

RAPPORT SECTORIEL DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE 2013 - 2017

Cinq ans après le premier rapport sectoriel (2012), ce rapport décrit l'actualité et les enjeux auxquels est confronté aujourd'hui le secteur des Services de Santé Mentale francophones agréés et subsidiés par la Commission Communautaire française.

À ce jour, et depuis environ dix ans, le secteur est stabilisé à vingt-deux services, le dernier ayant été agréé en 2008. Au cours des cinq dernières années faisant suite au premier rapport sectoriel, des moyens complémentaires ont été octroyés par le pouvoir public à certains services qui étaient demandeurs, principalement pour permettre la mise en place d'équipe enfants ou pour amplifier la capacité de réponse aux problèmes infanto juvéniles.

Les Services de Santé Mentale trouvent leur point d'origine dans les années 30. À l'époque, ce sont des dispensaires d'hygiène mentale. L'évolution successive des législations les reconnaîtra ensuite comme Centre de Santé Mentale dans les années 60. L'arrêté royal de 1975 est un moment de structuration important qui reconnaît les services dans un cadre législatif, des missions et rôles préfigurant déjà celui que le pouvoir public établira en 1993 avec le premier décret de la Cocof agréant et organisant l'activité des Services de Santé Mentale. La législation évoluera encore en 2009 avec un nouveau décret voté par la Cocof dont l'objectif est l'harmonisation des dispositions entre les douze secteurs relevant de ses compétences et agréés par elle.

Agréés et subsidiés pour offrir au public des soins ambulatoires accessibles financièrement, voire gratuits, les Services de Santé Mentale accueillent des adultes, enfants, familles, couples, en souffrances psychiques, présentant des problèmes psychosociaux ou des pathologies psychiatriques nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire.

Introduction

I. Evolution des problématiques sociales et de santé

- Du point de vue qualitatif
 1. Accentuation des situations de grandes précarités et de vulnérabilités
 2. Problématiques infanto-juvéniles
 3. Demandes de suivis psychiatriques
 4. Demandes via les tiers et instrumentalisation des psychologues
 5. Les personnes âgées
 6. Problématiques liées à l'exil
- Du point de vue quantitatif

II. Evolution des pratiques professionnelles du secteur

1. La conception de l'accueil
2. Le groupe communautaire
3. Pratiques de réseau, extra-muros, adossement au social

III. Implication des SSM dans les projets de réseaux de soins (107 adultes et Bru-Stars)

- Réseaux "107 adultes"
- Réseau infanto-juvénile "Bru-Stars"

IV. Adéquation entre l'évolution des problématiques et des pratiques

1. Etat des lieux des problématiques et de leur évolution
 - a. Saturation des équipes/de l'accessibilité
 - b. Evolution des problématiques
2. Etat des lieux des freins rencontrés et des réponses apportées
 - Freins
 - Réponses
3. Mise en perspective des moyens requis pour favoriser l'adéquation

V. Comparaisons pluri-annuelles des données récoltées : 2009-2010 vs 2014-2015 vs 2016

Introduction

1. Files actives
 - 1.1 Durées de suivi/temps écoulé depuis l'ouverture du dossier
 - 1.2 Distribution des classes d'âge
 - 1.3 Evolutions démographiques et évolutions de la patientèle
2. Prestations
 - 2.1 Evolutions des prestations au cours du temps
 - 2.2 Commentaire sur les évolutions des prestations au cours de temps
3. Nouveaux dossiers
 - 3.1 Nouveaux dossiers "enfants et adolescents"
 - 3.2 Nouveaux dossiers "adultes"

Introduction

Méthodologiquement, ce rapport a été construit à partir de deux types de récolte de l'information :

- Des rencontres ont été organisées à la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale avec des représentants délégués par leurs services pour y rendre compte et témoigner de l'évolution des problématiques sociales-santé et de l'évolution des pratiques dans leurs équipes. Au total, cinq matinées de réunion ont été organisées et ont permis de recueillir le témoignage de quinze Services sur les vingt-deux du secteur.
- Une analyse comparative des données recueillies sur cinq ans : 2009-2010, 2014-2015, 2016.

« Tout ce qui se trouve dans le rapport sectoriel de 2012 reste d'actualité. Les problématiques ne changent pas, mais s'intensifient. Le nombre de demandes augmente, les délais d'attente pour les nouvelles demandes également. Le travail d'accueil se complique puisqu'il y a un engorgement structurel du service et une difficulté constante pour garantir une réorientation où une prise en charge sera assurée ». C'est dans ces termes qu'une psychologue d'un des vingt-deux services s'est exprimée d'emblée.

La première impression générale qui ressort de ce travail d'écoute des équipes sur leurs pratiques et vécus quotidiens est, sans grande surprise, dans la continuité des constats établis lors du précédent rapport. Dans leur grande majorité, les équipes observent une installation durable et une amplification des problèmes et difficultés rencontrés par leurs publics. Ceux-ci sont de plus en plus perçus comme chroniques et structurels, liés à des conditions socio-économiques qui construisent des situations individuelles ou familiales de précarité, laissant les personnes sans ressources. Des contextes sociétaux durs, voire féroces, maintiennent des personnes ou des groupes dans des vécus angoissants qui ne font que renforcer leur vulnérabilité ou qui limitent leur accès aux soins. La paupérisation d'une partie de la population bruxelloise s'accroît, avec pour conséquences des inégalités sociales quotidiennement constatées et des modes d'existence plus proches de la survie que de la vie ordinaire. Les effets sur le plan psychique ou psychiatrique sont considérables. Nombre de situations psychiatriques stables décompensent de manière aiguë quand les sécurités de base sont amoindries mais également quand des mécanismes de suspicion systématisés deviennent la règle.

Pour les Services de Santé Mentale, ces situations entraînent logiquement une augmentation des demandes et un encombrement structurel des services, mais bien évidemment aussi des réalités de prise en charge qui changent le travail et demandent des adaptations importantes.

Dans le texte du rapport sectoriel remis en 2012, on retrouve déjà ces éléments :

- *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.*
- *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 psychiatisation du social maintes fois dénoncées.*

- *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. Ils sont aujourd'hui les laboratoires où s'entrecroisent des problématiques psychiatriques et sociales offrant les reflets de notre société et de ses enjeux.*
- *Les services ont atteint depuis longtemps les limites de leur capacité d'accueil 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. Cet engorgement n'atteint d'ailleurs pas que l'ambulatoire mais se présente de manière récurrente dans le milieu hospitalier et dans nombres d'institutions sociales.*
- *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 socio-économiques multiples auxquels nous sommes tous confrontés.*
- *Par ailleurs les services de santé mentale développent une attention aux souffrances causées par les conditions sociales et accompagnent les personnes et les professionnels dans la juste appréhension de ce qui dépend d'une histoire propre et de ce qui est le fait de politiques qui accentuent la charge individuelle de la crise sociale actuelle.*

I. Évolutions des problématiques sociales et de santé

Les observations recueillies sont de deux ordres. Il s'agit d'éléments d'information qualitatifs ; ceux-ci montrent comment la pratique des services est impactée par des réalités anciennes ou nouvelles, en quoi celles-ci deviennent durables ou augmentent. Les autres éléments d'information sont d'ordre quantitatif.

Du point de vue qualitatif :

On ne peut que renvoyer aux commentaires du rapport de 2012 puisque tous les collègues rencontrés en ont systématiquement fait mention. Toutefois, ils ont souhaité mettre l'accent sur quelques tendances lourdes et thématiques principales spécifiées ci-dessous :

1. Accentuation des situations de grandes précarités et de vulnérabilités

À l'unanimité des services présents lors des réunions organisées à la Ligue pour recueillir leurs observations et analyses, les travailleurs du secteur de la santé mentale constatent une augmentation de situations où les difficultés des personnes s'accumulent et se complexifient.

L'accumulation et l'enchevêtrement des situations difficiles sont souvent concomitants avec leur isolement ou leur solitude. La source des difficultés et des problèmes est multifactorielle.

En fonction de leur implantation géographique sur le territoire régional bruxellois, plusieurs services parlent d'une quart-mondialisation en hausse de leur public habituel de demandeurs, le qualifiant de « nouveau précaire ». Les pertes d'emploi et manques de moyens matériels, l'isolement, les mécanismes d'exclusion, les ruptures familiales et conjugales, les situations de monoparentalité font souvent partie d'un même tableau. « *Les gens dégringolent par étapes successives sur le plan social comme sur le plan psychique* ».

La part sociale des problèmes des gens ne cesse d'augmenter, entraînant des vécus de peur et d'incertitude. Ces phénomènes installent les personnes dans des états de dépassement et de débordements durables. Leurs difficultés sont tellement multiples et intriquées qu'ils n'ont plus de possibilités de discernement. Ils sont agités par les événements plus qu'ils n'agissent sur ceux-ci. Ils sont à la recherche d'une réponse immédiate pour changer leur situation sociale. Le recours au Service de Santé Mentale se fait sur le mode de l'urgence, parfois même dans une sorte de geste désespéré. Le syndrome de Diogène a été évoqué à de nombreuses reprises par des équipes qui en observent une plus grande fréquence parmi les personnes qu'elles suivent.

Beaucoup de gens, du fait de leur précarité matérielle et de leur besoin d'assistance sociale, sont poussés vers les Services de Santé Mentale par des tiers demandeurs, professionnels ou services d'aide et d'assistance divers. Les personnes « *obéissent* », mais comprennent assez mal la démarche qui leur est proposée ou à laquelle ils sont contraints pour conserver des droits ou des moyens. Ils s'approprient peu la demande, viennent une fois, deux fois..., ils sont à la recherche d'une réponse immédiate à leur situation sociale. « *Les gens adoptent parfois le profil ou le comportement qui leur permettra d'acquiescer ou de maintenir des droits, mais qui ne leur permet pas de développer ou de faire valoir leurs compétences* ». Il n'y a pas de demandes pour penser ce qui leur arrive ni de volonté de se mettre au travail sur eux-mêmes. Ils restent englués dans une forme d'immobilisme. Ils ont l'impression que les intervenants sociaux font partie de leur problème. Le moment critique passé, ils ne reviennent plus, ne voyant pas l'intérêt de poursuivre le travail.

Une préoccupation unanime est ressortie des entretiens menés avec les représentants des équipes de Services de Santé Mentale. Tous se sont entendus pour dénoncer un phénomène qui devient structurel. Les dernières années ont vu des changements législatifs ou de réglementation se mettre en place. Ils sont liés aux politiques menées dans le pays, et conduisent à une intensification de la précarisation financière et matérielle, des difficultés d'accès au logement, à l'emploi, aux allocations d'aide, au CPAS, aux soins, et à des conditions d'existence très problématiques pour certaines catégories du public... Le phénomène est clairement perçu comme en extension. D'aucuns parlent de certains de leurs patients en les qualifiant de « *nouveaux exclus des moyens de subsistance* » victime d'inégalités et de discriminations inquiétantes.

S'en suivent de nombreuses descriptions des effets de débordement ou de dépassement dans lesquels « *les personnes coulent littéralement !* ».

Les témoignages des équipes parlent d'une tendance à l'usure tant chez les patients que chez les professionnels liés aux durcissements de certaines politiques. Il y a un *no man's land* entre la santé, le chômage et le CPAS. Les procédures compliquées, suspicieuses, "désafiliantes" sont telles que des angoisses additionnelles surgissent. « *La personne flotte, n'est plus en mesure de savoir que faire ou vers où se retourner pour résoudre ses difficultés* ».

Plusieurs intervenants dans les services ont témoigné unanimement : simplement vivre devient difficile, voire impossible, dans le contexte et les conditions que permet une ville comme Bruxelles. « *Pour nos services, il y a un glissement notoire de notre activité du *cure* vers le *care*. Nous devons tout le temps veiller à ne pas nous substituer aux services sociaux et à ne pas tomber dans l'assistanat des personnes. Le risque est clairement là. Notre souci est de garder un référent clinique et psychodynamique pour éviter cela. Être dans l'accompagnement psychosocial des individus sans faire ou décider à leur place* ».

Avec les personnes psychotiques, ces contraintes ou contextes externes sont souvent des éléments ou des facteurs déclencheurs d'effondrements, de replis ou de périodes délirantes.

Les travailleurs de la santé mentale reçoivent des personnes sur lesquelles repose le soupçon qu'elles profitent du système. Elles ont à démontrer qu'elles ne cherchent pas à profiter. « *Quand on doit justifier en permanence de son état, il n'y a pas de disponibilité pour mobiliser des ressources utiles ou pour mettre en place des solutions durables aux problèmes que l'on rencontre.../...les sujets mis à mal par ces stratégies politiques et les tracasseries administratives qui en découlent, dévient de la thérapie elle-même, s'en servent et se limitent pendant les séances de thérapie à justifier leur légitimité et à démontrer qu'ils ne sont pas des profiteurs* ».

L'ensemble de ces phénomènes a évidemment aussi conduit les équipes à être sollicitées pour des interventions extra-muros croissantes ; elles concernent des personnes ou des familles pour qui la démarche de se rendre dans un lieu d'accueil est impossible. Ce n'est qu'en acceptant ce préliminaire de se rendre d'abord dans leurs lieux de vie que les travailleurs psychosociaux ont accès aux personnes. Le lien, la confiance, l'établissement d'une relation d'aide est à ce prix. Les public et familles quart-monde ou vivant dans la très grande précarité ne se rencontrent que de cette façon. Les vécus de stigmatisation, les représentations déficitaires, la honte, l'humiliation, mais aussi le chaos matériel du lieu de vie, où diverses formes de phobie sociale... sont régulièrement des éléments pris en considération par les équipes pour décider d'intervenir au domicile des gens.

2. Problématiques infanto-juvéniles

Par rapport à ce qui avait été retenu dans le rapport sectoriel de 2012, une tendance générale des services de santé mentale met en évidence l'augmentation notoire des demandes concernant des enfants de plus en plus jeunes. Plusieurs équipes ont signalé qu'elles étaient sollicitées pour des petits dès leur entrée en maternelle. Les difficultés qui se présentent sont des troubles de l'attention, de l'apprentissage, des phobies scolaires, des troubles du développement, des symptômes dans la lignée autistique.

Au moment de la scolarité, les problèmes se déclarent de façon précoce. Assez souvent, c'est l'inquiétude conjointe entre un parent et un professionnel du monde scolaire, médecin, puéricultrice, institutrice..., qui enclenche le processus et permet la consultation. Les situations sont complexes. Avec le jeune âge, peu de demandes arrivent par le côté psy. Généralement, les débuts de prise en charge se font par le biais de la logopédie ou de la psychomotricité, lesquelles sont considérées comme des portes d'entrée moins inquiétantes, mais avec une représentation que l'accès aux psychologues n'est pas loin et possibles.

Il est remarquable que le nombre de logopèdes et de psychomotriciens soit en augmentation depuis une dizaine d'années dans les services, les dernières extensions d'équipe enfants ayant permis ces recrutements.

Les services voient également l'évolution des familles, l'apparition des « nouvelles familles ». Les conflits conjugaux et la remise en question des vies de couple a produit un nombre impressionnant de séparations ; elles sont de plus en plus nombreuses, touchent toutes les catégories sociales, entraînant des recompositions multiples et un grand nombre de familles monoparentales, plongeant les parents séparés dans des conflits tendus et douloureux, parfois dans une totale insécurité financière et matérielle. L'incidence sur les enfants est réelle. Les effets se voient au travers des demandes pour des troubles de l'attachement, de la structuration, de la concentration et de l'attention, des troubles du sommeil.

Les demandes se font essentiellement via des tiers demandeurs. L'école, les centres psycho-médico-sociaux, les services de la petite enfance, de l'Aide à la jeunesse, de protection, sont les voies d'entrée en service de santé mentale pour des problématiques infanto-juvéniles précoces ou adolescentes.

Une autre difficulté touche les équipes. Elles sont plusieurs à le signaler. Le désarroi de certains parents, souvent des mères seules avec des enfants ou des adolescents, complètement débordés par les questions éducatives, les poussent à rechercher une aide à la parentalité. Les demandes sont adressées pour un soutien à l'éducation des enfants. L'insécurité des parents, sur le plan matériel et financier, le stress lié à leur situation de vie, le débordement ne les rend plus capables de soutenir une position de parent et de se soucier du bien-être et d'un cadre éducatif consistant pour leurs enfants. *« Un père, une mère nous dit ne plus être capable de s'opposer à son enfant, de lui dire simplement...non ! Le psy est appelé à la rescousse sur ce genre de situations de dépassement.../.... Ce sont également des familles qui ont un dossier au S.A.J ou au S.P.J, pour des suspicions de négligence ou pour des maltraitances, qui doivent être aidées pour remettre en place un minimum de cadre éducatif avec leurs enfants ou adolescents. ».*

La question des parents en souffrance psychique a été plusieurs fois évoquée comme une réalité nouvelle et croissante demandant aux équipes de s'organiser sur deux volets à la fois. L'adulte est reçu et suivi, l'enfant ou le jeune de son côté mobilise l'attention d'une autre partie de l'équipe, d'où une coordination nécessaire de ces deux modalités de prise en charge au sein des services, ce qui constitue une richesse, mais consomme du temps.

3. Demandes et suivis psychiatriques

Historiquement, les Centres de santé mentale, devenus Services de santé mentale avec la législation des années 90, ont toujours eu pour vocation l'accueil, le diagnostic, le traitement et le suivi des personnes ayant des problématiques psychiatriques. Que ce soit pour prévenir les crises et éviter de devoir recourir à l'hospitalisation, ou pour assurer un suivi post-hospitalisation, les équipes du secteur ambulatoire de la santé mentale ont bâti une partie de leur engagement par ce travail de psychiatrie sociale, dans la cité. Une expertise considérable et reconnue s'est constituée au fil des décennies dans ce domaine spécifique.

Malgré un envahissement croissant des Services de santé mentale avec des problématiques plus psychosociales et des sollicitations de personnes qui présentent des souffrances principalement liées aux contextes pathogènes de leur cadre de vie, les équipes maintiennent leur disponibilité et leur offre spécifique pour accueillir et traiter les patients présentant des maladies psychiatriques.

Diversement concernés par ces réalités, selon leur plus ou moins grande proximité avec un établissement hospitalier psychiatrique ou en fonction d'habitudes de travail en réseau avec des structures hospitalières, les travailleurs signalent un volume des demandes concernant ces prises en charge et ces suivis psychiatriques qui demeure assez stables. Globalement, les demandes se distribuent sur toutes les couches sociales de la population.

4. Demandes via les tiers et instrumentalisation des psychologues

Un constat pointé vivement lors du premier rapport sectoriel, il y a cinq ans :

Une tendance se confirme. Les problèmes de santé, de santé mentale ou sociaux de leurs usagers sont tels que les intervenants - tout secteur ambulatoire confondu - 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.

La psychologisation, voire la psychiatrisation de réalités sociales vécues douloureusement par des personnes fragiles et sans ressources personnelles est une voie de réponse qui s'installe. Elle correspond à un sentiment d'impuissance ou d'incompréhension d'un intervenant de l'aide sociale, administrative, juridique. Dans l'impasse, « il se dit que ça doit être psy, ou encore il se déleste d'une situation qui le déborde ou qui l'exaspère » et l'adresse se fait naturellement vers le secteur de la santé mentale, qui lui se vit comme l'ultime recours quand tout a été essayé sans succès.

