



ÊTRE ACCUEILLI.E DANS UN SERVICE
DE SANTÉ MENTALE BRUXELLOIS :
ATTENTES ET ADAPTATIONS

RAPPORT COMPLET

MARIE JENET & MATHIEU BOULANGER

PAR LA LIGUE BRUXELLOISE POUR LA SANTÉ MENTALE

Rue Mercelis 39

1050 Bruxelles

☎ 02 511 55 43

www.lbsm.be 



LIGUE BRUXELLOISE POUR
LA SANTÉ MENTALE





LIGUE BRUXELLOISE POUR
LA SANTÉ MENTALE

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	4
INTRODUCTION GENERALE.....	5
Enjeux socio-politiques de la recherche	7
PARTIE 1 : PARCOURS, IMAGINAIRES ET EXPÉRIENCES DE L'ACCUEIL	9
1. Introduction	9
2. Objectifs	10
3. Méthodologie	11
A. Introduction	11
B. Récolte des données	12
C. Analyse des données.....	16
4. Résultats	17
5. Conclusion.....	31
PARTIE 2 - CHEMINER VERS LES SOINS DE SANTÉ MENTALE - SINGULARITÉ ET TYPICITÉ DES EXPÉRIENCES DE L'(IN)ACCÈS AUX SOINS.....	32
1. Deux pas en avant, un pas en arrière : quelle grille de lecture des entretiens recueillis ?	33
1.1. Le cheminement d'accès jusqu'au service	33
1.2. Imaginaires et attentes	39
1.3. Rapport à l'attente et à la réorientation	41
2. Donner vie aux théories : quatre vignettes significatives.....	44
2.1. Marius	44
2.2. Yasmina.....	46
2.3. Fabio.....	48
2.4. Clementine.....	50
2.5. Autres cas de figure.....	52
3. Conclusion.....	53
ANNEXES.....	55
Annexe I : Entretien patient 1	55
Annexe II : Entretien de rappel	58
Annexe III : Entretien professionnel envoyeur	60

REMERCIEMENTS

Nous souhaitons avant tout remercier les services de santé mentale et leurs travailleurs·euses de nous avoir ouvert leurs portes pour cette recherche. Nous remercions également l'ensemble des bénéficiaires et néo-demandeur·euses qui ont pris le temps de répondre à nos questions.

Nous tenons aussi à remercier les membres de notre comité d'accompagnement scientifique pour les riches échanges que nous avons pu avoir : Lotte Damhuis (Fédération des Services Sociaux), Joël Gires (Observatoire de la Santé et du Social), Céline Mahieu (ULB – École de Santé Publique), Pauline Monhonval (Service de Santé Mentale Ulysse), Jacques Moriau (ULB - Conseil Bruxellois de Coordination Socio-politique), Pablo Nicaise (UCLouvain – Institut de Recherche Santé et Société).

Nous remercions bien sûr l'équipe de la Ligue Bruxelloise pour la Santé mentale pour son soutien, en particulier Yahyâ Hachem Samii (Directeur) et Safia Choujaâ (Chargée de communication), ainsi que les membres de son Conseil d'Administration. Un merci tout particulier à Dominique Nothomb (Administratrice de la Ligue) qui a accompagné notre recherche dans sa finalisation.

Nous tenons aussi à souligner le soutien du Cabinet du Ministre Alain Maron et de l'administration de la Commission communautaire française.

Nous souhaitons également adresser nos remerciements à celles et ceux que nous avons rencontrés pour élaborer notre projet de recherche, dont certains ont ensuite rejoint notre comité d'accompagnement scientifique. Nous remercions : Martin Cauchie (Conseiller en Santé Mentale pour les compétences CoCof et Cocom – Cabinet Maron et Trachte), Sophie Céphale (En Route ASBL), Olivier Gillis (Observatoire de la Santé et du Social), Marie Marganne (Fédération des Maisons Médicales), Charlotte Maisin et Lotte Damhuis (Fédération des Services Sociaux), Pauline Monhonval (Médecin psychiatre – SSM Ulysse), Pablo Nicaise (IRSS-UCLouvain), Jonathan Unger et Joël Gires (Observatoire de la Santé et du Social), Rik Van Nuffel (Psyché ASBL).

INTRODUCTION GENERALE

Dans un contexte social et politique marqué par les conséquences à moyen et long terme de la crise sanitaire et par l'implantation de nouvelles politiques publiques en matière de soins de santé mentale aux niveaux régional¹ et fédéral² d'autre part, cette recherche vise à **mieux comprendre les rapports qu'entretiennent les Services de Santé Mentale bruxellois (SSM) avec les usagers qui s'y adressent dans le cadre d'une nouvelle demande** (ci-après « néo-demandeurs »), et ainsi alimenter le débat publique et la réflexivité des acteurs concernés à partir d'analyses basées sur des données qualitatives et quantitatives tangibles.

Deux ans et demi après le début de la crise sanitaire du Covid-19, qui a émergé dans un contexte dans lequel les SSM bruxellois (comme d'autres services du champ social-santé) se disaient déjà « débordés », à quel point ces services parviennent-ils à donner suite aux nombreuses nouvelles demandes qui leur sont adressées ? Deux ans après la première enquête « Saturation », la présente recherche permet de faire le point sur la question, et d'aller plus loin : comment les professionnels de terrain répondent-ils à cette situation et, surtout, dans ce contexte, quelle expérience les usagers font-ils de leur premier contact avec un service ? Quelles sont leurs trajectoires d'accueil dans le champ de la santé mentale ? Quelles sont leurs attentes à l'égard des services ? Qu'imaginent-ils ou qu'espèrent-ils obtenir ? Finalement, quelles affinités et décalages peut-on observer entre les attentes des usagers et ce que les professionnels peuvent proposer, étant données leur culture professionnelle et les contraintes structurelles avec lesquelles ils doivent se démêler ? À travers ces questions, ce sont bien les problématiques générales de l'accueil et de l'accessibilité des SSM qui sont au cœur de ce projet de recherche, avec une attention particulière sur la perspective des usagers.

Il fait suite, d'une part, au premier volet de la recherche « Accueillir » ([à paraître](#)) qui a permis de mieux comprendre les dispositifs, les pratiques et les représentations de l'accueil et de l'accessibilité des SSM du point de vue des professionnels qui y travaillent. D'autre part, il succède à [l'enquête « Saturation »](#) (2020-2021) qui, via un recensement des nouvelles demandes adressées aux SSM, a notamment permis d'estimer une première fois le degré de saturation des SSM agréés par la CoCoF.

Chacune de ces deux recherches a présenté des limites auxquelles le projet ACC2 cherche à répondre, principalement en donnant plus de place à la parole et au point de vue des usagers

¹ Plan Social Santé Intégré (PSSI).

² Réforme de la Fonction Psychologique de Première Ligne (PPL).

qui expérimentent un premier contact avec un SSM, mais aussi en veillant à intégrer les SSM agréés par la CoCoM dans le cadre du recensement des nouvelles demandes (cf. ci-dessous).

Plus précisément, le projet de recherche ACC2 vise à répondre **principalement** à **trois ensembles de questions** : le premier ensemble de questions porte sur les « néo-demandeurs » (les usagers qui font l'expérience d'un premier contact avec un SSM) et doit permettre une meilleure connaissance de cette population dans une perspective macrosociologique. Le deuxième ensemble de questions vise les nouvelles demandes adressées aux SSM et leur devenir, et doit permettre, entre autres, une nouvelle estimation du degré de saturation des SSM via un nouveau recensement des nouvelles demandes et leur devenir (« SND2 »). Enfin, un troisième ensemble de questions qui est au cœur de cette recherche concerne les parcours, les motivations, les attentes et l'expérience d'accueil des néo-demandeurs : il s'agit ici d'adopter une approche sociologique dite « compréhensive » pour éclairer le vécu des acteurs et le sens qu'ils lui donnent. Quatre sous-questions seront développées dans ce volet qualitatif de la recherche : la question des « chemins d'accès » aux SSM, la question des motivations des néo-demandeurs, la question des attentes et espoirs des néo-demandeurs et enfin la question de l'expérience vécue du parcours d'accueil.

Secondairement, si les contraintes de temps et d'organisation le permettent, la recherche pourra également soutenir l'éclairage de **quatre autres ensembles de questions**. D'abord, des questions qui portent sur les représentations des SSM dont sont porteurs d'autres professionnels du champ socio-sanitaires qui orientent régulièrement des patients vers des SSM : ainsi, les motivations des néo-demandeurs pourraient être complétées par celles des principaux envoyeurs. Ensuite, via l'exploration d'autres lieux d'accueil et de soins destinés aux usagers de la santé mentale, il serait possible d'ouvrir des questions relatives à la spécificité de l'accueil en SSM comparativement à ces autres lieux. Troisièmement, des questions relatives aux pratiques d'encodage des SSM : il s'agira de mieux comprendre comment les formulaires du recensement « SND2 » sont encodés pour permettre une plus juste interprétation des résultats de ce volet de la recherche. Finalement, alors que la CoCoF implémente un nouveau modèle de « Rapport d'activité standardisé » pour le champ ambulatoire, il serait permis, à partir de notre recherche, de questionner la pertinence des informations demandées.

D'une manière générale, l'ensemble de nos questions de recherche vise une meilleure compréhension du parcours d'accueil des néo-demandeurs en SSM et de la manière dont ces usagers vivent l'expérience de leur parcours. Pour répondre à ces questions, deux principaux dispositifs méthodologiques seront mis en place. Le premier s'appuie sur des méthodes

qualitatives (entretiens téléphoniques et entretiens en présence avec des usagers) pour **recueillir les témoignages de néo-demandeurs et d'usagers** des SSM relativement à leur parcours d'accueil dans le champ de la santé mentale. Les chercheurs ont élaboré une méthodologie précise leur permettant d'avoir accès à la parole des usagers dans un cadre à la fois rigoureux d'un point de vue scientifique et respectueux des usagers et de l'éthique du travail clinique. Celle-ci devra cependant être discutée et adaptée à la réalité de chaque service. Le second dispositif d'enquête prendra la forme d'un **recensement des nouvelles demandes** adressées aux SSM durant une période de quatre mois. Ce dispositif sera comparable à celui déjà expérimenté en 2020-2021 dans le cadre de la recherche « Saturation », à ces différences près que certaines dimensions du recensement seront affinées tandis que l'encodage informatique des fiches de recensement sera réalisé par les chercheurs de la Ligue pour en décharger le personnel des SSM participants.

ENJEUX SOCIO-POLITIQUES DE LA RECHERCHE

Rappelons questions apparaissent particulièrement importantes à l'heure actuelle, alors que les conséquences à moyen et long terme de la crise sanitaire du Covid-19 se font ressentir dans le champ de la santé mentale (notamment en termes de saturation de l'offre), que la crise énergétique fait courir un nouveau risque de paupérisation de la population bruxelloise, et que deux réformes majeures du secteur de la santé mentale sont en cours d'implémentation : la réforme des soins psychologiques de première ligne (PPL) promue par l'État fédéral, et le Plan Social Santé Intégré (PSSI) déployé au niveau de la Région bruxelloise. Chacune de ces réformes présente des présupposés qui mériteraient d'être discutés à partir de données empiriques. Elles sont également porteuses d'enjeux en termes de transformation des dispositifs et des pratiques d'accueil et de soin qui concernent directement les travailleurs et les usagers des services de santé mentale. Ces derniers pourraient s'appuyer sur les résultats d'une recherche comme celle-ci, menée à l'échelle du secteur bruxellois des SSM, pour alimenter une démarche réflexive au sein des services.

Plus précisément, la recherche ACC2 entend participer indirectement aux transformations du champ bruxellois de la santé mentale et avoir un impact sociétal positif en répondant aux quatre objectifs suivants :

- 1) **Alimenter la réflexivité des professionnels de terrain** à partir d'analyses basées sur des données quantitatives et qualitatives tangibles, et poursuivre en particulier à une réflexion autour des pratiques et des dispositifs d'accueil en SSM.

- 2) **Contribuer aux débats politiques concernant les réformes actuelles de l'offre de soins de santé mentale sur le territoire bruxellois** (en particulier le PSSI et les PPL) par une meilleure compréhension de l'articulation entre offre et demande de soins de santé mentale ambulatoire. Là aussi, des analyses basées sur des données qualitatives et quantitatives présentent un réel atout.
- 3) **Faire davantage exister la parole et le point de vue des usagers** dans les discussions scientifiques et politiques (au niveau des décideurs comme au niveau des professionnels de terrain) qui peuvent conduire à faire évoluer les pratiques et dispositifs d'accueil à l'échelle des services, et l'organisation de l'offre de soins de santé mentale à l'échelle régionale.
- 4) **Donner une plus juste représentation des logiques et des pratiques d'accueil et de soin en SSM** dans les discussions scientifiques et politiques, et en particulier jouer un rôle de « traduction » entre les représentations, les logiques et les pratiques des professionnels terrains qui sont parfois complexes à appréhender, et des logiques politiques dont le pragmatisme n'offre pas toujours le temps nécessaire à la compréhension de l'altérité.

PARTIE 1 : PARCOURS, IMAGINAIRES ET EXPÉRIENCES DE L'ACCUEIL

1. INTRODUCTION

Cette étude sur les parcours, les imaginaires et les expériences de l'accueil des néo-demandeurs-euses fait suite à une première recherche consacrée à l'accueil et l'accessibilité des services de santé mentale (Boulanger et Jenet, 2023). Nous avons alors choisi d'orienter nos observations vers le personnel accueillant des services, mettant ainsi provisoirement de côté nos multiples interrogations quant aux néo-demandeurs-euses et à leur vécu de l'accueil. Quand la possibilité nous a été donnée de mener une nouvelle recherche, il fut alors évident pour nous de s'intéresser aux parcours de ces néo-demandeurs-euses, à leurs imaginaires et à leurs expériences de l'accueil dans les services de santé mentale bruxellois. Riches de nos observations à l'accueil des services, il nous a aussi semblé pertinent d'en typologiser les dispositifs d'accueil et de penser leurs effets sur les néo-demandeurs-euses.

Nous entamerons ce chapitre en présentant les objectifs et la méthodologie. Nous présenterons ensuite notre typologie des dispositifs d'accueil des services de santé mentale, et leurs effets sur les néo-demandeurs-euses. Il sera ensuite temps de présenter les résultats de notre analyse thématique de contenu, avant de proposer une conclusion à ce chapitre.

2. OBJECTIFS

L'objectif principal de la recherche qualitative est de **recueillir les témoignages des néo-demandeurs·euses** des SSM relativement à leur parcours d'accueil dans le champ de la santé mentale, à la fois au moment de l'introduction de leur demande, mais également un mois après celle-ci via une enquête de rappel.

Plus précisément, la recherche a pour objectifs de mieux comprendre les *motifs* de la demande des néo-demandeur·euses, leurs *logiques d'accès*, leur *parcours* et leurs *attentes* vis-à-vis des services. Quant à l'enquête de rappel, elle avait pour but d'interroger rétrospectivement le *devenir de la demande*, *l'expérience d'accueil* en SSM et les *éventuelles stratégies de gestion du temps d'attente* et/ou de la réorientation des néo-demandeur·euses, quelles que soient les suites données à leur demande.

