référentiels, de métisser les pratiques et les savoirs, sans diluer les identités et les champs d'action respectifs.

Principalement, il en est ressorti que :

- L'augmentation de la précarité, les contextes sociaux délétères, les politiques d'activation des pouvoirs publics, la montée en puissance du management des allocataires sociaux conduisent aux portes des services d'aide un contingent de plus en plus important de demandeurs qui présentent entre autres difficultés des problèmes de santé mentale, lesquels finissent par déborder les professionnels auxquels ils s'adressent allant même jusqu'à engendrer « *une souffrance des travailleurs en miroir de celle de leur public* ». Ce phénomène suscite très souvent un premier réflexe d'appel à l'aide, voire de convocation, à l'égard du monde de la santé mentale au risque d'une psychologisation ou d'une psychiatisation abusive des problèmes sociaux.

De la discussion intersectorielle, il est apparu essentiel de maintenir et même de renforcer une fonction sociale au sein des services de santé mentale. Nombre d'entre eux le font aujourd'hui, ayant pris la mesure des effets d'une dureté accrue des conditions d'existence d'un public important (on parle de plus d'un quart de la population bruxelloise vivant dans la pauvreté). Plusieurs services s'impliquent aussi dans des activités d'action ou d'intervention communautaire, à promouvoir et à amplifier. Mais, les services de santé mentale ont aussi mis l'accent sur la nécessaire formation des travailleurs du monde social pour qu'ils soient moins démunis ou désemparés face aux problèmes de santé mentale présentés par leurs usagers, une mission qu'ils jugent plus efficace et dans laquelle nombre d'entre eux témoignent qu'ils sont de plus en plus souvent engagés.

- L'adresse ou le passage d'un patient d'un service à un autre, par exemple d'un service hospitalier ou d'une maison médicale vers un service de santé mentale, ou inversement, les attentes d'un PMS ou d'un établissement scolaire, la collaboration avec les services de la justice sont des questions délicates qui ne souffrent pas d'être simplement instrumentalisées. Tout d'abord parce qu'elles se contextualisent sur une scène de représentation où les niveaux

et les conceptions du soin ou de l'intervention ne sont pas nécessairement les mêmes. Les professionnels, y compris de la santé mentale, ont compris aujourd'hui que le travail de relais avec le service envoyeur ou vers le service à qui on adresse et que les modalités de toute forme de partenariat demandent de « *savoir se lier* », de pouvoir se rendre accessible à la culture, aux logiques de l'autre, de « *pouvoir parfois se laisser instrumentaliser parce qu'on comprend le sens de la solution prônée par l'autre professionnel même si elle se situe hors de nos habitudes de fonctionnement* ». Ce n'est pas pour autant qu'on perd sa place. Au contraire, une telle posture permettra peut-être plus facilement de faire entendre quel est son lieu d'inscription professionnelle et quelle est sa conviction de travail personnelle. Ce fonctionnement permet une créativité dans le travail et évite l'enfermement dans des procédures routinières. Penser les interventions dans un « état d'intranquillité » rend compte de cet état d'esprit ouvert et évolutif dans les interventions auquel nombre de services de santé mentale souscrivent aujourd'hui.

Ensuite parce qu'orienter une personne n'est pas une simple manœuvre, ce n'est pas qu'une opération technique, c'est un passage qui suppose de pouvoir se séparer d'un lieu et d'établir une confiance dans un autre lieu. Tout passage doit s'élaborer à la mesure des capacités des personnes à le réaliser, et il est parfois nécessaire d'accompagner physiquement l'intéressé dans ce processus, un travail qui se situe hors les murs, hors de l'espace de consultation classique.

- De part et d'autre, en santé mentale comme chez nos partenaires, un autre mythe du travail bien dans l'air du temps laisse supposer qu'il est toujours nécessaire d'entreprendre des actions pragmatiques pour aider les personnes en difficultés. Les politiques d'activation, la culture du risque zéro, les représentations normatives des décideurs comme des professionnels de l'aide sont quelques-uns des incitants à cette façon de penser. Pour autant, cette ordonnance de « faire à tout prix » peut constituer un obstacle à l'éveil chez la personne d'un désir de reprendre sa vie en main. Une réponse provocante à ce mythe consiste en l'instauration chez les travailleurs sociaux d'un « devoir d'inefficacité ». Le travail social ne serait pas toujours de l'ordre du faire, mais également de celui d'un accompagnement rendant possible la présence du bénéficiaire à sa propre histoire, à ses solutions personnelles, et aux ressources de son environnement propre.

