



RAPPORT QUINQUENNAL
SECTORIEL : 2018 - 2022
SERVICES DE SANTÉ MENTALE

RAPPORT COMPLET

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

1.	INTRODUCTION	8
2.	LES SSM	9
2.1.	AGREMENTS	9
2.2.	CARTOGRAPHIE DES EQUIPES	10
3.	DES PRATIQUES QUI FONT SOIN	12
3.1.	UNE EQUIPE EN SOUTIEN A UNE FAMILLE	12
3.2.	QUAND LE POTAGER OUVRE LES HORIZONS	13
3.3.	MOBILITE	14
3.4.	RESEAU ET PLURIDISCIPLINITE	15
4.	UN TRAVAIL PLURIDISCIPLINAIRE	17
4.1.	LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS	17
4.1.1.	Accueil des tous petits.....	17
4.1.2.	Psychomotricité.....	18
4.1.3.	Adolescent·es et jeunes adultes.....	18
4.1.4.	Précarités.....	20
4.2.	LES 18-65 ANS	21
4.2.1.	Précarités (suite).....	21
4.2.2.	Point de vue psychiatrique.....	23
4.3.	LES PERSONNES AGEES	24
4.4.	APPELS À PROJETS ET (RE)FINANCEMENTS	25
4.4.1.	Lieux de liens.....	26
4.4.2.	Mobilité et santé mentale communautaire.....	27
4.4.3.	PPL.....	28
4.4.4.	Situation des professionnel·les.....	29
5.	DONNEES STATISTIQUES CONCERNANT LES ACTIVITES ET LA PATIENTELE DES SSM ENTRE 2018 ET 2022 A PARTIR DES DONNEES ADMINISTRATIVES ENREGISTREES PAR LES SSM AGREES EN COCOF	31
5.1.	INTRODUCTION	31
5.2.	RÉSUMÉ DES PRINCIPAUX RÉSULTATS	32

5.3.	COMMENT A EVOLUE LE FINANCEMENT DES SSM ?	33
5.4.	COMBIEN DE PRESTATIONS RÉALISENT LES SSM ?	34
5.5.	COMMENT A ÉVOLUÉ LE NOMBRE DE PRESTATIONS (CONSULTATIONS) ENTRE 2018 ET 2022 ?	34
5.5.1.	Observations générales.....	34
5.5.2.	Observations service par service.....	35
5.5.3.	Des équipes en difficulté ?.....	38
5.5.4.	Conclusion.....	39
5.6.	COMBIEN DE PATIENT • ES SONT SUIVI • ES EN SSM ?	40
5.7.	COMMENT A ÉVOLUÉ LE NOMBRE DE PATIENT • ES SUIVI • ES EN SSM ENTRE 2018 ET 2022 ?	41
5.7.1.	Observations générales.....	41
5.7.2.	Observations service par service.....	42
5.7.3.	Une intensification du travail sur un plus petit nombre de dossiers ?.....	42
5.8.	COMMENT A EVOLUE LA « SATURATION » DU SECTEUR ?	44
5.9.	QUI SONT LES BÉNÉFICIAIRES DES SSM ?	45
5.9.1.	Catégories d'âge.....	45
5.9.2.	Genre.....	48
5.10.	LES SUIVIS SONT-ILS DE PLUS EN PLUS LONGS ?	50
5.11.	LES SUIVIS SONT-ILS DE PLUS EN PLUS « COMPLEXES » ?	51
5.11.1.	Quelle est la part des prestations réalisées en « co-thérapie » ?.....	52
5.11.2.	Quelle proportion de la patientèle a rencontrés plusieurs professionnel • les dans le cadre de son suivi en SSM ?.....	53
5.11.3.	Remarques méthodologie.....	54
5.12.	LES BENEFICIAIRES SONT)ILS TOUJOUTS PRESENTS AUX RENDEZ-VOUS ?	54
5.13.	METHODOLOGIE	55
5.13.1.	Remarque générale.....	55
5.13.2.	Données relatives aux « prestations ».....	55
5.13.3.	Données relatives aux « patient • es ».....	56
5.13.4.	Données relatives à la force de travail.....	57

5.13.5.	Recommandations pour améliorer la qualité des données	57
6.	CONCLUSION	59
6.1.	DE L'HYPER-SATURATION À L'HYPER-SATURATION.....	59
6.2.	DES POINTS DE LUMIERE.....	60
7.	TABLE DES FIGURES	62
8.	GLOSSAIRE.....	63

1. INTRODUCTION

Ce document est le 3^e rapport sectoriel émis par la Ligue pour le secteur des Services de Santé Mentale (SSM) francophones agréés et subsidiés par la Commission Communautaire Française. Il répond à une obligation légale¹ mais se veut aussi une photographie qui permette, au-delà d'un secteur, de faire le point sur la situation en matière de santé mentale à Bruxelles, sur les perspectives qui se dessinent et sur des recommandations à suivre pour mieux répondre aux besoins de la population.

La période 2018-2022 est particulière, la pandémie COVID19 étant passée par là (2019-2023²). Elle s'inscrit dans 3 mouvements : une continuation des constats égrenés dans les précédents rapports, une accentuation de certaines difficultés en conséquence de la pandémie, un renforcement de certaines pratiques dans les SSM pour s'adapter aux besoins.

Le rapport détaille l'état des besoins constatés et des réponses apportées, de façon non exhaustive. Il présente ensuite une synthèse des données statistiques récoltées auprès des SSM sur les 5 années concernées avant une conclusion générale.

¹ En tant qu'organisme représentatif et de coordination agréé par la COCOF, la LBSM est tenue de respecter l'article 163 §1^{er} du décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé.

² L'épidémie est apparue en novembre 2019, avant que l'OMS ne déclare la pandémie en mars 2020. Elle a déclaré la fin de l'urgence sanitaire mondiale début mai 2023, bien que plus de 20 millions de personnes soient encore déclarées infectées à cette date dans le monde. En Belgique, les mesures sanitaires sont progressivement levées à partir de février 2022.

2. LES SSM

Les SSM sont les héritiers des dispensaires d'hygiène mentale créés dans les années 1930. L'évolution successive des législations les reconnaîtra ensuite comme Centres de Santé Mentale dans les années 1960. L'arrêté royal de 1975 est un moment de structuration important qui reconnaît les services dans un cadre législatif, des missions et rôles préfigurant déjà celui que le pouvoir public établira en 1993 avec le premier décret de la COCOF agréant et organisant l'activité des Services de Santé Mentale. La législation évolue encore en 2009 avec un nouveau décret dont l'objectif est l'harmonisation des dispositions entre les douze secteurs relevant de ses compétences et agréés par elle.

2.1. AGREMENTS

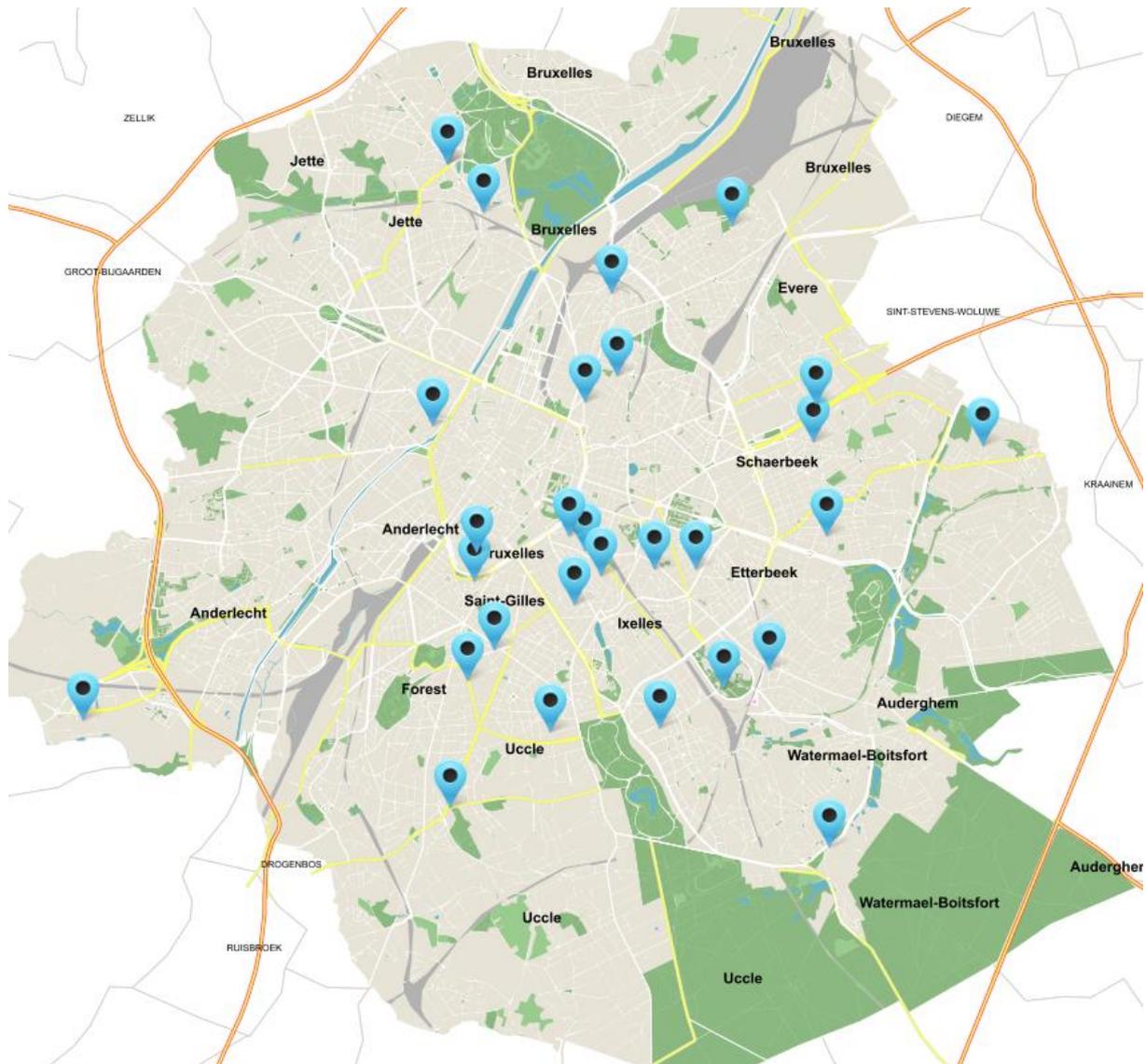
Agréés et subsidiés pour offrir au public des soins ambulatoires accessibles financièrement, voire gratuits, les Services de Santé Mentale accueillent des adultes, enfants, familles, couples, en souffrance psychique, présentant des problèmes psychosociaux ou des pathologies psychiatriques nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire. Les équipes sont composées de minimum un·e médecin psychiatre ou pédopsychiatre, un·e psychologue, un·e travailleur·se sociale·e, un·e secrétaire accueillant·e. Cette équipe est souvent complétée avec d'autres métiers comme logopèdes, psychomotricien·nes,...

Depuis 2008, la programmation en COCOF prévoit 22 SSM agréés. Ce nombre n'a pas bougé jusque 2022 où une ouverture budgétaire a permis d'ajouter un 23^e service dans le décret. 2 services sont en attente d'un agrément depuis de nombreuses années : le Coin des Cerises à Neder-over-Hembeek et l'Entr'Aide des Marolles dans le quartier du même nom. A l'heure d'écrire ces lignes, le Coin des Cerises est pressenti pour recevoir le 23^e agrément et cela est en cours de concrétisation.

Autre évolution notable, en 2020, 11 extensions d'équipe enfants – adolescents ont été accordées par la COCOF, concrétisant une des priorités de l'accord de majorité du Collège de la COCOF pour la législature 2019-2024. Ces demandes étaient introduites par les services depuis 2018-2019. La mise en œuvre a été plus laborieuse que prévu, les confinements liés au COVID19 démarrant à la fin de l'hiver 2020 et se succédant jusque 2021.

2.2. CARTOGRAPHIE DES EQUIPES

Sur une carte de la Région, la répartition des SSM se fait sur 27 sites³.



Le constat récurrent est un manque de services dans la couronne ouest – nord-est de Bruxelles, pourtant plus densément peuplée et plus paupérisée. Les 5 SSM bicommunautaires et les 4 antennes du SSM néerlandophone ne corrigent que très peu ce déséquilibre géographique.