Outre les néo-demandeur·euses, il arrive que des professionnel·les s'adressent aux services de santé mentale pour y orienter leurs bénéficiaires. Conscients de cette réalité, nous avons donc fixé comme objectif secondaire à cette recherche, le fait **d'explorer les pratiques d'orientation de ces professionnel·les**. Il était surtout question d'interroger leurs habitudes d'orientation vers les SSM et leur perception de la saturation des services. Nous parlerons ainsi dans la suite de ce rapport des « professionnel·les envoyeurs ».

Enfin, au fur et à mesure de nos rencontres avec les néo-demandeur·euses et les professionnel·les des services, il nous est apparu évident qu'il y avait quelque chose à dire de la manière dont les dispositifs d'accueil des services pouvait être perçue par les demandeur·euses. Un objectif s'est ainsi rajouté à la recherche : celui de **réaliser une typologie des dispositifs d'accueil** et de s'interroger sur leurs potentiels effets sur les usager·ères.

3. MÉTHODOLOGIE

A. INTRODUCTION

1. Un dispositif d'enquête téléphonique

Les néo-demandeur·euses des services de santé mentale introduisent principalement leur demande par téléphone, et plus rarement par mail ou en se rendant directement dans les services, il nous semblait donc tout naturel d'utiliser l'entretien téléphonique pour recueillir leurs témoignages. Nous avons donc mis au point un dispositif d'enquête téléphonique, dispositif sur lequel nous reviendrons dans la suite de ce rapport.

2. Une recherche qualitative et interdisciplinaire

Nous avons cherché à élaborer une méthodologie nous permettant d'avoir accès à la parole des néo-demandeur·euses des services de santé mentale bruxellois, dans un cadre à la fois rigoureux d'un point de vue scientifique, mais également respectueux de ces néo-demandeur·euses et de l'éthique du travail clinique des professionnel·les des services.

Fidèles à l'approche de la première recherche sur l'accueil et l'accessibilité, nous avons également choisi de poursuivre avec une vision **interdisciplinaire**, alliant à nouveau anthropologie et psychologie, en y ajoutant cette fois-ci une vision sociologique. Ceci afin de comprendre à la fois les enjeux liés à des questions sociétales, sans oublier la dimension clinique et surtout, dans le contexte de cette recherche, la singularité et la subjectivité des néo-demandeur·euses.

3. L'éthique de la recherche

Cette étude impliquant des entretiens avec les néo-demandeur·euse·s des services de santé mentale, il était important pour nous de réfléchir à notre positionnement en tant que chercheurs. Au cœur de notre réflexion, se trouvaient les questions suivantes : comment être « chercheur » avec des « patient·e·s » potentiellement fragilisé·e·s et comment minimiser l'impact de notre recherche sur ces patient·e·s ?

Une partie des réponses à ces questions se trouve dans la méthodologie même de la recherche et sa méthode de recrutement des participant·e·s, qui a été conçue pour préserver un maximum les néo-demandeur·euse·s et éviter tout malentendu quant à notre rôle de chercheur au sein des services de santé mentale.

Nous avons par ailleurs souhaité suivre une supervision « éthico-clinique » avec une psychologue clinicienne. L'objectif de cette supervision était double : réfléchir au cadre que nous souhaitions maintenir lors des entretiens avec les néo-demandeur·euse·s et s'assurer de son maintien ; disposer d'un espace où aborder à posteriori les entretiens qui, pour toute une série de raisons, auraient pu être plus difficiles pour les chercheurs.

B. RÉCOLTE DES DONNÉES

1. Dispositif d'enquête téléphonique

Nous mentionnions au point précédent avoir utilisé un dispositif d'enquête téléphonique pour recueillir les témoignages des néo-demandeur·euses et des professionnel·les envoyeurs. Nous le présentons ici plus en détail.

Le dispositif avait été pensé comme tel avant d'être adapté face aux réalités de l'accueil sur le terrain : nous avions prévu qu'un chercheur de la Ligue soit présent aux côtés du personnel accueillant dans les services de santé mentale ayant accepté de participer à l'étude pour recueillir les témoignages des demandeur·euse·s et des professionnel·le·s envoyeurs. Ceci pour une période allant de l'ordre d'une semaine à un mois et demi environ (selon le nombre de services participants). Durant cette période, le personnel accueillant contacté par un·e néo-demandeur·euse, quand il le jugeait possible et pertinent au regard de la teneur clinique de l'appel reçu, lui proposait de participer à l'étude. En cas d'accord, le chercheur recontactait le·a néo-demandeur·euse après son appel avec le service pour mener l'entretien.

Le dispositif d'enquête par entretiens de rappel devait se greffer à ce dispositif. A l'issue du premier entretien, le·a néo-demandeur·euse se voyait proposer de participer à un entretien de rappel. En cas d'acceptation, il·elle était recontacté·e un mois plus tard via téléphone. Les professionnel·les envoyeurs n'étaient pas concernés par l'enquête de rappel.

Comme dit précédemment, ce dispositif a cependant dû être adapté pour mieux venir se greffer aux réalités des services et de leur accueil. Ainsi, il est arrivé que les chercheurs ne se trouvent pas directement dans les bureaux des secrétaires-accueillants, mais dans un bureau adjacent, voire à distance dans les bureaux de la Ligue. Dans ce cas, les coordonnées des néo-demandeur·euse·s voulant bien prendre part à l'étude leur ont été communiquées à distance.

Enfin, ce dispositif n'a tout simplement pas été utilisé dans deux services. Un premier service a plutôt souhaité que nous laissions quelques flyers dans la salle d'attente, pour ceux et celles qui souhaiteraient éventuellement nous appeler pour faire part de leur expérience. Le second

service, de par la spécificité de sa population majoritairement migrante et non francophone, a plutôt souhaité que nous rencontrions ses professionnel·le·s pour qu'ils et elles nous parlent des spécificités de leur accueil et des parcours de leurs bénéficiaires.

L'enquête qualitative s'est étendue sur 4 grandes périodes durant lesquelles les services participants ont été répartis entre ces périodes :

- P1 : 05 décembre au 23 décembre 2022 (3 services)
- P2 : 09 janvier au 27 janvier 2023 (3 services)
- P3: 30 janvier au 10 février 2023 (1 service)
- P4 : 13 février 2023 au 3 mars 2023 (3 services)

Pour rappel, deux services ne participaient pas au dispositif « enquête téléphonique » et ne sont donc pas repris ici.

Les entretiens de rappel se faisant un mois après le premier contact avec les néo-demandeur·euses, ils se sont déroulés jusqu'à début avril.

1.1. Guide d'entretien

Nous avons mis au point deux guides d'entretiens pour interroger les néo-demandeur·euses par rapport aux thématiques qui nous intéressaient : un guide pour le premier entretien et un guide pour l'entretien de rappel. À cela s'ajoutait un guide d'entretien destiné aux professionnel·les envoyeurs.

L'objectif était de poser un maximum des questions du guide, sans s'ôter la possibilité selon la situation des bénéficiaires d'omettre quelques questions ou d'en ajouter d'autres. Seules les parties d'ouverture et de clôture des entretiens étaient « obligatoires ». La partie d'ouverture expliquait la recherche et permettait au participant de donner ou non son consentement éclairé, élément incontournable.

1.1.1. Guide d'entretien pour les demandeur·euse·s

Rappelons qu'un des objectifs de la recherche sont d'explorer les motifs de la demande des néo-demandeur·euses, leurs logiques d'accès, leur parcours et leurs attentes. Quant à l'enquête de rappel, elle avait pour but d'interroger rétrospectivement le devenir de la demande, l'expérience d'accueil et les éventuelles stratégies de gestion du temps d'attente et/ou de la réorientation. Le guide d'entretien a été conçu entièrement autour de ces objectifs.

Pour ce qui est des motifs de la demande, il était surtout question d'explorer le contenu de la demande, l'expression des difficultés et besoins, le degré d'urgence subjectif de la demande et sa temporalité. Quant aux logiques d'accès, il s'agissait de s'intéresser aux critères de choix du service et des professionnels par les néo-demandeur·euses ainsi qu'à leur connaissance et représentation de l'offre sociale-santé. Le parcours concernait le cheminement jusqu'à la porte du service de santé mentale, les envoyeurs/adresseurs et les facilitateurs et obstacles dans l'accès au SSM. En ce qui concerne les attentes, la volonté était de questionner les formes d'aide ou de soutien attendues et/ou imaginées par les néo-demandeur·euses, la fonction professionnelle sollicitée ainsi que la durée souhaitée et imaginée de suivi.

Enfin, pour l'enquête de rappel, le guide a été conçu pour répondre à notre volonté de questionner les suites de la demande, depuis le dernier contact avec les néo-demandeur·euses, d'interroger leurs pratiques d'attentes (soit les ressources internes et externes mobilisées durant l'attente) et, finalement, d'explorer leur vécu de l'accueil à posteriori.

1.1.2. Guide d'entretien pour les professionnel·le·s

Pour ce qui est des professionnels, nous avons construit un guide d'entretien permettant d'interroger les pratiques d'orientations vers les SSM et la question de la saturation des services.

Pour les pratiques d'orientations, il était surtout important pour nous de questionner la fréquence d'orientation vers les SSM, le type de situations orientées, le choix des services vers lesquels orienter et la représentation que se font les professionnel·les des services vers lesquelles ils et elles orientent. En ce qui concerne la saturation, il s'agissait de voir si ces professionnel·le·s étaient confronté·e·s à la saturation des SSM et quelles difficultés ou facilités ils ou elles repéraient dans l'orientation des patient·es ou l'accessibilité aux SSM.

Les guides d'entretiens pour les professionnel·le·s, les néo-demandeur·euse·s et l'enquête de rappel se trouvent en Annexe.

2. Echantillon

2.1. Population cible

2.1.1. Services

Dans un idéal où le temps et les ressources auraient été illimitées, les chercheurs auraient été présents dans l'ensemble des services participants au recensement des nouvelles demandes pour également y effectuer l'enquête qualitative, soit X services, notre population de base.

En réalité, certains services ne souhaitaient pas, pour de multiples et bonnes raisons, prendre part à la partie qualitative de recueil de témoignage des bénéficiaires. En outre, les chercheurs n'avaient tout simplement pas le temps de se rendre dans l'ensemble de ces services. Au final, nous avons établi qu'une dizaine de services suffirait à garantir une diversité de néo-demandeur·euses et d'expériences.

2.1.2. Néo-demandeur·euses

La population de l'enquête téléphonique devrait normalement être constituée de l'ensemble des néo-demandeur·euses contactant un service de santé mentale durant la période allant du 31/10/2022 au 03/03/2023. En réalité, pour des raisons pratiques à nouveau, cette période a elle-même été divisée en 4 sous périodes sur lesquels les services participants ont été répartis et durant lesquels les néo-demandeur·euses de ces services ont été sollicité·e·s pour participer à l'enquête.

2.2. Recrutement

2.2.1. Services

Le recrutement des services s'est fait simultanément pour l'ensemble de cette recherche, à savoir le recensement et l'enquête qualitative. Nous avons contacté l'ensemble des services bruxellois, CoCof, CoCom et en attente d'agrément pour pouvoir présenter le projet de recherche. Seules ont été exclues les quatre CGG néerlandophones qui se trouvent sur le territoire bruxellois, les chercheurs ne maîtrisant pas suffisamment le néerlandais.

Nous avons ensuite rencontré les services qui ont donné une réponse favorable à notre demande de présenter la recherche. Lorsqu'après cette présentation, certains se montraient intéressés pour participer à l'une ou l'autre partie du projet, nous revenions une à deux fois rencontrer les équipes, pour se mettre d'accord sur les modalités pratiques de l'étude et répondre aux dernières questions des travailleur·euses.

2.2.2. Néo-demandeur·euses

La particularité de notre méthodologie était que nous, chercheurs, n'étions pas directement en charge du recrutement des participants, mais plutôt les travailleur·euse·s des services.

Le but était évidemment pour nous de pouvoir parler au plus grand nombre et à la plus grande diversité possible de néo-demandeur·euse·s, peu importe la nature de leur demande. Mais il était surtout primordial pour nous que les services gardent le droit de ne pas nous orienter certains néo-demandeur·euse·s s'ils ou elles estimaient que prendre part à la recherche pouvait

les mettre en difficultés, sur base de leur jugement clinique. Ainsi, certains services nous ont indiqué principalement ne pas avoir demandé aux néo-demandeur·euse·s qui semblaient en trop grande souffrance, ne comprenaient pas suffisamment le français ou semblaient faire part d'une certaine méfiance. Certain·e·s travailleur·euse·s ont, et c'est tout à fait compréhensible, de temps en temps oublié de proposer de participer à la recherche à quelques néo-demandeur·euse·s.

Par ailleurs, les néo-demandeur·euse·s pouvaient eux et elles aussi refuser de participer à la recherche. Soit directement suite à la proposition du service, soit en ne décrochant pas lors de notre appel.

2.3.Echantillon final

2.3.1. Services

Au total, 12 services ont accepté de participer au volet qualitatif de notre étude : 10 via l'enquête téléphonique et 2 via un dispositif autre. Pour l'enquête téléphonique, les chercheurs se sont retrouvés en présentiel dans 7 services et en distanciel dans 3 services. Cela sur un total de X services participants au recensement.

2.3.2. Néo-demandeur·euses

Nous avons réalisés 44 entretiens avec 40 personnes différentes : 33 premiers entretiens, 4 entretiens de rappel et 7 entretiens avec des professionnels « envoyeurs ».

C. ANALYSE DES DONNÉES

1. L'analyse thématique de contenu

L'ensemble des entretiens ont été retranscrits. Ils ont ensuite été analysés via l'analyse thématique de contenu, une méthode qui permet d'« identifier, analyser et rapporter des thèmes à travers un ensemble de données » (Braun et Clarke, 2006 : 6).

L'analyse a principalement été pensée pour rassembler et se faire répondre les propos des participants autour des grandes thématiques que nous souhaitons explorer et qui étaient abordées dans les guides d'entretien. Pour rappel, ces thématiques sont : l'accès au service et les raisons de la demande, les attentes, le parcours d'accueil, le devenir de la demande, le vécu de l'accueil et les pratiques d'attentes. Nous sommes cependant restés sensibles aux thématiques émergentes, celles qui se sont présentées à nous sans que nous ne les attendions.

4. RÉSULTATS

1. Typologie des dispositifs d'accueil

1.1. Introduction

Dans un service de santé mentale, accueillir un·e néo-demandeur·euse n'est jamais une démarche anodine puisqu'il s'agit de recevoir une personne qui fait face à des difficultés dans sa vie et qui se retrouve dans une situation de vulnérabilité, parfois confrontée à un monde qui est tout à fait nouveau : celui de la santé mentale. Cette personne arrive avec ses singularités, son histoire, sa subjectivité et le·a professionnel·le qui la rencontre doit pouvoir, en très peu de temps, lui offrir un lieu bienveillant, sécurisant et où la personne se sent déjà, si pas comprise, au moins entendue. Cette rencontre est peut-être la première étape d'une relation thérapeutique qui commence déjà à se construire... On aperçoit ici bien pourquoi les professionnel·le·s des services de santé mentale cherchent depuis longtemps à soigner l'accueil.