En octobre 2012, à l'occasion de sa troisième journée d'étude dévolue à la rencontre avec le monde politique, la Fédération a rédigé et remis aux participants un texte intitulé « **Santé mentale ambulatoire, tentative de modélisation** ». La raison d'être de ce texte était de rendre compte de l'étendue du domaine de la santé mentale ambulatoire et de ses relations avec les champs connexes. Une telle synthèse était loin d'être évidente, et encore moins d'en faire une modélisation !

Nous appuyant sur le contenu de ce document, nous voulons rappeler ici quelques aspects essentiels qui qualifient le travail actuel des services du secteur.

Service de Santé Mentale et niveaux de soins :

L'attention portée à l'aspect singulier de chaque situation repose sur une conception, largement partagée dans notre secteur, du travail « au cas par cas ». La dimension clinique du travail en santé mentale est fondée sur l'idée que le patient a un savoir sur ce qui lui convient. Etre à son écoute nécessite de pouvoir se dégager de conceptions préétablies sur ses besoins et sur les lieux qui pourraient y répondre. Il s'agit de l'accueillir là où il a choisi de s'adresser, de l'aider à préciser ce qui fait problème, et de lui permettre de s'y retrouver un peu mieux dans la complexité de sa situation.

A cet égard, l'organisation des soins en santé mentale doit tenir compte pour nous d'un principe de pluralité dans son approche et se décentrer du paradigme médical. Au-delà de la guérison d'une maladie, nous pensons qu'il s'agit d'avoir une approche globale de l'existence et de la souffrance où

la notion de lien inscrit dans le milieu de vie de la personne est centrale. La santé mentale déborde largement du seul domaine de la médecine et ne peut se laisser circonscrire dans une hiérarchisation des niveaux de soins comme celle modélisée par l'OMS : soins de santé primaires, secondaires, tertiaire, et soins de santé intégrés.

Notre propos se situe du côté de la nécessité de penser une organisation des soins en santé mentale à partir de chaque personne et pas uniquement à partir d'une planification territoriale conçue au départ des institutions. Une assignation localisée des soins en santé mentale est incompatible avec notre travail de terrain et l'expertise que nous y avons acquise pendant de nombreuses années. Elle s'accorde mal avec ce que les patients nous demandent et avec les places singulières et « équilibristes » où ils nous convoquent diversement.

A ce titre, nous nous différencions de l'idée d'un système de soins intégrés qui prendrait la forme d'un circuit de soins préétabli, d'une hiérarchisation entre les institutions et les soignants, d'un centre global de soins ou d'une uniformisation de l'offre. Il y a un mythe à penser qu'une organisation des soins parfaite où les besoins de la population seraient rencontrés par des services appropriés soit possible. Et quand bien même cela serait possible, les personnes y perdraient leur liberté d'utiliser ces services à leur manière. Or, ces questions de l'existence et de la liberté sont inhérentes aux soins en santé mentale. De plus, nous risquons alors de penser que cette organisation des soins optimale rencontre les difficultés de tous et serait autosuffisante. Cette conception méconnaît la richesse thérapeutique du travail avec les pairs, mise en exergue dans le domaine de la santé mentale communautaire entre autres.

Un système de soins intégrés devrait pouvoir favoriser les liaisons entre les services avec certains recoupements et maintenir leurs différences et leurs spécificités. Ce serait le gage d'une rencontre possible avec la complexité et la singularité de chaque situation.

Développons plus précisément encore ce modèle et cette façon de penser les choses :

Prendre soin de la personne

Les services de santé mentale définissent leurs actions comme centrées sur la personne plutôt que sur sa pathologie. C'est en considérant la personne et ce qu'elle vit comme un ensemble et en travaillant avec les éléments positifs et négatifs de sa vie et de sa pathologie éventuelle que nous parvenons à une amélioration de sa situation. S'il est possible de relever les déterminants de la santé et les conditions et contextes délétères pour la santé mentale, il est malaisé de mettre en œuvre ce qui contribue à un mieux être. Celui-ci sera différent d'une personne à l'autre et nécessitera des créativité adaptées à chaque situation. De ce fait, trop formaliser les soins peut devenir un facteur d'exclusion laissant toujours plus dans la marge ceux qui ne peuvent s'y inscrire.