À cela s'ajoute une nouvelle donne. Plusieurs services témoignent de leur sentiment d'être instrumentalisés par des usagers et/ou des services demandeurs tiers (justice, CPAS, logement, ONEM-emploi...). Les gens doivent rendre compte de leurs démarches actives, de leur responsabilisation, de leur soumission aux contrôles pour obtenir de l'aide. Les pys sont alors interpellés pour confirmer par des attestations ou des rapports d'expertise ce qu'il en est de leur état psychologique ou psychiatrique, toutes démarches qui viendront permettre aux gens d'obtenir l'aide espérée. Les psychiatres doivent consacrer de plus en plus de temps à ce type de procédure au détriment de leur temps de consultation habituel. Le ressenti et la plainte du secteur dénoncent une forme d'instrumentalisation perverse et contre-productive. D'une part, les usagers contraints à ce genre de contrôle et démarche sont poussés à adopter le bon profil ou à tenir le bon discours, celui qui leur assurera l'obtention ou la continuité de leurs droits, d'autre part, engagée comme telle, la demande donnera assez peu d'ouverture à un travail plus personnel.

5. Les personnes âgées

La population vieillit. L'incidence est ressentie à deux niveaux. D'une part, le maintien des personnes âgées dans une vie relationnelle et active est conditionné pour toute une série d'entre elles à une limitation des moyens financiers disponibles ; d'autre part, beaucoup n'ont plus la possibilité physique de bouger pour des raisons de santé.

Aujourd'hui la grandeur de la ville, sa densité, son rythme, ses conditions urbaine amplifient leurs difficultés. La vulnérabilité du grand âge est perceptible de tous : l'isolement, la dépression, l'angoisse, la souffrance liés à la perte de statut, d'identité, de mémoire, de repères ainsi que la maltraitance induisent une augmentation des demandes effectives d'intervention.

On assiste dès lors à une augmentation des demandes effectives d'intervention. Certaines équipes ont mis en place des moyens spécifiques pour y répondre et les demandes qui leur sont adressées nécessitent la mise en place d'un travail pluridisciplinaire associant étroitement social et psy. Même si les personnes âgées sont parfois réticentes à solliciter de l'aide et se déplacent difficilement, elles requièrent un travail à domicile et des interventions en réseau qui impliquent, de la part des équipes, un ajustement de leurs modes d'intervention privilégiant, encore plus que de coutume, l'accompagnement dans le lieu de vie.

Malgré le vieillissement constant de notre population et les problématiques qui en découlent, aucune politique de soins de santé physique et mentale d'envergure n'est menée en la matière.

Les soins actuels sont orientés vers des prises en charge de masse, minimisant au maximum l'individualité, soutenant la stigmatisation et la contrainte collective qui vont de pair avec une augmentation de la dépendance des personnes avançant en âge.

Nos aînées sont confrontées aux deuils successifs qu'ils soient d'ordres psychiques/physiques et doivent faire face avec des ressources de plus en plus limitées.

Malgré une charge de travail déjà bien présente, certaines équipes ont fait le choix de mettre en place des moyens spécifiques adaptés aux personnes âgées. Cette approche pluridisciplinaire est réalisée majoritairement dans leur lieu de vie, faute de mobilité. Le désarroi et la souffrance des proches mobilisent également les différents intervenants du réseau.

Ces prises en charge monopolisent davantage les effectifs. Le temps qui y est consacré doit impérativement être pris en considération.

6. Problématiques liées à l'exil

Les personnes en exil et demandeuses de pouvoir bénéficier du statut d'asile ont spécialement impactées les Services de santé mentale, ces deux dernières années, et tout particulièrement les services plus spécialisés sur cette thématique au sein du secteur, en lien avec la crise des migrants depuis 2015.

Les travailleurs pointent une très claire accentuation de la précarité des personnes demandeuses. Celle-ci est corollaire à une législation, des règlements administratifs et des modalités de contrôle qui rendent le système féroce à l'instar de ce qui se passe dans les autres pays européens.

La condition du droit au séjour va influencer directement les possibilités d'accès aux soins, au logement, à l'aide d'une manière générale. Les demandes sont traitées aujourd'hui beaucoup plus vite par le CGRA, ce qui signifie que les déboutés se retrouvent très vite à la rue. Les accès aux statuts d'asile sont octroyés de façon très restrictive. Les procédures fondées sur l'établissement de preuves à partir de récits cohérents dans la durée permettent d'écarter une majorité de personnes, provoquant des détresses, des angoisses et des formes de désespoir multiples.

« Les problématiques rencontrées n'ont pas changé depuis le début de l'existence du service, mais du fait de la violence institutionnelle du système, nous constatons beaucoup plus qu'avant de décompensations sur un mode psychotique, avec des tableaux cliniques de violences tournées sur soi ou vers les autres, mais également bons nombres de décompensations sur un mode plus mélancoliques » ainsi parle une psychologue clinicienne qui a eu l'occasion d'observer sur plusieurs années les effets du durcissement institutionnel d'état à l'égard des réfugiés et demandeurs d'asile.

Dans ce public, il y a beaucoup de mères seules avec des enfants. Les situations sont très complexes à démêler. Il s'agit aussi de familles forcés à l'errance, déboutées de tout statut. Auparavant, ces personnes avaient accès à différentes formes d'aide, notamment sur le plan matériel ; actuellement, elles ont seulement accès à un centre de retour dans lesquels elles ne vont généralement pas, ce qui entraîne leur entrée dans la clandestinité avec des déplacements et des déménagements très fréquents. La fréquentation scolaire des enfants est rendue très problématique dans ces conditions. « Nous suivons des femmes enceintes, leur grossesse se passe en errance, à la rue. Des femmes vivent seules avec des enfants en bas âge dans la rue.../... Si jusqu'ici notre population était plutôt adulte, nous sommes ces temps-ci plus confrontés à des souffrances en lien avec l'exercice de la parentalité en condition d'exil et en errance. Nous proposons des réponses en santé communautaire pour offrir aux gens des possibilités de restauration du lien et de moins souffrir des effets de la désaffiliation ». Ces situations complexes prennent beaucoup de temps aux équipes, les mobilisant fréquemment sur de l'urgence.

Certaines des conditions d'accès aux soins se sont modifiées. Par exemple, les centres d'accueil ne remboursent que deux séances psy par mois, pour des périodes de trois mois renouvelables. Cela nécessite tout un travail de justification, de rapports à rentrer.

Il est à noter enfin une surcharge de demandes nécessitant un travail avec interprètes (pratiquement 45% des situations aujourd'hui), ce qui du coup ne permet de proposer des rendez-vous que toutes les trois semaines, voire tous les mois.

D'un point de vue plus quantitatif :

La conséquence de tous les phénomènes et de l'augmentation des situations décrites est la forte sollicitation des équipes et un état de saturation quasi permanent des services :

« Ce n'est plus de la saturation, mais de l'hyper-saturation par moment ! »

Le volume des demandes croît plus vite que la capacité des équipes à accueillir les demandes.

Des services ont parlé de «...dix nouvelles demandes par semaine, c'est au-delà de ce que nous pouvons prendre en charge avec un minimum de sérieux et d'attention, car il y a bien entendu tous les suivis anciens encore en cours, le travail administratif et politique qui est très chronophage... ».

Les équipes essaient de travailler sans liste d'attente. Les demandes sont reçues on donne priorité aux demandes locales mais cela suppose de toute les façons un important travail pour les adresser ailleurs,, sans aucune garantie que les réorientations aboutissent. Les pertes en cours de route sont très probables. Les gens sont démotivés s'ils ne sont pas pris en charge là où ils s'adressent, et ne poursuivent pas la démarche.

II. Évolution des pratiques professionnelles du secteur

En regard de l'ensemble des phénomènes et réalités nouvelles décrits par les Services, les pratiques sont à la fois stables et en évolution.

Dans leur majorité, les dispositifs, leur structuration et leur organisation sont restés les mêmes parce que le modèle d'intervention fondé sur une expérience et une histoire de plusieurs dizaines d'années dans le cas de certains Services de santé mentale reste tout à fait pertinent pour répondre à un bon nombre des demandes ou des situations adressées.

Cela dit, l'évolution des problématiques social santé rencontrées par le secteur au cours des cinq dernières années est décrite pour l'essentiel comme en continuité et/ou en augmentation par rapport à des évolutions déjà constatées à l'occasion de l'établissement du premier rapport sectoriel, en 2012. L'aspect durable de ces évolutions a motivé les équipes à réfléchir progressivement à des solutions ou à des adaptations dans leur offre, pour mieux répondre aux besoins de leurs usagers, anciens ou nouveaux, ou pour résoudre les difficultés des travailleurs que ce soit leur surcharge quantitative ou leur sentiment de débordement et d'impuissance dans certaines des situations complexes qui leur sont soumises.

Ces évolutions dans les pratiques professionnelles peuvent être regroupées en quelques points :

1. La conception de l'accueil.

La thématique de l'accueil et la réflexion sur les conditions de sa réalisation mobilisent pratiquement toutes les équipes de Services de santé mentale. Comme cela a été largement décrit dans le chapitre consacré aux évolutions des problématiques social santé, une partie du public et les besoins exprimés par ce public ont changé.

Ceux-ci nécessitent que l'accueil, le premier accueil, les modalités de prise en charge au moment des premiers contacts soient repensés à la fois pour tenir compte de représentations des personnes, liées à leur condition socio-économique, leur désarroi, leur origine, leur culture, leur langue, mais également pour construire des dispositifs d'accueil tenant compte de leurs vécus et de leurs capacités.

Des espaces de convivialité, des lieux d'accueil à bas seuil d'exigence, des nouvelles formes de disponibilité et de présence dans l'organisation des permanences, sont pour ne citer que ceux-là quelques modalités mises en place pour améliorer l'accès des personnes au service et dans le service. Des initiatives plus anciennes pratiquées depuis des années déjà dans certains Services ont suscité des idées et ont favorisé une émulation auprès de certaines équipes.

Cette réalité et l'importance que le secteur lui accorde ont motivé deux travailleuses d'un service à proposer la création d'un groupe de travail spécifique dédié à la réflexion sur la thématique de l'accueil, lequel est fréquenté par des intervenants de plusieurs équipes et tient ses réunions depuis trois ans à la Ligue.

2. Le groupe et le communautaire.

C'est à ce niveau que se situe probablement l'évolution majeure du secteur sur les dernières années. Le modèle classique « demande – offre de consultation » se révèle peu pertinent ou insuffisant en regard de toute une série de réalités ou de nouveaux publics qui frappent à la porte des services.

La culture des gens, leurs habitudes de vie, la précarité liée à leurs contextes de vie, mais aussi leurs représentations ou leurs conceptions de l'aide, ne permettent plus d'imaginer pour certains publics une offre et une pratique fondées sur la motivation et l'engagement d'un individu pour un travail personnel de questionnement sur ce qui lui arrive, du moins pas directement.

Le projet d'accompagner une personne dans un parcours de subjectivation reste au cœur de l'éthique des équipes, mais c'est avec la conviction que des conditions préalables d'accès aux soins, de mise en confiance et de « *préparation à une libération ou un dégagement de la parole* » aient été pensées et concrètement mises en place.

À l'occasion des réunions organisées pour recueillir les témoignages des équipes, de nombreux exemples ont été cités de ces initiatives prises dans les différents Services du secteur où l'on voit l'accent qui a été mis sur le groupe et le communautaire. Pour toute une partie des usagers potentiels, les voies d'entrée dans le Service de santé mentale passent par des dispositifs collectifs. Ils dégagent utilement les personnes de leur appréhension naturelle à exprimer auprès d'un inconnu, fût-il un professionnel de l'aide et du soin, leur souffrance et des parts délicates de leur histoire intime.

Comme il a été signalé plus haut, les observations faites par les équipes démontrent une augmentation objective du nombre de cas adressés aux Services par des tiers, professionnels ou institutions, demandeurs pour une personne ou pour une famille. Généralement, la motivation de ceux-ci à se soumettre à la demande, il serait d'ailleurs plus judicieux de dire - à la démarche -, est très faible et correspond plus à une intention d'obéir pour se conformer en échange de moyens ou de droits espérés. Prétendre engager un travail personnel dans ces conditions est le plus souvent voué à l'échec. Les conditions pour qu'une écoute et un travail subjectivant soient envisageables demandent d'en passer au préalable par un accueil dans des dispositifs favorisant la confiance et la compréhension de l'utilité ou de l'intérêt d'une parole personnelle.

De nombreuses initiatives ont été prises ces dernières années dans les Services qui ont proposé à leur public des activités de groupe ou communautaires : ateliers cuisine, réalisation d'expositions, d'un journal, de films vidéo, activités artistiques, socioculturelles, de loisirs, de découverte, école de devoirs, stages...

« On utilise de plus en plus des objets intermédiaires, des médias, dans ces groupes. C'est très désangoissant pour les gens. Ils ont une offre qui répond à un besoin immédiat : rompre l'isolement, ne plus avoir peur, retisser du lien, parler de choses quotidiennes, évoquer leur culture. Au fil du temps, de petites étapes en petites étapes, les personnes s'habituent, se détendent. Un espace relationnel plus profond devient possible. Des demandes plus personnelles surgissent, l'écoute permet de s'ouvrir sur d'autres horizons, plus subjectifs ». Ce qui est visé c'est de proposer un espace clinique moins formel et créateur de lien social.

3. Pratiques de réseau, extra-muros, adossement au social.

Toutes les équipes ont confirmé que la saturation de leurs Services et la complexification croissante des demandes qui leur sont adressées les installent de plus en plus dans des nécessités de travail en réseau. Démêler les situations et l'intrication des problèmes dans lesquels certaines familles se trouvent, avec un véritable empilement des difficultés de tous ordres, n'est possible que moyennant des collaborations de réseau et des liens plus personnalisés entre travailleurs de secteurs proches de l'aide sociale ou du soin. Ce n'est pas nouveau, mais c'est incontournable et cela s'accroît chaque jour. Les pratiques des Services ont été impactées par ces nouvelles réalités et les ont engagées durablement dans ces adaptations et évolutions de leur façon de travailler.

Il en est de même pour le travail extra-muros ou pour des interventions préalables où « *le psy s'engage dans un accompagnement sur des démarches administratives ou d'ordre matériel, parfois purement éducatives avec des enfants. Il s'agit d'abord d'être avec les gens, parfois même de façon urgente, pour les aider concrètement à résoudre des besoins fondamentaux. Il est arrivé qu'on commence par trouver à manger pour les enfants d'une famille...avant de nous occuper de quoi que ce soit d'autre !* ».

III. Implication des SSM dans les projets de réseaux de soins (107 adultes et Bru-Stars)

L'implication des SSM agréés par la Cocof dans les projets de réseaux de soins, initiés avec la réforme des soins de santé mentale par le Service Public Fédéral de la Santé, doit être considérée sur deux plans très différents :

- Celui de la participation à la structure organisationnelle des réseaux, qui suppose la participation à une série de structures et de sous-structures organisées autour des différentes fonctions et orientations définies institutionnellement, de façon relativement contraignante, par la réforme des soins de santé mentale ;
- Celui de la collaboration pratique entre services dans le cadre de la prise en charge conjointe ou simultanée de patients et/ou de leurs proches. Un tel travail en réseau, organisé plus ou moins informellement, préexistait à la réforme. Les « équipes mobiles » créées par celle-ci sont alors apparues comme des ressources nouvelles, en addition et complémentarité de celles existantes, l'enjeu étant ici la mise en place de collaborations effectives et cohérentes.

Les réseaux « 107 adultes » et « Bru-Stars » ayant une histoire et des fonctionnements quelque peu différents, nous les envisagerons distinctement.

Réseaux « 107 adultes »

Il est important de signaler que dans les quatre antennes qui existent aujourd'hui dans le cadre des réseaux « 107 adultes », les appréciations des professionnels sont fort différentes selon le type de gouvernance implémenté dans chaque antenne. Il faut ainsi distinguer la gouvernance au niveau régional du projet 107 et le mode d'organisation et de collaboration pratique et situé dans chaque antenne. Dans les faits, certaines antennes réussissent à implémenter, non sans débats parfois, des pratiques croisées entre l'ambulatoire et les attentes de la réforme.

Pour rappel, à la suite d'un appel national à projets de création d'équipes mobiles de crise et de soins de longue durée pour des patients adultes, deux projets pilotes de réseaux « 107 » aux orientations cliniques différentes ont été créés à Bruxelles, «Hermès + » et « Bruxelles Est/Titeca-Saint-Luc ».

Le réseau « Bruxelles Est/Titeca-Saint-Luc » s'est formalisé au départ de deux hôpitaux dont les projets initiaux ont été fusionnés, l'hôpital TITECA ayant gelé des lits.

Le réseau « Hermès Plus » c'est lui organisé au départ de structures principalement ambulatoires qui, pour beaucoup, étaient déjà engagées de longue date dans un travail de collaboration et ont fait le pari de se constituer en ASBL, sans financement par un gel de lit. Cette option qui ne correspondait pas aux desiderata initiaux du SPF Santé a cependant été acceptée.

Le dispositif retenu pour la réforme est structuré sur base de 5 fonctions :

- F1 : prévention, détection précoce, diagnostic ;
- F2 : équipes mobiles de traitement intensif;
- F3 : réhabilitation ;
- F4 : traitement résidentiel intensif ;
- F5 : traitement résidentiel spécifique).

Priorité a été donnée, dans la phase initiale de la réforme, à la mise sur pied d'équipes ambulatoires de soins à domicile, de crise (équipes dites F2A) et de soins de longue durée (équipes dites F2B).

Cet accent mis d'abord sur le travail ambulatoire à domicile, une pratique qui n'était pas neuve à Bruxelles, mais était restée peu développée par manque de ressources, a suscité l'intérêt des services ambulatoires et permis une collaboration régulière entre ceux-ci et les équipes mobiles sans soulever de problèmes majeurs. En effet, dès lors que les règles déontologiques qui permettent de maintenir les contacts et de travailler ensemble ont été respectées, des « échanges de patients » et des visites à domicile réalisées ensemble ont été possibles, un travail clinique commun a pu être élaboré. L'expérience accumulée au fil des ans par les services ambulatoires a pu être réinterprétée et complétée par les nouvelles équipes mobiles qui ont permis d'élargir les champs d'intervention et de suivis. Du côté d'Hermès plus, par exemple, la confiance initiale entre les partenaires, qui avait conduit à la création de l'asbl, a largement facilité les échanges et les collaborations.

L'agencement du dispositif de réforme autour de 5 fonctions mettait d'emblée les SSM - qui ont un rôle dans les trois premières fonctions et, possiblement, secondaire dans la cinquième - en porte-à-faux par rapport à la place qu'ils pouvaient prétendre occuper dans le dispositif, alors qu'ils étaient sollicités intensément comme ressource de relai post-hospitalier et post-crise. Cantonnés dans le groupe de travail F1 (prévention, détection précoce, diagnostic), ils se trouvaient déjà en difficulté pour faire entendre et reconnaître toutes les spécificités de leur travail.

Les difficultés ont été accentuées lorsque des injonctions ou des suggestions insistantes ont été transmises par le SPF Santé et ses relais aux professionnels de terrain, préconisant une organisation (et même des modes d'intervention) sans grand rapport avec les pratiques éprouvées de longue date par les différents partenaires qui, en outre, s'efforcent constamment d'améliorer la qualité de leurs interventions.

A partir de 2016, commence une seconde phase d'extension de la réforme au cours de laquelle une nouvelle intention a commencé à se faire jour aux yeux des participants : la redéfinition, à long terme, de l'ensemble du dispositif de soins de santé mentale au profit d'une nouvelle structuration sous des formes et selon des prescrits définis par le SPF Santé.