Sur les 22 SSM agréés en COCOF, 19 disposent d'un double agrément, pour des soins de santé mentale aux adultes, et aux enfants et adolescents. Dans certains services, une seule équipe réunit l'ensemble des intervenant·es ; dans une majorité de cas, les équipes sont distinctes,

³ Carte obtenue grâce au site <https://social.brussels>. La carte donne 28 lieux, le 28^e étant l'équipe Inclusion de l'Adret qui n'est pas un site de SSM à proprement parler.

parfois même sur des sites différents ; au SSM Chappelle-aux-Champs, l'agrément pour enfants et adolescents est porté par 2 équipes distinctes, l'une pour les enfants, l'autre pour les adolescents ; au SSM ULB, sur les 5 équipes, 2 sont dévolues aux adultes, 2 aux enfants et adolescents, 1 aux étudiants de l'enseignement supérieur.

Ces configurations multiples traduisent une adaptation des services aux spécificités liées à leurs publics/ territoires d'action, aux réflexions cliniques qui animent leurs équipes, aux contraintes matérielles également (comme les locaux disponibles).

3. DES PRATIQUES QUI FONT SOIN

3.1. UNE EQUIPE EN SOUTIEN A UNE FAMILLE

Xavier, 6 ans, et ses parents arrivent au SSM en janvier 2020, orientés par le Centre PMS. Ils y sont reçus par une psychologue et une pédopsychiatre. Les parents de Xavier sont séparés depuis quelques années et entretiennent des relations très conflictuelles, et se disputent la garde de leur fils devant le Tribunal de la famille.

Vu la situation, des entretiens séparés sont proposés et rapidement mis en place. Un bilan de Xavier est réalisé à l'été 2020, qui met en évidence un enfant vif et intelligent mais peu disponible pour mobiliser ses ressources car il doit faire face à des angoisses massives. Il a peu de capacité de symbolisation et manifeste une grande insécurité de base.

Lors des entretiens de remise de conclusions aux parents, un suivi psychothérapeutique est proposé pour Xavier, ainsi que des rencontres pour chacun des parents avec la pédopsychiatre afin de les accompagner chacun·e dans leur rôle parental.

Des rencontres avec l'école sont également proposées et réalisées par une troisième personne de l'équipe, l'assistante sociale, pour penser l'encadrement scolaire de Xavier. Ces rencontres sont réalisées de manière séparée pour chacun des parents. En novembre 2020, l'école sollicite l'intervention du SAJ tant le milieu scolaire est inquiet de l'évolution de Xavier et cette démarche a des répercussions sur les relations entre les parents et l'école. L'assistante sociale du SSM a des contacts avec le SAJ.

En octobre 2021, une expertise est ordonnée par le Juge de la famille. L'équipe du SSM est également très inquiète : après une période d'évolution positive, Xavier montre à nouveau des signes inquiétants au niveau de son fonctionnement tant lors de ses séances individuelles que dans son milieu scolaire.

L'experte désignée sollicite l'avis du SSM. Les intervenants ont préparé un rapport écrit qu'ils discutent préalablement avec les parents lors d'un entretien au centre, avant de l'envoyer à l'experte. Cela permet non seulement de respecter la place centrale des personnes, mais aussi de maintenir l'alliance thérapeutique indispensable dans l'offre de soins.

En juin 2022, la logopède de l'équipe intervient également, l'école souhaitant réfléchir à des aménagements pour Xavier. Un bilan logopédique est proposé et réalisé pendant les vacances scolaires. Par la suite, des rencontres avec les parents et le milieu scolaire sont réalisées pour expliquer et penser ces aménagements.

Une prise en charge par la thérapeute familiale du SSM est également mise en place pour le couple de la maman et de son compagnon qui souhaite un accompagnement et une intervention au niveau de leurs difficultés conjugales.

La situation de Xavier témoigne de la prise en charge pluridisciplinaire au sein du SSM où, pour la même situation, 5 professionnel·les interviennent et collaborent. Ce travail ne consiste pas uniquement en la réalisation d'entretiens avec Xavier et chacun de ses parents mais également

en des discussions cliniques entre collègues afin de penser ensemble et réajuster si nécessaire l'offre de soins proposée.

La situation implique également un important travail en réseau avec le CPMS, l'école, le SAJ, le Tribunal de la Famille et l'experte, tout en respectant le cadre et les missions de chacun.

De plus en plus de situations nécessitent cet accompagnement pluridisciplinaire qui influe bien entendu sur la capacité des services à accueillir des nouvelles demandes tant ce type de travail nécessite du temps, de la disponibilité et l'intervention de plusieurs travailleurs·ses.

3.2. QUAND LE POTAGER OUVRE LES HORIZONS

Robert a 60 ans. Il a rejoint le groupe potager au mois de mars 2021, suite à la proposition de son psychiatre au SSM. C'est là que l'aventure a commencé, dit-il. Depuis mars, il vient régulièrement aux ateliers potager qui sont proposés chaque semaine. Il s'engage à être présent et passe un coup de fil quand il ne peut pas venir. Il s'investit au potager mais aussi envers l'équipe du SSM : il connaît tous les prénoms des thérapeutes de l'équipe potagère et dit prendre plaisir à voir ces derniers toutes les semaines.

Robert n'habite pas le quartier et les trajets en transports en commun ne le démotivent pas à venir à l'atelier. Il a tenu à fêter son anniversaire avec l'équipe du SSM. Lors d'un atelier potager, il a ramené tous les ingrédients pour faire une salade afin de la manger ensemble et avait fait un gâteau à partager avec les participants et l'équipe du SSM. Les thérapeutes qui s'occupent du potager ignorent la raison qui a amené Robert à venir consulter au centre. Cela lui permet de rencontrer les thérapeutes via un autre biais que la consultation.

Lors des mois d'été, Robert a voulu se rendre utile et a proposé de venir arroser les bacs potagers pendant les week-ends. N'habitant pas tout près, il n'a pourtant pas hésité à venir prendre soin du potager qu'il trouve splendide. Lors de la porte ouverte/exposition des ateliers communautaires du SSM au mois de juin 2022, il s'est proposé d'accueillir les visiteurs. A chaque atelier potager, Robert a le sourire et il souligne que cette aventure lui a permis de faire de belles rencontres. Il a échangé ses coordonnées avec un autre participant et les contacts entre les deux personnes se font également en dehors des ateliers potagers.

Grâce à des activités communes entre le projet potager et la coordination sociale, il a fait connaissance avec des acteurs travaillant dans d'autres asbl et a pu de cette sorte élargir son réseau de connaissances et être en lien avec d'autres structures.

Dans le travail collectif / communautaire, le point de départ est l'accroche individuelle (JE). Ensuite, il y a le collectif (NOUS). Il s'agit de faire groupe, de rassembler les individus autour d'un but commun, ce qui soutient des facteurs tels que l'empowerment ou encore l'estime de soi. En d'autres termes, le groupe est au service de la santé mentale des individus qui le composent. Le communautaire (NOUS TOUS) a pour visée de prendre une place au sein de l'espace public, de jouer un rôle d'acteur·rice social dans le quartier. Ce n'est plus uniquement cloisonné à un petit groupe, c'est ouvert à la communauté, socle du sentiment d'appartenance.

Lorsqu'une personne accroche et se sent accueillie dès les premiers instants dans le groupe, une relation de confiance commence à se tisser au fur et à mesure des rencontres. Les activités communautaires/collectives constituent une modalité du travail en santé mentale qui se veut complémentaire et non substitutive aux autres dispositifs mis en place sur le terrain.

Pour créer un lien qui fasse soin, il est nécessaire que le groupe soit perçu comme suffisamment contenant, sécurisant et bienveillant. La difficulté est de faire lien avec des personnes pour qui le lien est insécurisant, menaçant, surtout chez les plus précaires. Il s'agit dès lors d'un travail qui nécessite de prendre le temps.

3.3. MOBILITE

Loubna est étudiante. Avec le confinement de mars 2020, elle a perdu le job qu'elle avait dans l'horeca et qui lui permettait de subvenir à ses besoins, ses parents n'ayant pas les moyens de la soutenir financièrement. Après un temps de débrouille solitaire, elle se résigne à aller chercher des colis alimentaires auprès de l'Association pour la Solidarité Etudiante en Belgique (ASEB). C'est un tournant difficile pour elle, qui la remplit de honte.

A la permanence, elle rencontre une psychologue qui participe à la distribution. Elle vient du SSM présent sur le campus et explique que le service propose quelques séances gratuites, sans obligation et en toute confidentialité. Loubna semble intéressée et accepte de prendre ses coordonnées.

Quelques jours plus tard, Loubna pousse la porte du centre et s'ouvre à la psychologue. Non seulement elle est en difficulté matérielle, mais elle a perdu pied dans ses études, le passage des cours en visioconférence l'ayant fort déstabilisée. Elle a l'impression que son monde se dérobe sous ses pieds, que tout ce qu'elle a patiemment et laborieusement construit s'effondre. Si elle échoue dans ses études, il lui faudra revenir à la case départ et elle a l'impression qu'elle ne pourra plus s'en relever.

Commence alors un travail dans lequel la jeune femme met en avant ses fragilités et ses angoisses, mais aussi où elle redécouvre ses ressources que la situation de stress a oblitérées. Le travail, démarré sur les conséquences de la pandémie, s'élargit vers ses relations conflictuelles avec ses parents, son rapport à la précarité matérielle, ses périodes de dépression et ses difficultés à nouer des relations avec les autres jeunes de son âge. Arrivée au bout des 4 séances proposées, Loubna demande à poursuivre et un suivi à plus long terme commence, qui va durer un an et demi.

Au bout de cette période, Loubna décide d'interrompre le suivi, tout en s'assurant qu'en cas de besoin, les portes du SSM lui resteront bien ouvertes.

Certains publics nécessitent de mettre en place des dispositifs subtils, créatifs, flexibles et capables de les accrocher. Un des moyens utilisés consiste à détacher des travailleur·euse·s dans des structures qui touchent des publics qu'eux ne touchaient initialement pas. Cela permet d'apporter un regard sur la santé mentale et ainsi de soutenir une réflexion clinique de ce qui se joue pour le public concerné.

3.4. RESEAU ET PLURIDISCIPLINITE

En juillet 2017, la situation de A. est prise en charge. C'est une petite fille de 9 ans et demi, enfant unique, qui vit avec ses parents.

La situation familiale est complexe : la maman est bipolaire et suivie à l'extérieur depuis des années. Le papa est en burn-out. Nous apprendrons par la suite qu'il souffre d'alcoolisme.

A. est vue de manière hebdomadaire par une psychologue de l'équipe infanto-juvénile. Elle est en souffrance par rapport à sa situation familiale et les hospitalisations répétées de sa maman, et ses attachements amicaux sont faits d'insécurité.

La maman bénéficie d'un suivi psychologique téléphonique de quelques mois en 2020, au début de la crise sanitaire.

En première secondaire, A. se déscolarise suite à des angoisses massives. Elle intègre une école de type 5 et notre pédopsychiatre voit la jeune fille et prend en charge la famille. Cela ne tiendra pas dans le temps. Le suivi psychologique se poursuit.

En 2021, en deuxième secondaire, la jeune réaccroche sur le plan scolaire. Le suivi psychiatrique s'arrête.

Dans la même année, le papa d'A. commence à voir une assistante sociale. C'est la première fois qu'il prend le temps de se poser et d'évoquer son histoire. Ce suivi psycho-social se poursuit toujours aujourd'hui.

Dans la même année, la maman intègre un groupe créatif animée par deux intervenantes de notre centre. Elle pratique également ponctuellement un groupe de balade au sein de notre structure.

En 2023, A. rencontre quelques difficultés dans sa gestion scolaire, ses angoisses restant importantes. Elle tente quelques séances avec la logopède formée en gestion mentale. Cela n'aboutira pas.

A l'heure actuelle, A. est toujours suivie de manière hebdomadaire par sa psychologue. Monsieur poursuit son suivi psychosocial, et madame participe ponctuellement, en fonction de ses hospitalisations, au groupe créatif et aux balades.

La situation est stable. La jeune s'autonomise progressivement, elle s'autorise à se détacher de ses parents. Ceux-ci parviennent à mettre des mots sur leurs difficultés de couple et personnelles mais restent encore fort ambivalents par rapport à leurs projets.

L'autonomisation progressive d'A. sera un enjeu de taille pour cette jeune fille.

La situation de A., comme celle de Xavier, montre combien le travail est non seulement pluridisciplinaire mais en lien avec tout un réseau. Quand on parle de réseau et d'intersectorialité, on peut distinguer deux types de réseaux : le réseau constitué entre professionnels, et le réseau constitué autour de l'utilisateur. Le travail de lien avec le réseau des professionnels est important pour déstigmatiser la notion de santé mentale et permettre sa prise en compte. Faire connaître nos projets aux partenaires du réseau et améliorer

l'interconnaissance entre services permet de toucher d'autres types de publics, car ce sont les travailleur·euse·s des autres ASBL qui vont être les potentiels envoyeurs.