Un système souple et adaptatif

Se centrant sur la personne, les services de santé mentale tiennent compte de la temporalité qui lui est propre. Une prise en charge est ainsi en partie déterminée par les aléas de la vie du bénéficiaire des soins. Ceci nous oblige à concevoir un modèle de soins souple et adaptatif, dans lequel il peut frayer son propre chemin. Un système de soins intégrés qui prévoit des réponses immédiates et préétablies aux besoins supposés des personnes devient dommageable dans la mesure où il n'a pas la possibilité de s'adapter à la réalité complexe et changeante de la santé mentale. Il réduit également considérablement la liberté du patient et ses possibilités d'agir et de transformer son existence.

Pour qu'un système de soins soit souple et adaptatif, il est nécessaire que chaque travailleur ou service puisse être amené à faire autre chose que son travail initial. Ainsi le psychiatre peut se retrouver à prescrire la pilule contraceptive, le psychologue à être interpellé sur des problématiques de logement ou encore l'assistant social à écouter les délires psychotiques d'un usager. Les voies qu'empruntent les personnes pour venir exprimer leur mal-être sont parfois étonnantes et que la prise en compte de cette singularité de l'adresse à l'autre fait partie intégrante du processus de soins et qu'il s'agit de l'accueillir et de l'accompagner. Cela demande aux professionnels d'échanger entre eux dans une structure qui ne soit pas rigide où chaque fonction soit portée et pensée par l'ensemble des travailleurs.

Une conception de l'accueil

S'agissant de la notion d'accueil, nous parlons dans notre secteur de l'institution comme d'un dispositif, ce qui laisse entendre que les patients peuvent en « disposer ». Cette formulation sous-entend que nos services offrent un cadre souple, fait de fonctions spécifiques et d'interchangeabilités, de rendez-vous et de temps flexibles. C'est notre manière de recevoir une personne en souffrance ; en lui permettant de s'adresser à celui qui lui inspire confiance, en lui accordant le temps nécessaire pour dire son mal d'être, en le recevant avec les personnes qu'il considère être ressources pour lui et en accueillant la singularité de son histoire.

C'est le patient, selon des critères qui lui sont propres, qui décide du lieu où il dépose sa demande, sa plainte, sa souffrance. Dans un tel modèle, les lacunes et les redondances ne sont pas à éradiquer à tout prix. En effet, elles permettent aux personnes d'exercer leur liberté de choix, de trouver la personne avec qui un lien thérapeutique sera possible, de pouvoir compter sur les ressources de ses pairs, de son environnement, etc.

Des réseaux singuliers.

De ce qui précède découle une conception originale de la notion de réseau et de la continuité des soins. La complexité des pathologies rencontrées et leurs nombreux déterminants - santé mentale, précarité sociale, isolement, problèmes somatiques, etc. - ont amené les acteurs du social et de la santé à collaborer depuis de nombreuses années. Ce travail qui résultait d'une nécessité de terrain s'est petit à petit affiné et permet maintenant à ses protagonistes d'en dresser quelques repères cliniques essentiels à son bon fonctionnement.

Chaque personne construit au gré de ses rencontres professionnelles et personnelles, un réseau qui lui est propre et qui est fait des liens qu'il a pu nouer avec les personnes qui travaillent dans les différentes institutions approchées ainsi que ceux qu'il a pu établir en dehors des institutions. C'est l'ensemble de ce réseau singulier qui le soutient dans les aléas de sa vie. Ce qui implique que chaque travailleur se mette au service du patient tout en restant conscient de l'importance égale du travail de ses collègues. Les ressources du réseau sont utilisées et articulées comme des outils au service de la singularité du projet.

Dans cette mesure, il importe que chaque travailleur qui rencontre le bénéficiaire soit soucieux de la qualité de ce réseau. Celle-ci réside entre autres dans l'équilibre difficile à trouver entre deux nécessités : d'une part, la collaboration entre les membres du réseau avec l'échange d'informations que cela suppose et d'autre part la discrétion quant aux dires de la personne adressés à chacun en particulier pour lui permettre de rester libre de ce qu'il met en jeu dans ces relations. Une solution possible à cette situation antinomique consiste à associer le patient à tous ces contacts entre membres du réseau, c'est-à-dire à parler avec lui et à ne pas parler de lui.