Le dispositif « Hermès + » malgré les difficultés dues aux injonctions du SPF Santé et en s'appuyant sur la cohésion et l'entente des services impliqués autour de conceptions partagées du travail en santé mentale a pu maintenir les relations qui existaient entre les équipes conserver une cohérence de travail.

Du côté de « Est de Bruxelles/ Titeca - Saint Luc », autant la cohésion et l'entente des cinq fonctions découlent naturellement de conceptions partagées par le réseau réel bruxellois, autant les professionnels invités initialement comme « experts » se sont trouvés en difficulté face au fonctionnement rencontré dans cette étape de réforme. Les liens préexistants avec les SSM étaient soit peu développés, soit s'étaient distendus, soit avaient connu des variations plus ou moins marquées au fil du temps, mais les contacts déjà établis ont facilité la reprise ou la poursuite des échanges. Les deux autres antennes du projet 107 n'ont pas rencontrés ces difficultés.

La participation des SSM aux structures organisationnelles et aux multiples réunions connexes allait bien au-delà des capacités pratiques des équipes. Pour certaines antennes, les prescrits très strictement définis du SPF Santé et présentés à l'approbation des groupes de travail, entraient régulièrement en conflit avec des conceptions de travail défendues par des professionnels et profondément ancrées dans une pratique au plus proche des réalités bruxelloises rencontrées quotidiennement. De manière générale, le travail trop souvent à réaliser dans l'urgence produit des effets d'absence de prise de recul et empêche la nuance nécessaire à la bonne compréhension et implémentation de nouvelles pratiques.

Dans les faits, le modèle d'organisation des soins préconisé par la réforme cherche à mettre en place des modules et des parcours de soins structurés, aux formulations définies, tels que souvent recommandés en médecine physique. Un tel modèle, relativement rigide, que l'on pourrait caricaturalement considérer comme « entrée-sortie », permet difficilement de tenir compte des multiples incertitudes qui, plus encore que dans un contexte hospitalier, relativement structuré, peuvent venir interférer dans les prises en charge dans un contexte ambulatoire. La saturation des équipes face à des demandes qui se multiplient et, pour beaucoup, se complexifient ; les manques de possibilités de prise en charge de nombreux patients, les difficultés trop nombreuses à aborder la désinstitutionnalisation donnent à beaucoup le sentiment d'une impasse de la réforme des soins de santé mentale pour les adultes et de l'organisation des soins en général. Une situation jusqu'ici inconnue lors des étapes précédentes de la réforme de la psychiatrie.

A ce stade, les objectifs de la réforme, la redistribution des rôles et des missions qu'elle envisage pour les services impliqués et en particulier pour l'ambulatoire, la stratégie qu'elle entend mettre en application pour finaliser la mise en place d'un nouveau dispositif de santé mentale en 2025 sont d'une telle complexité qu'elles dépassent les limites de ce rapport et pourraient dès lors faire l'objet d'un travail à part, voire d'un audit externe.

Dans un tel contexte et compte tenu de la conception organisationnelle et stratégique de formalisation des réseaux soutenue par le SPF Santé, sa volonté d'organiser un réseau unique pour la région de Bruxelles-Capitale est perçue de façon très dubitative dans les SSM. D'autant que le modèle qui tendrait à être privilégié, décliné selon plusieurs zones géographiques facilitant le travail de proximité, resterait celui préconisé par la réforme, dès l'origine, d'un redéploiement « médical » de l'hôpital psychiatrique dans lequel les SSM se voient, de fait, assigner une place tout à fait marginale.

Réseau infanto-juvénile « Bru-Stars »

Lancée en 2015, la nouvelle politique de soins de santé mentale pour les enfants et les adolescents a d'emblée été envisagée par le Service Public Fédéral de la Santé comme projet global, au niveau de chaque province et de Bruxelles et, non plus, comme les projets « 107 adultes » sur base volontaire, locale. Le réseau infanto-juvénile bruxellois a donc immédiatement réuni des représentants de l'ensemble des services hospitaliers et ambulatoires de santé mentale.

La réforme se structure, comme dans les projets « 107 adultes », autour de 5 fonctions (détection précoce, screening, orientation ; diagnostic ; traitement ; inclusion dans les domaines de vie et échanges et valorisation de l'expertise). À la différence de ce qu'induisaient les 5 fonctions de la réforme « adultes » (prévention, détection précoce, diagnostic ; équipes mobiles de traitement intensif ; équipes de réhabilitation ; traitement résidentiel intensif ; traitement résidentiel spécifique) qui mettaient d'emblée les SSM - qui ont un rôle indéniable dans les trois premières fonctions et, possiblement, secondaire dans la cinquième - en porte-à-faux par rapport à la place qu'ils pouvaient prétendre occuper dans le dispositif, les 5 fonctions de la réforme « enfants et adolescents » ne posaient pas d'emblée la question du rôle à tenir, dans le nouveau dispositif, par les équipes « enfants et adolescents » des SSM. A priori, elles sont concernées par les 5 fonctions retenues.

La mise en place de la réforme n'ayant pas fait l'objet d'une information largement diffusée en temps opportun, la constitution du Comité de Réseau Exécutif s'est faite, à partir de la Plate-Forme bruxelloise de Concertation. Trouver, en peu de temps, des volontaires pour représenter les SSM au sein du CRE n'a pas été facile, d'autant que l'expérience des réseaux « 107 adultes » étaient loin d'être convaincante pour certains : réunions sans nombre et tensions nombreuses étant souvent rapportées. Il n'y a pas eu de procédure de désignation de « représentants » des SSM, mais plutôt « auto-désignation » de membres du CA de la Plate-Forme qui se sont engagés à participer au CRE.

Conséquence, pour les SSM Cocof en tout cas, la présence de leurs représentants est très variable (certains suppléants n'ont pratiquement jamais joué leur rôle) et la coordination entre eux ne se fait pas spontanément. La notion de mandat, de représentation, n'est pas intégrée, tant au niveau de certains représentants des SSM au CRE qu'à celui donné par l'ensemble des équipes « enfants et adolescents » à leurs représentants. Le mandat reste informel pour une très large part. Ceci tient aussi à une difficulté des SSM, qui existe de longue date, à développer une vision d'ensemble de leur activité. La plupart des équipes tendent à rester, d'abord, centrées sur leurs activités locales, en défendant, chacune séparément, leurs spécificités. Il faut noter à ce sujet que la multiplication des réunions de tout ordre ne simplifie pas le travail d'équipe de taille souvent réduite – en particulier en comparaison avec celles des structures hospitalières, souvent très fréquemment organisées sur la base de temps partiels et confrontées à de très nombreuses demandes.

Comme dans la réforme « adulte », la première phase de construction du réseau a porté sur la création de deux types d'équipes mobiles : de soins de crise (courte durée) et de soins assertifs (de longue durée). Pour se faire, plusieurs équipes mobiles existantes, attachées à des hôpitaux, étaient dissoutes et leurs moyens alloués aux nouvelles équipes mobiles. D'autres moyens financiers importants étaient fournis par le SPF Santé pour permettre la création du réseau, l'engagement de coordinateurs du réseau, de pédopsychiatres responsables et de personnel. Une grande énergie a donc été consacrée au départ à la création de ces équipes mobiles, ainsi qu'à la transformation de lits K hospitaliers en lits K de crise.

De ce fait, la perspective d'un réseau global bruxellois, réunissant de multiples partenaires, est passée au second plan, la priorité étant donnée à la constitution des équipes mobiles (engagements, moyens et lieux de travail...) et au développement de leur activité.

La problématique des lits K de crise a concerné les équipes mobiles et les services hospitaliers. Les SSM n'ont pas pris part à des discussions portant essentiellement sur les modalités d'organisation et d'accès à des lits hospitaliers dont ils ne sont pas les premiers utilisateurs.

En ce qui concerne l'organisation des équipes mobiles et en dépit des préconisations des représentants des SSM en faveur d'équipes différenciées - de crise d'une part et de longue durée de l'autre - qui peuvent prendre en compte les spécificités particulières à chaque type de prise en charge, il a été décidé que finalement soins de crise et soins de longue durée seraient assurés par les mêmes équipes. Cela peut se concevoir du point de vue de la continuité des soins, mais qui risque de faire l'impasse sur la saturation probable des équipes à plus ou moins moyen terme et sur la nécessité d'organiser les passages entre services.

Aucune discussion n'a été possible à ce sujet. Une réflexion sur le projet clinique des équipes n'a fait l'objet d'aucun groupe de travail et, à l'une ou l'autre occasion, toute évocation de possibles différences de conceptions cliniques entre hospitaliers et ambulatoires - qui devraient être abordées pour pouvoir envisager des échanges et des collaborations - a été balayée. Au cours de cette période, des tensions manifestes ont pu apparaître entre hospitalier et ambulatoire.

Arguant de leur disponibilité de longue date aux situations d'urgence et leurs besoins de pouvoir disposer de relais qui devraient « légitimement » assurer une partie de ce travail, les services hospitaliers ont ardemment souhaité que les SSM assurent des permanences tournantes auxquelles les équipes mobiles pourraient adresser un certain nombre de situations de crise. Malgré les remarques venant des SSM sur le peu de réalisme pratique d'un tel dispositif, les services hospitaliers ont poursuivi leurs exigences. Plutôt que d'entrer en conflit sur cette question, dix-neuf SSM « Cocof » ont choisi d'offrir la permanence demandée pour les équipes mobiles, le principe d'une évaluation au bout de 6 mois étant retenu. Sur les 28 semaines de l'expérimentation, 147 heures de permanence ont été proposées, dont une a été utilisée à la demande d'une équipe mobile et deux pour une situation orientée par un SSM vers une équipe mobile. Le non-sens d'un tel dispositif était dès lors évident. Les SSM ont alors organisé deux réunions avec les pédopsychiatres du réseau, souhaitant aborder tant les aspects cliniques que pratiques d'une collaboration suivie.

Ces premiers échanges ont permis de définir une première ébauche d'un cadre de travail permettant une collaboration sans que des suites concrètes y aient réellement été données.

Des rencontres avec les équipes de chaque SSM, ont aussi été proposées aux pédopsychiatres du réseau et à leurs équipes. Quelques rencontres ont eu lieu, mais ne semblent pas avoir connu de suite.

Par ailleurs, le financement du réseau infanto-juvénile par le SPF Santé donnait la possibilité d'engager du personnel dans les SSM qui serait détaché dans les équipes mobiles. Un tel montage s'est cependant avéré, après examen, trop risqué au plan juridique et financier pour que les petites équipes des SSM s'y engagent.

Actuellement la collaboration entre SSM et équipes mobiles semble peu fréquente. Les SSM restent ouverts aux contacts et aux échanges, comme ils le répètent depuis deux ans, mais les pédopsychiatres des équipes mobiles n'y auraient, à notre connaissance, que rarement donné suite. Une rencontre récente, organisée par le réseau, a remis à l'ordre du jour une telle proposition sans retour sur d'éventuelles suites déjà effectives.

Il semble que, de leur côté, quelques SSM aient adressé des demandes aux équipes mobiles, notamment en lien avec des demandes d'hospitalisation de crise ou d'urgence, mais il n'y a pas eu de retour d'information organisé à ce sujet.

Il n'y a pas, à l'heure actuelle, de réelle information sur les conceptions cliniques sur lesquelles s'appuient les différentes équipes mobiles (enfants, adolescents, jeunes et justice). Leur pratique semble se structurer autour d'une conception plutôt hiérarchisée et médicale du soin qui ne paraît pas être nécessairement partagée par les pédopsychiatres des SSM.

Le seul groupe de travail « clinique » à s'être mis en place et auquel participent deux psychologues de SSM n'a pas pour objectif de discuter précisément de cas problématiques, comme c'est habituellement le cas dans des processus d'intervention, mais plutôt de définir des lignes de conduites à tenir face à différentes situations rencontrées par les différents intervenants du réseau au niveau de responsabilités qui sont les leurs.

Du point de vue du fonctionnement et de l'organisation du réseau dans son ensemble, l'état d'esprit et les dynamiques de travail sont nettement plus positifs que ce qui est rapporté pour les réseaux adultes. Il n'est cependant pas possible d'ignorer certains diktats du SPF Santé qui imposent le lancement de programmes spécifiques dans des délais réduits, induisant des distorsions aux priorités préalablement arrêtées. Par ailleurs, nombre de questions soulevées par l'organisation en réseau telle que conçue par le SPF Santé (engagements financiers, dépenses acceptées, contrats d'engagements de personnels...) sont restées longtemps sans réponse, générant des incertitudes majeures quant à la faisabilité et aux suites du projet.

Par ailleurs, les enjeux institutionnels et de pouvoir induit par le développement d'une telle structure sont considérables. Certains acteurs peuvent chercher à s'y investir particulièrement, y acquérant un poids que d'autres, qui n'excluent pas de participer au projet, mais n'ont que des moyens limités (en temps et personnel essentiellement) à y consacrer, ne pourront contrebalancer. Une telle situation pourrait, si l'on n'y prend garde, peser lourdement sur le travail quotidien dans les SSM, notamment si l'on cherche à imposer des procédures de collaboration rigides sans tenir compte des réalités et des pratiques en cours.

Par ailleurs, il faut relever qu'il reste difficile de suivre les développements du réseau dans la mesure où :

- Des délais courts pour la réalisation de certaines actions sont imposés par le SPF Santé qui peuvent obliger le CRE à revoir ses priorités, les actions en cours perdant alors de leur visibilité.
- La multiplicité des problèmes à traiter en CRE peut conduire à une certaine confusion. Les modalités de prise de décision dans le CRE ont longtemps été floues et ne sont pas encore clairement établies.
- Aucune mise à plat du dispositif bruxellois de santé mentale n'a été réalisée et le SPF Santé, pilote du projet, n'a jamais demandé un tel préalable. Aucun partage de données n'existe qui permettrait de mieux identifier et mesurer l'importance d'éventuels points problématiques du dispositif, de permettre d'évaluer différents développements du projet.
- Le réseau concernant en principe l'ensemble des acteurs bruxellois en charge de l'enfance et de l'adolescence, nombre de discussions sont décentralisées, se centrent souvent sur des points très techniques et n'intéressent directement que de petits nombres d'acteurs. Les détails et nuances autour de ces questions peuvent être difficiles à saisir, en particulier lorsque les retours d'informations sont peu fréquents ou peu détaillés et se font essentiellement oralement.
- L'activité réelle des équipes mobiles (dont il faut cependant reconnaître certaines difficultés de mise en place) n'est pas connue. Aucun rapport ni aucune statistique d'activités n'ont jusqu'ici été produits.

Par ailleurs, l'injonction par le SPF Santé d'une gouvernance de réseau organisée obligatoirement autour de 1/3 maximum de représentants du secteur de la santé mentale, 1/3 maximum de représentants des secteurs de la santé et du social et de minimum 1/3 de représentants de secteurs de la société civile impliqués dans la prise en charge des enfants et adolescents va probablement rendre les discussions et les enjeux plus complexes encore.

Une note positive cependant, il nous a paru notable, au cours d'une réunion récente, d'entendre pour la première fois reconnaître, par des acteurs hospitaliers, un manque de moyens pour la santé mentale infanto-juvénile ambulatoire. Légitimation implicite, a posteriori, de la décision de la CoCof d'octroyer des moyens supplémentaires aux équipes enfants et adolescents ? Ou reconnaissance explicite d'un état de fait signalé de longue date ?

Les Services ont rappelé aussi qu'une évaluation objective demande d'être mise en place avec le recours à un cadre tiers externe et à une procédure qui dit clairement sa méthode et ses objectifs.

IV. Adéquation entre l'évolution des problématiques et des pratiques

Certaines évolutions des pratiques sont toutes récentes. L'observation et l'évaluation de leurs effets et résultats seront plus sérieusement mesurables pour autant qu'on les laisse s'expérimenter sur du long terme. On peut toutefois aujourd'hui tenter de tirer quelques lignes de force.

1. Etat des lieux des problématiques et de leur évolution potentielle

Cette première partie consiste à synthétiser les constats les plus représentatifs et illustratifs des problématiques rencontrées par les SSM. Elle trouve notamment sa source dans le travail de récolte et d'analyse des données présenté ci-après. Les grosses tendances révélées par les chiffres sont les suivantes :

a. Saturation des équipes/de l'accessibilité

Le constat n'est pas neuf et d'année en année, la saturation produit ses effets dans toutes les équipes. Allongement des temps d'attente en lien avec l'augmentation des demandes. Difficultés à mettre en place des suivis combinant régularité et fréquence suffisante. Diminution du temps nécessaire à la mise en place en place d'action en prévention. Choix impossible entre les besoins en termes de soins psychiatriques et de prise en charge de la détresse psychique d'origine sociale. Augmentation de la durée des prises en charge qui rend l'accès aux soins psychiques ambulatoires plus difficiles.

Le poids de la réforme de la psychiatrie adulte et infanto juvénile et le contexte institutionnel dans lequel il arrive diminue le temps « clinique » par la participation requise des SSM à une série de nouvelles instances et d'autres lieux décisionnels. De la même manière la nécessité de répondre à des contingences administratives de plus en plus pointues et de prendre dans le cadre soignant les temps de travail nécessaire pour les réaliser produit des effets cumulés.

Les équipes sont de fait saturées. Elles font face à une demande croissante et/ou plus complexe, s'est probablement lié à une croissance de la population, directement (proportion semblable de demandeurs chez les nouveaux et les anciens résidents) ou indirectement (tensions créées par l'augmentation du nombre de nouveaux résidents qui se traduisent par une « évacuation » de certaines de ces tensions sous la forme de « problèmes de santé mentale » adressés aux SSM. Exemple : tensions scolaires dans des écoles qui doivent accueillir des enfants dont l'intégration dans le fonctionnement habituel de ces écoles s'avère difficile). Cette saturation interroge l'offre généraliste des services de santé mentale qui ont été créés pour offrir une alternative à la psychiatrie hospitalière. Ils sont aujourd'hui de plus en plus aux prises avec toute une série de nouvelles demandes qui témoignent aussi de l'évolution de la question « psychique » au sein de la société ou des modes d'énonciation d'une série de mal-être aux racines sociales. Cette réalité nous oblige à faire une place à toutes ces réalités.

Si l'on prend maintenant en considération, les projections de populations réalisées pour les 19 communes aux horizons 2020 et 2025 (IBSA, 2017), tout en gardant le niveau actuel de patientèle des SSM comme point de comparaison, la perspective qui se dessine laisse entrevoir une saturation croissante des SSM. Dès lors, l'augmentation, réelle, de la population bruxelloise devra, qu'on le veuille ou non, se traduire par une augmentation ou une redéfinition de l'offre.

L'expérience de ces dernières années nous confronte à une augmentation croissante des demandes qui nous amène à penser parfois qu'elle est devenue structurelle. L'orientation ou la réorientation des personnes prend en temps considérable et se heurte à la saturation globale du réseau social-santé.

b. Evolution des problématiques

Conjointement aux problématiques « habituellement » adressées aux SSM, de nouvelles situations voient le jour et nécessitent quotidiennement une adaptation des moyens mobilisés. Le contexte global est celui d'une précarisation accrue tant sociale que psychique.

Dans la première partie du rapport on peut retrouver ces évolutions (réfugiés, pauvreté et exclusion, personnes âgées, désaffiliation sociale, difficultés scolaires).