Ce qui est par contre un peu plus « nouveau », quoi que le phénomène commence déjà à dater, c'est la saturation du secteur des services de santé mentale et l'afflux trop important de nouvelles demandes qui parviennent à leur porte. La demande de soins de santé mentale dans les SSM dépasse l'offre disponible, au grand regret des services. Alors, si toutes les demandes ne peuvent être prises, comment distinguer celle qui débutera sur un nouveau suivi de celle qui devra être réorientée ?

Pour répondre à cette question, les services de santé mentale ont petit à petit construit des dispositifs d'accueil, notamment à partir de leurs valeurs, de la perception qu'ils se font de la population qu'ils reçoivent et du tissu social dans lequel ils sont implantés. Parfois, ce sont mêmes plusieurs dispositifs d'accueil différents qui se sont mis en place au sein d'un même service, en fonction des sous-équipes qui s'y trouvent et de leur vision de ce que les professionnel·les aiment appeler « la clinique ». En résulte une grande diversité de dispositifs d'accueil qui répondent à une grande diversité de publics, aux logiques d'accès elles aussi très différentes.

Ces dispositifs d'accueil ne sont jamais figés : ils sont sans cesse repensés et adaptés. Notamment parce que l'organisation des soins de santé mentale change (pensons à la réforme 107 ou, plus récemment, au Plan Social-Santé Intégré), mais également parce que les demandes des patient·e·s changent aussi. Les professionnel·le·s s'accordent d'ailleurs sur le fait que les demandes semblent de plus en plus complexes.

Ces dispositifs d'accueil sont si variés qu'il devient presque difficile d'en dire quelque chose, d'où notre volonté de les simplifier et de les rendre intelligibles via une typologie. A partir d'observations de terrain, nous dégagerons donc un nombre réduit de « types » de dispositifs d'accueil.

Par la suite, pour mettre en évidence les effets que ces dispositifs d'accueil peuvent avoir sur les néo-demandeur·euse·s, nous les mettrons en lien avec leurs expériences, directement tirées des entretiens réalisés. Ces expériences sont tout à fait singulières, elles appartiennent à des personnes uniques, aux vécus et aux histoires très différentes. Elles ne sont pas généralisables, mais elles permettent déjà de voir une partie des réactions que les dispositifs d'accueil peuvent susciter chez les néo-demandeur·euse·s.

Précisons que l'objectif avec cette typologie n'est nullement de présenter un dispositif comme étant meilleur que l'autre. Ils répondent tous à des objectifs, des contextes et des besoins différents. Nous le verrons, c'est leur diversité qui fait leur richesse.

1.2. Penser la typologie

Nous avons choisi d'établir une typologie en nous intéressant à la manière dont les services de santé mentale organisaient leur dispositif d'accueil, c'est à dire aux aspects organisationnels de ces dispositifs.

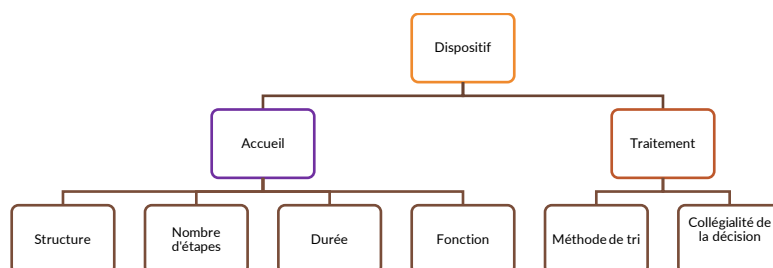
En répertoriant l'ensemble des dispositifs d'accueil que nous connaissions, nous avons pu voir qu'ils semblent avoir deux grandes fonctions : une fonction d'accueil et une fonction de traitement des demandes.

La fonction d'accueil consiste à recevoir la personne en demande et à faire en sorte qu'elle se sente écoutée. Elle vise également à recueillir et analyser les informations nécessaires à l'équipe soignante pour déterminer l'orientation clinique d'un éventuel suivi ou d'une réorientation. La fonction de traitement des demandes vise surtout à décider de l'avenir qui est à donner à la demande.

C'est à partir de ces deux termes d' « accueil » et de « traitement » que nous avons débuté la typologie en faisant de ceux-ci ses deux dimensions de base. Il restait à nous interroger sur les différences et points communs qui existaient entre les services de santé mentale pour chacune de ces deux dimensions et ainsi d'en établir les sous-catégories.

*En ce qui concerne la **procédure d'accueil**, nous en sommes arrivés à déterminer que les services se différenciaient en terme de structure de la procédure, de nombres d'étapes à celle-ci, de durée et de*

fonction principale. Quant à la procédure de **traitement** des demandes, nous pouvons distinguer les services selon leur méthode de tri des demandes et selon la collégialité de leur décision quant aux suites à donner aux demandes.



En combinant ces deux dimensions et leurs sous-catégories, nous avons finalement pu identifier quatre types de dispositifs d'accueil qui sont : la **division du travail**, l'**holiste** l'**aléatoire** et l'**enregistrement inconditionnel**.

Le tableau qui suit reprend les 4 dispositifs d'accueils et leurs caractéristiques.

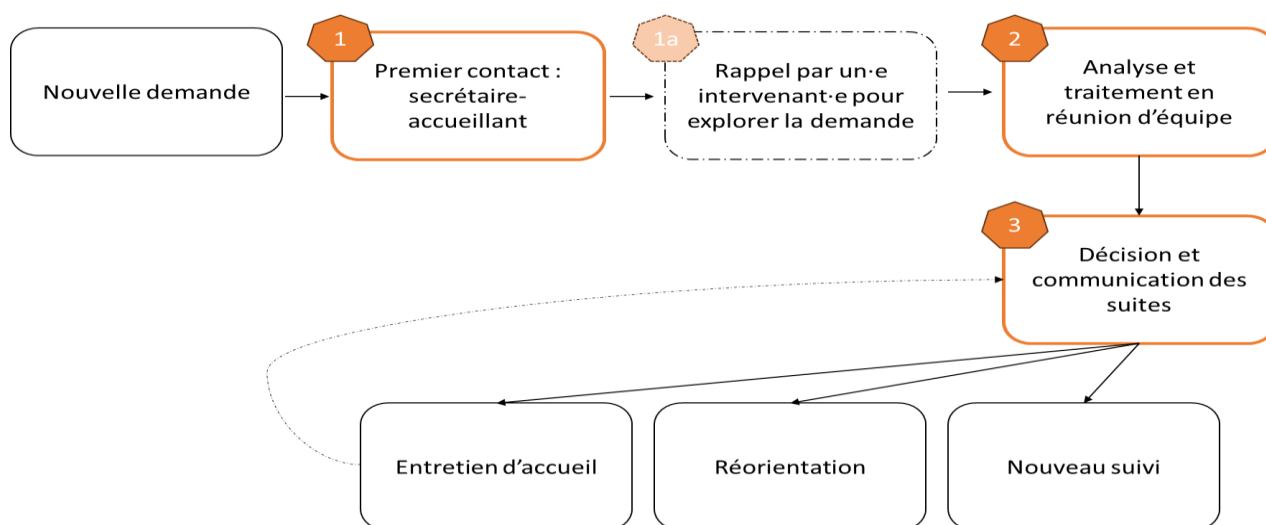
Type de dispositif d'accueil	Procédure d'accueil				Procédure de traitement des demandes	
	Structure	Nombre d'étapes	Durée	Fonction principale	Méthode de tri	Collégialité de la décision
Division du travail	Segmentée et spécialisée	Plus de deux étapes	Une semaine	Tri / Orientation	Critères formels et critères cliniques en réunion d'équipe	Forte
Aléatoire	Segmentée et spécialisée	Plus de deux étapes	Variable	Tri / Orientation	Aléatoire selon l'ordre d'arrivée	Forte
Holiste	Holiste	Une étape	Instantanée	Ecoute / Suivi	Autorégulation en salle d'attente	Modérée
Enregistrement inconditionnel	Segmentée	Deux étapes	Instantanée	Administrative	Autorégulation via la liste d'attente	Faible

1.3. Présentation de la typologie

Ces quatre idéaux-types de dispositifs d'accueil sont des constructions théoriques que nous avons formulées à partir de l'observation de dispositifs d'accueil bien réels, en schématisant les choses pour les rendre plus intelligibles. Ce sont des dispositifs qui n'existent pas tels quels et qui n'ont pas de contexte, pas d'histoire. Nous verrons plus loin que, dans la réalité, les dispositifs d'accueil des services de santé mentale sont indissociables de leur histoire, de leur population qu'ils reçoivent et de leur contexte. En outre, les dispositifs réels sont souvent un « mélange » de chacun des types d'accueil présentés ici et ils s'adaptent sans cesse aux néo-demandeur·euse·s et à leurs besoins. L'accueil est en effet plus souvent du cas par cas, que l'utilisation répétée et inchangée d'un modèle.

a) Dispositif d'accueil « division du travail »

Le dispositif d'accueil « division du travail » est typiquement en place dans un service de santé mentale avec une ou deux équipes pluridisciplinaires, par exemple une équipe enfant et une équipe adulte. Un·e secrétaire-accueillant·e se charge de l'accueil des nouvelles demandes tout au long de la semaine. Une fois par semaine, les deux sous-équipes se rassemblent pour une réunion clinique où elles traitent notamment des nouvelles demandes reçues depuis la semaine précédente.



La figure ci-dessus se propose de schématiser le dispositif « division du travail » et ses différentes étapes.

Nous observons une première étape qui est celle de la réception de la **nouvelle demande** par le·a **secrétaire-accueillant·e**, lors d'un **premier contact** sans rendez-vous préalable. L'accueillant·e explore brièvement la demande en récoltant des informations socio-démographiques et cliniques. Une étape supplémentaire est possible : après un premier contact du néo-demandeur·euse avec l'accueil, un·e intervenant·e le·a rappelle pour réaliser l'exploration de la demande.

La seconde étape est la présentation de la demande en **réunion d'équipe**, et l'**analyse** de celle-ci, à la fois via des critères formels (la personne a-t-elle les moyens de consulter dans le privé, y-a-t-il un service plus proche, etc.) et des critères cliniques (motif de consultation, antécédents, etc.). C'est alors collégialement qu'est prise la décision quant à la suite à donner à la demande.

Après la réunion d'équipe, la troisième étape prend place lorsqu'un·e **clinicien·ne rappelle** le néo-demandeur·euse pour communiquer sur les suites données à la demande (**nouveau suivi**

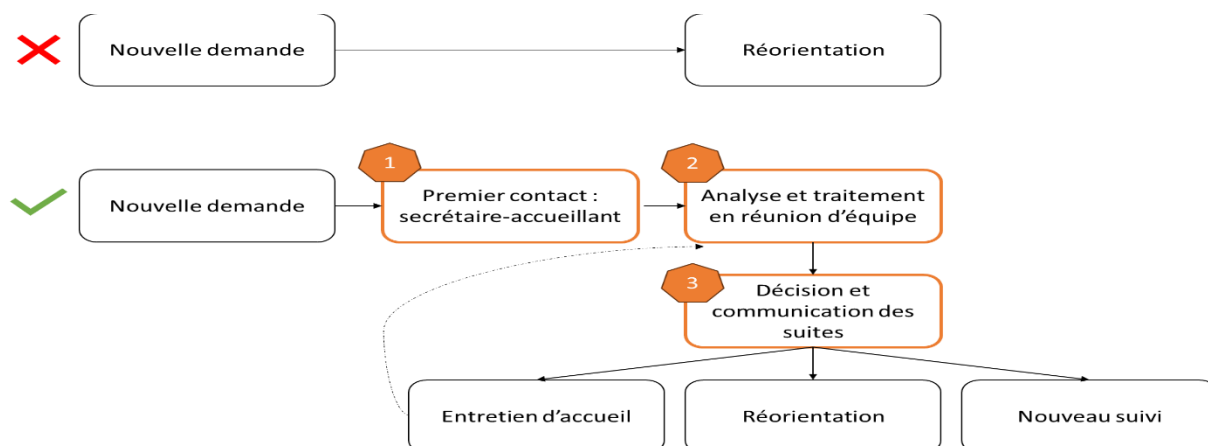
ou **réorientation**) et, éventuellement, proposer un **entretien d'accueil**. Dans ce cas, la procédure d'accueil est « repartie pour un tour », puisqu'après le rendez-vous d'accueil, il est possible que la demande repasse à nouveau en réunion d'équipe si nécessaire, et qu'une nouvelle décision soit prise quant à son avenir.

En résumé, dans ce service, la procédure d'accueil et de traitement des nouvelles demandes est **segmentée** en **trois étapes** mobilisant à chaque fois des professionnels bien spécifiques (**procédure spécialisée**). La fonction principale de cette procédure d'accueil est le **tri** entre les demandes qui seront acceptées et celles qui seront (ré)**orientées** via l'utilisation de **critères formels et cliniques** en réunion d'équipe. La décision quant aux suites données à la demande est partagée par l'ensemble de l'équipe (**forte collégialité de la décision**). Cette procédure dure généralement **une semaine** pour le·a demandeur·euse, temps nécessaire entre l'introduction de sa demande, son traitement en équipe, et le retour qu'il-elle obtiendra sur les suites qui y seront données.

b) Dispositif d'accueil « aléatoire »

Le service « aléatoire » est un service de taille moyenne, avec une équipe enfant pluridisciplinaire et une équipe adulte, elle aussi pluridisciplinaire. Des secrétaires-accueillant·e·s se relaient au quotidien pour la réalisation des tâches administratives et l'accueil des nouvelles demandes. Les deux équipes se réunissent une fois par semaine lors d'une réunion clinique où ils traitent, entre autre, des nouvelles demandes reçues durant la semaine écoulée.

Le dispositif d'accueil du service « aléatoire » fonctionne de manière similaire à celle du service « division du travail », à l'exception de sa durée et de sa méthode de tri des nouvelles demandes. En effet, lors de la réunion d'équipe hebdomadaire, les thérapeutes annoncent aux secrétaires-accueillant·e·s le nombre de places disponibles actuellement dans leur agenda. Les accueillant·e·s ont ainsi une estimation du nombre de nouvelles demandes qui peuvent être absorbées. Ces nouvelles demandes seront prises selon l'ordre du « premier arrivé, premier servi » jusqu'à remplissage des quotas disponibles. C'est pourquoi la méthode de tri des nouvelles demandes est décrite comme aléatoire, puisque le tri se fait selon l'ordre d'arrivée des néo-demandeur·euse·s à l'accueil. Nous verrons plus loin, via un témoignage d'usager, qu'il peut aussi exister une sorte d'entre-deux, où la demande n'est pas tout à fait prise, mais pas tout à fait réorientée non plus.