Dans cette conception du réseau, la question des passages d'une institution à l'autre et la continuité des soins est essentielle. L'élaboration conjointe de dispositifs de passages entre institutions ayant

des collaborations régulières, tenant compte des réalités de chacun et du fonctionnement psychique des personnes, permet d'améliorer la situation. Tout passage doit s'élaborer à la mesure des capacités de la personne à le réaliser et il est parfois nécessaire d'accompagner physiquement une personne à un rendez-vous dans un service qu'elle ne connaît pas. Nous constatons que quand les travailleurs des institutions concernées par le passage se connaissent, celui-ci en est grandement facilité. Ce qui nécessite de prendre le temps nécessaire à l'établissement de liens entre les travailleurs de chaque institution, trame sans cesse à recommencer en fonction des changements de personnel auxquels sont soumis les services. De ce point de vue, il vaut la peine de noter que les pratiques de réseau ne font pas, contrairement à l'idée reçue, gagner du temps, mais qu'elles en consomment !

Le territoire, ancrage socioculturel.

Cette conception du travail en santé mentale s'accorde avec une notion du territoire dépassant le simple fait géographique. En santé mentale, cette notion apparaît quand l'intérêt porté à la santé mentale s'accompagne d'une réflexion sur la dimension sociale et considère le problème mental en regard de la vie quotidienne et non uniquement comme un diagnostic. En ce sens, promouvoir la santé, c'est agir sur les mentalités pour rendre la société capable de vivre aux côtés de personnes souffrant d'un trouble mental. Il s'agit de convaincre les habitants du territoire en question de la compétence de ces personnes à participer à la vie du quartier, à être citoyen. L'ancrage socioculturel devient alors un complément indispensable à l'action thérapeutique. Nos interventions y soutiennent les patients dans leur recherche d'appuis dans la vie socioculturelle et aménagent les liens qu'ils créent à partir des lieux qu'ils investissent. Plutôt qu'une mise à l'abri, il s'agit de les aider à négocier une place dans leur quartier, à valoriser la solidarité et combattre l'exclusion, dans le respect de leur rythme et de leurs souhaits.

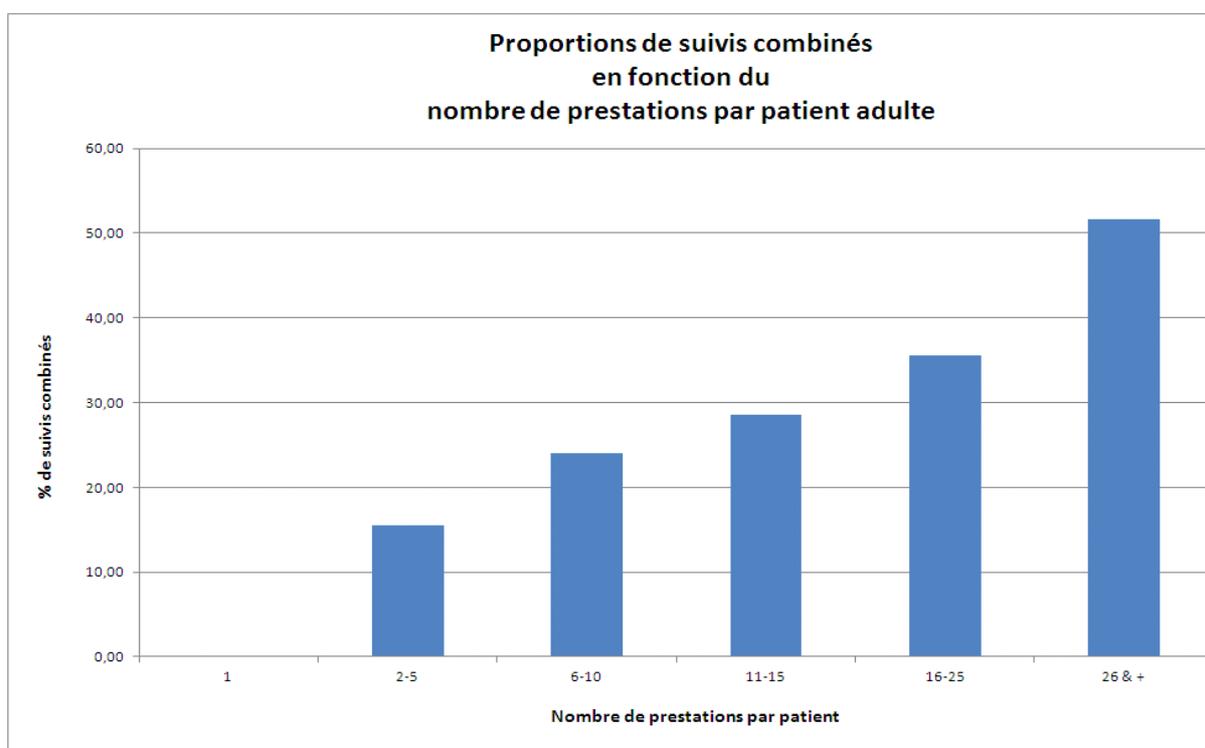
Les soins en santé mentale dépassent ainsi les seules interventions spécialisées que l'on appelle « cure ». Veiller aux liens d'une personne dans son environnement propre, à l'attribution d'une place et à la reconnaissance de son existence contribue également aux soins dont elle a besoin. Nous nommons cette dimension « care », c'est-à-dire « prendre soin ». Cette approche est nécessaire dans toutes les situations que nous rencontrons mais particulièrement indispensable dans les situations de grande détresse psychique.