2. Etat des lieux des freins rencontrés et des réponses apportées

Freins

a. Manque de moyens en personnel pour s'adapter aux demandes, pour répondre aux missions, pour toucher la diversité des publics spécifiquement en ce qui concerne le maintien de la fonction psychiatrique. Absence de moyens dédiés à tous les aspects administratifs nécessaires à la bonne gestion d'une institution. La participation financière des usagers est de plus en plus réduite ce qui impacte la santé financière des services (frais de fonctionnement, part financière sur certains postes). Ces réalités vont progressivement mettre à mal la réalisation de nos missions.

b. Complexité institutionnelle bruxelloise, multiples réformes, organisation du système de soins de santé, développement de nouvelles formes d'organisations.

c. On est de plus en plus sollicités dans un rôle d'expert par des intervenants sociaux pour parer aux effets des politiques sociales. C'est une nouvelle forme de psychologisation et de psychiatrisation du social qui instrumentalise les professionnels du secteur. Tous les secteurs sont touchés, aide sociale (CPAS), logement social, indemnités mutuellistes, ...

d. Tout le travail d'accompagnement des patients qui existait jusqu'il y a peu devient de plus en plus difficile. Régulièrement des intervenants sont interdits d'être présents avec les usagers lors des rencontres avec le médecin conseil, le conseil social du CPAS, Quelle que soit la fonction des intervenants ils sont de plus en plus dans le seule justification de l'obtention de demande sociale de base.

e. Carence dans beaucoup de secteurs de réponses spécifiques. Lieux d'accueil mère-enfant, lieux d'accueil enfant et jeune, problématique du handicap. Prise en charge de troubles graves des populations sans statut reconnu.

Réponses

a. Les services sont dans une dynamique constante qui les amène à revisiter leurs pratiques et à mettre place de nouvelles. Mais faire place à la créativité pour adapter les modes d'intervention aux nouvelles problématiques nécessite une élaboration participative à une politique social-santé régionale dans une perspective de soins de santé mentale.

b. Développement du travail sur un axe collectif (travail communautaire) est une des illustrations de la recherche des nouvelles manières de penser le soin. De manière globale une approche critique de l'offre de soin classique se met en place. Les exemples du travail en collaboration avec le secteur du logement, du social, avec les écoles, avec la grande précarité (Housing first)

c. Abandon de l'équation : augmentation des demandes = augmentation des consultations

d. Développement du « service aux professionnels » pour les autres secteurs, sous des formes diverses : sensibilisation, formation, intervision et projet commun sur des territoires partagés.

3. Mise en perspective des moyens requis pour favoriser l'adéquation

a. Sur les aspects législatifs. Il faut rappeler que les politiques fédérales ont toujours un impact régional qui nécessite un travail de collaboration beaucoup plus intense avec les ministres de tutelles. Pour ce faire, il nous semble essentiel de doter les secteurs de moyens de recherche et d'études permettant d'objectiver les problématiques et les réponses à y apporter. Ceci dans la perspective d'éclairer le politique.

b. Redéfinition de certaines fonctions, reconnaissance du rôle de coordinateur, valorisation des psychiatres.

V. Comparaisons pluriannuelles des données récoltées : 2009 - 2010 vs 2014 - 2015 vs 2016

Introduction

Les résultats de l'année 2016 ont été comparés, dans toute la mesure du possible, à ceux, agrégés, des années 2009 et 2010 et des années 2014 et 2015. Cette agrégation, par paires d'années, des données vise à réduire l'impact potentiel de variations annuelles marquées, toujours possibles et susceptibles alors de conduire à des interprétations erronées de résultats annuels, liés à des circonstances « exceptionnelles ». Ce choix de lissage a porté sur des paires d'années, à cinq ans d'écart, de façon à pouvoir mieux mettre en évidence d'éventuels écarts. La comparaison de deux groupes agrégés de 5 années ou la présentation de séries temporelles réclamait trop de travail préparatoire, la variabilité de la qualité des données fournies par les équipes devant chaque fois être soigneusement examinée avant de pouvoir constituer un groupe de SSM qui donne du sens à une comparaison temporelle. En effet, il nous a fallu tenir compte des proportions parfois importantes de formulaires PsyStat non complétés par certaines équipes, des recueils de données spécifiques à d'autres équipes tout comme de la variabilité, entre les équipes, des taux de réponse « inconnu » à certains items.

Ceci nous a conduits à la sélection d'un ensemble de 16 équipes installées dans la cité (identifiées comme SSM « Ville »), excluant les équipes installées sur un campus universitaire (identifiées comme SSM « Campus » dans la suite du texte). Ces équipes ont pris en charge, en 2017, 33 % du total des 5.070 enfants et adolescents et 28 % du total des 14.556 adultes suivis par l'ensemble des SSM « Cocof ». Les caractéristiques de leurs patientèles les distinguent cependant nettement des équipes des SSM « Ville » (cf. rapports de synthèse pour les années 2007-2010). En effet, la patientèle « enfants et adolescents » de ces services se distingue par une sur-représentation nette des adolescents, des familles recomposées, des gardes alternées, des mères à l'emploi, des niveaux de formation supérieure des mères et des demandes personnelles ou formulées par les parents ou l'entourage. Inversement, les enfants de 5 à 9 ans sont sous-représentés dans leurs patientèles, comme les résidents bruxellois, les familles monoparentales, les familles nombreuses et les mères sans profession ou au foyer. Dans leurs patientèles « adultes », les patients de nationalité belge, vivant en couple sans enfants, actifs professionnellement ou étudiants et/ou ayant fait des études supérieures sont sur-représentés, tout comme ceux qui s'adressent à ces équipes dans un mouvement de démarche personnelle. Inversement, les résidents bruxellois et les familles monoparentales y sont sous-représentés. En matière de prestations, la sur-représentation, dans les SSM « Campus », des thérapies par rapport aux autres types d'interventions réalisées est également manifeste, que ce soit pour les enfants, les adolescents ou les adultes. Du fait de ces différences importantes, l'agrégation des données de ces deux catégories de SSM risquait, de produire des résultats beaucoup plus difficiles à interpréter. Par ailleurs, certaines données récentes des SSM « Campus » n'étaient, de toute manière, pas disponibles et ne permettaient donc pas de comparaison temporelle, ce qui a inévitablement conduit à ne pas les considérer dans l'analyse.

Cet ensemble de 16 SSM « Ville », pour lesquels des données sont disponibles pour chacune des années considérées, permet des comparaisons fiables pour les paires d'années considérées et l'année 2016. On verra cependant que, pour certaines variables, le nombre de SSM pris en considération dans la comparaison est moindre. Cela s'explique par les proportions importantes de données manquantes pour ces variables, rencontrées certaines années dans certaines équipes.

Compte tenu, d'une part, de possibles variations inter- équipes dans l'interprétation donnée aux modalités de certaines variables et, d'autre part, des proportions de données manquantes qui peuvent conduire à retirer les données de certaines équipes de l'analyse comparative, les résultats doivent être regardés comme des ordres de grandeur plutôt que comme des mesures précises, indicateurs possibles d'éventuelles tendances, qui conservent toujours des marges d'incertitudes, plutôt que comme marqueurs d'évolutions irréversibles.

Les comparaisons temporelles soulèvent en outre la question des évolutions à la marge. Celles-ci, portant sur des segments réduits des patientèles, peuvent être difficiles à appréhender, d'autant que, dans des groupes réduits, certaines différences momentanées peuvent être interprétées comme des évolutions significatives alors qu'il ne s'agit que de phénomènes aléatoires. Ici aussi la prudence est requise lorsque l'on considère les résultats.

1. Files actives

Comme expliqué dans l'introduction nous avons comparé les données de deux paires d'années 2009-2010 et 2014-2015 entre elles et avec celles de 2016. Les comparaisons ont porté sur les données de file active de 16 SSM « Ville » et n'incluent pas les SSM « Campus » aux caractéristiques trop spécifiques. Pour les années 2009-2010, le nombre moyen de patients de la file active est de 11.012 ; il est de 11.095 pour les années 2014-2015 et en 2016 11.517 patients ont été suivis dans ces 16 SSM. Bien que le nombre de patients suivis en 2016 soit en augmentation de 3.8 % par rapport au nombre moyen de patients des années 2014-2015, il paraît inconsidéré, sur base de ce seul résultat, d'y voir une augmentation significative du nombre de patients suivis : à ce stade, le résultat de 2016 doit être considéré comme une variation de la normale, ce que paraît indiquer la faible variation des tailles des files actives entre 2009-2010 et 2014 et 2015.

Les données considérées dans ce chapitre agrègent les files actives « enfants et adolescents » et « adultes ». Une comparaison plus détaillée était possible, mais nécessitait un temps d'analyse plus long. Les résultats présentés ici sont donc, pour une part, déterminés par le poids de la patientèle adulte dans l'ensemble de la patientèle. Néanmoins, nous ne pensons pas que les évolutions conjointes des patientèles « enfants et adolescents » contredisent les résultats présentés ici. Il faudrait alors que les évolutions des patientèles « adultes » soient encore plus marquées que ce que les observations mettent en évidence.

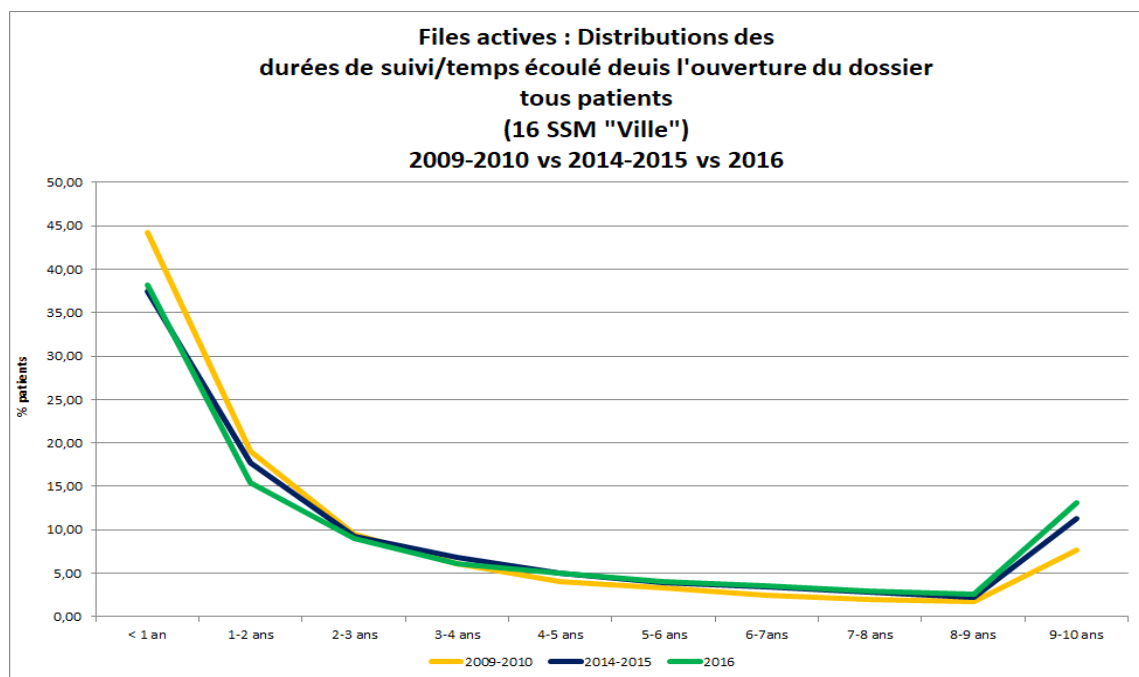
1.1. Durées de suivi/temps écoulé depuis l'ouverture du dossier

Le nombre d'années des suivis est basé sur l'année d'ouverture du dossier. Cela se traduit en termes de « nombre d'années de suivi » de la façon suivante : les patients pour lesquels un dossier a été ouvert dans les années civiles considérées dans l'analyse (2009, 2010, 2014, 2015, 2016) pourront avoir bénéficié, au maximum, de moins d'un an de suivi ; ceux dont le dossier avait été ouvert l'année précédant celle de l'année civile considérée pour l'analyse pourront avoir bénéficié d'un suivi de minimum un an et de moins de deux ans au maximum et ainsi de suite pour les dossiers ouverts les années antérieures.

Pour être plus exact, il faudrait plutôt parler de « temps écoulé depuis l'ouverture du dossier » dans la mesure où un patient peut être vu seulement une fois au cours d'une année. Si un patient est vu une fois par an au cours de deux années consécutives, il ne paraît pas tout à fait exact de parler d'une durée de suivi de 2 ans : s'agit-il réellement d'un suivi ? La discussion reste ouverte. Ayant commencé à traiter cette question sous le terme « durée de suivi » dans d'autres rapports, nous continuerons à l'utiliser. Néanmoins, pour éviter tous malentendus ou possibles contresens, nous

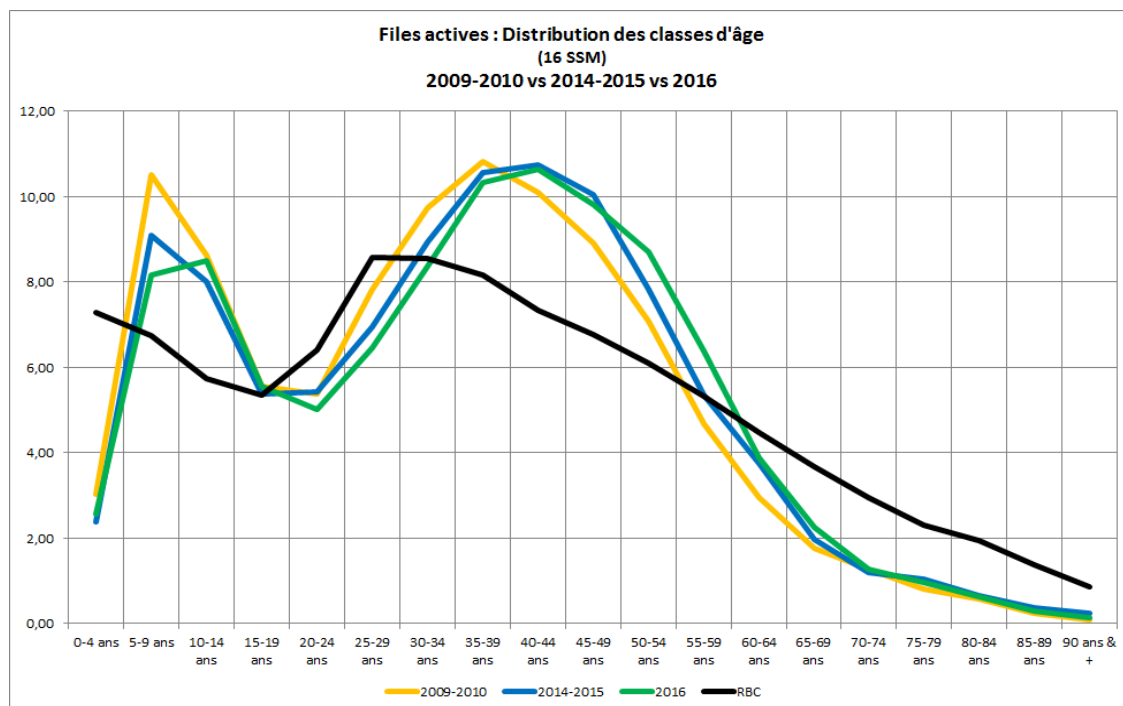
serons attentifs, dans de futures analyses, à toujours utiliser l'expression « temps écoulé depuis l'ouverture du dossier » qui nous paraît plus appropriée. En effet, dans nombre d'équipes le dossier d'un patient n'est jamais fermé et la date de première inscription reste la seule valide même s'il y a pu y avoir une longue période d'interruption entre deux épisodes de suivis. Dans ce cas, même si l'on ne peut considérer que le suivi du patient a duré toute la période écoulée depuis son inscription, le fait qu'un patient revienne et réapparaisse dans la file active nous paraît être, d'une part, le signe d'une vulnérabilité psychique qui persiste ou se manifeste à nouveau et, d'autre part, celui d'un attachement ou d'une confiance à un service dont il a pu mesurer l'aide qu'il lui a été apporté.

En termes de « durée de suivi » ou de « temps écoulé depuis l'ouverture du dossier », le graphique de la page suivante met bien en lumière deux phénomènes : une diminution, dans les files actives, de la proportion de nouveaux dossiers ouverts dans l'année. Pour les années 2009-2010, la proportion de patients dont le dossier a été ouvert dans l'année par rapport à l'ensemble des patients est de 44,1 %. Cinq ans plus tard, en 2014-2015, cette proportion est descendue à 37,5 % pour remonter légèrement à 38,1 % en 2016. La proportion de durées de suivis (ou de dossiers ouverts depuis ...) de 2 à moins de 3 ans est de 72,7 % en 2009-2010 pour diminuer à 64,4 % 5 ans plus tard en 2014-2015 et diminuer encore à 62 % en 2016. À l'autre extrémité de la courbe, la proportion des durées de suivi de 9 ans et plus concerne 7,7 % de la patientèle en 2009-2010 pour passer à 11,3 % en 2014-2015 et à 13,1 % en 2016. Cette diminution de la proportion de patients dont le dossier a été ouvert dans l'année et l'augmentation concomitante de celle des patients dont le dossier a été ouvert depuis plusieurs années, et en particulier 10 ans auparavant traduisent manifestement un allongement des « durées de suivi » (ou une durée de contact, avec le SSM, plus longue de patients dont le dossier a été ouvert il y a plus longtemps). Il y aurait donc, en ambulatoire aussi, un phénomène de « chronicité » qui peu à peu, en l'absence de nouvelles possibilités de prise en charge, bloque l'accès à l'entrée dans la file active d'un certain nombre de « nouveaux patients ». Cette notion de « chronicité » mérite en soi discussion, mais, de toute façon, la place plus grande prise, dans les files actives, par des patients dont le dossier a été ouvert il y a plusieurs années s'est manifestement accrue au cours des dernières années.



1.2. Distribution des classes d'âge

La figure de la page suivante met en évidence un léger vieillissement de la population des files actives. Le graphique présente la distribution, en proportion, des classes d'âge dans les files actives de 2009-2010 (en jaune), 2014-2015 (en bleu) et 2016 (en vert) ainsi que la distribution des classes d'âge dans la population bruxelloise au 1er janvier 2017. Les courbes le montrent bien : il y a un déplacement vers la droite des courbes pour les années les plus récentes, ce qui signifie que les patients des files actives de ces trois dernières années sont, en proportion, plus âgés que ceux des files actives de 2009-2010. Ceci apparaît pour les plus jeunes, mais surtout chez les adultes pour lesquelles le déplacement des courbes est net. Les 25-39 ans sont, systématiquement, moins représentés dans les files actives de 2014-2015 et 2016 que dans les files actives de 2009-2010 tandis que les plus de 40 ans sont, systématiquement, plus représentés dans les files actives de 2014-2015 et 2016 que dans les files actives de 2009-2010. L'âge moyen des patients des files actives est de 33,3 ans en 2009-2010 pour passer à 35,2 ans en 2014-2015 et 35,7 ans en 2016. Ce phénomène est sans doute lié au précédent, d'allongement des « temps écoulés depuis l'ouverture du dossier ». Plus ce temps s'allonge, plus l'âge des patients augmente et il faudrait alors que les « nouveaux patients » pour lesquels un dossier est ouvert au cours des trois dernières années soient significativement plus jeunes pour que le phénomène de « vieillissement » des files actives puisse être suffisamment compensé. Ce qui ne semble pas être le cas.