Quant au réseau constitué autour de chaque usager, il permet de prendre en compte son parcours de soin singulier, qui ne suit pas forcément ceux organisés par les professionnels ou pensés par les politiques. Il s'agit pour nous d'identifier l'adéquation entre ce réseau et les besoins de l'usager, ce qui est une véritable question clinique. Nous tenons à souligner l'importance d'articuler le travail hors santé mentale avec des acteur·rice·s spécialisé·e·s et ce, surtout en cas de situations complexes. C'est à cet effet que des outils sont pensés et utilisés afin de favoriser la concertation entre professionnel·le·s, à savoir notamment la carte réseau/sociogramme, les concertations multidisciplinaires et de quartier, les référents de proximité, etc. Les équipes mobiles et les SPAD jouent également un rôle essentiel dans la mise en place de ce réseau mais pour que cela fonctionne, il est important que leurs missions s'articulent à celles des autres services de l'ambulatoire.

4. UN TRAVAIL PLURIDISCIPLINAIRE

4.1. LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

4.1.1. Accueil des tous petits

L'importance des premières années de l'enfance, ainsi que le rôle de la qualité des relations entre les parents et leurs enfants n'est plus à démontrer. Plusieurs SSM ont mis en place des projets de prévention, soit en ouvrant des espaces dédiés à la petite enfance (voir ci-dessous), soit en collaborant avec des acteurs comme les PEPS de l'ONE ou les crèches. Ces initiatives permettent de soutenir des professionnel·les déjà engagé·es auprès des familles, de les former aux enjeux de santé mentale ou de socialisation précoce, de détecter certaines situations potentiellement problématiques.

Il existe à Bruxelles plusieurs lieux qui sont destinés aux tout-petits, accompagnés de leurs adultes proches. Parmi ceux-ci, les Maisons Vertes bruxelloises regroupées par l'ABMV (Association Bruxelloise des Maisons vertes), dont plusieurs sont portées par un ou plusieurs SSM dans le cadre d'un travail de prévention primaire.

Elles se sont créées autour de l'importance à accorder à la relation précoce enfants-parents. Il s'agit pour l'enfant d'un temps de construction physique et psychique et, comme pour ses parents, d'un temps d'apprentissage de la séparation. Dès la naissance, l'enfant s'inscrit dans une histoire familiale ; sa famille et lui vont tisser des liens fondamentaux. Parallèlement, l'enfant crée sa place dans le monde qu'il découvre : il rencontre des personnes nouvelles qui le sollicitent ; il prend des risques qu'il devra confronter à ses possibilités. Il apprend à se séparer de ses parents : processus incontournable pour son devenir. Dans notre société, certaines séparations trop rapides, trop brutales, non-comprises par l'enfant, peuvent être vécues comme une rupture violente, qui va laisser des traces, se traduire en symptômes.

Les maisons vertes peuvent prévenir ces difficultés. Elles offrent un espace de parole, de rencontres et d'échanges visant à conforter la relation enfant-parent en dehors de toute visée thérapeutique et à préparer l'autonomie de l'enfant. La présence d'un parent ou d'un adulte responsable de l'enfant, la libre fréquentation, l'anonymat et la confidentialité sur ce qui se dit ou se passe lors de ces rencontres sont fondamentales dans ce dispositif.

Ces espaces protégés favorisent la socialisation précoce des jeunes enfants en dehors de toute activité organisée. Les enfants y créent leurs jeux et développent leurs relations aux autres. C'est également un lieu de prévention des troubles du développement et/ou relationnels. Les accueillant·es sont des professionnel·les formé·es à l'écoute des personnes, adultes et enfants. Il s'agit de psychologues, de logopèdes, de psychomotricien·nes, d'assistant·es sociaux·ales qui font le point sur le déroulement des permanences et sur les situations rencontrées.

Au bout de cette période, Loubna décide d'interrompre le suivi, tout en s'assurant qu'en cas de besoin, les portes du SSM lui resteront bien ouvertes.

Ce type de collaboration et d'action reste cependant fort limité dans son amplitude, alors que Bruxelles est une Région à la démographie jeune et dynamique. Pouvoir agir en amont est pourtant essentiel pour contribuer à limiter les risques au cours de la vie, sachant que plus de

75% des troubles mentaux s’ancrent chez les personnes avant leurs 25 ans. Les premières années de la vie sont essentielles en matière de développement relationnel et affectif. Agir sur cette période de la vie pour soutenir les gestes positifs dans les familles et leur permettre de (re)découvrir des ressources internes et externes susceptibles de les aider est un élément majeur pour une politique bénéfique en matière de santé mentale, mais encore trop sous-investi.

4.1.2. Psychomotricité

De nombreux Services de Santé Mentale ont inclus dans l’équipe infanto-juvénile des psychomotricien.nes. La surcharge des SSM dans la période actuelle, le manque de lieu d’accueil et de suivi sont criants. Ce n’est pas nouveau, mais au cours de ces années post-covid, nous sommes confrontés à une augmentation vertigineuse de demandes pour des enfants en bas âge présentant des troubles de la communication et de la relation. Il s’avère que la psychomotricité relationnelle répond spécifiquement aux besoins de cette tranche d’âge. La prise en charge globale de l’enfant (développement moteur, affectif et cognitif) et de sa famille, permet un accompagnement en dehors d’un diagnostic ou même avant, pendant et après le parcours de diagnostic. Elle est un véritable outil de prévention et de soutien à la parentalité, un outil d’aide et d’accompagnement spécifique pour les jeunes enfants, dont les difficultés s’expriment souvent sur le plan psychomoteur bien plus que par la parole.

Il importe de reconnaître davantage les métiers concernés, à rebours de la décision prise en 2016 par la Ministre fédérale de la Santé. Des lieux d’accueil spécifiques parents-enfants, axés sur la prévention et l’aide, à travers notamment le travail de psychomotricité relationnelle, pourraient encore être développés.

4.1.3. Adolescent·es et jeunes adultes

Avec la Covid, il a été nécessaire de réinventer encore nos pratiques, afin de maintenir la continuité des suivis, de ne pas laisser les parents seuls à gérer télétravail et scolarité à distance, et d’offrir aux enfants et aux adolescents un accompagnement de la crise et de ses effets. De nombreux travailleurs ont trouvé des solutions inventives pour travailler à distance, à travers les appels téléphoniques, la vidéo conférence, les promenades à l’extérieur... Une psychologue proposait par exemple aux parents de rassembler le matériel qu’ils pouvaient avoir à la maison afin que l’enfant puisse dessiner ou jouer face caméra, tout en étant en lien par la vidéo avec sa thérapeute.

Les effets de la Covid sont toujours présents même si on n’en parle plus. Pour les jeunes qui étaient déjà en souffrance, la situation a globalement empiré et nombre d’entre eux qui se trouvaient dans un parcours « normal » ont craqué. Les services d’hospitalisation psychiatrique pour adolescent·es sont débordés et les situations qui leur sont référées vont régulièrement au-delà de ce qu’ils ont l’habitude de rencontrer.

L’absence de moments symboliques marquant les passages (du primaire au secondaire ou du secondaire au supérieur par exemple) a rendu ceux-ci plus difficiles, plus angoissants. La manifestation principale de cette détérioration est l’augmentation importante des décrochages scolaires. Ce sont l’ensemble des dispositifs collectifs qui ont été impactés par la Covid et il faut maintenant accompagner les jeunes pour les réinvestir. Dans de nombreuses situations, il faut d’abord passer par un support individuel pour pouvoir ensuite retourner vers du collectif, support indispensable de l’évolution des adolescents. Il·elles sont en souffrance, il faut aller vers ceux·celles qui ne sont pas en capacité de demander de l’aide. Il s’agit donc de continuer à être

créatif·ves pour trouver des moyens de les rejoindre, tout en continuant les consultations plus classiques, avec des agendas complètement saturés.

Les jeunes ont besoin d'être accompagné·es pour penser le monde et la place qu'il·elles peuvent y occuper en se réarticulant aux générations précédentes. Ce besoin est d'autant plus marqué que la perception qu'il·elles ont du monde est marquée par des crises successives de plus en plus existentielles, avec un avenir qui s'annonce comme une détérioration par rapport au monde de leurs parents. Les équipes des SSM reçoivent également des jeunes abimé·es de trop de pression à la réussite, d'attentes disproportionnées et souvent déconnectées de leur réalité sur des questions d'autonomie et de performance sur fond de discours qui culpabilisent les demandeur·ses d'aide.

Il leur est nécessaire d'avoir le droit à l'échec, de pouvoir sortir du système et y revenir, de créer d'autres places sans être exclus, en un mot d'ouvrir des possibles. Il·elles ont besoin de prendre part au social, de faire entendre leurs voix en étant écouté·es. Pour éviter qu'ils ne se trouvent dans une trop grande désillusion du monde, il·elles ont besoin d'être respecté·es et inclus·es dans la société. Toutes ces nécessités globales concernant la jeunesse doivent alors s'articuler dans la particularité de chaque situation. C'est ce qui demande un travail pluridisciplinaire pour soutenir à plusieurs des situations lourdes et complexes.

Nous assistons à une explosion des demandes de consultations alors que toute une série de situations nécessiteraient une prise en charge rapide. Le temps de la place qui se libère n'est pas en phase avec le temps psychique du/de la jeune. Le manque de personnel et les délais d'attente rendent les situations plus aigües et augmentent les passages aux urgences qui deviennent trop souvent la seule solution pour être entendu·es.

Les situations sont de plus en plus lourdes, de plus en plus complexes et nécessitent un travail pluridisciplinaire et en articulation avec le réseau. On constate une recrudescence des problématiques de type : anxio-dépressifs, des passages à l'acte auto-agressif, des situations de repli social et des consommations de substances. Ceci implique dès lors de pouvoir proposer des cadres souples et sécurisants pour éviter un basculement dans une agressivité dirigée vers les autres ou vers eux/elles-mêmes.

La clinique avec les adolescent·es demande d'articuler le social, entre la psychiatrie et la santé mentale, de prendre en considération l'environnement familial et relationnel de chaque jeune et, enfin, de soutenir un processus d'individuation et de subjectivation propre au moment de l'adolescence. Les modalités d'accueil, de diagnostic et de traitement des SSM visent à développer une réponse appropriée à la spécificité de cette clinique en tant que moment de transformation des corps mais aussi des liens familiaux, des places à l'intérieur de la famille, des relations qui se nouent avec l'extérieur, le social et l'école en tant que lieux privilégiés de rencontre. Les professionnel·les du soin articulent différentes composantes : logement, santé, projet de vie, études, formation, relations sociales et familiales, ... C'est pourquoi les équipes travaillent à recréer des espaces générateurs de collectif à la fois pour les jeunes et pour les professionnel·les.

Ces dernières années nous ont montré l'importance de soutenir le processus adolescent qui se prolonge parfois au-delà des cases prévues/imposées dans l'accompagnement des jeunes. L'accumulation de ruptures imposées dans les trajets de soins ayant des effets désastreux sur leur santé mentale. Le décloisonnement de certains cadres trop rigides et le travail en réseau quand il peut être pensé et tricoté à partir du terrain sont une partie des réponses que les professionnel·les ont tenté d'apporter.

Mais les espaces proposés dans le tissu social pour expérimenter, échouer, se développer, et simplement exister sont trop peu nombreux. Les jeunes sont en quête de nouveaux possibles, d'alternatives qui décloisonnent et réouvrent un horizon. Il·elles invitent l'entière société à se questionner sur son propre fonctionnement et à se renouveler. Il semble dès lors primordial de pouvoir entendre ce que les jeunes nous disent. Les différents projets permettant la participation des jeunes et leur implication dans le fonctionnement de la société ont été dans ce sens. D'autant plus au vu du sentiment de perte de sens généralisé ajouté à la perte du collectif pendant la crise Covid.

Nous insistons enfin ici sur l'importance de repenser les procédures et organisations administratives, sociales et économiques en ce qui concerne le passage à la majorité. Le constat n'est pas nouveau : le passage des 18 ans signifie l'arrêt brutal d'une série de mesures d'aide alors que beaucoup de jeunes ont besoin d'une à plusieurs années pour pouvoir s'adapter aux règles du monde des adultes. Cette rupture complique encore davantage le travail des professionnel·les de terrain qui doivent bricoler pour permettre la poursuite d'un accompagnement soutenu et adapté.