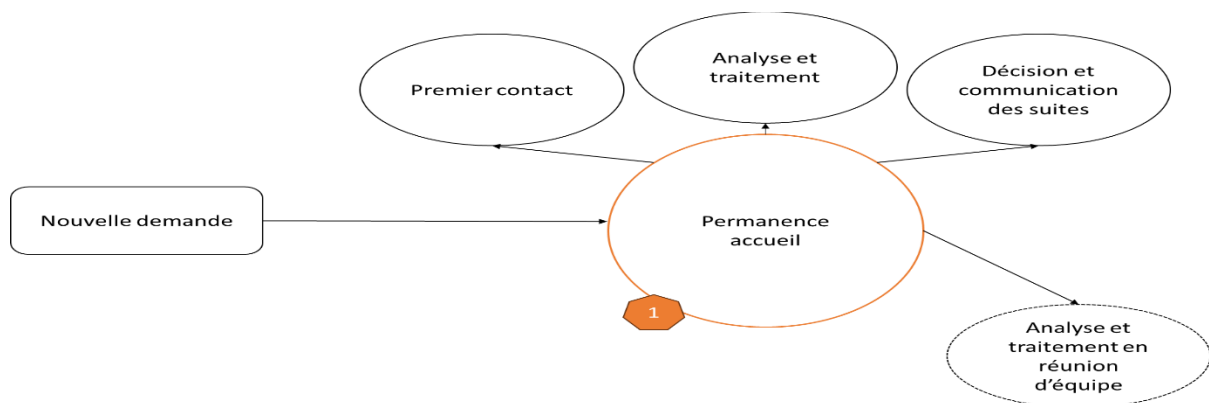


Ainsi, on en arrive au schéma présenté ci-dessus : quand aucune place n'est disponible au moment du **premier contact avec le·a secrétaire-accueillant·e**, les **nouvelles demandes** sont directement réorientées et la procédure d'accueil s'arrête là. Si des places sont disponibles, la procédure d'accueil continue son chemin et celle-ci est identique à celle du modèle « division du travail » avec **analyse et traitement** en réunion d'équipe, puis **décision et communication des suites** (**entretien d'accueil**, **réorientation** ou **nouveau suivi**) aux néo-demandeur·euse·s.

Dans ce service, la procédure d'accueil et de traitement des nouvelles demandes est donc **segmentée** en **trois étapes** et **spécialisée**. La fonction principale de cette procédure d'accueil est le **tri** entre les demandes qui seront acceptées et celles qui seront (ré)**orientées** via l'attribution **aléatoire** des places selon l'**ordre d'arrivée** des néo-demandeur·euse·s. Les demandes sont analysées en réunion d'équipe et la décision quant aux suites à leur donner est partagée par le plus grand nombre (**forte collégialité de la décision**). Cette procédure prend un temps **variable** pour les néo-demandeur·euse·s, selon le moment où ils·elles appellent : cela peut être immédiat si la nouvelle demande est introduite juste après la réunion quand des places sont libres, et beaucoup plus long si l'appel est passé lorsque toutes les places sont déjà prises et que les demandeur·euse·s sont invité·e·s à rappeler plus tard ou sont réorienté·e·s.

c) Dispositif d'accueil « holiste »

Le dispositif d'accueil « holiste » s'inscrit typiquement dans un service qui comprend une équipe pluridisciplinaire. Les membres de cette équipe se relaient quotidiennement à la « permanence » du service, un espace sans rendez-vous qui permet à tout un chacun de se présenter durant les heures d'ouvertures du service pour y déposer une nouvelle demande. L'équipe se réunit une fois par semaine, notamment pour y discuter des nouvelles demandes qui ont pu être reçues durant la semaine écoulée et qui ont généralement déjà été prises pour un nouveau suivi par les clinicien·ne·s des différentes permanences, du moins si un suivi est indiqué.



Encore une fois, nous proposons un schéma de la procédure d'accueil du dispositif « holiste ».

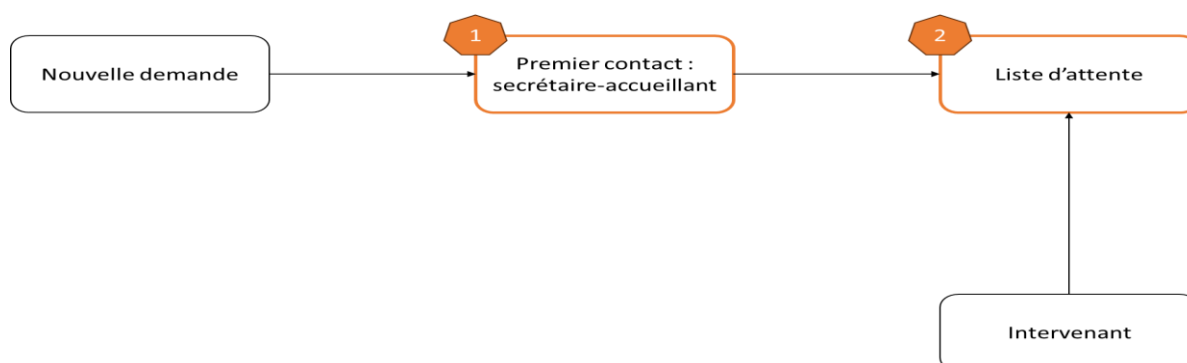
Cette procédure comporte une unique étape. Le·a néo-demandeur·euse se présente sans rendez-vous et le plus souvent en présentiel dans une **permanence d'accueil** pour établir un **premier contact** avec un·e intervenant·e et déposer sa **nouvelle demande**. L'intervenant·e reçoit le·a néo-demandeur·euse durant ce qui se situe à la fois entre l'entretien d'accueil et la première consultation. Durant cet entretien, il ou elle réalise déjà l'**analyse de la demande** et son **traitement** en **décidant des suites** à y donner (nouveau suivi, réorientation ou autre entretien lors d'une nouvelle permanence). Bien que l'intervenant·e soit seul·e avec le ou la néo-demandeur·euse, l'analyse de la demande est réalisée en ayant conscience des compétences de toute l'équipe et de sa capacité d'absorption des nouvelles demandes. L'intervenant·e peut **communiquer** directement au néo-demandeur·euse les suites qui seront données à sa demande. Le tri entre les usager·e·es qui auront éventuellement un suivi et les autres se fait via autorégulation selon l'affluence et le temps que ceux-ci et celles-ci sont prêts à patienter en salle d'attente.

Dans ce service, nous pouvons donc résumer la procédure d'accueil et de traitement des nouvelles demandes comme étant **holiste** et se faisant en **une seule étape** lors de la permanence. La fonction principale de cette procédure d'accueil se situe entre l'**écoute** et ce qui pourrait déjà être qualifié de **suivi**, d'autant que la permanence se transforme parfois en lieu d'accueil répété pour certaines personnes. Le tri des demandes se fait via **autorégulation** par les néo-demandeur·euse·s **en salle d'attente** : quand l'attente avant de pouvoir rencontrer un clinicien·ne est trop longue, il·elle·s s'en vont généralement pour éventuellement revenir à un autre moment. La décision quant aux suites données à la demande est prise par le·a clinicien·ne de permanence en ayant conscience des compétences de l'équipe et soumise à une forme de validation lors d'une présentation de la demande à la réunion d'équipe (**collégialité modérée** de

la décision). Cette procédure d'accueil est **instantanée** pour le·a néo-demandeur·euse qui a déjà une idée après cette première rencontre de la suite qui sera donnée à sa demande.

d) Dispositif d'accueil « enregistrement inconditionnel »

Le service « enregistrement inconditionnel » est un service composé de multiples équipes pluridisciplinaires autonomes les unes par rapport aux autres. L'accueil des premières demandes est fait par une équipe de secrétaires-accueillant·e·s, tout au long de la semaine.



Dans ce service, les **nouvelles demandes** arrivent à l'accueil où elles sont toutes prises et encodées dans un système informatique par **les secrétaires-accueillant·e·s**. Ces dernier·ère·s posent quelques questions sur la demande, notamment pour savoir quel type de professionnel est attendu, mais n'entrent pas plus en profondeur dans celle-ci. Seules sont réorientées à ce stade les demandes qui ne correspondent absolument pas aux missions et compétences du service. Le reste des demandes est encodé sur une **liste d'attente**. Le demandeur·euse est informé·e de son placement sur liste d'attente et du fait d'être rappelé·e dans les deux à trois mois qui suivent. Il·elle obtient donc une réponse instantanée à sa demande de suivi, même si le suivi lui-même n'est pas prévu immédiatement.

Dès qu'une place se libère dans leur agenda, les **intervenant·e·s** de ce service se tournent vers cette liste d'attente informatisée et piochent l'utilisateur·ère qui viendra remplir cette place. Techniquement, ces intervenant·e·s doivent prendre la personne inscrite depuis le plus longtemps sur la liste d'attente. En réalité, le thérapeute a tendance à sélectionner la demande qu'il va suivre à partir de critères subjectifs, des critères qui ne sont nullement à condamner. Prenons l'exemple du thérapeute qui a déjà cinq suivis « lourds » et qui va cette fois-ci prendre un suivi qui lui apparaît à priori plus « léger », de quoi se préserver un peu. Au moment du rappel par le le·a thérapeute, les néo-demandeur·euse·s annoncent parfois avoir entre temps trouvé un suivi ailleurs ou même ne plus avoir besoin d'un suivi. De ce fait, outre un tri via une sélection

des patient·e·s à suivre ensuite, il existe également une forme d'auto-régulation par les néo-demandeur·euse·s mêmes via la liste d'attente.

En résumé, dans ce service, la procédure d'accueil est **segmentée en deux étapes** : d'abord le premier contact avec la prise de la demande et ensuite l'enregistrement de cette demande sur une liste d'attente. Dès lors, cette procédure est **instantanée** pour le bénéficiaire qui obtient un retour immédiat à sa demande : elle est placée sur liste d'attente. La procédure d'accueil est ici purement **administrative** et consiste à prendre note de la demande. Le tri entre les demandes qui seront acceptées et celles qui seront réorientées est fait naturellement via une forme d'**auto-régulation** liée à la **liste d'attente**, puisque certains bénéficiaires trouveront un suivi ailleurs entre temps ou n'auront plus besoin d'un suivi. Mais le tri se fait également via **sélection arbitraire** par chaque thérapeute des patient·e·s à suivre via la liste d'attente. La **collégialité** de la décision de suivre ou non un patient est donc très **faible**.

1.4. Les effets des dispositifs sur les néo-demandeurs

a) Dispositif d'accueil « division du travail »

Nous avons pu observer que ces dispositifs d'accueil nécessitent déjà de la part du demandeur·euse de posséder certaines compétences en terme de formulation de sa demande. Lors du premier contact, il ou elle doit en effet pouvoir à minima exprimer ce qui l'amène à vouloir consulter, via une modalité de contact qui n'est pas toujours simple : le téléphone. C'est d'autant plus difficile pour les néo-demandeur·euse·s qui ne semblent pas réellement porter une demande très « incarnée », typiquement ceux et celles qui ont été envoyé·e·s vers le SSM par un·e autre professionnel·le (médecin généraliste, instituteur dans le cas des enfants, etc.) et qui peinent à voir l'intérêt de consulter, sans totalement rejeter l'idée non plus. L'expérience en santé mentale n'est ici également pas négligeable dans la capacité des néo-demandeur·euse à formuler leur demande.

Nous savons que les professionnel·le·s font cependant leur possible pour accompagner les demandeur·euse·s dans l'élaboration de leur demande et l'expression de leurs besoins, par exemple en proposant des entretiens d'accueil. Certains services ont par exemple systématiquement un·e professionnel·le qui rappelle les néo-demandeur·euse·s après un premier contact avec l'accueil.

Nous remarquons également qu'il existe parfois un manque de clarté du côté du demandeur par rapport au chemin que sa demande doit suivre « en coulisse » avant d'avoir une réponse à

celle-ci via ce dispositif. Notamment parce que ce qui semble évident à force de répétition pour les professionnel·les des services ne l'est pas forcément pour les demandeur·euses. Cet effet est potentiellement accentué chez les individus pour qui le contact avec le SSM est aussi un tout premier contact avec la santé mentale et ses modes de fonctionnements.

Mais en termes de réponse de la demande, ça a pris plusieurs jours. Donc c'était pas du tout évident parce que je passais mon temps à passer par le secrétariat qui me passait vers une autre psychologue qui me disait « on va faire une réunion ». Et j'attendais, deuxième jour, troisième jour, à peu près la même scène qui se répétait. Donc voilà, ça a pris une semaine. Jusqu'à ce que j'ai reçu une réponse définitive que voilà, il n'y avait pas de place et on m'a quand même conseillé de contacter un psychologue qui se trouvait pas loin dans le quartier.

Des personnes qui ont déjà une certaine expérience, semblent moins surprises par cette attente :

Ils ont dit qu'ils allaient me rappeler mardi, je vais attendre.

Soulignons dans ce dispositif l'importance du rappel en fin de parcours et du travail de réorientation que font les services avec les néo-demandeur·euse·s. Ce travail de réorientation semble être très apprécié et pour certain·e·s, il s'agit déjà d'une « forme de prise en charge à l'accueil ».

Quand on m'a dit qu'on allait me rappeler, ils ont rappelé. Et il y a eu plus que ce que j'espérais, c'est-à-dire des personnes qui ont téléphoné eux-mêmes pour essayer..

Selon la difficulté que je leur avait annoncée, bah il y a quelqu'un qui a téléphoné pour essayer de trouver éventuellement quelqu'un pour nous, donc ça a été au-delà de l'aide. Il y a eu une prise en charge déjà à l'accueil.

Comme je les avais eu en ligne, ils ne savaient pas quoi me répondre, ils ne savaient pas si c'était possible de me prendre en charge ou pas. Donc ils m'ont demandé si c'est possible de me rappeler, j'ai dit « oui pas de soucis ». Aujourd'hui, la dame m'a rappelé. Elle a été super gentille tout ça, elle a vraiment pris le temps. On est resté un bon 30-40 minutes au téléphone pour essayer de voir un peu les alternatives et voilà quoi.

La dame du secrétariat m'a toute de suite dit qu'elle avait pris note de ma demande et qu'elle a écouté la raison pour laquelle je fais cette demande, mais elle m'a dit tout de suite que ça allait être probablement difficile que ma fille ait un suivi là, vu qu'effectivement la surcharge qu'ils ont au niveau des demandes, mais elle m'a dit qu'ils en parleraient quand même en réunion et qu'ils me contacteraient suite à cette réunion où ils prendraient leur décision par rapport à un suivi ou pas.

b) Dispositif d'accueil « aléatoire »

Ce dispositif étant proche de celui de la « division du travail », ses effets sont assez similaires. Une grande différence existe cependant et celle-ci est liée à la méthode de tri aléatoire des demandes, sur le mode du premier arrivé, premier servi. Cette logique est tout à fait compréhensible quand on la remet dans son contexte puisqu'elle pose le choix assumé de faire porter de manière prédominante la méthode de tri des néo-demandeur·euses à suivre ou à réorienter sur le hasard (« premier arrivé, premier servi ») plutôt que sur un critère de pertinence clinique (qui a le plus besoin d'un suivi, ou pour qui est-ce le plus urgent).

Selon nous, il existe trois cas typiques :

- La personne qui appelle au bon moment, et qui entre dans la procédure d'accueil et de traitement des nouvelles demandes
- La personne qui est directement et clairement refusée/réorientée pour cause de saturation
- La personne à qui on conseille de rappeler plus tard à cause de la saturation (notamment parce qu'elle insiste un peu, parce qu'elle semble vraiment vouloir être suivi·e dans ce service, etc.)

Le néo-demandeur·euse· à qui il est conseillé de rappeler plus tard pour voir si une place se libère n'a finalement pas toutes les clés en main pour rappeler au « bon moment », c'est-à-dire juste après la réunion quand des places sont éventuellement encore disponibles. En outre, ce « rappeler plus tard » peut induire le sentiment que ce « plus tard » est assez prometteur, qu'une place devrait alors être définitivement disponible. Certains néo-demandeur·euse·s peuvent même croire qu'ils ou elles sont sur liste d'attente ou du moins que leur demande ayant déjà été formulée et entendue, devrait désormais être prioritaire par rapport à une autre demande.