1.3. Évolutions démographiques et évolutions de la patientèle

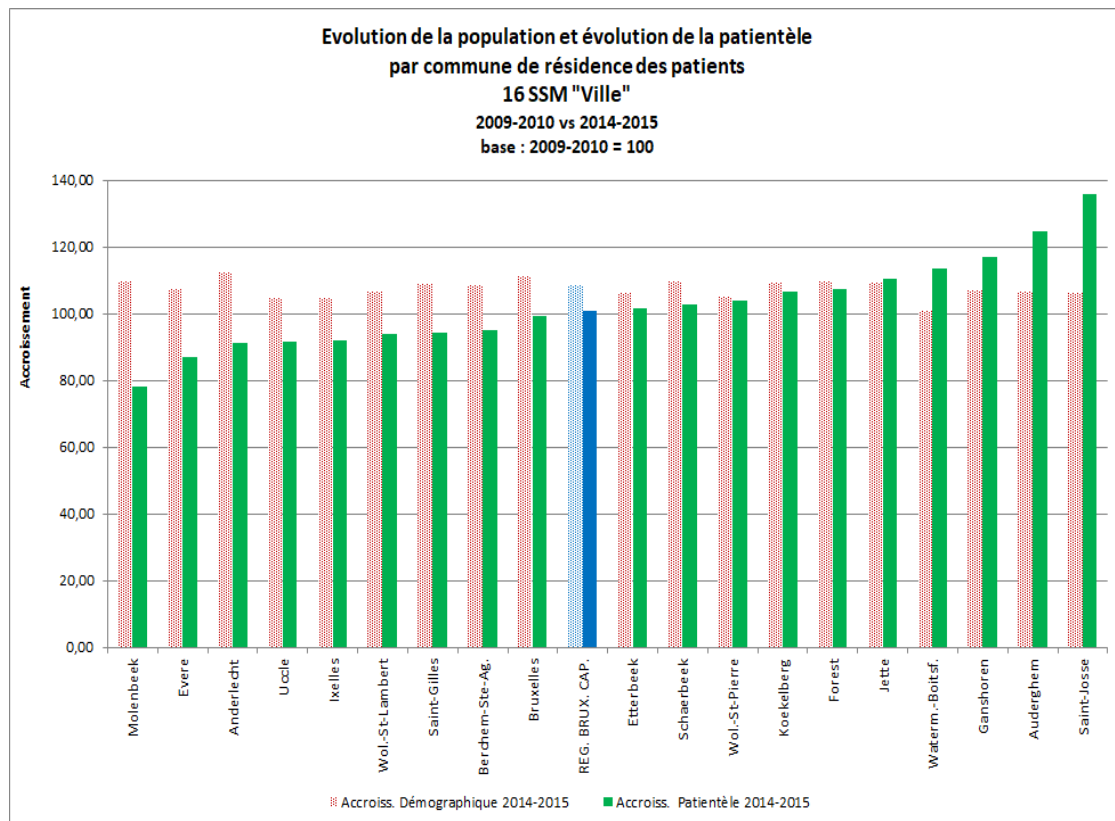
La figure de la page suivante présente, en parallèle, l'augmentation moyenne de la population des communes bruxelloises, de 2009-2010 à 2014-2015, et l'augmentation ou la diminution moyenne du nombre des patients des SSM « Cocof » résidant dans chacune des communes bruxelloises aux mêmes périodes. La figure présente les résultats pour les 19 communes et pour la Région de Bruxelles-Capitale (en bleu).

Le tableau se lit de la façon suivante : 100,00 correspond à une population /patientèle qui n'a pas évolué au cours des 5 dernières années ; 80,00 correspond à une diminution de 20 % la population/patientèle ; 120,00 correspond à une augmentation de 20 % de la population/patientèle. Seules les données de 16 SSM « Ville » ont été prises en considération, ces SSM disposant de données qui permettaient de multiples comparaisons. Les données de patientèle ne reflètent donc pas exactement celles de l'ensemble des patients résidant dans les communes bruxelloises et suivis par les SSM « Cocof ». Comme pour le reste des analyses, les résultats présentés ici sont à considérer comme indicatifs d'une situation et considérés comme des ordres de grandeur. Ils ne doivent pas être regardés comme étant des mesures fidèles et précises d'une situation. Les phénomènes qu'ils mettent en évidence paraissent cependant suffisamment importants pour devoir être considérés avec toute l'attention qu'ils nécessitent.

L'accroissement démographique de la région est, en 5 ans, de + 8,4 %, variant de + 0,9 % à Watermael-Boitsfort à + 12,4 % à Anderlecht. Pour sa part, l'augmentation de la proportion des patients (des files actives des 16 SSM « Cocof ») résidant dans chacune des 19 communes bruxelloises est de + 0,8 %, variant de -21,7 % à Molenbeek à +36 % à Saint-Josse. S'agissant des résidents d'une commune, et bien que la préférence pour un recours à des services situés à proximité du lieu de résidence ait pu être mise en évidence, la diminution ou l'augmentation des patients d'une commune fréquentant les SSM « Cocof » ne peut être directement liée à un SSM particulier. Des facteurs externes (augmentation d'une offre de services « concurrente » de celle des SSM, différences de caractéristiques et de « besoins » entre nouveaux résidents et consultants habituels des SSM....) ou internes (offre ne correspondant pas à des demandes par suite du départ d'un psychiatre ou d'une logopède par exemple ; à l'inverse, augmentation des possibilités de consultation...) peuvent avoir leur rôle, mais il est impossible d'établir ici un lien direct entre ces facteurs et la mesure d'une augmentation ou d'une diminution¹ du nombre de patients d'un SSM en particulier.

1

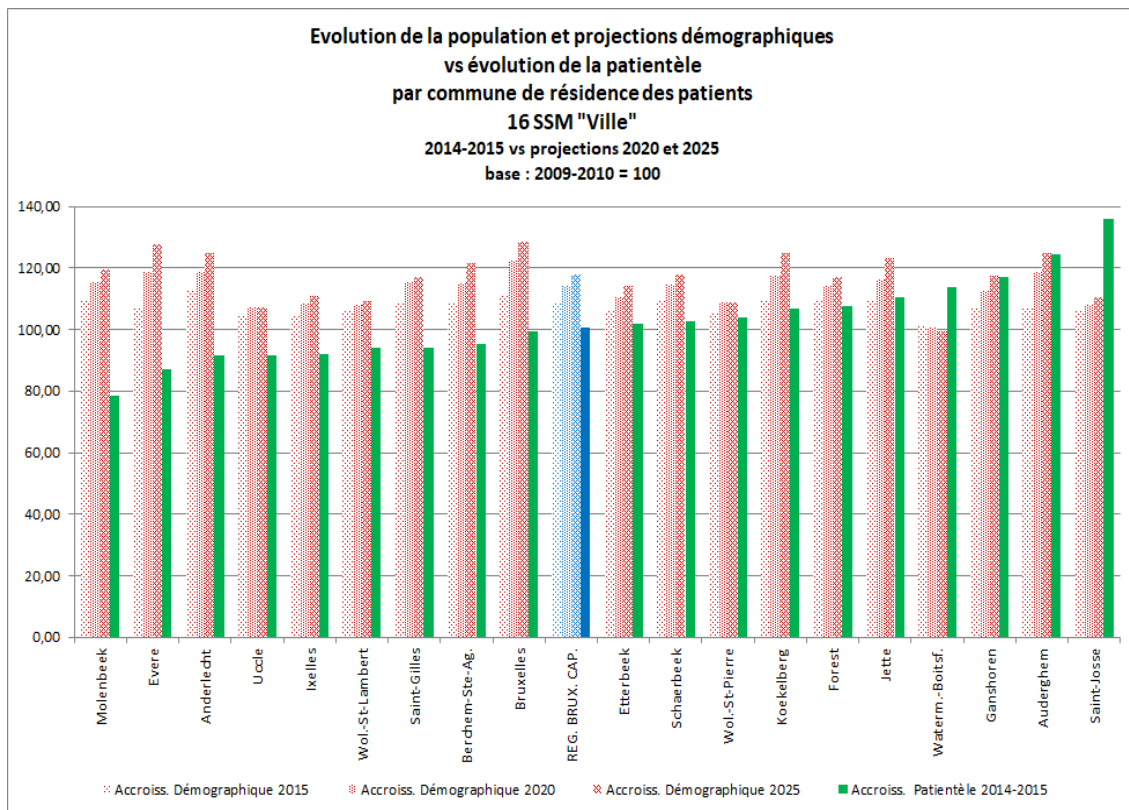
Un artefact administratif est toujours possible : si un SSM n'encodait en 2009-2010, dans une famille, que le « patient désigné » et qu'il a choisi ensuite de répertorier chacun des membres de la famille qui est présent aux consultations, il s'ensuivra une augmentation inévitable du nombre de patients. Ce phénomène nous semble cependant être resté marginal.



Un accroissement de la patientèle significativement supérieur à l'accroissement de la population peut être observé dans quatre communes, dont une (Ganshoren) dans laquelle aucun SSM « Cocof » n'est situé, ce qui nous paraît être le signe d'un « besoin » manifeste en matière de soins de santé mentale dans cette commune. Dans quatre autres communes, l'accroissement de la patientèle est assez proche de l'accroissement de la population, par contre dans 3 communes la patientèle n'a pas augmenté alors que la population a connu une croissance qui peut être considérée comme importante en 5 ans. Enfin, dans 8 communes, la patientèle a diminué alors que la population augmentait. Cette situation peut être aussi considérée comme un indice sérieux de la saturation des équipes. A priori, dans une population en croissance, on peut s'attendre à une augmentation de la demande même s'il n'y a pas nécessairement de relation mécanique entre les deux phénomènes. La croissance de la population peut aussi faire émerger des demandes d'un ordre différent qui devront trouver d'autres réponses que celles traditionnellement offertes. Quoiqu'il en soit, le postulat qu'une croissance de la population entraîne une certaine augmentation de la demande ne paraît pas, a priori, absurde. Le sentiment de saturation des équipes, qui font face à une demande croissante et/ou plus complexe, est alors probablement aussi lié à une croissance de la population, directement (proportion semblable de demandeurs chez les nouveaux et les anciens résidents) ou indirectement (tensions créées par l'augmentation du nombre de nouveaux résidents qui se traduisent par une « évacuation » de certaines de ces tensions sous la forme de « problèmes de santé mentale » adressés aux SSM. Exemple : tensions scolaires dans des écoles qui doivent accueillir des enfants dont l'intégration dans le fonctionnement habituel de ces écoles s'avère difficile).

Quoi qu'il en soit, l'augmentation, réelle, de la population bruxelloise devra, qu'on le veuille ou non, se traduire par une augmentation ou une redéfinition de l'offre.

Si l'on prend maintenant en considération, comme le montre le graphique de la page suivante, les projections de populations réalisées pour les 19 communes aux horizons 2020 et 2025 (IBSA, 2017), tout en gardant le niveau actuel de patientèle des SSM comme point de comparaison (ce qui suppose que les nombres de patients composant les files actives restent, pour les résidents de chaque commune, identiques : aucune augmentation ni aucune diminution du nombre de patients), la perspective qui se dessine laisse entrevoir une saturation croissante des SSM ; la perspective pour la Région de Bruxelles-Capitale à l'horizon 2025 étant une augmentation de sa population de près de 9 % par rapport à l'année 2015 ou de 18 % par rapport à 2010. À offre égale, les 16 SSM « Cocof » considérés dans cette analyse pourront de moins en moins faire face à une demande croissante potentiellement importante. Ce graphique nous semble mettre particulièrement bien en évidence le contexte global dans lequel devront être envisagés places et rôles des SSM dans la prise en charge des problématiques de santé mentale telles qu'elles se rencontrent actuellement et telles qu'elles risquent d'évoluer dans le futur.

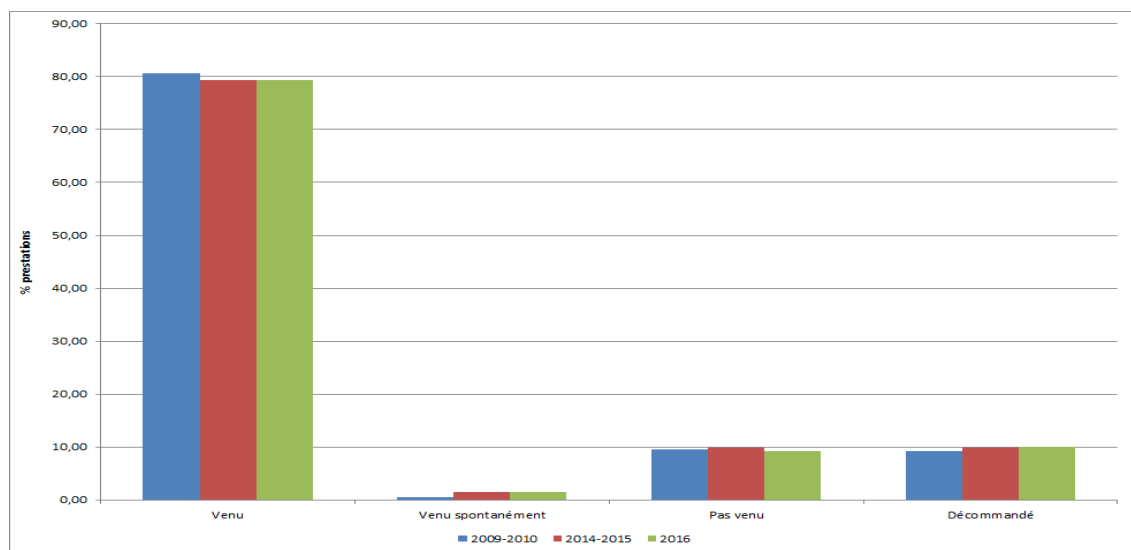


2. PRESTATIONS

2.1. Evolution des prestations au cours du temps 2009-2010 versus 2014-2015 versus 2016

Les résultats présentés ici agrègent les données des équipes « enfants et adolescents » et des équipes « adultes » de 15 SSM « Ville ». Étant donné plusieurs de leurs spécificités, notamment de patientèle, qui les distinguent des SSM « Ville », les SSM « Campus » n'ont pas été intégrés à l'analyse.

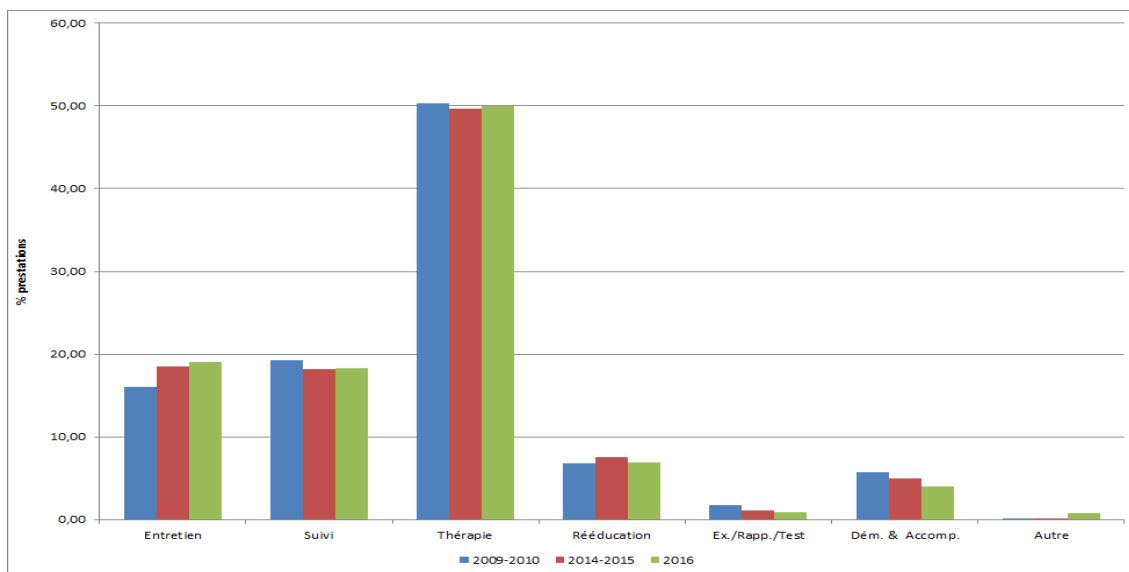
2.1.1. Prestations programmées



La comparaison des paires d'années 2009-2010 et 2014-2015 et avec l'année 2016 fait apparaître de très petites différences, pour les années récentes, dans les proportions de patients venus, de venues spontanées et de rendez-vous décommandés. Mais ces différences sont trop minimes pour qu'une réelle signification puisse leur être donnée à l'heure actuelle. Néanmoins, il importe de relever que les venues spontanées qui restent proportionnellement marginales ont vu leur nombre pratiquement tripler en 5 ans. Phénomène généralisé ou lié à l'offre de certaines équipes ? Il faudra vérifier au cours du temps si les proportions des modalités considérées tendent à rester stables, voient leurs différences subsister et s'accroître ou encore connaître des évolutions contradictoires, signe de mouvements aléatoires.

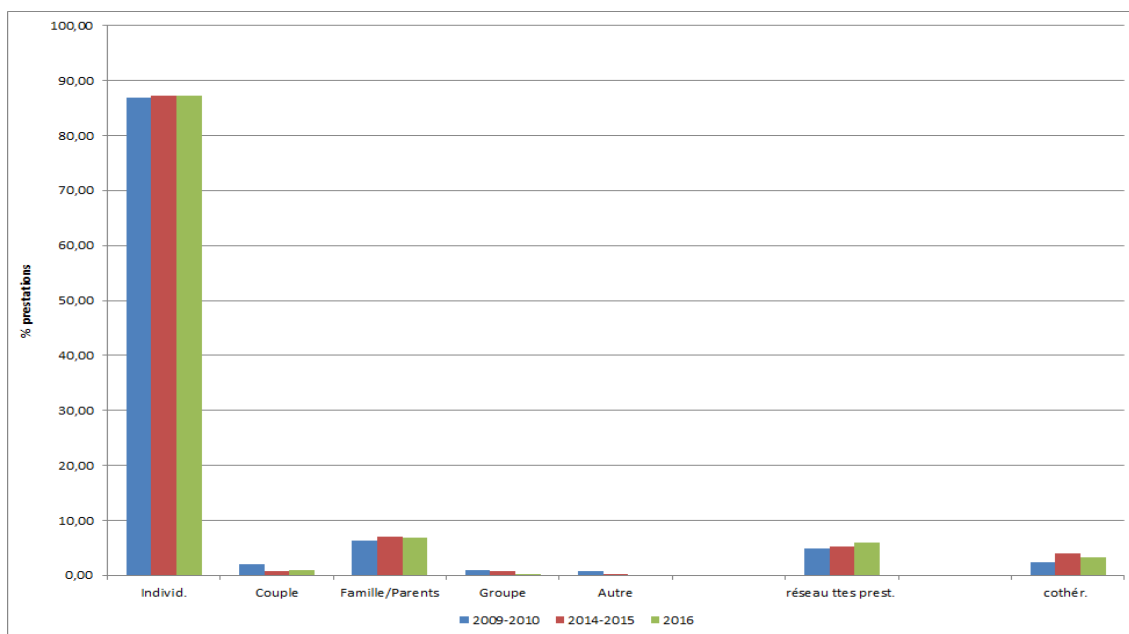
2.1.2. Types d'interventions réalisées

Des différences de proportions évoluant, au cours du temps, dans la même direction sont visibles : croissance des proportions d'« entretiens » et, inversement, diminution des proportions de « démarches et accompagnements » et, mais à la marge, des « examens, rédactions de rapports et testings ». Pour les « suivis » la diminution observée pour la paire d'années 2014-2015 ne s'est pas poursuivie en 2016. Les différences de proportion restent faibles, mais si elles se maintiennent ou s'accroissent, pourraient traduire une tendance des pratiques à évoluer lentement vers des formes présentant quelques différences avec celles des années antérieures.