4.1.4. Précarités

Un dernier élément essentiel à pointer ici est la question des précarités et formes de pauvreté qui touchent de nombreux mineurs à Bruxelles. Cette situation, régulièrement pointée dans les médias, ne peut être séparée des mécanismes de précarisation qui touchent les parents adultes. Il y a en effet un discours contradictoire à plaindre les enfants plongés dans la misère tout en fustigeant les parents comme responsables de celle-ci.

La précarité chez les enfants pèse lourdement sur leur développement. Elle est liée d'une part aux conditions de vie : disposer ou non d'un toit, conditions d'habitabilité du logement, accès à l'alimentation, densité dans le lieu de vie, pollution sonore, pollution de l'air, accès à des espaces verts dans le quartier, accès à des services publics, etc. D'autre part, elle impacte directement la trajectoire scolaire des enfants, et donc leurs chances de réussite future, avec des implications dans l'apprentissage, dans les relations au corps enseignant, aux pairs, ...

Durant la pandémie, on a pu mesurer la détresse de jeunes privés soudain d'un espace public où pouvoir souffler, hors de la maison, des parents et/ou de la fratrie. En ce qui concerne les étudiant·es, un certain nombre ont vu leurs conditions de vie chuter avec la perte des jobs qui leur permettaient de vivre, d'où notamment le recours à des colis alimentaires. Tout cela a des impacts parfois extrêmement lourds sur l'équilibre psychique de ces personnes.

Durant la Covid, bon nombre de SSM ont adapté leurs pratiques, pour permettre un suivi à distance mais aussi pour pouvoir informer des jeunes de la possibilité de faire appel à des soins, par exemple à Psycampus, des psychologues accompagnant les équipes de distribution de colis alimentaires aux étudiant·es. Les modalités d'accueil se sont diversifiées, avec des points d'écoute couvrant une bonne part de la Région, des suivis courts mais immédiats, des partenariats avec des acteurs socio-culturels, des actions collectives,

L'après-Covid a vu arriver dans les SSM et dans de nombreux autres services de première ligne (urgences hospitalières / psychiatriques, médecins généralistes, services d'aide aux jeunes...) des adolescent·es en situation psychique très dégradée, des personnes pour une part inconnues et d'autres qui ont replongé. Les demandes d'aide sont urgentes et lourdes, nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire pour l'incapacité des services à pouvoir absorber toutes ces demandes a plusieurs effets délétères : elle rajoute de la souffrance à la souffrance des

personnes et de leur entourage, elle laisse des situations se dégrader et elle peut dissuader d'autres personnes à manifester leurs difficultés, celles-ci voyant que le système de soins est saturé. Elle génère également une pression accrue sur les professionnel·les, avec des effets de perte de sens, d'épuisement, qui peuvent conduire à des incapacitations, ce qui accentue le déséquilibre entre l'offre et les besoins.

4.2. LES 18-65 ANS

4.2.1. Précarités (suite)

Les constats posés ci-dessus se répètent pour les adultes. Les cinq dernières années ont été marquées par une détérioration des conditions de vie pour une part importante des bruxellois·es. Non seulement par une fragilisation de nombreux publics confrontés à des conditions matérielles de vie plus mauvaises, mais aussi par la perte d'emploi, l'explosion des coûts, une forme de violence qui s'installe ou qui se visibilise davantage (notamment en lien avec une consommation accrue de stupéfiants). A cela s'ajoutent également les conditions environnementales, la multiplication de canicules entraînant pour les moins bien lotis des conséquences en matière de santé qu'on connaît mais qu'on mesure encore difficilement.

La précarisation touche davantage encore celles et ceux qui étaient déjà dans la pauvreté, renforcée par certaines politiques qui accentuent les déséquilibres : ainsi, le nombre de sans-abris à Bruxelles ne cesse d'augmenter⁴ tandis que l'incarcération des courtes peines accentue la surpopulation carcérale et la désaffiliation sociale des personnes condamnées (un problème qui s'ajoute à l'excentration de la prison vers Haren). Pour ce public en particulier, notons que les conditions de travail mises à disposition par la prison aux équipes psychosociales qui traitent aussi des difficultés de santé mentale, ces conditions ne permettent pas de garantir la confidentialité minimale nécessaire, ce qui pose évidemment un frein énorme au travail dont pourtant les personnes détenues ont besoin.

Durant et depuis la Covid, les appels vers le secteur de la santé mentale se sont multipliés, de tous côtés, tant les services de tous bords sont confrontés à des publics chez qui les problèmes de santé mentale prennent de plus en plus d'importance, entravant le travail de ces services. Des idées intéressantes ont émergé, comme l'idée de visites régulières de la part de professionnel·les de SSM dans des lieux comme des hôtels pour sans-abri, ou auprès de personnes souffrant d'addictions. De telles idées n'ont pu que peu se concrétiser, faute de moyens.

On sait ainsi que la santé, y compris la santé mentale, suit un gradient social : au moins la situation socio-économique est bonne, au plus les indicateurs de santé se dégradent (Gisle et al., 2018⁵ ;

⁴ Les dénombrements réalisés par Bruss'Help, qui permettent une vue parcellaire de la situation, comptabilisaient 4187 personnes en 2018, contre 7134 en 2022, soit une augmentation de 70% en 4 ans.

⁵ Gisle L, Drieskens S, Demarest S, Van der Heyden J. Santé mentale. Enquête de santé 2018. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; Numéro de rapport : D/2020/14.440/3. Disponible en ligne : www.enquetesante.be

Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2019⁶). Par exemple, la fréquence des troubles mentaux augmente à mesure que le niveau éducationnel baisse (Gisle et al., 2018).

On voit donc que les inégalités sociales créent également des inégalités en matière de santé, alors même qu'avec la crise sanitaire liée au COVID-19, les inégalités sociales pourtant déjà bien présentes à Bruxelles se sont vues renforcer (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2020⁷). La crise sanitaire a mis en lumière et a renforcé les inégalités. La précarisation psycho-sociale est de plus en plus importante : perte d'emploi, perte de revenus, perte de logement, dégradation des relations familiales, isolement, report de soin, rupture de liens avec les services, etc. La dématérialisation des services est un mouvement qui s'est amplifié avec la crise sanitaire. Il y a moins de temps, moins de liens avec les individus qui peuvent, dès lors, ne plus se sentir considérés pouvant aller jusqu'à une désappartenance sociale. Ajouté à cela, la distanciation sociale a entamé le lien qui liait les usagers aux services.

Les problématiques sont multiformes et sont susceptibles de se cumuler : familiales, socio-économiques, de santé, de santé mentale, liées aux assuétudes, au parcours migratoire, etc. En ce qui concerne les assuétudes, le cumul des difficultés face aux déterminants tels que le logement, le travail, la langue, la protection sociale, le revenu, le statut administratif, etc, provoquent une exclusion "chronique" des personnes usagères de drogues (PUD). Les causes de ce phénomène sont multiples : non-recours, absence de droit, report de soin pour raisons financières, seuil d'accessibilité, etc. Les parcours en rue se caractérisent également par une nébuleuse de manques : les vulnérabilités relationnelles (manque de considération/stigmate, manque de liens fiables et stables, manque d'ancrage/désaffiliation - isolement etc.), les fragilités socio-économiques (pas d'accès à l'emploi, pas de logement, implication dans l'économie parallèle, etc.) et la fragilisation psychique.

En ce qui concerne la migration, le territoire bruxellois a toujours rencontré des vagues successives. Depuis 5 ans, ce sont principalement des jeunes adolescent·e·s et de jeunes adultes, venant pour la plupart du nord de l'Afrique, qui arrivent en rue avec des consommations de médicaments détournés. Ces consommations proviennent soit du pays d'origine (bien souvent issues du marché noir), soit sont initiées comme traitement lors du trajet migratoire dans l'un ou l'autre centre du pays d'accueil. Pour ces personnes migrantes, la problématique est double : la continuité des soins est très souvent rompue et les personnes doivent se débrouiller avec ce qu'ils trouvent sur place. En parallèle, les conditions de vie et habitudes de consommations locales viennent s'ajouter à l'existant. A cela s'ajoute la non-perspective chez les jeunes quant à leur avenir de par une absence de perspective concernant une possible régularisation des papiers. Cela peut notamment expliquer tout une série de conduites à risque.

Le cumul des problématiques entraîne un labyrinthe administratif car les secteurs sont cloisonnés, les usagers sont renvoyés d'un service à l'autre car « pas assez » ou « trop » fou, pauvre, jeune, etc. Pour permettre une prise en charge adaptée, il faut casser ces murs et

⁶ Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Tous égaux face à la santé à Bruxelles ? (2019). Données récentes et cartographie sur les inégalités sociales de santé. Commission communautaire commune.

⁷ Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2020). Baromètre social 2020. Bruxelles : Commission communautaire commune.

rassembler les intervenants – inter et intra sectorielle – pour aborder les multiples problématiques qu’un individu rencontre.

Ces éléments se sont amplifiés et il ne passe pas un jour sans qu’on doive constater que les besoins sont criants et l’offre bien trop insuffisante.

4.2.2. Point de vue psychiatrique

Ces cinq dernières années ont vu apparaître deux évènements plus particuliers qui ont eu des effets sur le champ psychosocial belge en général et, par extension, sur la fonction psychiatrique.

Le premier concerne l’implantation de plus en plus effective du projet 107 qui, dans sa visée de désinstitutionnalisation, réforme également le paysage du secteur de psychosocial – ceci faisant partie de ses objectifs. La fonction psychiatrique au sein des SSM s’en voit donc aussi évoluer au travers de l’élaboration des réseaux de soins. Cela se manifeste d’une part directement par la patientèle présentant des problématiques psychiatriques parfois plus lourdes, avec des patients moins stabilisés que s’ils sortaient de l’hôpital mais vivant toujours dans leur milieu de vie habituel. Ce dernier point présente cependant l’avantage que le traitement puisse s’opérer dans un environnement bien moins artificiel que lors d’une hospitalisation, évitant la transition parfois délicate entre un milieu relativement protégé vers un autre nécessitant une autonomie parfois/souvent déstabilisante pour le patient. Le travail de collaboration avec les équipes mobiles et les psychiatres qui les supervisent s’avère dès lors bien plus indispensable et nécessitant de ce fait une attention plus importante du psychiatre effectuant le suivi ambulatoire par rapport à l’évolution du patient.

En dehors des suivis proprement dits et des collaborations avec les équipes mobiles, la sollicitation des services de première ligne s’en voit également accrue. Entre autres par l’entremise des psychologues de première ligne (voir plus loin), qui, au-delà de demandes directes de suivis de certains patients auprès des psychiatres peuvent nous contacter dans le cadre de supervisions – parfois ponctuelles – là où la problématique médicale dépasse leur champ de compétence.

Le second évènement, bien moins constructif, concerne la pandémie de COVID et dont l’impact sur la santé mentale n’est plus à démontrer. Ceci s’est surtout traduit par une augmentation de demandes de soutien psychologique mais cette période fragilisante a aussi vu émerger une plus grande proportion de manifestations plus psychiatriques et donc des demandes de suivis médicaux.

Parmi les intervenants de première ligne, ce sont les médecins généralistes et maisons médicales qui ont été les plus sollicités et quelque peu dépassés par les demandes tant d’un point de vue quantitatif que qualitatif. Les SSM de manière générale et les psychiatres de manière plus spécifique ont pu jouer un point d’appui important, au même titre que celui joué auprès des psychologues de première ligne. Du soutien téléphonique à la mise en place de supervision, cela a permis d’une part d’optimiser l’adéquation des soins au patient et de diminuer le stress et les tensions vécues par le personnel soignant.

Cependant, si ces évolutions dans les tâches des psychiatres en SSM s’essayent à améliorer, dans la collaboration avec le réseau, l’adéquation des soins prodigués aux patients, celles-ci

rencontrent malheureusement un écueil important. Nombreux sont les centres qui ne parviennent pas à occuper tous les postes prévus par les conventions et la pénurie de psychiatres s'y fait particulièrement ressentir. A lui seul le numérisé imposé aux universités ne permet pas de pourvoir aux postes disponibles sur l'ensemble du secteur de soin et les SSM qui, du fait de leur plus faible attractivité salariale, s'en voient plus particulièrement pénalisés. D'autre part, en relation avec cette pénurie, les praticiens voient leurs consultations saturées limitant de ce type d'offre au sein des services.

Notons également le mode de financement des psychiatres dont les consultations servent non seulement à contribuer à une partie de leur honoraires mais dont le surplus profite souvent de manière presque indispensable au subventionnement du centre. Ceci contraint les médecins à assurer un minimum de prestations facturables pour maintenir la rentabilité générale du centre. Il est évident que ce mode de financement se fait malheureusement au détriment des activités non facturables, compliquant de ce fait des collaborations nécessaires au bon fonctionnement des réseaux de soins visés par la politique des soins de santé.