Les demandeur·euses se trouvent ainsi dans une sorte d'entre-deux, pas tout à fait dans le service, mais pas tout à fait dehors...

Donc j'ai fait la demande dans ce service et, évidemment, 7 mois plus tard, j'ai toujours rien. Chaque fois, il me répond la même chose parce que je pense qu'ils ne font pas les démarches.. Encore aujourd'hui, ils disent "Ah je dois refaire la demande parce que ». Déjà, ils me disaient ça en novembre et décembre.

Mais de trois à six mois je les ai contacté régulièrement. Mais ils étaient tout le temps très très rempli. Aujourd'hui, on a pu même me proposer d'être mise sur liste d'attente. Ce que les dernières fois, j'avais même pas droit. On m'avait pas proposé ça avant. Je trouvais déjà que c'était bien.

c) Dispositif d'accueil « holiste »

Le dispositif « holiste » permet d'offrir un lieu d'accueil des publics dits « bas seuil ». Ces publics ont généralement du mal à franchir le seuil des institutions de soins « classiques » dont ils et elles maîtrisent trop peu les codes. En outre, ce dispositif nécessite peu de compétences de leur part puisqu'il « suffit » de se présenter, sans rendez-vous préalable et sans demande très claire, puisqu'un·e thérapeute sera là pour accompagner le·a patient·e dans l'expression de ses besoins.

Une jeune patiente souligne :

C'est accessible à tout le monde, sans carte d'identité, sans preuve, sans rien. Moi, ici, je ne me suis jamais inscrite. Je me suis présentée. Et parfois même dans l'anonymat, nos prénoms ne sont jamais dits.

Un autre avantage lié au fait que ce dispositif soit holiste est le fait d'avoir une réponse assez rapide à sa demande, et si nécessaire de repartir avec d'autres possibilités ou déposer sa demande.

Comme ils ne peuvent pas prendre une nouvelle patiente, elle voulait quand même m'aider. Elle a pris mon adresse mail. Elle m'a envoyé d'autres informations où je peux avoir un autre psychiatre.» (...) ça m'a un petit peu inquiété premièrement quand on a dit qu'on n'avait pas de place, je ne savais pas où me diriger. Mais comme la conseillère m'a assez vite proposé une autre option, ça m'a assez rassuré.

Ces lieux d'accueil sont aussi parfois utilisés au-delà outre le moment de l'accueil comme des plages de consultations par des patient·e·s qui reviennent de semaine en semaine pour être reçu·e·s. Encore une fois, cela fait sens en terme d'accueil bas seuil, mais il est vrai que cela peut avoir pour effet de saturer la permanence.

Moi en général, je suis très à l'heure. Donc je viens en général à l'ouverture. Mais je vois que parfois même, il y a des gens avant moi. Une personne ou deux. Donc ça veut dire que les personnes attendent ce jour-là. Et c'est vrai que l'attente, comme la séance dure à peu près une demi-heure, j'attends une demi-heure, quarante minute.

Par ailleurs, ce dispositif peut parfois donner aux professionnels une fausse impression de non-saturation. En effet, les patient·e·s qui se présentent à la permanence et qui font demi-tour face à une file d'attente trop longue ne sont finalement pas ou peu remarqué·e·s par les professionnel·le·s. Les « habitué·e·s » de la permanence reviendront à un autre moment, mais les néo-demandeurs qui se présentent pour la première fois risquent bien de ne jamais revenir.

d) Dispositif d'accueil « enregistrement inconditionnel »

Le dispositif d'accueil « enregistrement inconditionnel » mène à pas ou peu de tri à priori des nouvelles demandes, puisqu'elles sont toutes inscrites sur liste d'attente et éventuellement rappelées. Du côté du néo-demandeur·euse·s cela implique qu'il ne faut pas de compétences

particulières pour présenter sa demande de telle manière à ce qu'elle se distingue des autres comme étant celle à prendre en priorité. En outre, le·a demandeur·euse ne doit pas faire preuve d'une ténacité particulière pour que sa demande soit prise.

Par ailleurs, l'inscription sur liste d'attente peut avoir chez certain·e·s néo-demandeur·euse·s un effet rassurant : ielles savent qu'une place les attend quelque part et qu'une fois l'attente passée, le suivi devrait débuter rapidement.

Je suis sur liste d'attente et elle est longue, mais dès qu'ils me contacteront, la suite arrivera rapidement (Mère d'une jeune fille en attente d'un suivi chez un psychiatre).

Les néo-demandeur·euse·s qui souhaitent avoir un suivi rapidement continueront par ailleurs à chercher un service qui pourrait les recevoir plus vite.

Nous avons cependant observé que ce dispositif pouvait mettre à mal les demandeur·euse·s qui attendent longuement sans recevoir de nouvelle du service sur l'avancement de leur demande. Prenons l'exemple de ce Monsieur à qui l'accueil a mentionné qu'il serait « rappelé d'ici deux à trois mois ». Au bout des trois mois, Monsieur se sent comme abandonné par le service et en perte de confiance vis-à-vis de celui-ci.

Ils m'ont dit que dans un délais de deux mois, ils allaient me rappeler. J'espérais être appelé, j'ai fait confiance à leur parole et j'ai attendu. J'ai pas cherché ailleurs, j'ai pas cherché une alternative. J'ai perdu confiance.

Nous savons que ce délais de deux mois n'était qu'une estimation de la durée d'attente de la part du service, qui ne peut prévoir avec exactitude quand une place sera disponible. Mais Monsieur, lui, y a vu une indication précise de quand il allait être rappelé. De son expérience, nous pouvons mettre en avant la nécessité pour les services de tenir les demandeur·euse·s au courant de ce qu'il advient de leur demande.

On ne peut pas promettre sans répondre. Il faut suivre les promesses qui ont été faites. C'est-à-dire après deux mois, on appelle la personne pour dire qu'on n'a rien. Ça c'est très confortable. Quand on dit qu'on va vous rappeler dans un délais de deux mois, alors dans deux mois, il faut rappeler la personne pour donner un rendez-vous ou dire malheureusement, on n'a pas encore de rendez-vous .

5. CONCLUSION

Nous le voyons donc, les dispositifs d'accueil ne sont pas sans effet sur les néo-demandeur·euses. Ces effets sont certes liés au dispositif lui-même, mais également aux néo-demandeur·euses et à leur imaginaire, leur parcours et leurs attentes. Nous nous intéresserons plus amplement à cela dans la suite de ce rapport.

PARTIE 2 - CHEMINER VERS LES SOINS DE SANTÉ MENTALE - SINGULARITÉ ET TYPICITÉ DES EXPÉRIENCES DE L'(IN)ACCÈS AUX SOINS

La santé mentale est un enjeu majeur de la société contemporaine, et Bruxelles ne fait pas exception à cette préoccupation grandissante. Les problèmes de santé mentale touchent une proportion significative de la population bruxelloise, et la recherche de solutions pour garantir l'accès équitable à des services de santé mentale de qualité est devenue une priorité cruciale dans le contexte politique actuel. Les besoins en matière de santé mentale sont complexes et variés, tout comme les parcours de vie et les expériences de chaque individu. Il est de plus en plus reconnu que pour garantir une prise en charge adéquate, il est impératif de comprendre et d'analyser en détail les divers cheminements d'accès aux services de santé mentale.

L'accessibilité aux services de santé mentale bruxellois est au cœur des priorités des réformes engagées par les politiques bruxelloises depuis plusieurs années (Réforme 107, PSSI, etc.). Ces grandes réformes tendent vers un accès aux soins au plus grand nombre, partant du principe que la proximité géographique du service est un critère prioritaire universel à toute personne qui émettrait une demande de soin de santé mentale. Or, outre le risque de voir se standardiser les pratiques d'accueil à l'échelle de la région³, augmenter le nombre de services de santé mentale ne signifie pas nécessairement que le nombre de professionnels de santé mentale augmente proportionnellement : la pénurie de psychiatre que connaît actuellement le secteur ambulatoire ne saurait être comblée de la sorte.

Le présent projet de recherche vise à explorer la diversité des parcours d'accès aux services de santé mentale dans la région de Bruxelles, en mettant un accent particulier sur l'importance de considérer cette diversité dans le contexte politique en matière de santé mentale. Cette recherche empirique cherche à dépasser les généralisations simplistes et à plonger dans les réalités complexes des individus qui cherchent de l'aide, tout en considérant les enjeux socioculturels et les politiques publiques qui façonnent ces parcours.

Les résultats exposés dans ce chapitre visent à éclairer les décideurs politiques, les prestataires de soins de santé mentale et la société civile sur la nécessité d'adopter une approche plus nuancée et diversifiée pour l'accès aux services de santé mentale, et sur la manière dont cela peut améliorer l'accessibilité des soins dans la région de Bruxelles.

³ Les besoins en santé mentale peuvent varier considérablement en fonction de la commune ou même du quartier. Ce qui fonctionne ici peut ne pas être approprié ailleurs.

1. DEUX PAS EN AVANT, UN PAS EN ARRIÈRE : QUELLE GRILLE DE LECTURE DES ENTRETIENS RECUEILLIS ?

Via la méthodologie employée (cf partie 1), nous avons mis sur pied trois grands cadres d'analyse : les cheminements d'accès jusqu'aux SSM ; les imaginaires du soin de santé mentale et du secteur ; les rapports à l'attente et à la réorientation. Ces cadres d'analyses nous permettent d'appréhender les différentes logiques d'actions, les différents types de rationalité de nos interlocuteurs quand il s'agit de penser l'accès à un service de soin de santé mentale.

1.1. LE CHEMINEMENT D'ACCES JUSQU'AU SERVICE

Qu'est-ce qui pousse les personnes interrogées à faire appel à un SSM, dans quel état d'esprit ? Comment est pensé le choix du service contacté ? Cette première partie vise à explorer les motivations profondes, les états d'esprit et les démarches entreprises par ceux qui déposent une nouvelle demande dans les services de santé mentale.

Les décisions de solliciter une aide en santé mentale et le choix du service contacté sont des processus complexes, fortement influencés par la diversité des expériences de vie, des besoins, et des ressources personnelles et sociales. Les décisions peuvent être motivées par des facteurs tels que la souffrance émotionnelle, les symptômes spécifiques, les recommandations de proches, le besoin de parler à un professionnel ou la volonté d'explorer des options de traitement. Ces motivations sont souvent façonnées par l'état d'esprit et la perception de l'urgence ressentie par l'individu en quête d'aide.

De plus, le choix du service de santé mentale est une étape cruciale dans le processus de recherche de soutien. Il est influencé par divers critères, notamment la proximité géographique, les recommandations de tiers, la confiance envers un professionnel spécifique, le coût des services, et l'adéquation de l'approche thérapeutique avec les besoins de la personne. Ce choix peut être délibéré ou dicté par des contraintes telles que les listes d'attente ou la disponibilité des services.

En abordant le ressenti de l'urgence, la formulation de la demande, les critères de choix et les modalités de mise en contact avec le service, nous visons à capturer la complexité de ces processus. Les extraits d'entretiens, les témoignages et les données recueillies directement auprès des personnes concernées donnent un aperçu riche et nuancé de ces expériences individuelles. À travers ces voix et ces expériences variées, nous cherchons à mieux comprendre les motifs sous-jacents qui poussent les individus à franchir le seuil des services de santé

mentale et les considérations qui guident leurs choix dans le paysage de la santé mentale à Bruxelles.

SENTIMENT D'URGENCE – POURQUOI FAIRE APPEL À UN SSM MAINTENANT ?

- Pas de sentiment d'urgence

Ma fille est déjà suivie par un psychologue dans une autre ville. Ici, on recherche vraiment un suivi spécifique, qui se concentre sur les traumas, alors on attendra le temps qu'il faudra.

- Urgence liée à une procédure ou autre (judiciaire, entrée en IHP, etc.)

J'ai essayé d'appeler vite parce que comme il est en deuxième primaire, j'ai essayé de trouver vite avant de terminer l'année parce que l'année prochaine, il va monter en troisième. Il ne peut pas monter comme ça.

- Urgence liée à un sentiment de gravité

Il y a des moments-clés entre guillemets, comme il y a un peu moins de deux semaines où j'ai fait comme une crise et j'ai bien senti qu'il fallait que j'y aille en fait. C'est juste que je garde trop, et je suis arrivé à mon maximum. Je ne sais plus gérer seul.

FORMULATION ET TEMPORALITÉ DE LA DEMANDE – L’interlocuteur est-il porteur de sa demande ? Combien de temps s’est-il écoulé entre l’émergence du besoin et l’appel vers un service ? Quels facteurs influent sur cette temporalité ?

- Temporalité lente, liée à un faible sentiment de gravité

J’ai appris l’existence du service il y a deux ans, mais ça fait 5 ans que je cherche une aide réelle psychologique, sans réellement vraiment chercher. Mais je sais que j’en ai besoin d’en ma vie.

- Temporalité lente, liée au « self care »

J’y suis allée parce que je ne savais pas quoi faire d’autre. J’ai passé des mois à essayer de régler les choses toute seule mais voilà, j’avais fait le tour.

- Temporalité lente, liée au cheminement lui-même

Au bout d’un moment, j’ai décidé d’arrêter de chercher. C’était trop compliqué de devoir à chaque fois appeler une nouvelle personne, expliquer ce qui n’allait pas, etc. J’ai gardé tout ça pendant des mois et maintenant je sens que j’ai à nouveau besoin d’aide.

- Temporalité rapide, liée à un diagnostic récent

J’ai été diagnostiquée il y a une semaine, et avant je n’avais pas forcément la compréhension que mon état dépressif ou euphorique était lié en quoi que ce soit à une maladie mentale ou à un trouble mental.

- Temporalité rapide, liée à une contrainte (juridique, etc.)

Actuellement, moi-même je ne ressens pas le besoin. C’est juste que j’ai fait le nécessaire parce qu’on me l’a demandé.

MODALITÉ D'UNE MISE EN CONTACT – Comment les coordonnées du service sont-elles parvenues au demandeur ?

- Conseillé par un proche ayant déjà fréquenté le service

Oui, c'est par le bouche-à-oreille, c'est une amie qui m'en a parlé et c'est aussi un ami qui lui en avait parlé. Pourtant eux, ils ne vivent même pas dans ma commune.

- Orientation, réorientation (direct ou listée)
 - Par le généraliste

J'ai d'abord été consulter mon généraliste pour lui parler, et il m'a donné une liste de services qui faisaient des tarifs préférentiels. Alors j'appelle la liste.

- Par un autre SSM

J'ai été redirigée par un autre centre. Je suis restée en contact avec eux. Et donc, par la suite, une des assistantes sociales du centre là-bas m'a conseillée de venir voir un psychologue ici.

- Par un service tier

C'est l'école de ma fille qui m'a recommandé un bilan logopédique et qui m'a parlé de ce service.

- A déjà fréquenté le service par le passé

Mon plus grand a déjà été suivi ici il y a quelques années, pour à peu près les mêmes raisons que son frère, pour qui j'appelle. C'est le premier centre qui m'est venu en tête.