La notion de territoire est intimement liée à la participation des citoyens dudit territoire, à la prise en compte par chacun des autres acteurs de leurs désirs particuliers et des ressources qu'ils déploient pour les réaliser. C'est aussi, pour chaque personne qui y habite, l'existence d'un réseau propre, composé de voisins, de commerçants, d'associations d'aide, de lieux culturels, etc. En d'autres termes, il s'agit d'un territoire dynamique où vivre ensemble a du sens et où chacun trouve une place. Le territoire peut alors devenir un espace social dynamique où les idées sont confrontées en vue de son aménagement en un lieu de vie et d'échanges. A contrario, sans la participation des citoyens, l'action socio-sanitaire sur un territoire risque de favoriser le quadrillage d'une population et à mettre « sous tutelle » des groupes divers pour lesquels les appareils psychiatrique, judiciaire et policier, les services sociaux occuperaient des fonctions complémentaires, produisant des formes de plus en plus sécuritaires d'aide sociale.

5. Illustration statistique de l'évolution des pratiques dans les services de santé mentale bruxellois francophones. Analyse des suivis combinés impliquant au moins deux intervenants ayant des fonctions différentes.

En ce qui concerne l'évolution des pratiques, nous avons pu mettre en évidence un effet intéressant en croissant deux variables : le pourcentage de suivis combinés, c'est-à-dire impliquant au moins deux professionnels d'un même service de santé mentale et le nombre de prestations dont bénéficient ces patients, c'est-à-dire de la durée des traitements. Cette proportion passe de 16% de suivis combinés pour les traitements mettant en œuvre moins de 5 rencontres à plus de 50% pour les suivis de déployant sur 26 rencontres et plus (cf. graphe a.).

a. PROPORTIONS DE SUIVIS COMBINÉS EN FONCTION DU NOMBRE DE PRESTATIONS PAR PATIENT ADULTE.



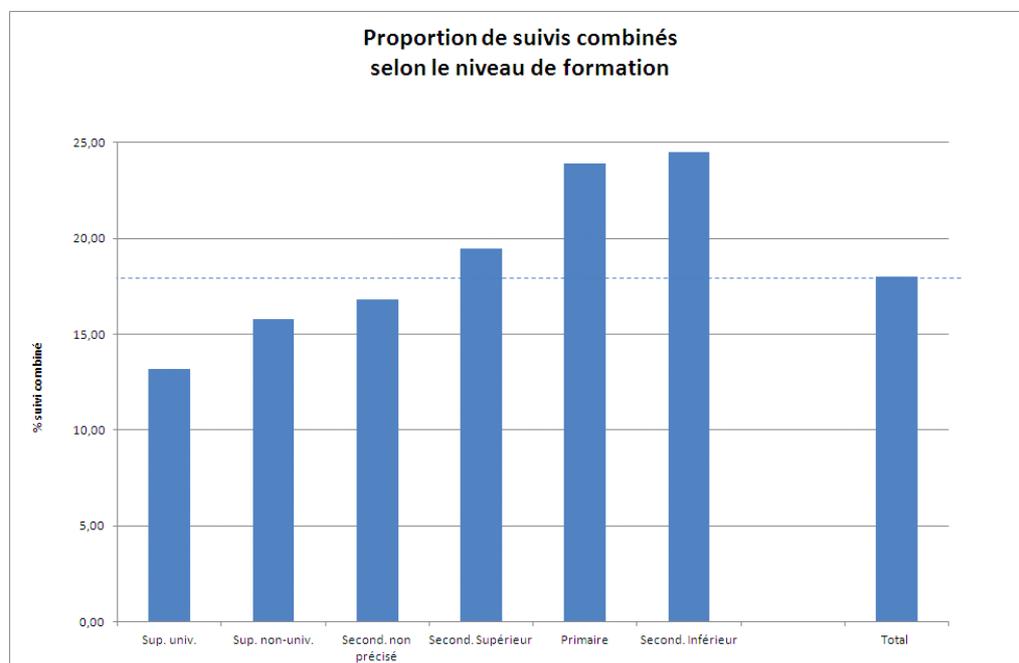
NOTA : Il ne s'agit pas de co-thérapies qui peuvent elles aussi impliquer des intervenants de différentes fonctions.