4.3. LES PERSONNES AGEES

La santé mentale des personnes âgées est conditionnée par de multiples facteurs. Pour améliorer leur santé psychique, nous tentons de penser une intervention globale et d'agir à différents niveaux, tant dans le travail directement auprès des personnes âgées que dans l'accompagnement et la sensibilisation des professionnels, et jusqu'à l'interpellation des politiques.

La situation actuelle montre une fragilité au niveau de l'accessibilité aux soins pour toute une série de personnes, dont font partie les personnes âgées. Leur perte d'autonomie et la difficulté pour elles d'y faire face en font un groupe vulnérable. Lors de la crise de la Covid, la vulnérabilité psychique de nos anciens a été particulièrement mise en évidence, et le travail reste aujourd'hui immense pour améliorer leurs conditions de vie, leur accès aux soins et à des liens souteneurs.

Un des leviers du travail de terrain qui tend à réduire cette difficulté d'accessibilité, est d'agir sur la mobilité, en favorisant les visites à domicile et en développant une dynamique d'accompagnement des personnes âgées vers les lieux de soin.

Un autre axe de travail est d'agir directement sur l'environnement, sur tout ce qui gravite autour des individus vieillissants, d'utiliser le quartier, la proximité comme ressource... La COVID a ici aussi amenés les équipes à être créatives et à passer par les contacts à distance (ouverture d'une ligne téléphonique spécifique, réunions en visioconférence...) pour maintenir les liens avec les personnes âgées et soutenir le mieux possible leur réseau.

La solitude des personnes âgées peut constituer une souffrance importante. Notre monde de plus en plus numérisé fait perdre de nombreux contacts humains à des personnes déjà fort isolées, et les confronte à des technologies qu'elles peinent souvent à utiliser. Cela entraîne une augmentation des demandes de suivis sociaux dans nos services déjà débordés. Des lieux d'accueil spécifiques, proches du domicile, existent mais sont trop peu nombreux. Des réseaux

d'entraide, tels « Bras dessus Bras dessous » ou les bénévoles de la Croix Rouge, font un travail intergénérationnel important qui est à soutenir pour permettre leur croissance.

Les pensions ne sont pas en lien avec le coût de la vie d'aujourd'hui, que ce soit au niveau des soins, du lieu de vie, parfois simplement pour se chauffer et se nourrir. Développer des formes d'accueil et de logements diverses et variées, accessibles financièrement et favorisant l'autonomie, est plus que jamais nécessaire.

Tout ceci implique aussi un travail de fond sur le statut, le rôle qu'ont les personnes âgées dans notre société. Il est indispensable de revaloriser ce statut, de positiver leur image aux yeux de tous, y compris des plus jeunes, par une sensibilisation à l'attention que tous peuvent leur apporter. Ceci d'autant plus que les aides et les soins à domicile sont insuffisants pour couvrir la totalité des besoins en semaine, situation qui s'aggrave le week-end. En ce sens, il est nécessaire d'assurer une meilleure continuité de l'offre. Celle-ci doit faire l'objet d'un travail d'information spécifique aux personnes âgées et à leur entourage.

En perte d'autonomie, de revenu, de statut, parfois incapables de faire valoir leurs droits dans un monde du tout numérique, les personnes âgées souvent s'isolent et souffrent en silence. Le manque de moyens dans le secteur de l'aide et du soin où tout doit toujours aller plus vite pour un moindre coût n'améliore en rien les accompagnements, et la qualité entre en concurrence avec le rendement. La personne âgée a besoin que l'on prenne le temps, or les nomenclatures ne sont pas adaptées à cette spécificité, ce qui met bien souvent les professionnels en conflit entre les besoins de leur public et les normes qu'ils doivent respecter. Le respect de la personne âgée passe par le respect de son rythme ralenti, et donc exige de penser des normes de rendement différentes.

4.4. APPELS À PROJETS ET (RE)FINANCEMENTS

Le dernier quinquennat a été marqué par plusieurs développements dans le secteur :

- L'augmentation en 2020 du cadre dans 11 équipes enfants-ados de SSM COCOF, suite à des demandes d'extension posées par les services depuis 2018. La mise en oeuvre de cette augmentation s'est faite en 2021, de façon lente, le pays étant plongé dans les vagues successives de la Covid;
- Un premier appel à projets lancé par la COCOF en juin 2020 pour des projets visant la santé mentale des jeunes et des équipes soignante, 2 des publics les plus touchés par le confinement du printemps, d'après des études menées au niveau académique. Les projets sont censés se clôturer un an plus tard mais sont, pour la plupart, prolongés jusque fin 2021;
- Un deuxième appel à projets au début de l'automne 2020, dans le cadre du Plan de Relance et de Redéploiement bruxellois (PRR) qui reprend certains projets existants et finance d'autres, en particulier des projets axés sur la mobilité de l'offre et la mise en place de lieux de liens. La plupart démarrent en mars 2021 et durent jusqu'au printemps 2022, avant une prolongation pour une bonne part d'entre eux jusque fin 2022 puis en 2023.

Les projets permettent la mise en place de dispositifs souples à l'attention de publics plus ou moins larges. Il faut souligner ici la réactivité des équipes (les délais de remise de projets étant souvent fort courts), la réflexion entourant les dispositifs proposés, la recherche d'une

adaptation continue de ceux-ci pour coller au plus près des besoins sur le terrain, la volonté également de partager ces expériences, tant avec le reste du secteur qu'au-delà, afin d'informer la population que « la santé mentale, on peut en parler », et que des lieux diversifiés existent pour ce faire.

Surtout, ces appels à projets ont permis de démontrer que lorsque des moyens sont mis à disposition du terrain, ils sont employés pour étoffer l'offre de façon pertinente, dans un travail permanent de remise en question.

Les freins sont davantage liés aux modalités de financement et de décision politique : si la libération d'une nouvelle enveloppe doit se faire très vite, la question de la reconduction des projets est beaucoup plus longue et place les équipes et les travailleur·ses dans des situations difficiles. L'annonce d'une (non-)reconduction arrivant souvent après le terme du premier subsidé. Une telle situation génère énormément de stress, pousse des personnes à partir chercher un emploi plus stable ailleurs, désorganise les équipes et malmène surtout les publics concernés. La demande répétée des acteurs sur ces dernières années est de basculer le plus rapidement possible vers des subventions pérennes.

4.4.1. Lieux de liens

La création de cet espace de mise en commun part de la volonté du terrain de croiser les questionnements, de mutualiser expériences et réflexions et de ce fait, enrichir les actions de chacun·e. Dès juillet 2020, des rencontres se sont organisées autour de thématiques spécifiques à raison d'une fois tous les 2 mois. Au-delà de porter une réflexion commune et d'élaborer autour des problématiques rencontrées, ces échanges ont permis de favoriser l'interconnaissance entre les différents lieux subsidiés et ont notamment ouvert la voie à des propositions d'immersions entre ces derniers. Parallèlement à ces rencontres, en décembre 2020, un guide des lieux de liens a été réalisé par la LBSM en collaboration avec le WOPS, l'Orée et la Trace. Ce guide vise à soutenir la visibilité en Région de Bruxelles-Capitale de lieux dont la philosophie consiste à adopter un regard alternatif sur la santé mentale : replacer la personne au centre et soigner l'accueil, tout en insistant sur l'importance du lien à l'autre ainsi que sur l'accessibilité pour tous·tes.

En février 2021 et en collaboration avec le Club Norwest, un nouvel espace d'échange a été initié où l'ensemble des lieux repris dans le guide ont été invités. Ce projet découle du souhait émis par plusieurs travailleur·euses de terrain de pouvoir partager et croiser leurs questions, leurs difficultés et leurs trouvailles, mais il part également du constat qu'il n'existe pas d'outil de mise en commun à plus grande échelle. Dans ce cadre, un lieu d'échange et de rencontre a été mis à disposition de toute personne investie dans les lieux de liens : travailleur·euse, bénévole, participant·e, pair-aidant·e. L'objectif principal est d'offrir un espace et un temps pour croiser les regards et élaborer autour de ce qui constitue les pratiques. S'il ne s'agit pas d'une intervision à proprement parler, cet espace permet toutefois le partage d'expériences de travail et fait place aux témoignages, aux ressentis face aux limites et difficultés quelquefois rencontrées par les acteur·rice·s de terrain.

Exemple d'initiatives mises en avant avec la Covid, les lieux de liens sont des espaces d'accueil communautaire accessibles à tout public et plus particulièrement aux publics les plus isolés. L'offre et l'accessibilité « bas-seuil » aux soins de santé mentale par le renforcement ou la création de ces lieux de liens a été fortement développée ces dernières années et principalement suite à la crise de la Covid et à l'accentuation des problématiques de solitude qui en a résulté. Ce type d'initiative vise à renforcer la continuité des soins en développant l'approche communautaire en santé mentale et ce de façon complémentaire avec les réponses classiques, individuelles ou groupales.

Les lieux de liens offrent un accueil inconditionnel, le plus inclusif possible, sans contraintes particulières. En effet, ces lieux ne nécessitent pas de candidature ou d'inscription, sauf dans de rares cas (par exemple lorsqu'un traitement de substitution à la consommation est donné, ce qui ne peut se faire sans l'ouverture d'un dossier médical). Au sein de ces lieux, le mode de gouvernance participatif prime, allant de l'autogestion à une cogestion du lieu : permanences d'accueil, organisation d'activités, etc. Les relations sont horizontales, d'humain à humain, dans un cadre où la création de liens entre citoyen·nes et collectivités est mise en avant. Le vivre-ensemble et la participation s'initient avant tout à partir des personnes qui fréquentent le lieu.

La Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale, par l'intermédiaire d'une professionnelle engagée dans le cadre des Plans de Relance et de Redéploiement, a mis en place un espace de mise en commun des expériences vécues au sein des différents lieux de liens subsidiés dans ce même cadre.

4.4.2. Mobilité et santé mentale communautaire

Comment permettre à tous les bruxellois·es, en particulier les personnes les plus fragiles socio-économiquement, d'avoir accès aux services en matière de santé mentale ? Comme nous l'avons vu plus haut, il est parfois indispensable que les travailleurs se déplacent, pour aller à la rencontre de ceux qui ne franchissent pas le seuil des SSM ou n'arrivent pas à y porter leur demande, dans les lieux qu'ils fréquentent, pour se rendre à domicile, ou pour rencontrer le réseau constitué autour des personnes suivies. Il peut s'agir aussi de créer des dispositifs qui permettent d'accueillir rapidement la souffrance de ceux.celles qui poussent la porte, ce qui est de plus en plus compliqué étant donné la saturation des services. Ce travail se doit d'être pluridisciplinaire, car il passe souvent par une accroche des personnes en demande à partir de leurs besoins primaires (alimentation, administratif, ...), et ensuite par un élargissement progressif vers la mise en place d'un réseau d'aide et de soins. L'objectif est ainsi d'avoir une approche globale et intégrée, adaptée aux besoins des individus et de leur contexte. Dans un second temps, des activités en santé mentale communautaire, organisées au sein des services, pourront permettre à ces personnes de se déplacer et de créer du lien avec d'autres, et ainsi de sortir peu à peu de leur marginalisation.

De manière plus concrète, nous retrouvons sur le terrain différentes modalités de travail qui participent à cette mobilité en santé mentale. Celle-ci se conçoit différemment en fonction des projets mais nous pouvons identifier 3 grands axes.

Le premier axe concerne les projets à destination des usagers. Il s'agit d'aller à la rencontre et de répondre aux besoins des publics les plus vulnérables et les plus éloignés du système de soin au travers d'une mobilité bien pensée et adaptée à chaque situation.

Le deuxième axe concerne les projets à destination des professionnel·le·s. Il s'agit de venir en renfort et de proposer un appui aux professionnel·le·s et ce, sous de multiples formes : formations, supervisions, interventions, immersions, permanences, ... La création d'intervisions et d'échanges de pratiques entre institutions vient soutenir les équipes d'aide et de soin, ce qui renforcera les liens entre professionnels dans le réseau et la continuité des soins dans le secteur.

Le troisième et dernier axe concerne la recherche et l'élaboration. Il s'agit d'avoir une meilleure compréhension de certains aspects du travail et de la souffrance vécue en santé mentale mais également d'élaborer des connaissances et outils afin d'améliorer la prise en charge et l'accompagnement tant pour les usagers que pour les professionnel·le·s.

4.4.3. PPL

Une des principales réponses apportées dans la foulée de la pandémie pour faire face aux difficultés de santé mentale est la mise en place, par le Ministère fédéral de la Santé, des Psychologues de Première Ligne (PPL), un système de conventionnement de psychologues pour permettre au public d'accéder à des soins psychologiques à moindre coût.