- Internet

J'ai fait mes propres recherches sur internet. Et ce que propose ce centre-là, je ne l'ai jamais vu ailleurs. J'ai directement appelé.

CRITÈRES DE CHOIX – Pourquoi avoir choisi ce service-là, et pas un autre ?

➤ Economique

J'avais entendu par des amis, du bouche-à-oreille que c'était possible d'avoir un psychologue là-bas, pas très cher. Je cherchais quand même des tarifs assez raisonnables puisque je suis étudiante. Et je ne peux pas toujours spécialement me payer des consultations à 50 € donc je leur ai téléphoné à eux. Au fait que c'était plus par rapport au prix, et au fait que ce soit convenable et possible pour moi de payer.

➤ Géographique

Le plus important, c'est de trouver ASAP quelqu'un, mais c'est sûr que je préfère trouver quelqu'un qui est à proximité de ma résidence, plutôt que me taper le fin fond de la Belgique.

➤ Confiance

- Confiance accordée à l'envoyeur

Ce qui est important, c'est que ce soit un bon service. C'est pour ça que j'ai demandé à mon généraliste.

- Confiance accordée à la réputation du service

Ce service représente vraiment une référence pour moi dans le monde de la psychothérapie, donc je sais que je m'oriente vers une consultation de qualité.

- Confiance en la spécificité du service

Ici ils vont prendre en charge le poids du vécu en tant que réfugiée. Enfin, mon histoire va être prise en compte alors qu'à l'hôpital, les psychologues n'ont jamais pris en compte mon histoire. Je ne me suis pas sentie écoutée en tant que femme racisée venant d'un pays en guerre.

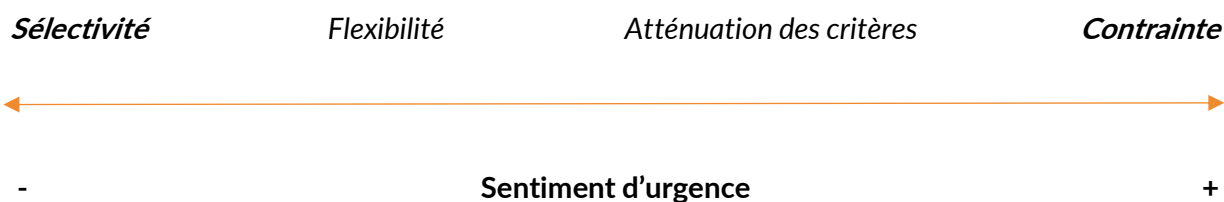
- Confiance en un thérapeute spécifique

Je pense que ma demande est assez particulière parce que je ne cherchais pas à contacter le SSM en question, mais je voulais prendre rendez-vous avec Monsieur X dont j'ai beaucoup lu les écrits.

- Confiance en la nature-même d'un SSM (pluridisciplinaire)

Parce que c'est global, il y avait vraiment moyen que ma fille soit prise en charge par une équipe à la fois de psychiatres, de psychologues, d'assistants sociaux. Donc c'était vraiment pour qu'il y ait un suivi global en fait de son sujet.

Le sentiment d'urgence joue un rôle essentiel dans la manière dont les gens choisissent un service de santé mentale, influençant leur degré de sélectivité ou de contrainte.



Lorsque les personnes ne ressentent pas une urgence immédiate, elles ont plus de temps pour penser leur choix. Elles peuvent être plus sélectives, car elles cherchent le service qui répond le mieux à leurs besoins spécifiques. Elles peuvent prendre en compte des facteurs tels que la proximité géographique, les recommandations de tiers, la qualité des soins, les qualifications des professionnels de la santé mentale et la compatibilité avec leurs valeurs et leurs préférences. La faible urgence permet une exploration plus minutieuse des options disponibles.

À l'inverse, lorsqu'une personne ressent une urgence élevée, sa principale préoccupation est souvent d'obtenir de l'aide rapidement. Dans ces situations, le choix peut être grandement contraint par le besoin d'une intervention immédiate. Les personnes peuvent être disposées à accepter le premier service disponible, qu'il corresponde ou non à tous leurs critères idéaux, ou à abandonner un certain nombre de leurs critères premiers : *Je suis dans une très, très mauvaise phase [...] S'il n'y a pas de place ici, je pense que je vais retourner dans la maison médicale que je*

fréquentais quand j'habitais encore chez mes parents, mais c'est beaucoup plus loin. L'urgence prime sur la sélectivité⁴, et la priorité est de recevoir de l'aide rapidement pour atténuer la souffrance ou faire face à une situation critique.

1.2. IMAGINAIRES ET ATTENTES

Au cœur de ce chapitre, nous explorons les constructions mentales et les attentes variées des demandeurs de soins de santé mentale, en nous penchant sur la manière dont ils se représentent leur démarche et ce qu'ils espèrent du système de soins.

Les types d'imaginaire se rapportent généralement à ce que les demandeurs attendent de leur rendez-vous avec un thérapeute. Notre recherche a permis d'identifier trois grands types d'imaginaires qui façonnent ces attentes :

- Pour certains demandeurs, leur imagination est fortement influencée par **ce qu'ils ne veulent pas**, en comparaison avec leurs expériences antérieures dans le domaine de la santé mentale. Ils aspirent par exemple à une relation patient-thérapeute basée sur une communication active et des échanges, plutôt que sur une relation unilatérale où seul le patient ou le thérapeute s'exprime.

Voilà, là je sais que chaque semaine je peux parler dans un endroit safe et voilà, j'aimerais que ça avance encore mieux. Donc j'ai besoin d'un psychiatre. Moi par mes expériences précédentes avec les psychiatres, ça n'a pas trop été parce qu'on me regardait, c'est tout. Moi je préfère les conversations. Vous pouvez écouter, mais me parler entre aussi. Ça pourrait que ce ne soit pas toute la séance mais parler quand même, pas juste regarder et écouter.

- Ainsi leurs attentes sont souvent le reflet de déceptions passées et de désirs de changement dans leur expérience de soins. Ici le besoin d'une relation patient-thérapeute s'exprime, à l'inverse du précédent, en comparaison à un suivi où le.e thérapeute monopolisait la parole :

⁴ Cependant, il est important de noter que ces tendances ne sont pas absolues et peuvent varier en fonction des individus et de leurs circonstances personnelles. Par exemple, certaines personnes peuvent conserver une certaine sélectivité même en cas d'urgence, en cherchant un service qui répond à la fois à leurs besoins immédiats et à leurs attentes à long terme. D'autres peuvent se sentir contraintes par des facteurs tels que la disponibilité géographique ou les contraintes financières, même en l'absence d'urgence immédiate.

J'ai besoin d'une psychothérapie plus large, centrée sur les problématiques autres, qui pourraient m'amener à reconsommer en fait. Aussi, elle [ancienne thérapeute] fonctionnait beaucoup sur la parole, elle parlait beaucoup, expliquait beaucoup des choses, et moi je devais la plupart du temps me contenter d'écouter. Moi j'ai besoin d'une thérapie qui soit plus basée sur un échange patient-thérapeute.

- D'autres demandeurs sont des **initiés au monde du soin de santé mentale**, que ce soit parce qu'ils travaillent dans le domaine ou qu'ils ont des proches qui y sont impliqués. Leur connaissance approfondie du secteur les guide vers des attentes spécifiques en termes de structures ou de professionnels dont ils ont besoin.

Je suis moi-même psychomotricienne, c'est pour ça que je connais ce domaine-là. Et donc, je sais que c'était d'abord ce dont il avait besoin : retrouver son cadre, ses limites, c'est tout ce qui est travaillé en psychomotricité.

- Enfin, il y a ceux qui ne connaissent **peu ou rien du secteur** de la santé mentale, s'appuyant sur des informations glanées auprès d'amis, d'Internet ou de médias. Leurs attentes sont plus générales et se concentrent sur des perspectives liées au processus de soin lui-même, telles que la possibilité de s'exprimer sans jugement ou de trouver des solutions à leurs préoccupations.

[S'il ne s'agit que d'écouter] tout le monde prendrait une poupée ou je ne sais pas, je parlerais dans le miroir. Je pense que quand vous parlez voilà, vous attendez un certain retour, quelqu'un qui puisse analyser les choses que vous lui dites et vous donner un constat. C'est une sorte de devis qui peut vous orienter de meilleure façon, je pense que c'est ça en fait. Qui vous rassure. Je ne sais pas, pour vous dire la vérité, je ne sais pas c'est quoi le travail d'un psychologue. Si ce n'est que d'écouter les gens, si c'est que ça, je ne sais pas si les gens arriveront spécialement à régler leurs soucis.

1.3. RAPPORT À L'ATTENTE ET À LA RÉORIENTATION

Dans leur parcours de demande, un constat préoccupant se dessine : la grande majorité des personnes interrogées dans le cadre de cette recherche ont été réorientées ou placées sur liste d'attente au moins une fois. Cette situation soulève des questions essentielles concernant l'accessibilité des services de santé mentale à Bruxelles, et surtout, les répercussions de ces réorientations et de l'attente sur les individus en quête de soutien. Les implications de cette réalité complexe se manifestent de diverses manières, et les réactions des personnes face à l'(in)accessibilité des services de santé mentale sont variées.

Cette partie se penche sur les réactions des individus confrontés à l'obstacle de l'attente ou des réorientations dans leur parcours d'accès aux services de santé mentale. Il explore la manière dont ils perçoivent et gèrent ces contraintes et analyse les alternatives, qu'elles soient institutionnelles ou personnelles, qu'ils mobilisent pour faire face à cette réalité. Plusieurs cas de figure ont été identifiés, chacun reflétant un type de rapport à l'attente et à la réorientation:

- Les demandes des personnes qui souhaitent être prises en charge par un service ou un thérapeute spécifique se traduisent souvent par une disposition à être inscrites sur une liste d'attente, ou, en cas de réorientation, par une volonté d'attendre quelques semaines pour réitérer leur demande. Cette attente consentie est souvent liée à la connaissance qu'ont ces individus des contraintes du secteur de la santé mentale. Par exemple, une femme en quête d'un pédopsychiatre expliquait sa préférence pour chercher dans sa propre commune, non pas en raison de difficultés de déplacement, mais parce qu'elle suivait un conseil social qui soulignait l'importance de trouver un professionnel dans sa communauté.
- Les personnes qui sont déjà prises en charge par un autre professionnel de santé mentale présentent souvent davantage de souplesse dans leur capacité à attendre, étant déjà dans un processus de soins.
- Les demandeurs pour lesquels le premier appel à un service de santé mentale a représenté un effort important et dont la souffrance dure depuis plusieurs années réagissent de différentes manières. Certains perdent confiance dans le secteur s'ils ne sont pas rappelés ou s'ils sont réorientés, tandis que d'autres sont prêts à patienter le temps qu'il faudra, considérant qu'ils ont déjà attendu pendant plusieurs mois voire des années avant d'entamer leur démarche.

Par ailleurs, au niveau des pratiques concrètes, certains choisissent de multiplier leurs demandes dans divers établissements jusqu'à ce qu'une place se libère : *il faut attendre pour ce service. Alors moi j'ai téléphoné à un hôpital universitaire et là j'ai un rendez-vous fin février avec un psychologue ; J'ai une liste, j'ai appelé tous les services. J'en ai appelé six déjà ; Je pense aller chercher ailleurs, je suis sûr même.* Pour d'autres, l'attente est palliée en consultant temporairement d'autres professionnels : *J'ai pris un rendez-vous chez une psychologue de première ligne qui habite relativement près de chez moi.*

Certains néo-demandeurs insistent auprès du service qui les a réorientés : *Insister, insister ! Je veux pas lâcher, même si je dois harceler tous les 15 jours, je le ferai.* D'autres adoptent une attitude passive, parfois dictée par le manque d'alternatives : *J'espérais être appelé. J'ai fait confiance à leur parole et j'ai attendu.*

Il est également important de noter que certains néo-demandeurs ont recours au "self-help" et "self-care" en combinant différentes stratégies d'attente, telles que la relaxation ou la lecture. En tant que proches, certains intervenants tiers s'efforcent d'apporter un soutien en encourageant la patience et la persévérance.

Quant aux professionnel·les envoyeurs, confrontés à la pénurie de ressources, ils incitent régulièrement les usagers à multiplier leurs demandes, parfois au point de les solliciter en leur nom. Cette stratégie découle de la nécessité de trouver des alternatives compte tenu du faible nombre d'options disponibles :

Je peux réorienter vers un centre de jour, parfois vers un collègue en privé si le patient a les moyens. Il n'y a pas beaucoup d'alternatives équivalentes », « Pour les psychiatres, l'hôpital. Où le problème de la place peut se poser aussi mais en tous cas, il y a de l'offre au niveau de l'hospitalier aussi, mais avec les différences en termes de caractéristiques d'accessibilité. Mais bon, pour les psychiatres, l'hôpital et pour les psychologues, les psychologues de première ligne.

De plus, certains professionnel·les optent pour l'accompagnement temporaire des bénéficiaires qu'ils cherchent à orienter vers un·e professionnel·le plus approprié·e :

Parfois, je les garde en consultation au service de crise, mais je me retrouve vite saturée à mon tour.

Moi, ma directrice est psychologue, mais elle n'a pas le titre de psychothérapeute. Puis, ce n'est pas à notre équipe de faire ça. Mais, malgré tout, on essaie de pallier nous-même, oui. On voit le jeune et ses parents d'accueil plus souvent, on essaie d'être à l'écoute .

Enfin, il arrive que les professionnel·les doivent user de ruses pour assurer l'accès à des services pour leurs bénéficiaires :

Il faut un peu morceler la demande, quelqu'un qui a besoin d'une aide psy et d'une aide sociale, peut-être qu'il y aura une porte d'entrée sociale. Psychiatre, on sait que c'est non partout.

2. DONNER VIE AUX THÉORIES : QUATRE VIGNETTES SIGNIFICATIVES

Les vignettes qui vont suivre vont nous aider à contextualiser les données empiriques. Elles fournissent en effet des exemples spécifiques pour illustrer la manière dont les concepts abordés dans ce chapitre se manifestent concrètement. Comme pour ce qui a précédé, chaque vignette sera fractionnée en trois grandes parties : cheminement d'accès ; attentes et imaginaires du soin ; rapports à l'attente et à la réorientation.

Chacune de ces vignettes est représentative d'un type de cheminement rencontré lors de notre enquête. Pour chacune d'elle, nous nous sommes basés sur un entretien significatif que nous avons complété avec des extraits d'autres entretiens ayant des logiques similaires. Donc chacune des vignettes présentées ici peut être constituée de 3, 4 voire 5 entretiens.

Tout est bien entendu anonymisé, les prénoms ne sont pas ceux des personnes interrogées et aucun nom de service de santé mentale n'est mentionné.

2.1. MARIUS

Marius est professeur de lettres, quasiment pensionné. Il appelle le service dans lequel nous nous trouvons en fin de matinée, et accepte de répondre à nos questions. Avec une voix grave et calme, il nous explique qu'il appelle pour sa fille de 24 ans, qui a besoin d'un psychiatre :

Ma fille a fait des tentatives de suicide, elle souffre de troubles du spectre de l'autisme. Elle a eu un rendez-vous la semaine dernière dans un hôpital psychiatrique, mais on aimerait travailler davantage sur le trauma, directement avec un psychiatre. C'est pour ça que j'appelle ici [...] J'appelle pour elle car c'est un peu plus clair quand c'est moi qui l'explique. Elle a difficile à en parler.