Concerne les SSM installés dans la cité (SSM installés sur un site universitaire exclus).

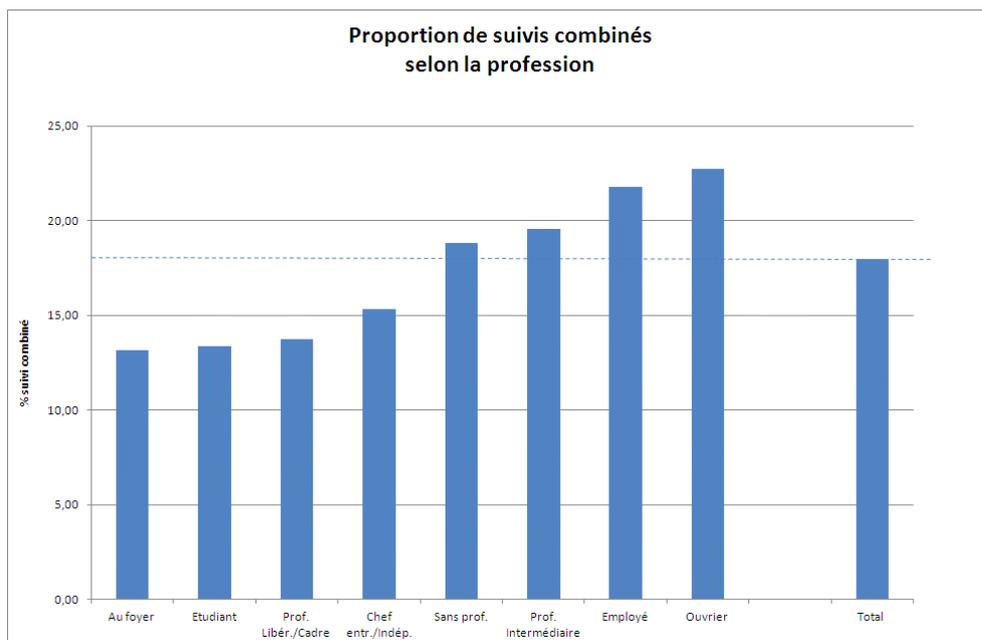
Pour la patientèle adulte, on constate que, plus le nombre de prestations dont bénéficie un patient est élevé ou, autrement dit, plus les suivis se poursuivent dans le temps, plus la proportion de suivis combinés, impliquant des intervenants de fonctions différentes (psychiatre et AS, psychologue et AS, psychiatre et psychologue...), est importante. C'est-à-dire que les situations complexes, nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire, se retrouvent beaucoup plus fréquemment dans les suivis à long terme (dans plus de 50% des suivis) que dans les suivis à court terme (<20%). Cette dernière proportion paraît déjà relativement élevée pour des suivis de courte durée puisque qu'elle concerne déjà près d'un patient sur 6. Ceci pourrait indiquer que la précarisation de la population bruxelloise trouve sa traduction, dans les services de santé mentale bruxellois, par un investissement important des équipes face à des situations qui se complexifient et par des suivis qui tendent à s'allonger.