Sur le principe, l'idée de permettre aux gens de ne pas qu'un faible montant est excellente car elle ouvre la voie à des publics qui, jusque-là, n'avaient que peu de possibilités pour bénéficier de soins à bas coût ou gratuits, dont les SSM. On peut cependant regretter que la proposition émanant du Fédéral n'intègre pas un volet pour permettre aux entités fédérées de justement refinancer les services existants et qui offrent, contrairement aux PPL, une approche pluridisciplinaire particulièrement adaptée aux situations multi-factorielles dans lesquelles se débattent les publics plus précarisés.

La mise en place des PPL s'est faite de façon progressive, avec énormément d'aller et retours au fur et à mesure des problèmes rencontrés sur le terrain. Elle a été synonyme par moments de confusions, notamment dans le chef du public, beaucoup de personnes pensant que *toutes* les consultations psys seraient dorénavant aux tarifs PPL. Elle a également été accompagnée de beaucoup de conditions dont certaines ont été levées depuis, conditions qui éloignent le dispositif du public plus pauvre de Bruxelles.

Un problème qui demeure est la difficulté, voire l'impossibilité pour des services existants de pouvoir engager des PPL. Des SSM ont calculé l'impact de tels engagements, qui viendraient utilement renforcer leurs équipes. Les conditions imposées par l'INAMI rendent ces engagements financièrement périlleux, une partie du temps payé n'étant pas pris en compte dans la subvention fédérale et devant donc être prise sur fonds propres. Lors de la réforme du décret de l'ambulatoire (en cours), les futurs Centres Social-Santé Intégrés (CSSI) pourront engager des PPL grâce à un montant forfaitaire octroyé par la COCOF pour couvrir cette partie non prise en charge par le fédéral. Cette mesure va dans le bon sens mais est malheureusement prévue pour être limitée aux seuls CSSI.

À l'heure d'écrire ces lignes, plusieurs dizaines de PPL officient dans la capitale, selon une répartition géographique qui n'est pas uniforme. Cette offre a permis à des personnes qui n'y avaient pas recours de faire appel à une aide psychologique (nouveaux entrants), mais ne change pas encore fondamentalement la donne. Certain·es psychologues vers qui les SSM réorientaient déjà ont transformé une partie de leur temps en temps PPL, ce qui fait alors de ces PPL des

acteurs à la fois de première et de deuxième lignes, d'autres renvoient des situations vers les SSM car dépassant leurs compétences.

Agir pour la santé mentale à Bruxelles implique peut-être davantage qu'ailleurs, au vu des conditions socio-économiques, un travail pluridisciplinaire et des collaborations entre services autour de mêmes situations.

4.4.4. Situation des professionnel·les

Un fait notable qui n'est pas propre au champ de la santé mentale est le turn-over de plus en plus important qui touche les équipes, et la difficulté croissante à trouver des personnes pour certains postes. Les besoins grandissent, les équipes devraient s'élargir mais la difficulté inhérente au travail psycho-médico-social dans un contexte général de dégradation sert de repoussoir et place les services dans un cercle vicieux qu'on pourrait résumer ainsi : plus la pression des besoins s'accroît, moins il y a de forces vives.

Tout le monde est débordé, à la fois par sa propre consultation et par celle de l'autre. Les professionnel·le-s travaillent sans cesse dans l'urgence, mais le travail dans l'urgence ne permet pas de conserver sa capacité à penser. Il s'agit donc de préserver du temps pour penser et prendre soin de ces professionnels malgré la saturation, et ce autant au sein de sa propre équipe que pour les autres professionnels.

Avec la Covid ont été créées ou élargies des permanences d'écoute s'adressant aux professionnels de l'aide et du soin. Les intervenant·e-s se rendent disponibles auprès d'autres professionnel·le-s grâce à des dispositifs de proximité et de seconde ligne qui permettent une réponse rapide. De plus en plus de situations s'énoncent sur le versant psychologique et psychiatrique à des endroits divers, mais pas forcément dans les lieux où se trouvent habituellement les "psy". Offrir des permanences d'écoute permet d'ouvrir les portes aux professionnel·le-s qui se retrouvent confrontés à des publics qui présentent certaines problématiques en santé mentale, problématiques face auxquelles ils peuvent parfois se sentir désemparés.

Un autre dispositif mis en place a été l'immersion dans les services. Se rendre disponible auprès de ces professionnel·le-s, c'est permettre à ceux-ci de se sentir moins seuls et plus apaisés. Le soutien au personnel soignant durant la Covid s'est notamment pensé au plus près de leur réalité, en immersion au sein des services. Il s'agit d'être présent sur le lieu de travail des soignants et de permettre un temps d'arrêt lorsqu'une situation l'impose.

Le soutien aux professionnels passe aussi par la formation continue. Celle-ci se décline sous plusieurs axes et se constitue comme un processus dynamique et soutenant envers les équipes. Il s'agit d'un outil de soin, une extériorité à la pratique clinique qui permet de soutenir la réflexion au sein des équipes. Cela permet de maintenir la qualité du travail clinique, d'améliorer le travail en équipe et ainsi d'améliorer la prise en charge des usagers. Il s'agit aussi d'un temps de prise de recul qui permet aux intervenant·e-s de se ressourcer et de prendre un temps pour penser. Cela passe notamment par le biais de supervision, de formation et/ou d'intervention.

Mentionnons enfin l'activité de recherche. Les recherches déployées dans le cadre du PRR sont des recherches ciblées, au plus près des acteur·rice-s de terrain. Elles permettent, entre autres,

de mettre en lumière ce qui se passe sur le terrain et participent au processus de réflexion des acteur·rice·s sur leurs pratiques. Mais elles restent, encore une fois, financièrement peu soutenues.

De telles pratiques peuvent aider les publics et les professionnel·les, bien davantage que la digitalisation des services qui éloigne les seconds des premiers et renforce la fracture numérique. S'ajoute à cela une complexification administrative, avec des conditions et des réglementations qui se multiplient, le défi du terrain étant de maîtriser les différentes strates issues de niveaux de pouvoir différents. Cela occasionne une perte de temps et d'énergie considérable, et un épuisement des personnes en charge de ces enjeux au sein des services.

5. DONNEES STATISTIQUES CONCERNANT LES ACTIVITES ET LA PATIENTELE DES SSM ENTRE 2018 ET 2022 A PARTIR DES DONNEES ADMINISTRATIVES ENREGISTREES PAR LES SSM AGREES EN COCOF

5.1. INTRODUCTION

Quelles grandes évolutions ont connu les Services de Santé Mentale agréés par la COCOF (SSM) ces cinq dernières années en termes d'activités et de patientèle ? Leur activité tend-t-elle à croître ou à décroître ? Combien de patients bénéficient de ces services chaque année ? Qui sont-ils d'un point de vue socio-démographique ? Que peut-on dire de l'évolution des suivis, en termes de durée, d'intensité, de complexité ? Nous tenterons ici d'apporter des éléments de réponse à partir de l'exploitation des données administratives enregistrées par les SSM.

Il est important de souligner d'emblée la difficulté de cet exercice et la fragilité des constats que nous pourrions formuler au regard des données disponibles et exploitables. Certes, chaque service recueille des données administratives: il tient ses dossiers à jour, encode les prestations, etc. Mais ce constat assez général et abstrait laisse place à une réalité fort complexe dès lors qu'il s'agit de « faire parler » ces données à l'échelle de l'ensemble du secteur. On se rend compte alors que les pratiques de production des données peuvent varier d'un service à l'autre, parfois d'un travailleur à l'autre au sein d'un même service, qu'il n'y a pas toujours un accord sur la définition de *ce qui* est documenté, que les logiciels utilisés pour l'encodage ne sont pas uniformes et produisent des bases de données dont les variables et/ou la structure de l'information sont hétérogènes, etc.

Au-delà de cette hétérogénéité des données qui complique leur interprétation et leur exploitation, il y a aussi tout un ensemble d'activités qui ne sont simplement pas documentées actuellement. Nous ne pouvons donc prétendre parler de l'activité des SSM en général, ni de l'ensemble de la patientèle, mais uniquement des prestations et des « dossiers-patient » qui font l'objet d'un enregistrement exploitable.

Activités et patientèle des SSM

(Consultations, activités d'accueil, activités collectives et communautaires, activités de prévention, activités d'appui aux professionnels, activités de coordination et d'élaboration d'un réseau de collaboration interservices, etc. et les bénéficiaires de ces activités)

Données enregistrées dans les bases de données via des logiciels-métier

Données enregistrées séparément (registre papier, Excel, etc.)

Absence de données

Données exploitables (principalement les consultations et leurs bénéficiaires)

Données pas (encore) exploitables

Données pas (encore) exploitables

Cela exclut de nos analyses, en particulier, la plupart des activités liées à l'accueil des personnes en demande d'un nouveau suivi (premiers contacts, entretiens d'accueil, permanences, etc.), mais aussi des activités collectives et communautaires (groupes thérapeutiques, ateliers thématiques, animation de lieux d'accueil « bas seuil », etc.) qui ont pourtant pris davantage d'importance ces dernières années et constituent des modalités de soin alternatives ou complémentaires. Cela exclut également la plupart des activités de prévention, la plupart des démarches sociales réalisées en l'absence du bénéficiaire, certaines activités d'appui aux professionnels, les activités de coordination et d'élaboration d'un réseau de collaboration interservices, etc. Et lorsqu'un type d'activité réalisé n'est pas encodé, les bénéficiaires de ces activités sont également invisibles dans les données relatives aux « dossiers-patients ». Nous référons le·la lecteur·rice au chapitre « Méthodologie » pour plus d'informations à ce sujet. Retenons ici que, pour cette raison, le nombre total de bénéficiaires des SSM est sous-estimé et que les « prestations » des SSM, qui sont très diversifiées en réalité, se limitent dans les chiffres presque exclusivement aux seules consultations.

5.2. RÉSUMÉ DES PRINCIPAUX RÉSULTATS

À partir des données exploitables, quels constats généraux pouvons-nous tirer ?

- a) L'évolution du nombre d'activités (consultations) enregistrées par les SSM entre 2018 et 2022 indiquent que la baisse d'activité en 2020 (crise sanitaire) a été contenue et que la « reprise » en 2021 a été très forte, dépassant largement le niveau d'avant-crise sanitaire.
- b) L'année 2022 semble accuser le « contrecoup » de la sur-activité enregistrée en 2021, probablement en raison d'absences maladie des travailleur.se.s, de diminution de du temps de travail et de difficultés de recrutement pour certaines fonctions professionnelles actives en SSM. Le *turn-over* apparaît en effet important, et le nombre de travailleur·ses reste relativement stable malgré une augmentation du financement cadre des SSM, ce qui traduit une difficulté des services à « remplir » le cadre dans un contexte post-crise sanitaire difficile pour l'ensemble des secteurs social-santé.
- c) La période 2018-2022 enregistre globalement une intensification du travail sur les dossiers déjà actifs : le nombre d'activités par dossier est en augmentation, ce qui laisse moins de place pour des nouveaux suivis.
- d) La saturation du secteur est et reste importante : les SSM ne parviennent pas à accorder un nouveau suivi à toutes les nouvelles demandes qu'ils jugent recevables au vu de leur mission. En 2022-2023, 25% des nouvelles demandes donnent lieu à un nouveau suivi (effectif ou proposé), et pas moins de 38% des nouvelles demandes sont réorientées par les services en raison du manque de disponibilité (saturation).
- e) La part de « co-thérapies » (prestations impliquant plusieurs professionnels simultanément) et du « travail à plusieurs » (dossiers suivis en alternance par plusieurs professionnels) impliquant trois professionnels ou plus, est relativement stable entre 2018 et 2022, si on met à part l'année 2020 qui est exceptionnelle à plus d'un titre.
- f) On observe une féminisation lente mais stable de la file active sur la période 2018-2022 : les femmes étaient plus présentes que les hommes parmi la patientèle des SSM en 2018 (58% contre 42%), et cet écart s'est légèrement creusé en 2022 (60% contre 40%).

- g) Cette distribution genrée de la patientèle est inégale selon les catégories d'âge : les garçons sont sur-représentés parmi les enfants et les adolescents (<18 ans), tandis que les femmes sont sur-représentées parmi les adultes (>18 ans).
- h) La période 2018-2022 a enregistré une forte croissance du groupe d'âge des jeunes adultes (18-24ans), en particulier les jeunes femmes, parmi la file active des SSM. À l'inverse, les enfants, adolescents et adultes sont un peu moins représentés qu'avant.