Ces évolutions sont à tenir à l'œil et à mettre en relation avec d'éventuels changements dans les caractéristiques de patientèles. Le fait que les proportions de patients dits « chroniques » aient augmenté dans les patientèles pourrait peut-être être mis en relation avec l'augmentation des « entretiens », ponctuels. Autre possibilité : l'augmentation des « entretiens » pourrait être mise en relation avec un travail plus fouillé autour des premiers entretiens, imposé par la multiplication des demandes au cours des dernières années. Concernant les « démarches et accompagnements », il faudrait vérifier que toutes ces prestations sont bien encodées. L'utilisation croissante du téléphone et de l'informatique comme support à ces prestations peut les faire sortir des cadres formels habituels et conduire à ce qu'elles soient moins souvent relevées. La baisse de proportion des « examens/rapports/testings » ne peut être expliquée à ce stade.

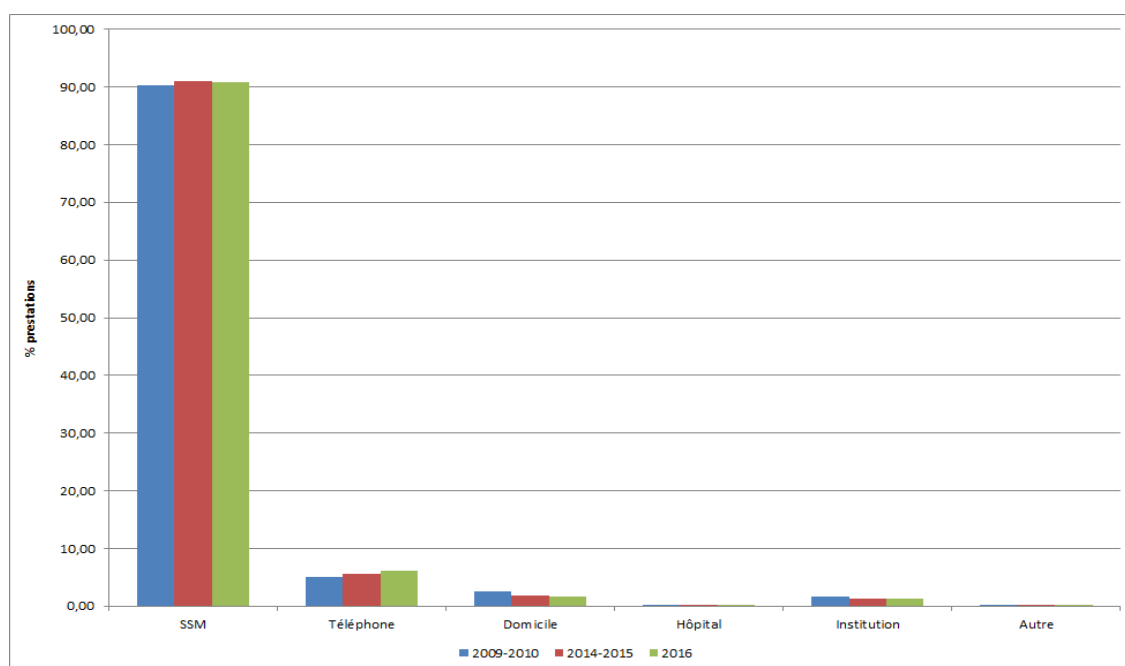
2.1.3. Format des interventions réalisées



Le format des prestations semble n'avoir pas connu d'évolutions significatives au cours du temps. De faibles augmentations de proportions des prestations réalisées avec les familles ou en réseau, pourraient être l'indice d'évolutions dans les pratiques, mais ces formats de prestations restent à la marge, tout comme, de façon plus nette encore, les prestations avec des couples qui sembleraient être encore moins fréquentes. Les prestations réalisées auprès de groupes, même si elles mobilisent plusieurs thérapeutes et réunissent plusieurs patients et s'inscrivent dans une dynamique institutionnelle très différente de celle des consultations plus traditionnelles, restent marginales dans l'ensemble des prestations réalisées.

2.1.4. Lieu des interventions réalisées

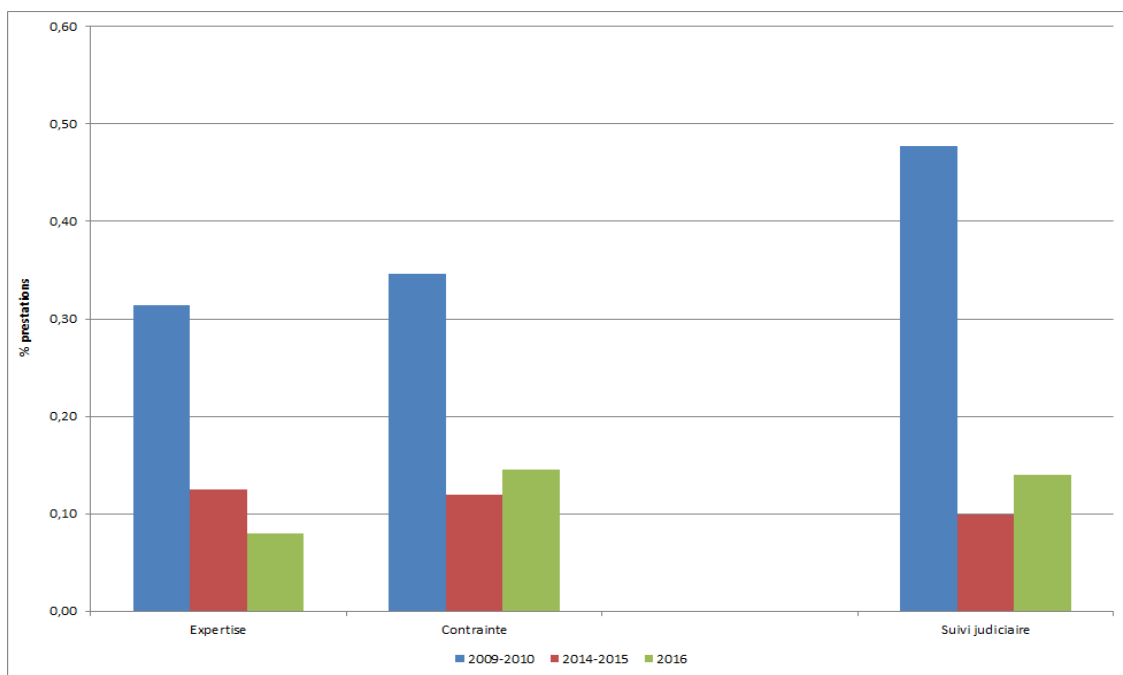
En ce qui concerne le lieu où se sont déroulées les prestations, on peut observer, ici aussi, de faibles différences de proportions au cours du temps. L'augmentation rapportée des proportions d'échanges téléphoniques semble très faible.



Par contre, du fait de leur caractère déjà marginal, les diminutions qui s'observent en ce qui concerne les prestations à domicile et dans les institutions pourraient signaler une évolution, mais qui ne concernerait qu'une très petite partie de la pratique. Ce que les différences qui apparaissent ici pourraient éventuellement traduire, c'est la nécessité pour les (ou la volonté des) équipes, de plus en plus sollicitées, de travailler « à distance », en restant au SSM et en prenant contact par téléphone avec des intervenants externes et en ayant de moins en moins la possibilité, déjà réduite, d'intervenir sur les lieux de vie des patients. Seule l'observation de la poursuite de telles tendances permettra d'assurer un tel constat. Reste que toutes ces évolutions ont lieu à la marge. Les potentiels changements se rapportent à des pratiques qui sont loin d'être courantes.

2.1.5. Interventions à la demande de la justice

Nous avons voulu présenter ici cet aspect tout à fait marginal des pratiques, parce que, malgré le fait que cela ne se rapporte qu'à de (très) petits nombres de prestations, le changement est manifeste. En cinq ans, les proportions d'expertises et de suivis réalisés dans un cadre « contraint » (à la demande d'un intervenant extérieur tiers qui a imposé la prestation au patient), à la demande de la justice, ont diminué de près des deux tiers et la proportion des suivis « judiciaires » de près de 80 %. Bien que marginales dans les pratiques, ces interventions ont très fortement diminué en importance. La spécialisation de deux SSM universitaires, situés sur des campus, n'est certainement pas étrangère à ce phénomène, mais il est possible aussi que, du côté de la Justice, il soit désormais fait appel à d'autres services.



2.2. Commentaire sur les évolutions des prestations au cours du temps

Comme l'ont montré les graphiques, si les modestes différences de proportions qui peuvent être observées sont confirmées dans les années qui viennent, elles pourraient être un indice de changements dans les prestations qui auraient commencé à se produire entre les années 2009-2010 et les années 2014-2015-2016. Reste que leur modestie et les prestations que ces différences de proportion concernent laissent penser que de tels changements, s'ils se vérifient, se rapportent essentiellement à des prestations qui se situeraient plutôt, actuellement, à la marge des pratiques. Le cœur de celles-ci ne serait pas modifié.

Il faut cependant ici, souligner que les différents types et formats de prestations retenus pour le recueil de données sont toujours susceptibles de recouvrir des types de pratiques cliniques différenciées. Un simple exemple concerne les thérapies dont la variété est connue et qui sont reprises ici, sans distinction, sous un vocable unique, qui cependant leur donne un sens spécifique par rapport à d'autres types de prestations qui trouvent leur place dans le travail quotidien des équipes. Ainsi, il pourrait arriver que certaines pratiques thérapeutiques aient fait leur entrée dans les équipes ou s'y développeront dans le futur. Si ces pratiques ne modifient pas fondamentalement le cadre de l'activité, tel que défini par le recueil de données, leur introduction ne pourra être mise en lumière qu'à la condition de changer certaines catégories du

recueil de données pour mieux correspondre aux évolutions introduites. Exemple simple, si une pratique thérapeutique, récemment introduite, modifie le contenu de thérapies individuelles réalisées au SSM, mais sans en transformer le cadre, son introduction n'apparaîtra pas dans les résultats. Il s'agira, pour le recueil de données, d'une thérapie individuelle réalisée au SSM. Formats et lieux de prestations ne changeront pas.

Par ailleurs, les changements éventuels dans les formes des prestations que nous avons cherché à observer ici se rapportent à un cadre institué. Ce dernier n'est pas isolé d'un environnement social et institutionnel qui fait que des patients et des services s'adressent à lui pour en obtenir aide et soins. Il est dès lors difficile de modifier un ensemble (ou un sous-ensemble) de prestations, du jour au lendemain, sans tenir compte de cet environnement et des relations qui sont entretenues avec celui-ci. Lorsque le service est institutionnellement inscrit dans un univers de pratiques (et de demandes à partir lesquelles ces pratiques se sont constituées) il ne peut modifier son offre, ou ses pratiques, sans fournir des explications convaincantes aux services et personnes avec qui il est en relation, en particulier si ces modifications de l'offre ou de la pratique s'accompagnent de nouveaux critères portant sur l'acceptation des demandes adressées. Ce pourra être simple dans le cas d'un nouveau service qui fera l'objet de tests (souvent non explicites) de la part de potentiels « partenaires ». Dans le cadre d'un service institué, les changements, pour être acceptés par les partenaires devront, dans bien des cas, être introduits progressivement, à la marge, ou concerneront d'abord des prestations peu fréquentes, dont la modification aura le moins d'effets possibles sur l'activité du service lui-même ou de celle de ses partenaires. Les « chocs » de changement introduisent souvent des chaos dont les effets se poursuivent parfois à long terme.

3. NOUVEAUX DOSSIERS

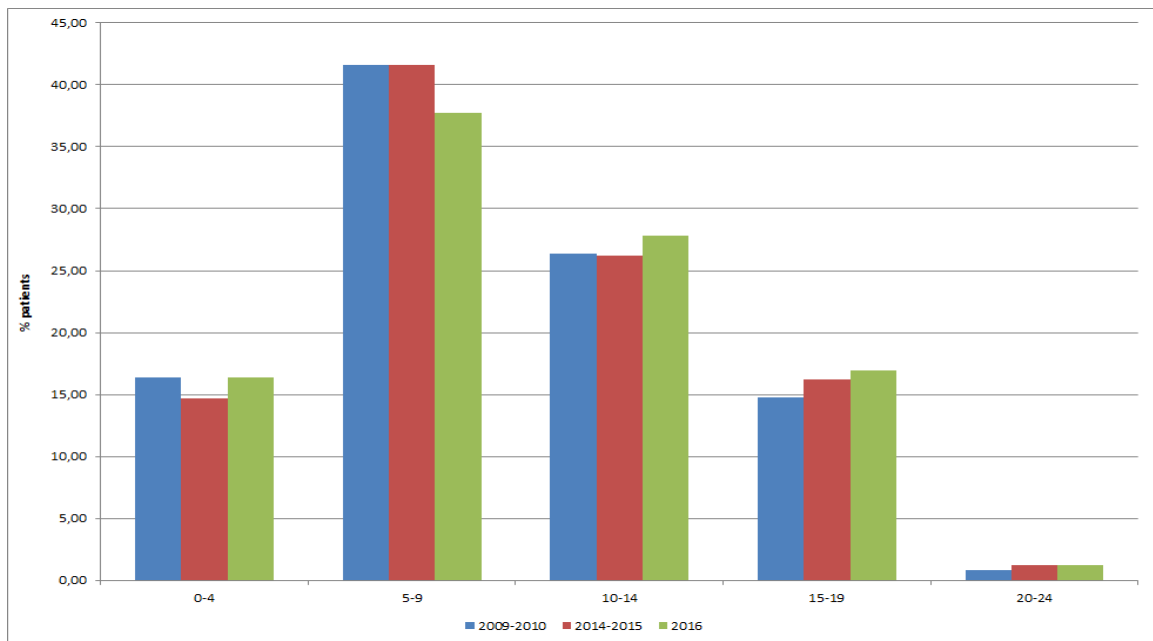
3.1. Nouveaux dossiers « enfants et adolescents »

3.1.1. Genre

La comparaison, pour 15 SSM « Ville » des données 2016 avec celles de 2009-2010 et 2014-2015 montre une stricte équivalence de la distribution des genres dans les équipes « enfants et adolescents » au fil des années. La proportion de garçons est stable au cours du temps (57-58 %) et est supérieure à celle qu'ils occupent dans la population bruxelloise des 0-19 ans (51 %).

3.1.2. Classes d'âge

La comparaison, pour 15 SSM « Ville » des données 2016 à celles de 2009-2010 et 2014-2015, ne fait pas apparaître de tendance quant aux groupes d'âge pris en charge sauf peut-être pour les adolescents de 15-19 ans et les grands adolescents de 20-24 ans dont la proportion pourrait connaître une augmentation au fil du temps. Une évolution qui devra être confirmée dans les années qui viennent. Mais les différences restent bénignes.

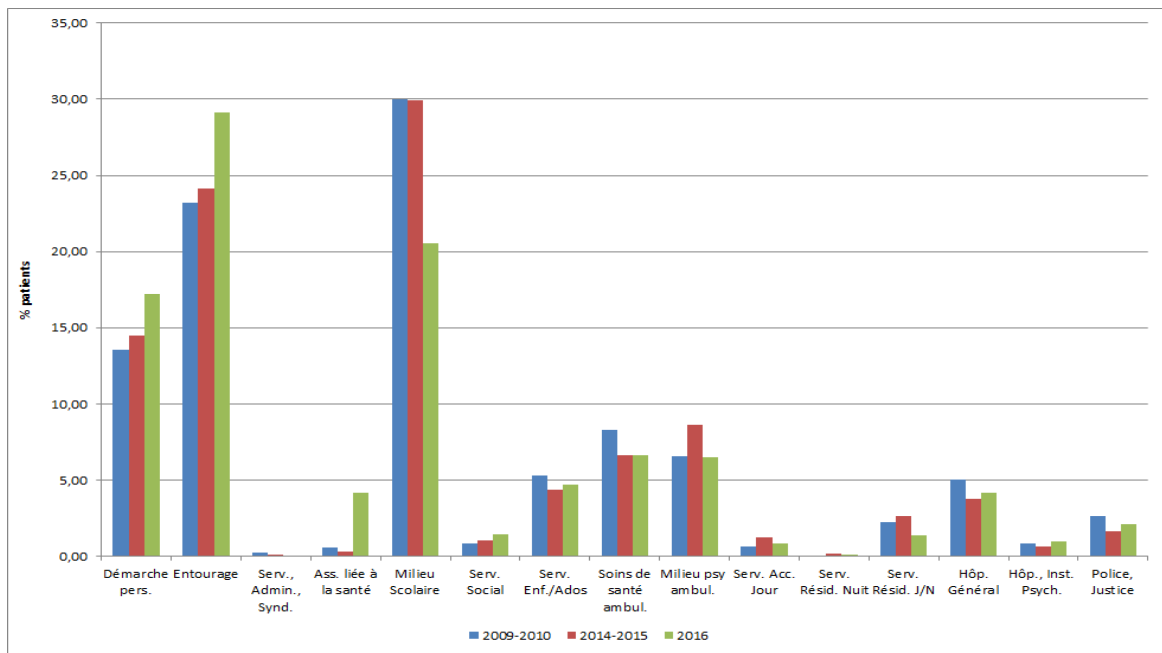


3.1.3. Région de résidence

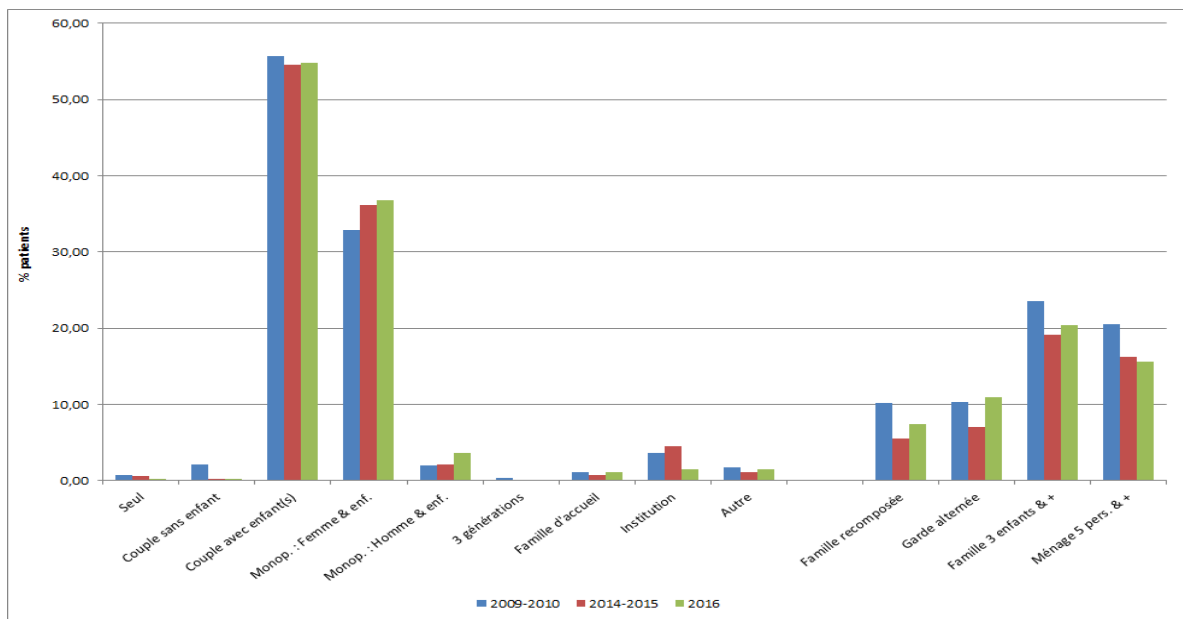
La comparaison pour les années 2009-2010, 2014-2015 et 2016, des régions de résidence des patients de 15 SSM « Ville », ne fait apparaître aucun changement. Au cours du temps, la proportion de 89-91 % de jeunes patients résident dans la Région de Bruxelles-Capitale reste extrêmement stable.