Cette indication est corroborée par les tableaux suivants qui indiquent que ces suivis combinés sont plus fréquents dans les situations de niveau scolaire primaire et secondaire inférieur, par comparaison avec les niveaux secondaires supérieurs et l'enseignement supérieur non-universitaire et universitaire (tableau « b »). On retrouve la même logique au niveau des professions (tableau « c ») où les suivis combinés sont plus fréquents pour les personnes ayant un statut ouvrier et employé par rapport aux professions libérales et aux cadres (en notant ici que les personnes qui restent au foyer sont aussi celles qui bénéficient le moins de suivis combinés). Le tableau « d », concernant les situations socioprofessionnelles est le plus parlant avec une gradation claire entre les personnes actives, les étudiants et les personnes qui restent au foyer, trois catégories qui nécessitent le moins des suivis combinés, par rapport aux personnes invalides, en chômage, bénéficiant d'une aide du CPAS, etc. qui sont ceux qui en bénéficient le plus.

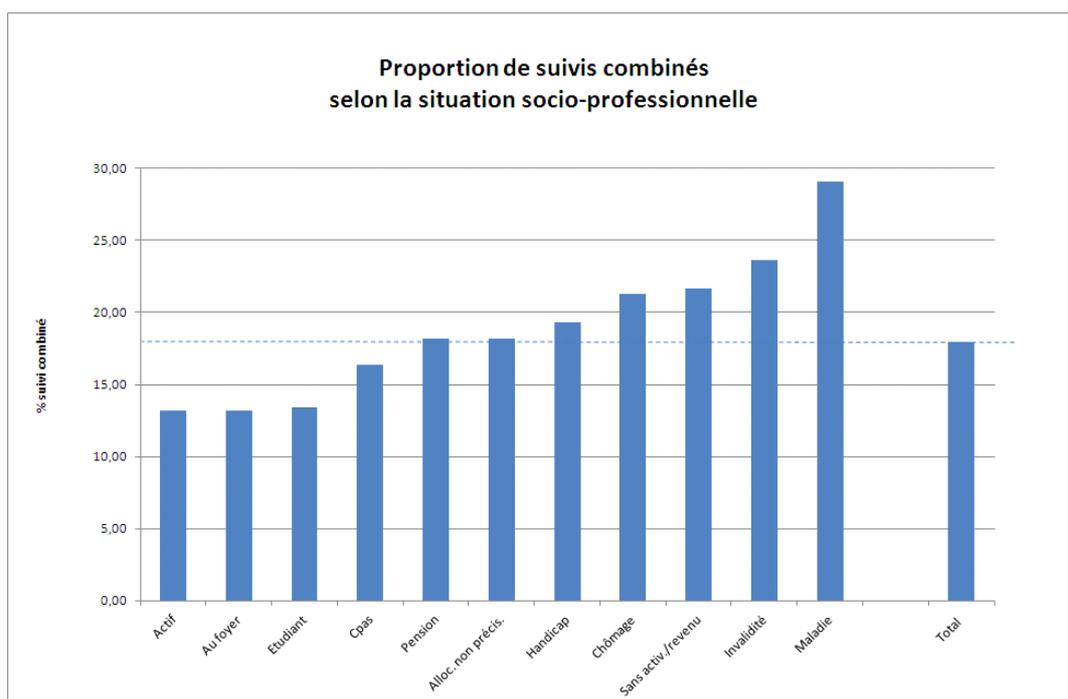
b. PROPORTION DE SUIVIS COMBINÉS SELON LE NIVEAU DE FORMATION.



c. PROPORTION DE SUIVIS COMBINÉS SELON LA PROFESSION.



d. PROPORTION DE SUIVIS COMBINÉS SELON LA SITUATION SOCIOPROFESSIONNELLE.



Ces données nous permettent de dire que les services de santé mentale voient une proportion croissante de leur temps de travail prise par les situations de suivis combinés à plus long terme concernant la partie la plus fragile de la population. En ce sens, la précarisation croissante de la société a un effet direct sur leur patientèle, sur le type de travail qu'ils mettent en place et sur la saturation de leur temps de travail qu'ils connaissent actuellement.

6. Conclusions

Agréés depuis près de 40 ans, les services de santé mentale font partie du paysage associatif belge en général et bruxellois en particulier. L'aide et l'écoute qu'ils apportent aux personnes rencontrant des problèmes de santé mentale leur donnent une place de témoin privilégié de l'évolution sociétale de ces dernières décennies. En effet, par leurs pratiques cliniques et sociales, les services de santé mentale sont au cœur de la souffrance intime des personnes, souffrance qui se définit également par le contexte socio-économico-politique.