5.3. COMMENT A EVOLUE LE FINANCEMENT DES SSM ?

Les SSM agréés par la COCOF sont des ASBL qui peuvent bénéficier d'une diversité de sources de financement. En pratique cependant, le financement cadre de la COCOF représente la plus importante part du financement des frais de personnel du secteur : selon les rapports d'activité rassemblés par la COCOF, 74% des ETPs actifs en SSM sont financés par la COCOF en 2022.

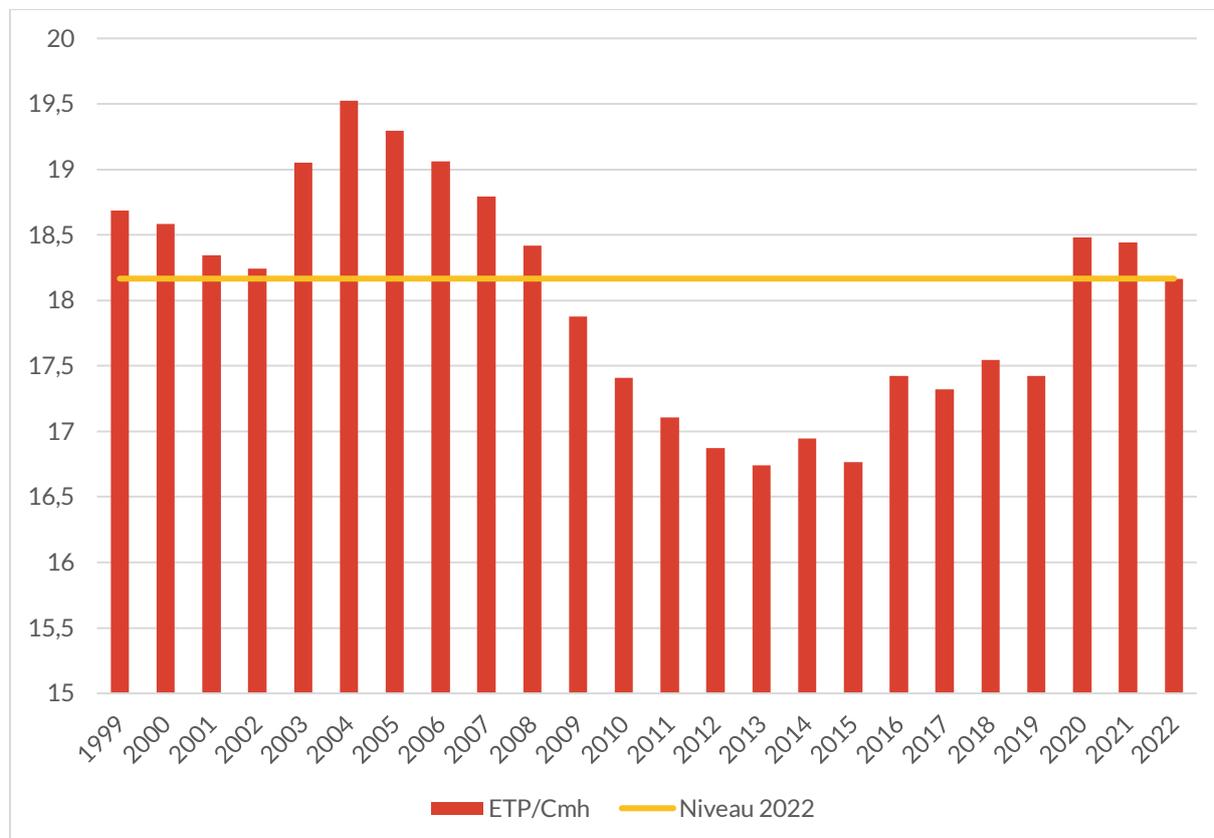
Si l'on s'intéresse à l'évolution du financement cadre COCOF sur le temps long (1999-2022) en le rapportant à l'évolution de la démographie bruxelloise (nombre d'équivalents temps plein par 100.000 habitants, Figure 1), on note que le récent refinancement des SSM en 2020 (principalement les équipes enfants et ados, +6%) a permis de résorber le retard de financement accumulé sur la période 2008-2019, sans toutefois atteindre les valeurs observées en 2004-2009.

Notons que la diminution progressive du nombre d'ETP/Cmh⁸ d'année en année n'est pas liée à une diminution du financement, mais bien à une augmentation de la population bruxelloise.

Notons enfin que le refinancement du secteur via les projets du « Plan de relance et de redéploiement » (PRR) de la COCOF, n'apparaît pas sur la figure ci-dessus car il n'a pas fait partie du financement « cadre ». Soulignons que les prestations liées à ces projets sont également largement absentes des données car elles ont rarement pris la forme de consultations enregistrées dans les bases de données administratives.

⁸ Equivalant Temps Plein par Cent mille habitants

Figure 1 - Évolution du nombre d'ETPs financés par le cadre agréés COCOF en SSM par 100.000 habitants en Région bruxelloise (31/12/1999 - 31/12/2022)



5.4. COMBIEN DE PRESTATIONS RÉALISENT LES SSM ?

Environ **215.713 prestations** ont été enregistrées en **2022** par les 22 SSM agréés par la COCOF. Dont environ 79% de rendez-vous honorés soit **171.177 prestations réalisées**. Il s'agit d'une estimation basée essentiellement sur des données relatives aux consultations, à l'exclusion des autres types d'activité. Pour des raisons liées à l'indisponibilité de certaines données et à la manière dont les données disponibles sont produites, nous ne connaissons pas le nombre exact de prestations réalisées par les SSM (cf. « Méthode »).

5.5. COMMENT A ÉVOLUÉ LE NOMBRE DE PRESTATIONS (CONSULTATIONS) ENTRE 2018 ET 2022 ?

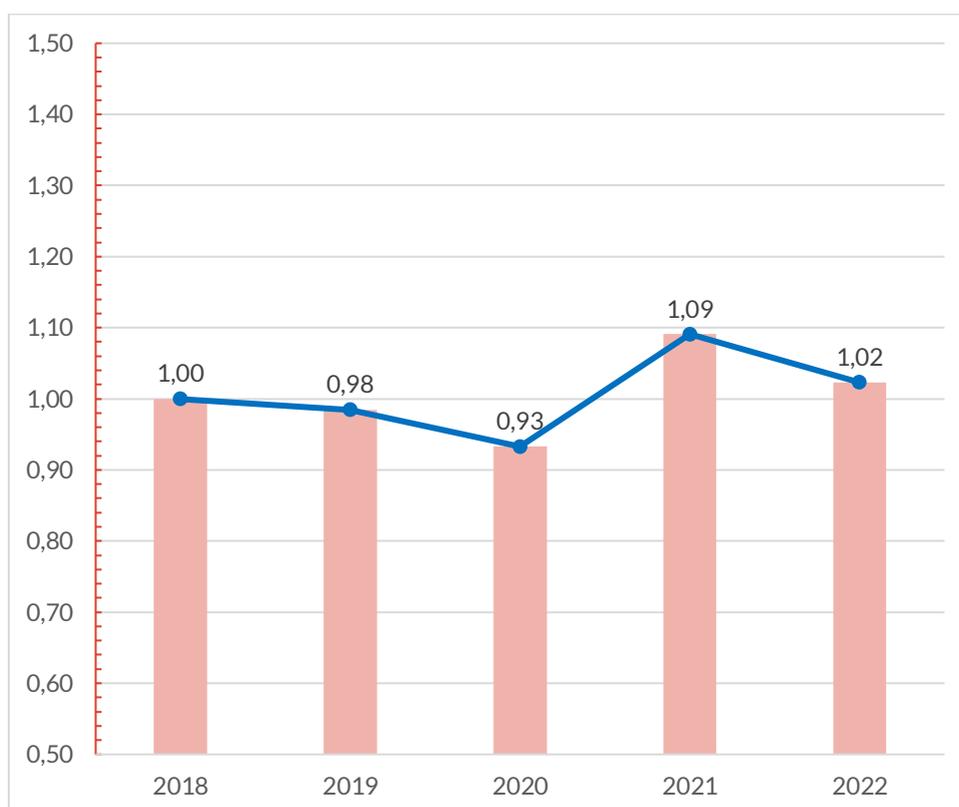
5.5.1. Observations générales

Concernant l'évolution du nombre de prestations (consultations) enregistrées sur la période 2018-2022, nous observons d'abord une stabilité en 2018 et 2019, et un retour à des effectifs comparables en 2022 après une période de « crise » en 2020 et 2021 : le nombre de prestations

enregistrées a baissé en 2020 (-7% relativement à l'année de référence 2018), puis a fortement augmenté en 2021. L'année 2021 apparaît exceptionnelle, non seulement par rapport à 2020 (+17%), mais également par rapport à l'année de référence 2018 (+9%).

Nous montrerons plus loin que cette « sur-activité » en 2021 ne peut pas être expliquée uniquement par l'augmentation du financement cadre de la COCOF en 2020. Non seulement parce que l'augmentation d'activité a largement dépassé l'augmentation des ETPs, mais aussi parce que l'augmentation d'activité a paradoxalement été portée par les suivis concernant des adultes, alors que le refinancement a visé des équipes enfants. Nous soulignerons également que cette augmentation de l'activité en 2021 a pris en partie la forme d'une augmentation de la file active (plus de nouveaux suivis que de suivis clôturés), mais elle a davantage encore consisté en une intensification des suivis déjà en cours (augmentation du nombre moyen de prestations par dossier actif).

Figure 2 - Évolution du nombre moyen de prestations (estimation à partir de 20 services sur 27, indice base 2018=1)

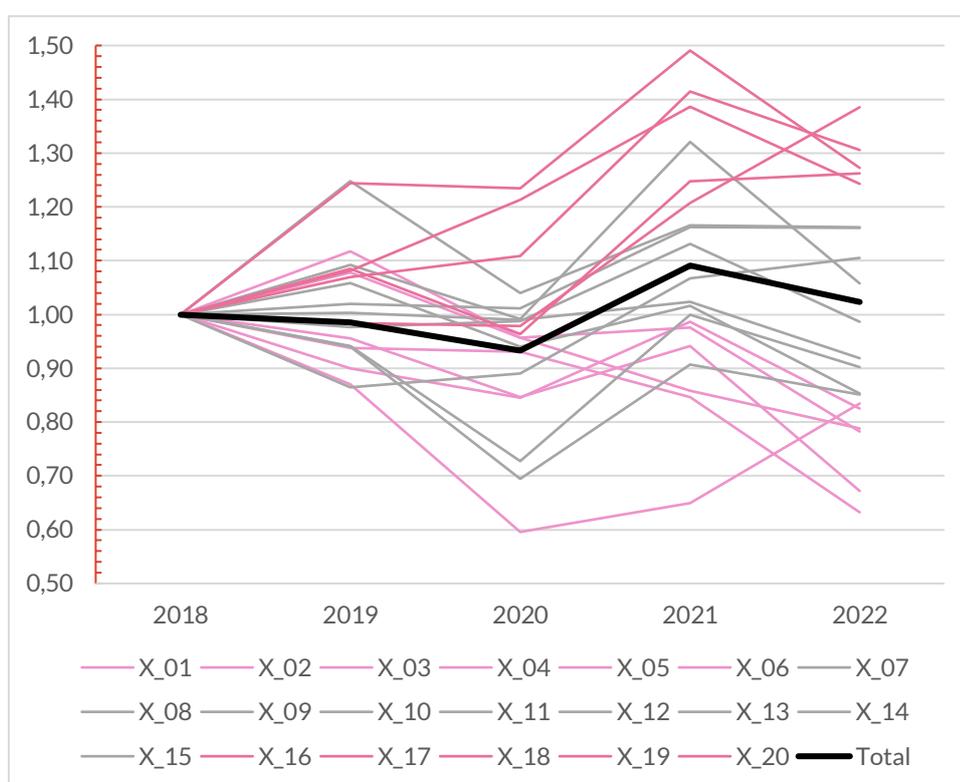


5.5.2. Observations service par service

Comment expliquer ces évolutions ? Il nous apparaît risqué d'émettre d'emblée une interprétation générale portant sur l'évolution moyenne du nombre de prestations des 20 services étudiés. L'échelle sectorielle gomme en effet de fortes disparités entre les services : les valeurs de l'indice base 2018 varient entre un minimum de 0,63 et un maximum de 1,39 pour l'année 2022, et la dispersion des valeurs autour de la moyenne (1,02) est importante (écart-type = 0,23 et visuellement la *Figure 2* xxx laisse apparaître une distribution assez disparate des

valeurs entre le maximum et le minimum pour l'année 2022). Or, qu'il s'agisse de biais liés aux pratiques d'encodage ou d'évolutions bien réelles du nombre d'activités, le service nous apparaît comme l'échelle d'observation à privilégier pour comprendre et expliquer ces phénomènes. C'est en effet à ce niveau que se jouent l'évolution de la force de travail, l'organisation sociale du travail, l'évolution des formes et types d'activités, etc. Des mécanismes macrosociologiques, comme des évolutions démographiques, les effets de la crise sanitaire ou des transformations du rapport au travail dans le secteur social-santé devraient de préférence être observés d'abord à l'échelle des services avant d'être invoqués comme une tendance générale et transversale.