Lorsqu'on lui pose la question *pourquoi avoir choisi ce service et pas un autre*, il répond :

Disons que ce centre représente vraiment une référence pour moi dans le monde de la psychothérapie, je suis sûr qu'on s'oriente vers une consultation de qualité. [...] Ma fille a déjà eu un psychiatre dans le privé, mais le contact ne passait pas bien. Et alors ici, vu le nombre de psychiatres et de psychologues, j'me suis dit qu'il y en aura bien un qui conviendra à ma fille.

Les principaux critères de choix de Marius dans son cheminement d'accès sont la confiance qu'il accorde aux personnes qui lui ont conseillé ce service (ses amis, ses collègues, sa famille), mais aussi la spécificité du service : le fait qu'il y ait plusieurs psychiatres et psychologues.

Quand on lui a demandé si la distance ou le coût avaient une importance dans le choix du service, il nous a expliqué qu'il fait déjà tellement de route pour les différents soins de sa fille que la distance n'a pas vraiment d'importance. D'ailleurs, il sait que le service se trouve en région bruxelloise mais ne sait pas précisément où il se trouve. Lorsqu'on questionne Marius à propos de ses attentes vis-à-vis de la thérapie, sa nature, sa durée, il explique :

Je pense qu'on est parti pour une grande période parce que travailler sur un trauma ça va prendre longtemps, et alors il faudra voir aussi la réceptivité de ma fille, ça ça dépendra d'elle. Parce que quand on travaille sur un trauma, ça réveille des souvenirs anciens et ça doit être... Je ne sais pas, il faudra qu'on en parle avec le psychiatre avant de commencer quoi que ce soit.

Marius imagine le suivi sur un temps long, avec une attente particulière au sujet de la connexion entre le.e thérapeute et sa fille. On suppose que ces attentes et ces imaginaires, ou tout du moins une partie de ces attentes et de ces imaginaires provient du long parcours de soin qu'a connu sa fille. Elle a en effet déjà été suivie par plusieurs psychologues et psychiatres et a déjà connu plusieurs hospitalisations.

Lorsque Marius a appelé pour déposer sa demande, le service lui a expliqué qu'il était placé sur liste d'attente, et qu'il serait recontacté dans les deux mois. Lorsque nous l'avons rappelé deux mois plus tard, il n'avait toujours pas reçu de nouvelles de la part du service :

Disons que je m'attendais à recevoir des nouvelles. Je comprends qu'il y ait beaucoup de monde dans la file d'attente, mais on s'attendait à être prévenus que l'attente serait finalement plus longue qu'annoncée [...] Elle voit une psychologue tous les mois, et elle voit notre médecin traitant qui lui prescrit des médicaments, mais comme c'est assez spécifique, on aimerait qu'elle voie un psychiatre pour lui prescrire, ça n'est pas le rôle de notre médecin de famille.

Il nous expliquera qu'il compte attendre encore, puisque de toute façon, trouver un psychiatre se révèle être très difficile, mais qu'il a quand même une petite désillusion de ne pas avoir été prévenu que l'attente serait plus longue que prévue. Selon lui, donc d'après sa propre grille de

lecture, cette attente représente un danger pour des problèmes qui peuvent s'aggraver avec le temps.

Finalement dans les rapports à l'attente et à la réorientation, on explore 3 dimensions :

- 1) Les réactions/sentiments face à l'attente ou à la réorientation
- 2) Les ressources personnelles face à l'attente
- 3) Les alternatives disponibles et/ou choisies par la personne

Ce sont ces trois dimensions qui seront aussi explorées dans les prochaines vignettes.

2.2. YASMINA

Yasmina, une mère au foyer de 37 ans, est confrontée à une situation de crise au sein de sa famille. Elle a deux enfants, âgés de 10 ans et 8 ans, et a exprimé un besoin urgent de soutien psychologique pour ses enfants après un accident traumatisant. Elle décrit la situation en ces termes :

Il y a eu une dispute familiale entre frères et sœurs. Et j'ai demandé un suivi parce que il y a eu un drame : un de mes fils a été poussé par la fenêtre par sa sœur. Et voilà, je veux pas qu'il y ait une haine qui se construise entre eux, ils doivent avoir un suivi ! Et c'est pas 6 mois ou un an après que ça doit être fait non plus, là c'est vraiment une urgence quoi [...] Je n'ai pas envie que mes enfants attrapent un mal-être en eux.

Cet événement tragique s'est déroulé environ 5 ou 6 mois avant notre conversation, et Yasmina craint que les conséquences de cet incident n'affectent la relation entre ses enfants à l'adolescence. Elle s'inquiète du fait que son fils puisse accuser sa fille d'avoir voulu le tuer.

Yasmina a sollicité à plusieurs reprises le SSM pour ses enfants, sans succès. Les demandes antérieures, soumises au même service, sont restées sans réponse pendant plusieurs mois. Au moment de notre appel, Yasmina avait été réorientée vers d'autres services en raison de la saturation. Malgré les suggestions de réorientation, Yasmina insiste pour que ses enfants soient pris en charge par ce centre spécifique :

Moi je veux ce centre-là, de un parce que je connais le service, et de deux, parce que c'est mon envie à moi !

Cependant, sa situation financière complique ses démarches, étant donné qu'elle dépend du CPAS. Elle explique :

Surtout, je suis au CPAS et le CPAS ne veut pas payer les frais dans les autres communes donc je dois rester dans ma commune.

Les contraintes financières liées à son statut la poussent à chercher des solutions au sein de sa propre commune. Elle se sent également sous pression du Service de l'Aide à la Jeunesse (SAJ), qui l'encourage vivement à faire suivre ses enfants.

Yasmina prévoit un suivi de longue durée pour ses enfants en raison de la gravité de l'incident familial. Elle déclare :

Ici, je sais que ce sera une passe assez longue vu que c'est récent. C'est un grave accident qui a eu. Je sais que ça va prendre un long moment avant qu'ils pourront stopper le suivi. Ça c'est sûr, ça. C'est un suivi qui va rester actif et régulier [...] Ça leur donnerait un espace où ils peuvent s'exprimer et voir un peu comment ils évoluent dans la fratrie aussi, avec ce qui s'est passé.

Yasmina souligne qu'elle n'exige pas forcément des consultations très fréquentes, mais elle insiste sur l'importance d'un espace où ses enfants pourront s'exprimer sur le long terme.

Ses attentes et représentations du soin résultent probablement des besoins ressentis de ses enfants, de sa relation mère-enfant, ainsi que de ses expériences antérieures avec les services de santé mentale.

Yasmina est confrontée à des défis importants pour accéder à des soins de santé mentale appropriés pour ses enfants, en raison de ses contraintes financières, des obstacles administratifs et de la saturation des services. En fin de compte, elle exprime sa déception quant à l'accueil qu'elle a reçu du service de sa commune, affirmant que l'ambiance a changé depuis un changement d'équipe. Elle explique que lors d'un entretien d'accueil avant notre premier échange, elle a partagé des informations personnelles lors d'un entretien d'accueil, mais elle n'a pas obtenu de suivi par la suite. Cette expérience lui a laissée le sentiment de s'être livrée « pour rien » lors de cette unique rencontre.

Finalement, lors de notre deuxième entretien, elle nous explique :

J'ai fini par me dire tant pis, on sort de la commune, parce qu'au bout d'un an ne trouver de place nulle part c'est pas possible quoi. Alors j'ai fait mes recherches et j'ai appelé d'autres centres.

Elle a fini par trouver une consultation mensuelle dans un SSM d'une commune voisine à la sienne. Après avoir fait ses propres recherches, elle a contacté un premier service qui l'avait réorienté vers ce dernier. Yasmina accueille ce suivi avec un sentiment partagé : d'une part, il n'y a de la place que pour son fils, et pas encore pour sa fille. D'autre part, le contrat de la psychologue en charge du suivi de son fils se termine dans trois mois : elle aurait préféré que son fils soit suivi sur le long terme par la même personne, pour ne pas qu'il ait à se déposer plusieurs fois, à devoir recommencer son suivi.

Yasmina est un parfait exemple de personne en demande qui fait une croix sur certains de ses principaux critères de choix pour pouvoir avoir accès à un service de soin de santé mentale.

2.3. FABIO

Fabio, 29 ans, employé en repos maladie, sollicite un rendez-vous avec un ethnopsychiatre dans un service de santé mentale dans lequel nous nous trouvons au moment de son appel. Voici sa situation :

J'ai appris l'existence de ce genre de centre il y a 2 ans. Mais ça fait 5 ans que je cherche une aide réelle psychologique, sans réellement vraiment chercher, mais je sais que j'en ai besoin dans ma vie. Il y a des moments-clés entre guillemets, comme il y a un peu moins de deux mois où j'ai fait comme une crise et j'ai bien senti qu'il fallait que j'y aille en fait. C'est juste que je garde trop, en fait je suis juste arrivé à mon maximum... je ne sais plus gérer.

Fabio a pris connaissance de ce centre via du bouche-à-oreille, et via une connaissance fiable selon lui. Il a fait ses propres recherches ensuite, et il explique que le service proposé par ce centre est unique, car il prend en compte l'impact du vécu des réfugiés ou des personnes d'origine étrangère en Belgique. Il sait qui peut se sentir écouté et compris dans ce contexte, contrairement à ses expériences antérieures où il n'a pas trouvé cette reconnaissance en tant qu'homme racisé venant d'un pays en guerre. Fabio fait partie de ceux qui savent ce qu'ils ne veulent pas, en comparaison avec leurs précédentes expériences dans le soin de santé mentale:

ici, il sait qu'il ne veut pas réitérer un suivi avec un professionnel avec qui il ne se sent pas écouté en tant qu'homme racisé. En lien avec cette « écoute particulière », il complète ses attentes et ses imaginaires :

Pour apprendre à gérer mes émotions, et en même temps voir si j'ai pas une maladie mentale en plus d'un petit trouble de l'humeur. C'est vraiment pour essayer de comprendre ça. C'est même pour ça que je cherche un suivi régulier, c'est pour m'aider, pour ne plus être bloqué par mes émotions, par mes troubles ou par mon passé. C'est pour ça que j'ai vraiment besoin de parler à quelqu'un qui peut me comprendre. [...] C'est extrêmement pénible de trouver une écoute, 'fin pas n'importe quelle écoute, une écoute de qualité, une écoute qui nous convient.

Concernant les tarifs du service ou la distance pour y accéder, Fabio n'y accorde que peu d'importance. Je le cite :

Comme il y avait cette approche en plus que les autres psychologues ne proposaient pas, ça ne m'aurait pas dérangé de payer le prix. Je suppose que c'est un centre social donc je ne m'imaginais pas que ça allait être des prix exorbitants, quand même. Enfin, je ne sais pas.

Par ailleurs, on suppose ici un sentiment d'urgence qui varie en fonction des épisodes de crise de Fabio, donc modéré au moment de l'appel. Présenté comme tel plus haut, le sentiment d'urgence ressenti va largement faire varier la « solidité » des critères de choix. C'est-à-dire que plus le sentiment d'urgence va être élevé pour quelqu'un qui au départ voulait un suivi dans un service particulier, plus cette personne aura tendance à délaissé ces critères au profit d'une prise en charge rapide : par exemple, renoncer à avoir un service proche de chez elle, ou renoncer à avoir un service avec des spécificités qui lui correspondaient. Ici, Fabio semble déterminé à être reçu par ce service, service saturé à l'heure de son appel : comment gère-t-il ses moments d'urgence ? De quelles alternatives dispose-t-il ?

Il nous explique qu'en attendant qu'une place se libère dans le service dans lequel il veut un suivi, il consulte les psychologues des permanences des hôpitaux lorsqu'il se sent en crise :

Je trouve qu'entre le moment où on fait la demande, fin où on est quand même en détresse et le moment où on attend une réponse, c'est une attente horrible, c'est une attente extrêmement lente qui peut être, comment dirais-je, dévastatrice. D'autant plus quand finalement on nous dit qu'il n'y a pas de place. Souvent alors je suis découragé pendant quelques semaines, voire quelques mois. Alors quand ça ne va vraiment pas je rappelle, ou je vais à l'hôpital, où au moins je suis sûr de pouvoir voir quelqu'un. Ce ne sera peut-être pas celui que j'ai choisi mais je pourrai avoir une consultation avec lui.

Ici, même si Fabio trouve des alternatives ponctuelles dans les consultations à l'hôpital, il est contraint d'attendre une place dans le service qu'il sait correspondre à ses critères. Il nous dira qu'il ne connaît pas d'autres centres qui proposent ce genre de suivi dont il a besoin, et *que de toute façon, attendre, c'est ce que je fais depuis longtemps... Attendre, attendre, attendre.*

2.4. CLEMENTINE

Clémentine, 23 ans, étudiante en médecine, porte une demande pour un psychologue. Son besoin de soutien psychologique est profond et à long terme. Elle a récemment été diagnostiquée bipolaire par un psychiatre, ce qui nécessite un suivi continu de la part d'un psychiatre et d'un psychologue. Clémentine exprime sa détermination à trouver de l'aide coûte que coûte car elle explique : *Il faut que je sorte de là où j'ai fini mentalement.*

Clémentine partage son expérience de recherche de professionnels de la santé mentale, marquée par la frustration. Elle détaille :

Le psychiatre m'a donné une liste. En fait, j'ai appelé tout le monde. Il y en a qui ne répondaient pas, enfin des SSM qui ne répondaient pas, d'autres qui me renvoyaient vers d'autres. J'ai navigué de numéro en numéro, ne sachant même plus trop où j'appelais.

Elle décrit un parcours complexe et chaotique, et finalement conclut :

Aujourd'hui, au point où j'en suis, je n'en n'ai plus rien à faire si c'est loin où si c'est proche, je veux juste de l'aide.

Clémentine attend de son futur psychologue qu'il lui propose des solutions concrètes pour faire face à sa condition. Elle dit :

Moi je veux qu'il me propose des solutions concrètes. Je comprends bien que je dois accepter la situation, ce genre de choses. Mais il faut qu'il me dise quoi en faire.

Elle souligne l'importance de comprendre comment vivre avec son diagnostic et demande des étapes pratiques à suivre :

Parce que c'est bien de savoir qu'il y a un problème, c'est bien de l'accepter. Mais c'est bien aussi de savoir, ok je vis avec ça, maintenant qu'est-ce que j'en fais ?

Clémentine partage également son expérience passée avec un psychologue, notant qu'elle se sentait isolée et incomprise. Elle se souvient d'un conseil :

Bah je l'ai fui, extrêmement vite. Il était très gentil, etc. mais quand je lui parlais de mes problèmes familiaux, il me disait à chaque séance 'oh, mais il faudrait en parler avec vos parents'.

Concernant son cheminement de recherche, infructueux au moment de notre échange, elle s'offusque :

Allez, au-delà de ma compréhension des choses et de l'acceptation, c'est quand même violent parce qu'on se dit 'merde bah je suis toute seule en fait'.