Inscrits dans une société postmoderne, caractérisée par des changements radicaux de ses rapports à la transcendance, à la loi, à ses semblables et aux objets, l'être humain souffre de nouveaux maux : isolement, dépression, burn-out, assuétudes, etc. Ces transformations se répercutent aussi sur la famille, de plus en plus éclatée et où les processus de transmission sont mis à mal. Tous ces phénomènes sont renforcés par une précarisation croissante des situations de vie au fil des répétitions des crises économiques et leurs effets délétères sur l'emploi, le niveau de vie, la santé, etc. Le tout dans un contexte de disparition des grandes idéologies qui avaient été porteuses d'espoir de changement et de leur remplacement par une mondialisation trop centrée sur l'économie de marché.

Ces quarante dernières années ont également vu un lent processus de dépsychiatriation de la maladie mentale. Celle-ci quitte peu à peu les murs de l'hôpital pour s'inscrire dans la cité. Ce faisant, elle met à mal les structures existantes, mal outillées pour y répondre. C'est ainsi que les services sociaux dans leur ensemble, adressent de plus en plus de demandes d'aide vers les services de santé mentale et inversement. Ce phénomène est amplifié par l'immigration de nombreuses personnes fuyant la misère et des conflits sanglants dans leur pays d'origine, cause de traumatismes psychiques invalidants.

Face à cette transformation profonde d'une société de plus en plus mondialisée, les services de santé mentale rencontrent une complexification et un afflux croissant des demandes qui leurs sont adressées. S'inscrivant dans une société en crise, ils ne peuvent bénéficier d'un financement qui soit à la mesure des défis qu'ils rencontrent. Ils tentent dès lors de pallier au manque de moyens, d'une part, en s'appuyant sur les points forts qu'ils ont construit depuis leur création, à savoir une implantation et une adaptation au tissu local, des soins généralistes pensés à partir de la personne en souffrance plutôt que centrés sur sa pathologie, un travail de réseau construit autour du patient, etc. et d'autre part, en développant des projets spécifiques d'accueil, de travail en groupe, de santé communautaire, etc. privilégiant l'inscription des personnes dans le lien social. Néanmoins, ces réponses ne suffisent plus vis-à-vis des défis auxquels ils sont actuellement confrontés. Notons enfin que, pour rester en phase avec ces transformations profondes de la société, les travailleurs des services de santé mentale participent à de nombreuses formations, colloques, etc. touchant aux thèmes décrits ci-dessus et à leurs articulations avec leurs compétences de base.

Une des réponses politiques à ces transformations de notre monde postmoderne complexe est de le rendre intelligible par le biais de la science et plus particulièrement celui des statistiques rendues de plus en plus présentes suite aux possibilités de codifications des rapports humains par l'informatisation. Ce moyen qui peut apporter des améliorations en termes de gestion s'avère délétère s'il devient la seule référence pour penser l'humain et ses relations qui sont la base du travail en santé mentale. Ainsi, la réalisation d'une intégration de l'aide et du soin dans un grand ensemble rationalisé, causerait des pertes irrémédiables à l'adaptabilité du système actuel et aux possibilités pour chaque patient d'y trouver un soutien individualisé qui lui convienne.

Ainsi les services de santé mentale doivent se battre sur tous les fronts à la fois : celui des transformations profondes de la société qui amènent un cortège de pathologies à traiter, celui de la

précarisation des situations individuelles liée aux crises économiques multiples et au délitement du lien social, celui des attentes que les autres institutions ont à leur égard suite au lent processus de dépsychiatisation et à l'augmentation des détresses consécutives à des traumatismes psychiques graves et enfin, celui d'une structure politique désargentée qui tente, par le biais de méthodes issues du monde marchand, de répondre à des questions qui dépassent leur champ d'application.

Dans cette situation, il est urgent d'inverser la vapeur, c'est-à-dire de se mettre à l'écoute de ce que les patients expriment à travers l'usage qu'ils font des institutions que la société met à leur disposition. Les travailleurs de notre secteur ont beaucoup à dire sur les évolutions sociales et psychologiques qu'ils constatent et sur les adaptations complexes que celles-ci nécessitent. D'autant plus qu'ils sont parfois placés eux-mêmes dans des situations de précarité en miroir de celle de leur public. C'est en faisant remonter un savoir du terrain que le politique pourra adapter ses réponses le plus finement aux enjeux actuels en santé mentale et non en imposant des modèles de fonctionnement mal adaptés à la complexité et à l'hétérogénéité du tissu social dont il a la charge.