3.1.4. « Envoyeur »

Les données temporelles pour 12 SSM « Ville » font apparaître, au cours du temps, une légère augmentation entre 2009-2010 et 2014-2015 des démarches personnelles et des envois par l'entourage, augmentation qui s'accroît nettement en 2016. Reste que, même compte tenu de ces augmentations, la majorité des jeunes patients arrivent aux SSM après rencontre d'un intermédiaire professionnel. Cependant, les envois via le milieu médical (ambulatoire et hospitalier) semblent avoir diminué au cours des dernières années, alors que les données de 2016 semblent contredire la stabilité au cours du temps des envois par le milieu scolaire, signe d'une évolution ou variation de la normale ? D'autres possibles évolutions, à la marge, comme les envois par les services sociaux, en augmentation, devraient être examinées dans le futur.



3.1.5. Milieu de vie habituel



Les données de comparaison temporelles pour 11 SSM « Ville » semblent faire apparaître une augmentation récente des enfants et adolescents vivant avec leur mère seule ; une possible diminution des familles de 3 enfants et plus et des ménages de 5 personnes et plus et une quasi-disparition des consultants vivant très jeunes en couples. Mais ces possibles évolutions s'observent sur de faibles proportions et devraient faire l'objet d'un réexamen dans le futur.

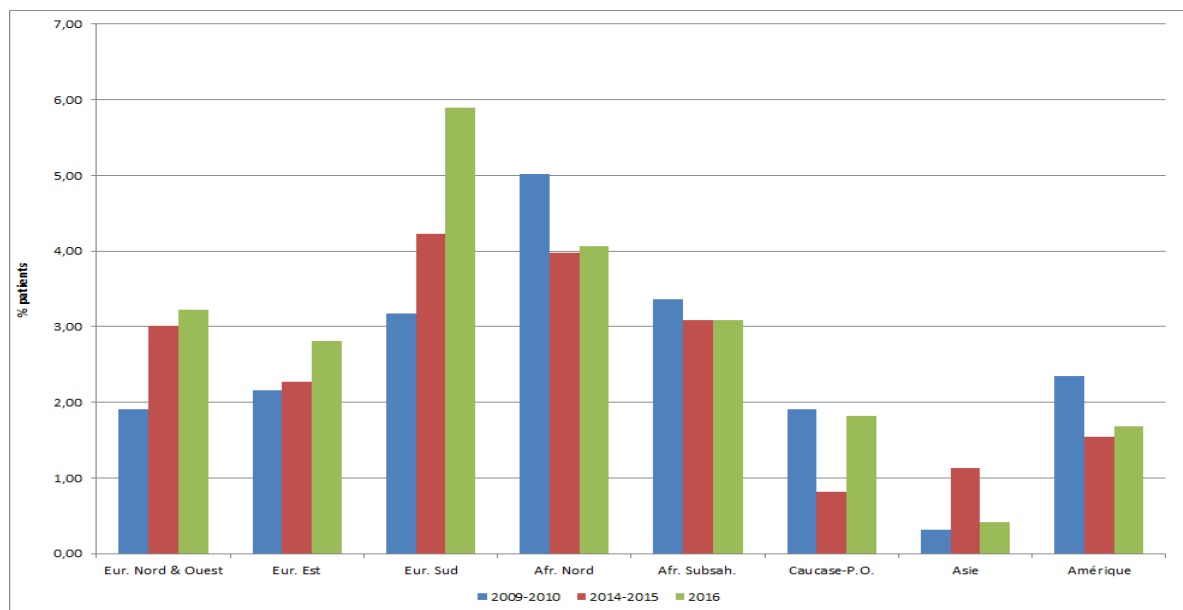
3.1.6. État civil de la mère

De 2009-2010 à 2016, les états civils des mères des jeunes patients ne présentent pas d'évolution significative. La seule évolution qui apparaît possible a priori, serait celle d'une diminution de la proportion de contrats de vie commune chez les mères dont les enfants ou les adolescents consultent. Mais là encore il s'agirait d'une évolution marginale dans la patientèle, qui reste à confirmer. En termes de comparaison avec la population bruxelloise où les femmes mariées et séparées (deux catégories agrégées dans les données de l'Institut national de Statistiques) se retrouvent en proportion de 49%, les mères mariées et séparées des jeunes patients sont surreprésentées (69 %). Même constat pour le divorce : près de 20 % des mères des jeunes patients sont divorcées pour 10 % des femmes bruxelloises de 20 à 64 ans.

3.1.7. Nationalité de l'enfant ou de l'adolescent

Les comparaisons pour 11 SSM ne font pas, à ce stade apparaître de tendance : en 2009-2010 et 2014-2015, la proportion de jeunes de nationalité étrangère est stable à 20 %. Une augmentation à 23 % dans la patientèle de 2016 devra trouver confirmation avant de conclure à une augmentation des jeunes ressortissants étrangers dans la patientèle. Cette proportion de 20-23 % est inférieure à celle de 70 % de jeunes de nationalité étrangère dans la population bruxelloise de 0-19 an.

Par contre, les nationalités des jeunes ressortissants étrangers de la patientèle ont connu des évolutions notables.



L'augmentation, au cours des trois dernières années de la patientèle de nationalité européenne (plus particulièrement des ressortissants des pays de l'Europe du Nord, de l'Ouest et du Sud) dans les 11 SSM inclus dans la comparaison temporelle est par contre sensible et paraît s'être renforcée en 2016. Reflet probable des mouvements migratoires qui affectent Bruxelles ? La diminution des jeunes patients de nationalité nord-africaine pourrait, elle, s'expliquer, soit par leur naturalisation ou celle, plus précoce, des parents, soit par un, toujours possible, repli communautaire conduisant à cesser de recourir à des services considérés comme trop éloignés des valeurs traditionnelles que l'on cherche à retrouver.

3.1.8 Scolarité des enfants et des adolescents

Les données de comparaisons de 12 SSM « Ville » ne font pas apparaître de tendance particulière au fil du temps, sauf peut-être pour la fréquentation du secondaire supérieur dont la proportion aurait augmenté au cours des dernières années. Mais ce phénomène est à mettre en lien avec une petite augmentation des 15-19 et 20-24 ans dans la population au cours de ces mêmes années.

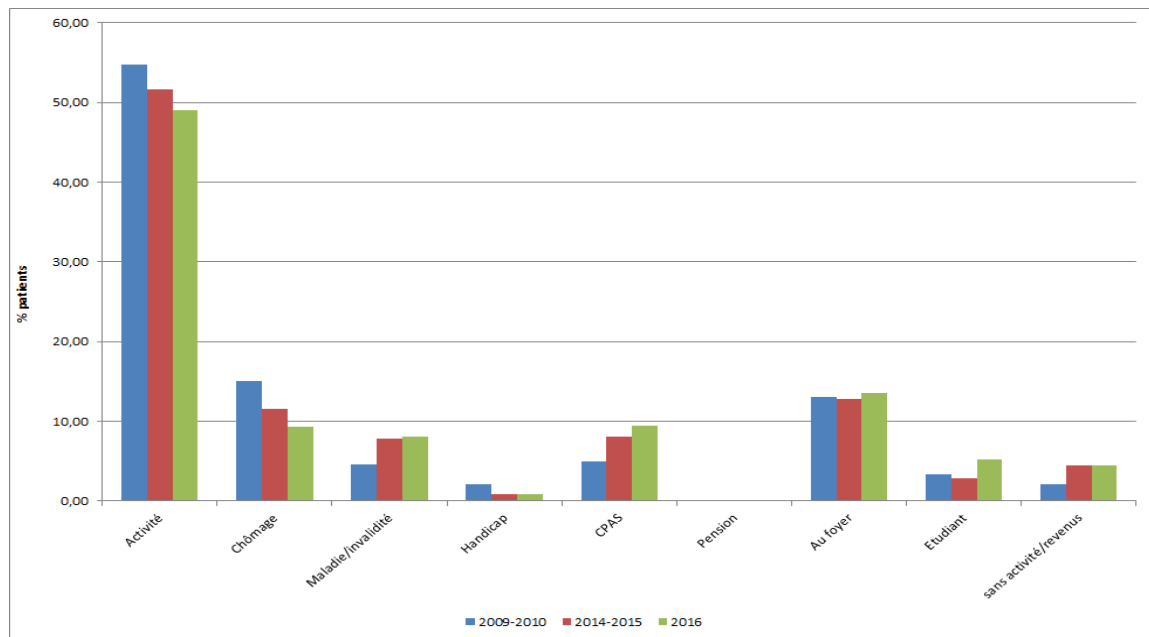
3.1.9 Scolarité des enfants et des adolescents

La comparaison temporelle pour 11 SSM « Ville » ne semble faire apparaître aucune évolution. Au contraire, les données sont très stables au cours du temps. La proportion de mères ayant un niveau de formation supérieur (45 %) est quasi équivalente à la proportion de femmes de 25-64 ans ayant un tel niveau de formation dans la population bruxelloise (44 %). Pour les autres niveaux de formation, les incertitudes dans les données disponibles ne permettent pas de comparaisons pertinentes. Reste qu'une comparaison avec des données de population pourrait, hypothétiquement faire apparaître des phénomènes qui ne sont pas perceptibles à l'échelle des patients. Les niveaux d'instruction des mères pourraient rester stables dans les SSM alors que dans la population générale, ils pourraient s'élever. La stabilité des indicateurs dans les SSM masque une diminution globale de fréquentation par les plus diplômées et un recours plus fréquent des mères à moindre niveau de formation. Seule une mise en relation avec des données de contexte pourrait mettre en évidence de tels phénomènes.

3.1.10 Situation socio-professionnelle des mères

Les comparaisons temporelles, pour 11 SSM « Ville », (cf. figure page suivante) font apparaître les phénomènes suivants :

- diminution de l'ordre de 6 % de la proportion des mères ayant une activité professionnelle. Mais leur proportion reste proche de celle des femmes de 20-64 ans de la population bruxelloise (50,3 %).
- Diminution significative (-25 %) de la proportion des mères au chômage. Cette évolution conduit à une sous-représentation des chômeuses parmi les mères : ce type de situation concerne 10-11 % d'entre elles pour 16 % des femmes de 20 à 64 ans à Bruxelles.
- Augmentation significative (+ 30 %) de la proportion de mères en congé de maladie ou invalides. Dans 70 % des cas il s'agit de maladies de longue durée.
- Augmentation significative (+ 60 %) de la proportion de mères qui bénéficient d'une allocation versée par un CPAS. En 2016, 8 % des mères disent dépendre d'un revenu versé par un CPAS alors qu'en 2015, 5,2 % de la population bruxelloise bénéficiaient d'un droit à l'intégration sociale ou à l'aide sociale
- augmentation (doublement) de la proportion de mères qui se déclarent sans activité ou sans revenu.



La diminution de la proportion de mères actives professionnellement trouve probablement, pour une part, son pendant dans l'augmentation importante, au cours de la dernière décennie, des absences pour maladies et des invalidités constatées chez les travailleurs (Securex, 2017 ; SDWorx 2017), liée notamment à l'augmentation du stress au travail et, chez les femmes, aux pressions supplémentaires créées par l'éducation des enfants dont elles assurent toujours la plus grande part.

La baisse du chômage « peut s'expliquer en partie par une certaine augmentation de l'emploi [mais] ... résulte également du durcissement des conditions d'accès aux allocations de chômage et d'insertion. Ce durcissement peut notamment mener, en parallèle à une croissance du nombre de personnes ne percevant plus de revenus ou d'allocations liés à la sécurité sociale, à une augmentation du nombre de bénéficiaires du Revenu d'Intégration Sociale (et éventuellement, d'autres types de revenus de remplacement ou d'aide sociale)». (Observatoire de la Santé et du Social, 2017).

Par ailleurs, la part de bénéficiaires du Revenu d'Intégration Sociale a augmenté de façon importante, à partir de 2014, en lien avec la précarisation de certains segments de population, de changements de types d'aide perçue pour certains bénéficiaires, de l'allongement de la durée des stages d'insertion professionnelle et du transfert vers les CPAS des chômeurs exclus. À partir de 2015, le durcissement des conditions de maintien et d'accès aux allocations de chômage a également eu un impact important sur l'augmentation de la part des bénéficiaires du Revenu d'Intégration Sociale (Observatoire de la Santé et du Social, 2017).

L'augmentation de la proportion de mères qui se déclarent sans activité ou sans revenu est probablement, elle aussi, liée à ces différents facteurs de difficultés au travail, à trouver un emploi, mais aussi à s'y retrouver dans les arcanes des différents systèmes d'aide dont elles pourraient bénéficier.

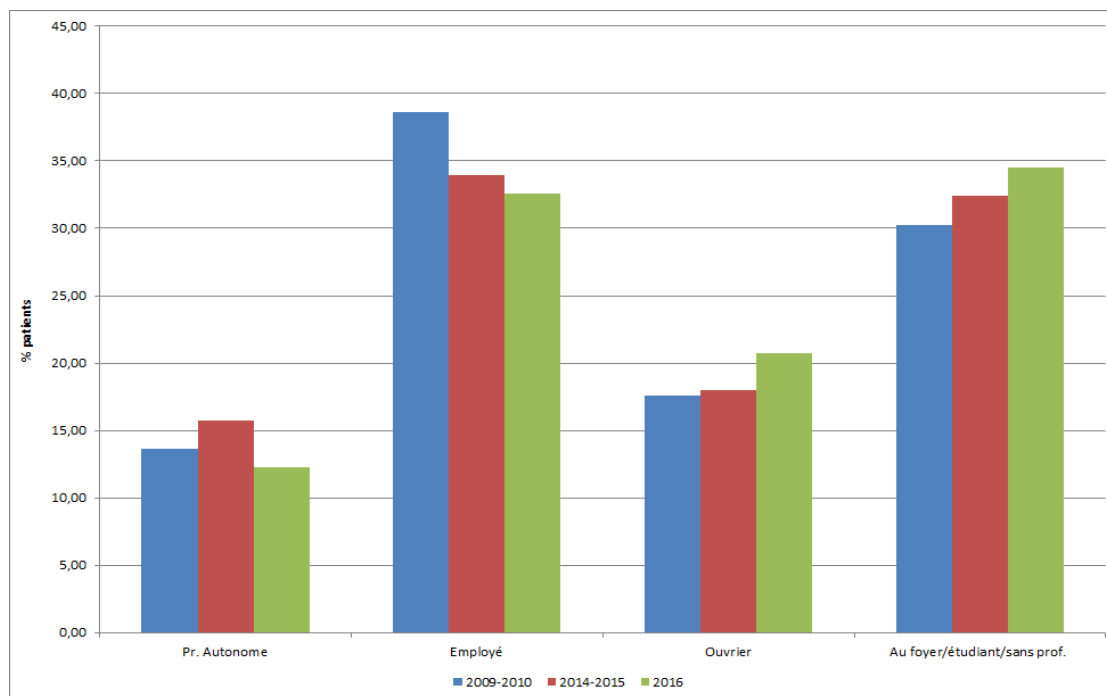
Il ne faut pas perdre de vue, par ailleurs, les situations de travail précaires (Furtos, 2011 ; Lhuillier, 2017). Ainsi, le travail à temps partiel, nettement plus fréquent parmi les femmes, est plus souvent en Région bruxelloise, un temps partiel «subi», parce que le travailleur n'a pas trouvé d'emploi à temps plein (Actiris, 2016). De même, si près de 13 % des travailleurs bruxellois occupent un emploi temporaire (contrat à durée déterminée, intérim, travail occasionnel ...),

c'est dans 80 % des cas parce qu'ils n'ont pas trouvé de contrat à durée indéterminée (Observatoire de la Santé et du Social, 2017).

Au vu de ces données sur le statut socio-professionnel des mères, il apparaît que nombre de celles-ci vivent des difficultés qui ne sont probablement pas sans répercussions sur la relation qu'elles entretiennent avec leur(s) enfant(s), rendant nécessaire un travail dans leur direction. Et plus que probablement aussi en direction de certains pères, mais ces données devront faire l'objet d'analyses complémentaires.

3.1.11 Profession des mères

La comparaison temporelle, pour 10 SSM « Ville », semble faire apparaître deux tendances opposées : diminution de la proportion des employées et, inversement, augmentation de la proportion des mères au foyer, sans profession et étudiantes. Les mères sans professions contribuent le plus à cette croissance récente. Augmentation de la proportion de mères en plus grande situation de précarité ?



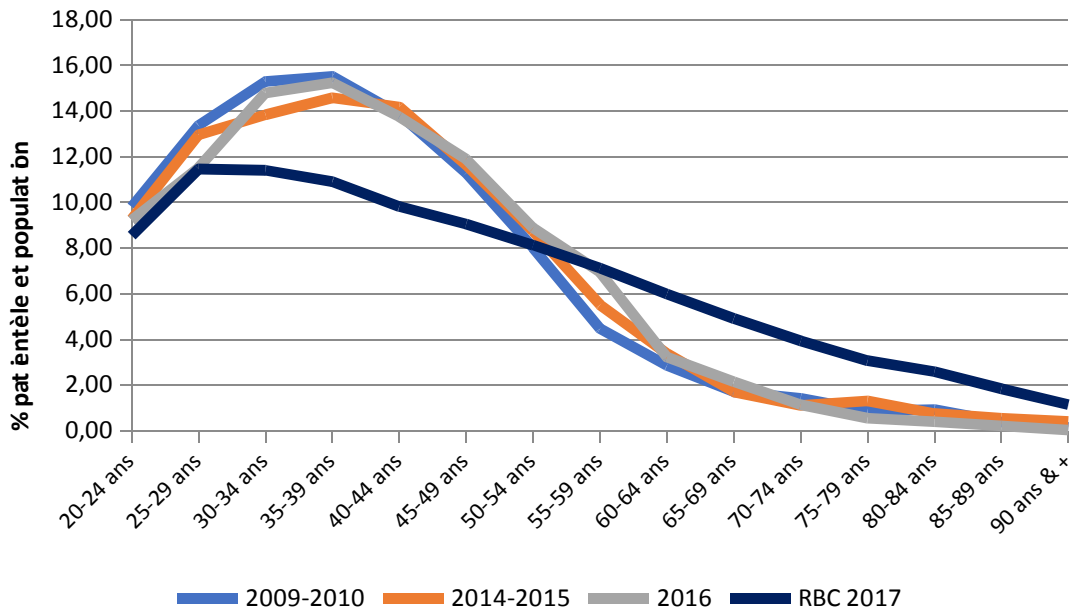
3.2 Nouveaux dossiers « Adultes »

3.2.1. Genre

La comparaison temporelle pour 16 SSM « Ville » ne fait apparaître aucune variation au fil du temps des proportions d'hommes et de femmes dans la patientèle adulte. Les femmes y sont surreprésentées (60-62 %) alors qu'elles se retrouvent en proportion de 50.2 % dans la population bruxelloise de 20 à 64 ans.

3.2.2. Classes d'âge

La comparaison temporelle de la distribution des classes d'âge pour 16 SSM « Ville » fait apparaître pour les années 2014-2015, un léger vieillissement de la patientèle par rapport aux années 2009-2010. L'âge moyen passe ainsi de 40,1 ans à 41 ans. L'année 2016 se démarque cependant des deux qui l'ont précédée avec, par rapport à celles-ci, une augmentation de la proportion des 30-39 ans, mais aussi de celle des 50-59 ans ; l'âge moyen redescendant alors à 40,7 ans.