Elle souligne alors l'importance d'avoir été entendue, même de manière intermédiaire, tout au long de son parcours de soins. Elle explique :

Et aussi on comprend, on ressent la peine de la personne au téléphone [...] En fait c'est ça qui est violent parce qu'elles [les accueillantes] n'y sont pour rien, ce n'est même pas comme si je pouvais prendre le téléphone et crier sur elle : 'Tu fais mal ton travail !'. Non, même pas, parce qu'ils le font bien, ils investissent du temps, même de l'émotion dedans. Et ici ça m'a fait beaucoup de bien d'être entendue d'ailleurs.

Clémentine souligne le bien que lui a procuré le fait d'avoir été entendue. Au cours de notre enquête, ils ont été plusieurs à souligner les bienfaits de cette écoute, même intermédiaire, lors de leur parcours de soin, chaque fois constitué de nombreuses réorientations. Clémentine explique par ailleurs que la dame qui l'a accueillie au téléphone l'a beaucoup aidé, parce qu'elle lui a donné beaucoup de renseignements, et qu'elle lui a proposé de rappeler en cas de besoin, qu'elle était disponible pour l'accompagner dans son parcours de soin. Elle explique que cette petite attention lui a permis de tenir, à deux doigts qu'elle était d'arrêter ses recherches.

2.5. AUTRES CAS DE FIGURE

D'autres cas de figure plus singuliers requièrent également qu'on s'y attarde un peu, car ils mettent le doigt sur des dynamiques moins retrouvées dans notre corpus, mais soulignent la typicité de chacune des manières de « faire demande ».

André, âgé de 32 ans, éprouve le besoin d'un suivi psychologique à long terme pour faire face à ses problèmes de santé mentale. Cependant, ses ressources financières limitées l'empêchent d'accéder au secteur privé. Il entreprend alors un certain nombre de démarche pour trouver des options abordables dans le système de santé publique ou associatif.

Après plusieurs réorientations dans le réseau de santé traditionnel, André se trouve dans une situation où il a perdu confiance dans la capacité du système à répondre à ses besoins. Il cherche désespérément une solution plus adaptée à sa situation, tout en tentant de naviguer dans un système qui lui semble de plus en plus complexe et inadéquat.

Déterminé à prendre en main sa santé mentale, André décide de mener ses propres recherches, dans la littérature et sur internet. Il se lance dans une démarche proactive, et choisit de sortir du système conventionnel de santé mentale au profit de solutions alternatives. Ce cheminement l'amène à explorer des approches non traditionnelles pour trouver le soutien dont il a besoin.

Il commence alors un "neurofeedback" pour son bien-être, et en est plus que satisfait. Cependant, André fait des sacrifices financiers importants pour financer ses séances. Il s'engage alors activement dans des activités de plaidoyer pour sensibiliser à l'efficacité de ce traitement, militant pour son remboursement afin que d'autres puissent en bénéficier.

Bernard, 44 ans, lutte contre des troubles d'anxiété et de dépression, en plus de lutter pour maintenir son abstinence à l'alcool. Après un séjour à l'hôpital psychiatrique, il doit s'orienter vers des services de suivi en santé mentale. Sa transition de l'hôpital vers un suivi en externe devient un défi majeur pour lui.

Suite à son hospitalisation, Bernard est contraint d'avoir un suivi psychiatrique. Cependant, il a du mal à comprendre l'utilité de cette démarche. Il se trouve dans une situation où il ne voit pas en quoi le suivi pourrait améliorer sa condition, ce qui complique sa transition vers une prise en charge en ambulatoire.

Bernard a été réorienté à trois reprises dans le système de santé mentale, ce qui a engendré une confusion et un sentiment de désorientation. Finalement, il est mis en contact avec un professionnel de première ligne (PPL). Malheureusement, son expérience avec ce dernier ne s'est pas bien déroulée, et il finit par abandonner le suivi.

En dépit des défis qu'il rencontre dans sa recherche de suivi, Bernard ressent fortement le besoin d'être accompagné tout au long de ce processus. Cependant, il éprouve des difficultés à exprimer ses besoins lorsqu'il doit communiquer par téléphone, ce qui rend sa recherche encore plus compliquée.

3. CONCLUSION

La multiplicité des manières de concevoir le soin, l'accueil, et l'attente constitue un élément essentiel à retenir de ces données empiriques. Chaque patient aborde le système de santé mentale avec des besoins, des attentes, et des expériences différentes, ce qui nécessite une approche flexible et individualisée.

De plus, la diversité des cheminements et des logiques d'(in)accès aux services de santé mentale souligne l'importance de reconnaître que le parcours de chaque patient est unique. Il est nécessaire de prendre en compte les multiples facteurs, tels que les contraintes financières, géographiques, culturelles, et émotionnelles qui influencent la recherche et l'accès aux soins de santé mentale.

Cette étude met également en évidence l'importance de la recherche qualitative pour mieux comprendre ces différentes logiques et expériences. La recherche qualitative permet d'explorer en profondeur les perspectives des patients, de mettre en lumière les obstacles auxquels ils sont confrontés, et d'identifier les améliorations nécessaires dans le paysage du secteur du social santé bruxellois.

Cette analyse souligne finalement l'importance de maintenir une grande diversité des pratiques d'accueil dans les services de santé mentale. Chaque patient a des besoins spécifiques en termes d'accueil, et une variété de méthodes d'accueil peut répondre à cette diversité. Les professionnels de la santé mentale, notamment de l'accueil, devraient être formés en continu pour comprendre et s'adapter aux attentes de chaque patient.

Au-delà des données empiriques, ce chapitre soulève des questions fondamentales sur l'équité et l'efficacité des politiques de santé mentale. Comment pouvons-nous garantir que chaque individu, quelle que soit sa situation, puisse accéder dans les meilleures conditions à des soins de qualité pour sa santé mentale ?

ANNEXES

ANNEXE I : ENTRETIEN PATIENT 1

0. Présentation et consentement	1. Accès et motivations
☐ Se présenter : chercheur, pas clinicien ☐ Présenter la recherche et ses objectif (accessibilité et vécus de l'accueil en SSM, recueillir dizaines de témoignages) ☐ Conditions de l'entretien ○ Enregistré ○ Anonyme ○ Environ 10-20 min ○ Témoignages sur le vécu personnel ○ Participer ou non n'influencera pas le devenir de votre demande ☐ Aucune obligation de participer ➔ Des questions ? Ok ? (Consentement éclairé)	• Préambule : ☐ Vous avez appelé le SSM X, est-ce la première fois que vous contactez ce service ? • Contenu clinique de la demande, expression des difficultés et besoins ☐ Comment en êtes-vous venu à contacter ce service ? A la suite de quelles difficultés ? • Degré d'urgence subjective et temporalité ☐ Pourquoi maintenant ? Avez-vous attendu avant de contacter le service ? Longtemps ? ☐ Quelle autre forme de soutien avez-vous mobilisé jusqu'à maintenant ? Et dans le futur ? • Critères de choix du service/professionnel ☐ Pourquoi ce service et pas un autre ? ☐ Est-ce que la situation géographique du service compte beaucoup pour vous ?

	➤ Si oui, quelle représentation de la distance ? ☐ Est-ce que le prix des consultations a joué dans votre choix ? (☐ Connaissez-vous les tarifs du service ?) ☐ Est-ce qu'on vous a conseillé ce service ? ☐ Est-ce que vous savez comment ce service travaille (orientation clinique) ? Cela a-t-il joué dans votre choix du service ? ☐ Est-ce que les horaires d'ouverture du service peuvent représenter des difficultés ? • Connaissance et représentation de l'offre ☐ Si ce service ne devait pas être disponible, quelles autres ressources vous pensez solliciter ? (formel ou informel : que faire pour « tenir » en attendant ?)
2. Attentes	4. Complétion Fiche SND2

• Forme d'aide/soutien et accueil attendue ☐ Vous avez appelé un SSM récemment, quelles étaient vos attentes ? ☐ Quel type de soutien imaginez-vous recevoir ? (+ relance : qu'est-ce que ... pour vous ? Comment imaginez-vous cela ?) Fonction professionnelle sollicitée ☐ Est-ce que vous envisagez être suivi par un type de professionnel en particulier (AS, psychologue, etc) ? Est-ce important pour vous ? Durée souhaitée/imaginée du suivi ☐ Combien de temps imaginez-vous fréquenter le service ? ☐ Si le service devait vous proposer un suivi limité dans le temps, par exemple 3 ou 4 entretiens, est-ce que cela vous conviendrait ? ☐ Vous pensez avec besoin de plus ? ☐ Vous préféreriez ne pas avoir de limite de durée ?	• Introduction ☐ J'ai maintenant quelques courtes questions à poser • Complétion informations manquantes sur fiche d'identification
3. Parcours d'accueil	5. Clôture

• Aspects sociaux et matériels, facilitateurs/obstacles ☐ Pouvez-vous me décrire votre parcours jusqu'au premier contact avec le service ? ☐ Comment avez-vous obtenu les coordonnées du service ? ☐ Qu'est-ce qui vous a aidé à entrer en contact avec le service ? ☐ Au contraire, certaines choses ont-elles compliqué ou ralenti votre démarche vers le service ? Comment l'avez-vous vécu ? ☐ Avez-vous contacté d'autres services ?	• Fin de l'entretien ☐ Nous arrivons à la fin de l'entretien. Avez-vous encore des choses à dire ou des questions ? • Enquête de rappel ☐ Nous proposons aux participants de les rappeler dans un mois, pour voir quel regard ils portent sur leur parcours d'accueil. Acceptez-vous que nous vous rappelions d'ici un mois ? • Remerciements
--	--

ANNEXE II : ENTRETIEN DE RAPPEL

0. Présentation et consentement

Bonjour, mon nom est X et je suis chargé.e de recherche. Nous nous sommes déjà parlé il y a environ 1 mois et nous nous étions mis d'accord pour que je vous rappelle. Etes-vous toujours d'accord pour répondre à quelques questions supplémentaires pour la recherche que nous menons ?

Les mêmes conditions que lors de notre premier entretien s'appliquent : les entretiens sont enregistrés puis retranscrits et accessibles uniquement aux chercheurs, toutes les données vous concernant sont anonymisées et confidentielles, vous n'êtes toujours pas obligé de participer à cette recherche (même si vous avez déjà participé à la première partie de la recherche).

Je dois à nouveau vous demander si vous consentez à participer, c'est-à-dire si vous acceptez de prendre part à l'étude ?

☐ **Consentement éclairé ?**

1. Devenir de la demande

- **Ouverture : évolution depuis le dernier contact**

Lorsque nous nous étions parlé, vous appeliez pour (raisons de la demande) et votre demande avait été (suites). Pouvez-vous me raconter ce qu'il s'est passé pour vous/votre proche depuis ce contact ?

- **Si demande avait été réorientée :**

Avez-vous pu trouver une prise en charge quelque part pour vous/votre proche ?

☐ Oui : Où ça ? Pourquoi là-bas ? Comment avez-vous trouvé ce service ? Quand commence le suivi ?

☐ Non : Comment se fait-il ? Qu'allez-vous faire à présent ? Quelles autres possibilités s'offrent à vous ?

- **Si demande avait été acceptée :**

Avez-vous pu débiter le suivi ? Comment se passe-t-il ? Est-ce ce que vous aviez imaginé ?

2. Pratiques d'attentes

- **Ressources mobilisées durant l'attente**

Sur quoi avez-vous pu vous reposer depuis notre dernier contact et en l'attente d'un suivi ? Qu'avez-vous mis en place pour tenir / ou pour soutenir votre proche ? Quelles ressources avez-vous pu ou du mobiliser ?

3. Vécu de l'accueil

Maintenant qu'un mois s'est écoulé depuis votre premier contact avec le service XXX, quel regard portez-vous sur l'accueil qui vous a été réservé ? Comment avez-vous vécu cet accueil ?

Qu'est-ce qui a pu être difficile/facile/aidant/... ?

Était-ce comme vous l'imaginiez ?

4. Clôture

- **Autres informations à ajouter ?**

Je n'ai pas de questions supplémentaires à vous poser. Avez-vous quelque chose à rajouter ?

- **Remerciements**

Remercier et indiquer que ce contact est le dernier contact qui aura lieu pour la recherche.

ANNEXE III : ENTRETIEN PROFESSIONNEL ENVOYEUR

Bonjour, mon nom est X et je suis chargé.e de recherche à la Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale. Nous réalisons actuellement une recherche sur l'accueil des néo-demandeurs au sein des services de santé mentale Bruxellois. Nous interrogeons des patients sur leur parcours d'accueil, mais également des professionnels sur leurs habitudes d'orientation vers les Services de Santé Mentale en général. Vous faites partie de ces professionnels. Auriez-vous 10 minutes maintenant ou à un autre moment pour répondre à quelques questions ? Sachez que l'entretien est anonyme et confidentiel. Ni votre nom, ni le nom exact de votre service ne sera partagé.	• Saturation ☐ Certains SSM peuvent manquer de disponibilités pour accueillir des nouveaux patients, est-ce une problématique à laquelle vous êtes confronté avec les usagers que vous orientez vers un SSM ? • Accessibilité et difficultés ☐ Identifiez-vous d'autres types de difficultés liées à l'accessibilité des SSM (coût, situation géographique, pratiques/procédures d'accueil, etc.) ? ☐ Est-ce que vous identifiez d'éventuelles difficultés d'accès plus importantes pour <u>certaines types</u> de situation que vous orientez vers un SSM ?
---	---

☐ Ok ?	
1. Habitudes d'orientation vers les SSM	3. Autre
• Fréquence ☐ Vous venez d'appeler un SSM pour lui adresser l'un de vos usagers. Est-ce qu'il vous arrive souvent d'orienter vos usagers vers des SSM ou est-ce plutôt exceptionnel ? • Type de situations orientées ☐ Dans quels types de situation faites-vous appel à un SSM ? • Choix du service ☐ Qu'est-ce qui vous amène à contacter spécifiquement <u>ce SSM</u> ? • Représentation	• Remarques ☐ Sachant que nous menons une recherche sur l'accessibilité des SSM, avez-vous d'autres choses à ajouter qui nous permettrait de mieux comprendre vos pratiques d'orientation vers les SSM ? • Remerciements

☐ Qu'est-ce que vos usagers seraient en droit d'attendre de ce service ? De quel type de suivi pourraient-ils bénéficier dans ce service ?	
--	--



Les parcours d'accès aux soins de santé mentale sont réputés complexes et parfois difficiles. Loin d'être une simple frontière à franchir, le seuil d'accès aux soins de santé mentale peut être conçu comme un espace dans lequel se déploient une variété de pratiques et de logiques d'action, de manière d'organiser l'accueil et d'en faire l'expérience. Un espace où s'articulent les histoires singulières des bénéficiaires, l'organisation concrète des services, et des enjeux macrosociologiques et politiques plus larges. Saturation, réorientations, sentiment d'urgence, demandes fragiles, revendications, gratuité, collaborations... A partir de deux années d'enquêtes qualitatives et quantitatives dans les Services de Santé Mentale ambulatoires en Région bruxelloise, nous proposons un état des lieux des dynamiques contemporaines de l'accueil et de l'accessibilité des services.



LIGUE BRUXELLOISE POUR
LA SANTÉ MENTALE

Editeur responsable: Yahyâ H. SAMII

Graphisme : Alexandra TAROI

| Janvier 2025 |