3.2.3. Région de résidence

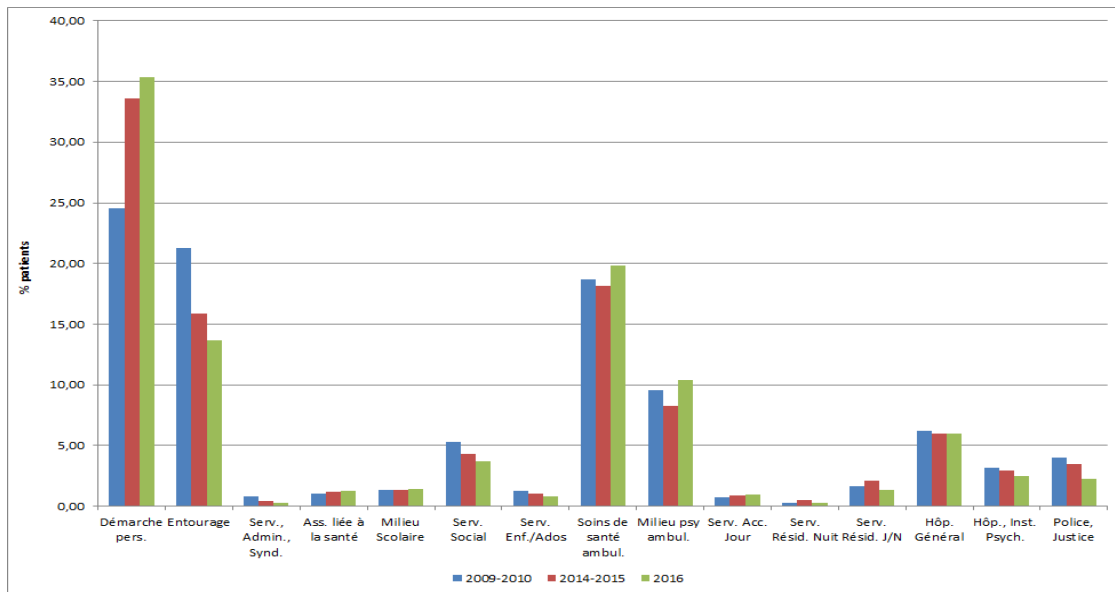
La comparaison temporelle pour 16 SSM « Ville » met en évidence une indéniable stabilité de la région de résidence de leurs patientèles : depuis 2009-2010, 90 % de leurs patients résident dans l'agglomération bruxelloise.

3.2.4. « Envoyeurs »

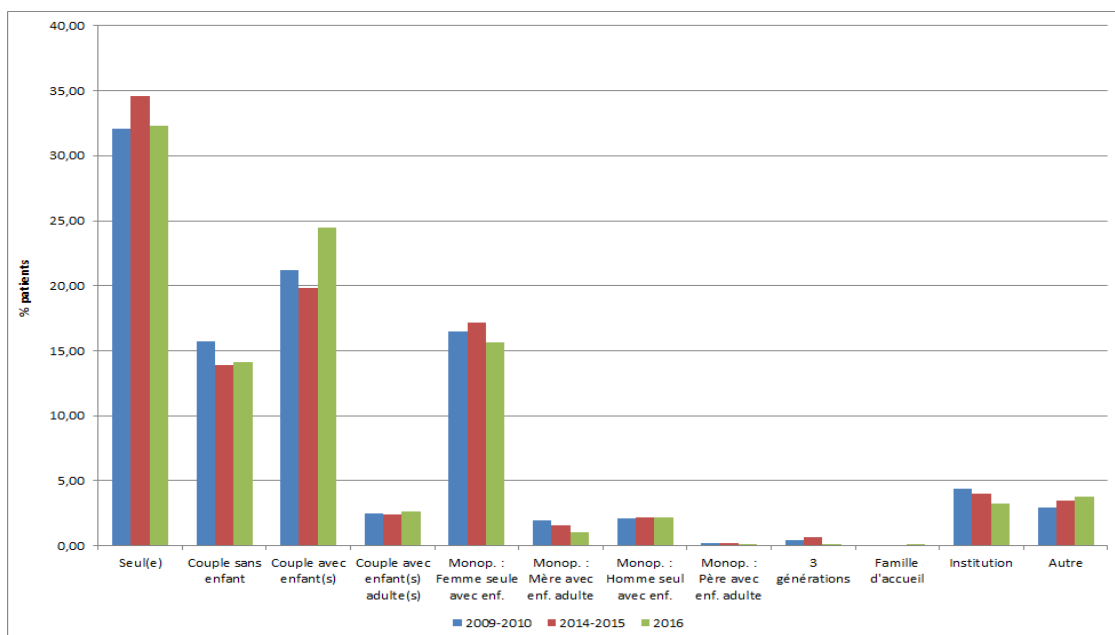
La comparaison temporelle pour 12 SSM fait apparaître une nette augmentation, de l'ordre d'environ 40 %, des demandes personnelles qui ne représentent cependant qu'environ un tiers des venues. Cette augmentation s'est faite au détriment, principalement, des envois par l'entourage et, secondairement, des envois par les services sociaux, la police et la justice et les services psychiatriques résidentiels.

Reste que pour ces dernières catégories, leurs proportions dans le total des venues sont peu élevées et que de telles tendances peuvent alors facilement s'inverser.

Cette augmentation des demandes personnelles est notable : indice d'une nouvelle patientèle mieux au fait des spécificités du soin psychique ? Sélection non consciente, parmi des demandes en surnombre, de celles qui, spontanément, paraissent correspondre le mieux aux attentes des intervenants, aux représentations qu'ils ont de leur travail ou à la dynamique humaine que ces demandes pourraient mettre en mouvement ? Orientations hasardeuses des intervenants professionnels ? Dans un contexte de saturation des équipes, ce point devrait être examiné avec attention.



3.2.5. Milieu de vie habituel

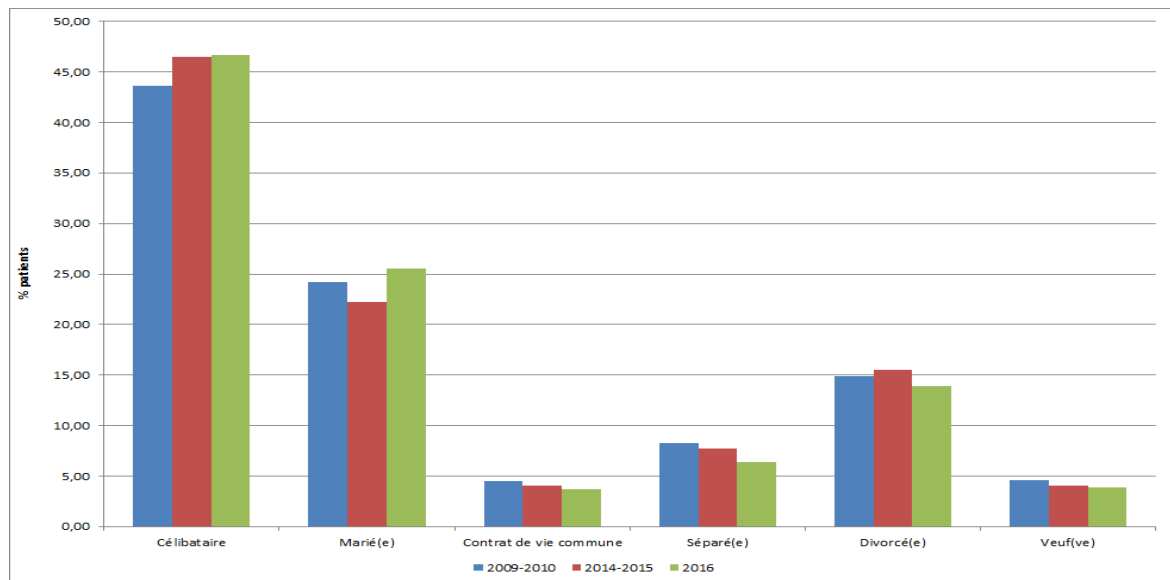


La comparaison temporelle de 12 SSM « Ville » ne paraît pas faire apparaître de tendances significatives, mais plutôt des variations de la normale.

On notera cependant que marginalement, la proportion de mères vivant avec un enfant adulte décroît au fil du temps, de même que la proportion de nouveaux inscrits vivant en institution. Inversement, on observe une augmentation des nouveaux inscrits connaissant un autre milieu de vie habituel, le plus souvent une co-location. Reste que ces évolutions de proportions ne concernent que des segments très spécifiques de la patientèle des nouveaux inscrits, très marginaux dans l'ensemble de cette patientèle. Est-ce une évolution qui va se poursuivre ? Seule une analyse temporelle sur une plus longue durée permettra de répondre à cette question.

3.2.6. État civil

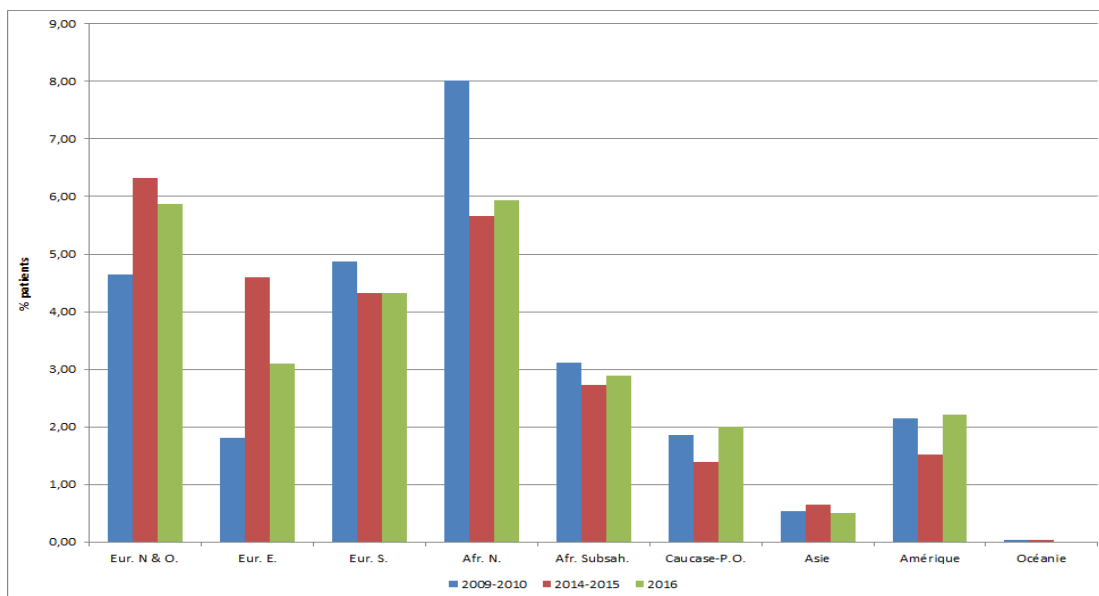
La comparaison temporelle pour 12 SSM « Ville » pourrait faire apparaître l'amorce d'une croissance des célibataires dans la patientèle et d'une décroissance des contrats de vie commune, des personnes séparées et des veufs et veuves. Mais, d'une part, ces évolutions ne concernent pour le moment que de petites proportions de la patientèle et, d'autre part, il n'est pas certain que la distinction entre célibataire, séparé(e), divorcé(e) et veuf ou veuve soit toujours très précisément faite dans les équipes. Tant que les évolutions ne seront pas plus marquées et qu'une telle incertitude prévaudra, les affirmations qui pourraient faites s'avéreront hasardeuses.



3.2.7. Nationalité

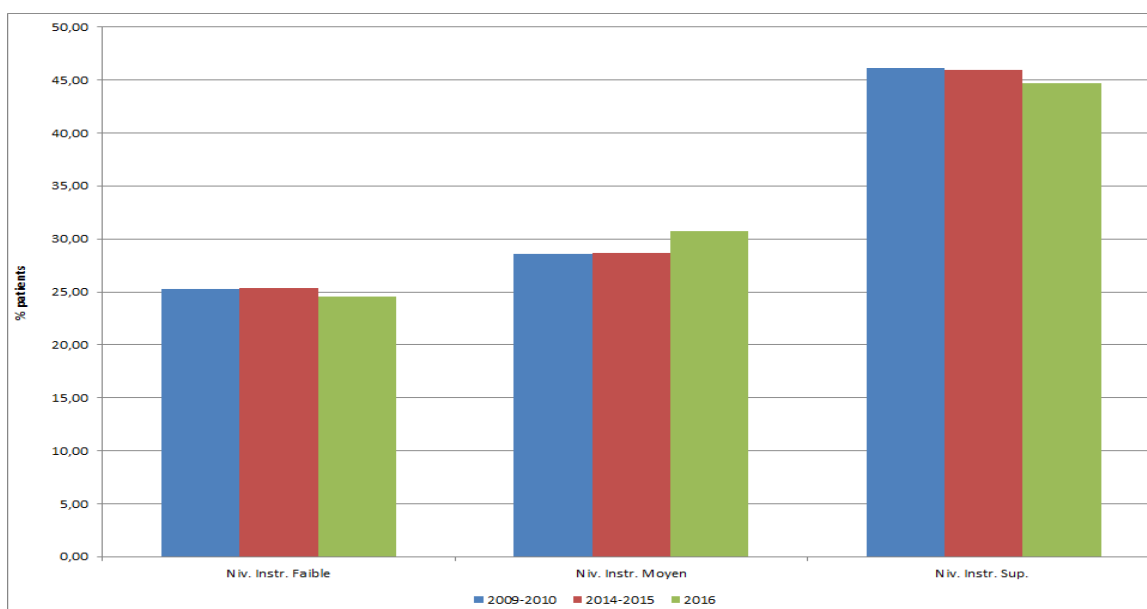
La comparaison temporelle pour 12 SSM « Ville » fait apparaître une remarquable stabilité que la proportion de ressortissants de pays étrangers dans la patientèle des SSM : 27 % de 2009 à 2016. Ces patients sont sous-représentés si l'on considère la proportion de ressortissants étrangers dans la population bruxelloise adulte (35%).

Par contre, une comparaison des différentes nationalités, agrégées par région, semble faire apparaître, au cours des dernières années une augmentation des ressortissants des pays d'Europe du Nord, de l'Ouest et de l'Est et une diminution des ressortissants de pays d'Afrique du Nord. Dans ce dernier cas, cette diminution est constatée également dans la population bruxelloise et pourrait résulter de l'acquisition de la nationalité belge par des personnes de nationalité marocaine (Observatoire de la santé et du Social, 2017)



3.2.8 Niveau d'instruction

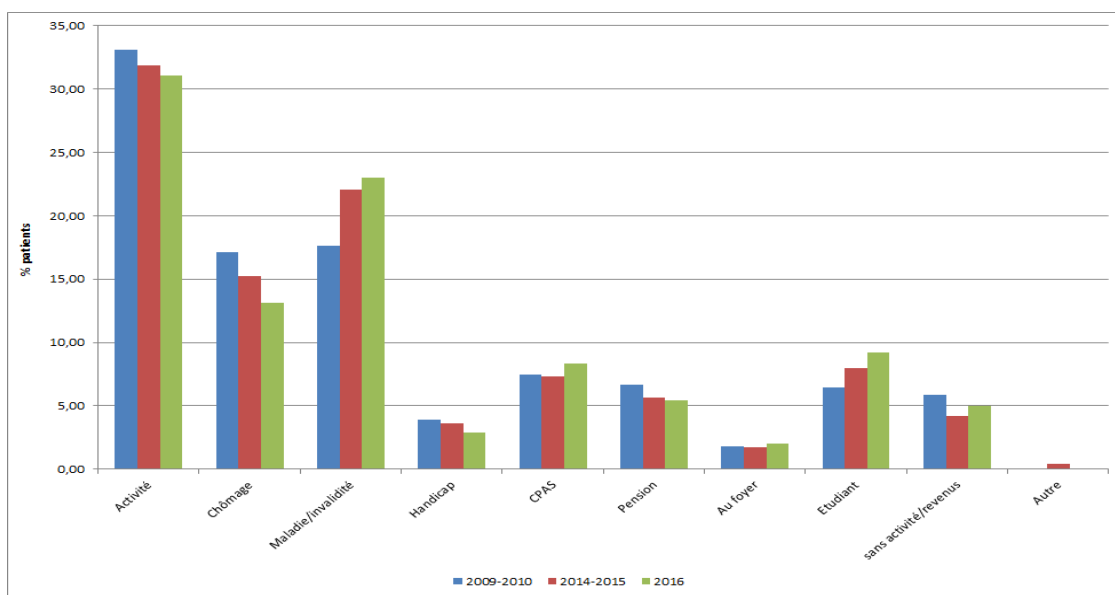
La comparaison temporelle, pour 11 SSM « Ville », utilisant chaque fois la même méthode de réattribution des données « secondaire non précisé » au prorata des catégories « secondaire inférieur » et « secondaire supérieur », ne fait apparaître aucune évolution des niveaux de formation de la patientèle adulte au cours du temps. La proportion de patients ayant un niveau de formation supérieur (autour de 45 %) est équivalente à celle des 25-64 ans dans la population bruxelloise (44 %).



3.2.9. Situation socio-professionnelle

La comparaison temporelle pour 12 SSM « Ville » semble faire apparaître différents phénomènes : diminution des patients à l'emploi (-4 %) comme des patients au chômage (-12 %) ; des patients handicapés (-9%) et des patients pensionnés (-15%) qui sont contrebalancés par une augmentation des patients en congé de maladie (+17 %) et surtout en invalidité (+30 %), mais

aussi des étudiants (+ 23%). La baisse de bénéficiaires du chômage pourrait être liée aux mesures récentes qui tendent à réduire les possibilités d'en bénéficier. Cette baisse ne semble pas jusqu'ici s'accompagner d'une hausse concomitante des bénéficiaires d'allocations d'aide sociale. La hausse des bénéficiaires de congés de maladie et d'invalidité est sans doute le reflet de la hausse générale de l'absentéisme de courte, moyenne et longue durée constatée ces dernières années. Une baisse du nombre de bénéficiaires d'une allocation d'handicapé est, globalement faible, mais spécifiquement à relever. Tendence amenée à se poursuivre ? La baisse du nombre de bénéficiaires d'une pension serait aussi à suivre : a priori, elle semble en contradiction avec un certain vieillissement, relatif, constaté chez les patients nouvellement inscrits. Enfin, la hausse de la proportion d'étudiants est-elle le signe d'exigences plus grandes auxquelles des jeunes doivent faire face dans leurs études, de la part de leur famille, dans les relations avec leurs pairs ?



3.2.10. Profession

Les données de comparaison temporelle pour 12 SSM « Ville » fait apparaître, dans la patientèle adulte, une diminution de 17 % des professions autonomes. Les proportions d'employés diminuent légèrement (32-31 %) alors que celles d'ouvriers augmentent légèrement (22-23 %), mais il pourrait s'agir de simples variations de la normale. La catégorie de patients « sans profession définie » qui regroupe les patients déclarés sans profession, ceux qui sont « au foyer » et les étudiants connaît une croissance de 13 % en 5 ans, masquant des évolutions distinctes : diminution des patients déclarant être « au foyer » (- 22%) contrebalancée par une augmentation des personnes « sans profession » (+10 %), mais surtout des étudiants (+20%). S'agirait-il de signaux faibles d'une précarisation, « déprofessionnalisation » de la patientèle adulte ?