Figure 3 - Évolution du nombre de prestations par service (20 services sur 27, indice base 2018=1)



Lorsqu'on est attentif à l'évolution du nombre de prestations de chaque service (*Figure 3*), on note que l'évolution entre 2018 et 2019, qui apparaît stable en moyenne, est en réalité assez disparate avec deux services qui se distinguent par une forte augmentation du nombre d'activités (+25% environ) alors que les autres services oscillent entre -14% et +12%, une amplitude qui reste importante. Nous n'avons pas d'hypothèse générale susceptible d'expliquer ces évolutions et ces écarts entre services.

Ensuite, la grande majorité (trois-quarts) des services a connu une diminution du nombre de prestations enregistrées entre 2019 et 2020. Il y a là une tendance partagée, très certainement liée aux effets de la crise sanitaire de la Covid-19 et des mesures prises pour y faire face. Celles-ci ont compliqué l'accès aux soins et ont amené les professionnels à transformer leurs pratiques.

À ce sujet, et au regard de l'importance de cette crise, nous pouvons souligner que la diminution moyenne de l'activité en 2020 a été relativement contenue. Cela reflète le fait que les services sont restés ouverts et aussi accessibles que possible durant la crise sanitaire. Des investigations qualitatives ont permis de documenter l'inventivité et l'adaptation des professionnels des SSM durant cette période pour assurer autant que possible la continuité des soins : téléconsultations, activités en plein air, aménagement des salles d'attente, etc.

Par la suite, presque tous les services (tous sauf deux) ont enregistré une forte augmentation d'activité entre 2020 et 2021. L'intensité de cette augmentation aurait pu être corrélée à l'intensité de la diminution l'année précédente, suggérant un effet de « rattrapage ». Mais cela n'apparaît pas clairement dans les chiffres dont nous disposons : certains services, comme le X_18, ont enregistré une forte augmentation en 2021 alors qu'ils n'avaient pas connu une forte baisse l'année précédente. Tandis que d'autres, comme le X_06, avaient enregistré une forte baisse en 2020 et ont connu une reprise équivalente ou même moins intense en 2021.

Une partie de cette augmentation pourrait être attribuée à l'augmentation du financement cadre de la COCOF pour les équipes qui prennent en charge des enfants et adolescents (+14 ETPs environ, soit +6% du financement cadre). La mesure avait été décidée en 2020, mais les engagements du personnel sur le terrain n'ont probablement pas été actés avant fin 2020 voire début 2021.⁹ Cependant, cette augmentation du cadre agréé n'est « que » de +6%, et rapportée à l'ensemble de la force de travail des SSM tous financements confondus, l'augmentation relative de la force de travail serait encore un peu plus faible (autour de +4,5% probablement). Bien plus faible en tout cas que l'augmentation de l'activité observée entre 2020 et 2021(+17%), et même entre l'année de référence 2018 et 2021 (+9%). L'augmentation du financement cadre n'expliquerait donc pas à elle seule l'augmentation de l'activité en 2021. Une autre hypothèse explicative de la forte augmentation du nombre de prestations en 2021 mettrait plutôt l'accent sur une intensification du travail à moyens égaux. Nous verrons plus loin que cette augmentation a surtout pris la forme d'une intensification des suivis déjà en cours, le nombre moyen de prestations par dossier ayant effectivement augmenté entre 2020 et 2021, alors que le nombre de dossiers actifs a augmenté moins fortement que le nombre de prestations sur cette période.

Enfin, la plupart des services (trois-quarts également) ont connu une nouvelle diminution du nombre de prestations entre 2021 et 2022. Relativement à l'année de référence 2018, l'augmentation d'activité en 2022 n'est « que » de +2% alors que l'on pouvait s'attendre à une augmentation de l'activité de l'ordre de 4,5% environ au regard de l'évolution des financements. Les services contactés expliquent ce ralentissement de l'activité par des difficultés liées aux conditions de travail des professionnel·les : absences maladie, démissions ou départs à la retraite et difficulté à remplacer le personnel – en particulier pour les fonctions psychiatrique et sociale – diminutions volontaires du temps de travail qui ne permettent pas toujours de combler les petits temps partiels ainsi libérés par de nouveaux engagements, etc. Cela expliquerait une

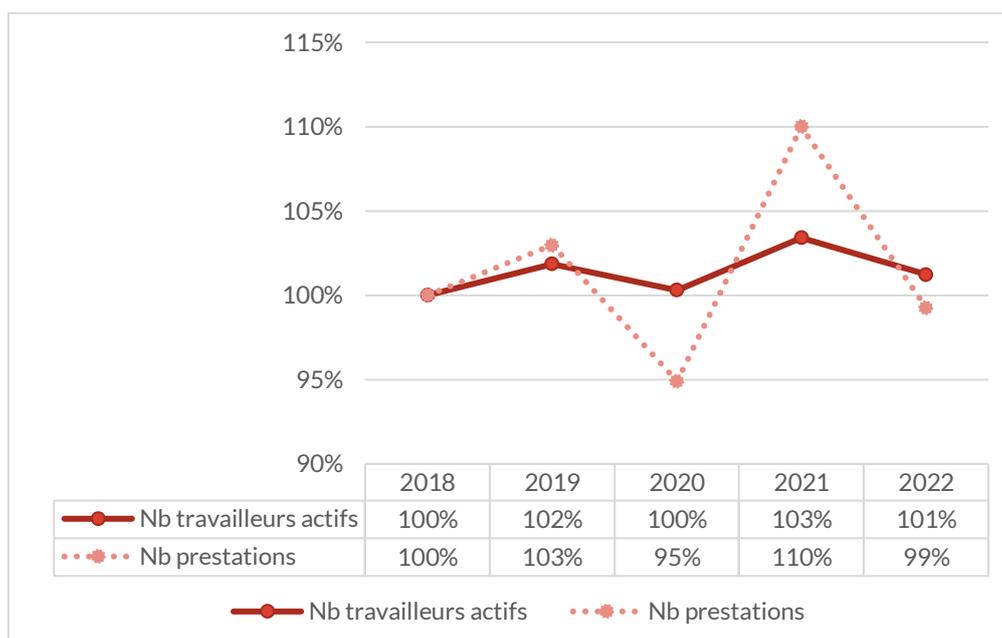
⁹ D'autres financements supplémentaires ont été débloqués pour le secteur via des appels à projets « Mobilité » et « Lieux de lien » (initialement dans le cadre du « Plan de relance et de redéploiement »), mais ceux-ci ont principalement soutenu des activités hors consultations qui n'ont pas systématiquement (et même assez rarement) fait l'objet d'encodage sous forme de prestations, raison pour laquelle nous n'invoquons pas cette hypothèse pour expliquer les variations du nombre d'activités enregistrées.

différence entre le cadre subsidié et le nombre d'ETPs effectivement actifs. Nous le commenterons plus loin (Figures 4 et 5). Une autre hypothèse explicative pourrait être liée aux pratiques d'encodage des services. Rappelons que les activités autres que consultations ne sont généralement pas encodées par les services dans la base de données exploitée ici. Si les pratiques des professionnel·les ont évolué pour donner davantage des places à ces dispositifs tiers (accueil, thérapies de groupe, appui aux professionnel·les, concertations, etc.), au détriment des consultations enregistrées, cela pourrait expliquer que l'évolution du nombre de prestations (consultations) enregistrées ne suive pas la courbe attendue.

5.5.3. Des équipes en difficulté ?

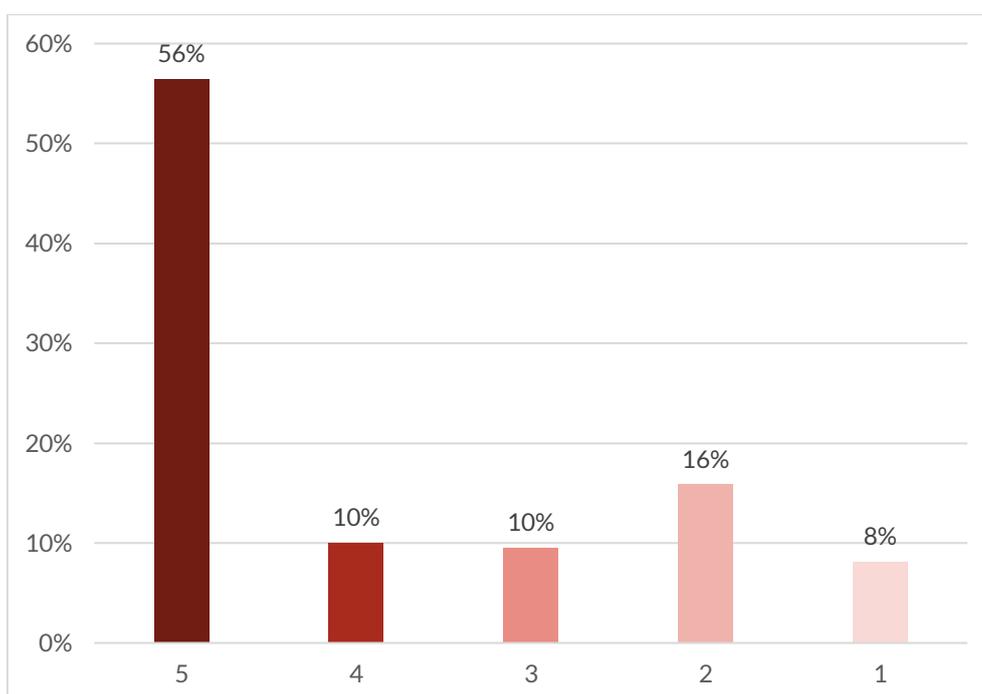
Il est difficile de vérifier l'hypothèse selon laquelle la baisse d'activité en 2022 serait liée à des difficultés de « ressources humaines ». En effet, nous ne disposons pas de données relatives au nombre d'ETPs effectivement actifs dans les services. En revanche, chaque travailleur·se qui encode une prestation utilise un identifiant unique interne au service. Il est ainsi possible de suivre l'évolution du *nombre de travailleur·ses* actif·ves sur cette période. Cet indicateur est très approximatif et ne permet pas d'étudier finement l'évolution de la force de travail pour au moins deux raisons : d'abord, il ne fait aucune distinction entre un·e travailleur·se à temps plein et un·e travailleur·se à temps partiel, ensuite il reflète de la même manière un·e travailleur·se actif·ve une semaine et un·e travailleur·se actif tout au long de l'année. Malgré ces limites, il soutient une observation intéressante : l'augmentation du financement cadre en 2020-2021 n'a pas conduit à une augmentation durable du nombre de travailleur·ses. En 2022, le nombre de travailleur·ses n'a augmenté que de 1% par rapport à 2018, alors que nous pouvions nous attendre à une augmentation de l'ordre de 4,5% environ. Cela tend à corroborer les données qualitatives qui font état de difficulté à trouver des professionnel·les qualifié·es pour remplacer les travailleur·ses absent·es ou parti·es.

Figure 4 - Évolution comparée du nombre de travailleur·ses actif·ves et du nombre de prestations (estimation à partir de 19 services sur 27, indice base 2018=1)



Ces données nous permettent également de nous intéresser à ce que les anglo-saxons nomment le *turn-over*, c'est-à-dire le taux de remplacement du personnel. Nous observons ainsi qu'une petite majorité des travailleur·ses (56%) ont enregistré au moins une prestation par an au cours des 5 années 2018-2022 (cela ne signifie pas qu'il·elles ont été actif·ves sans interruption sur l'ensemble de la période). À l'inverse, près de la moitié des travailleur·ses (44%) n'ont pas été actif·ves sur l'ensemble de la période. Autrement dit, près de la moitié des travailleur·ses a quitté son activité en SSM entre 2018 et 2022.

Figure 5 - Distribution des travailleur·ses selon le nombre d'années durant lesquels ils/elles ont enregistré au moins une activité entre 2018 et 2022 (estimation à partir de 19 services sur 20)



Nous identifions ainsi clairement que les SSM sont confrontés à la nécessité d'engager du personnel et qu'ils ne parviennent très probablement pas à maintenir l'ensemble des postes de travail actifs. Cela fait écho à des observations qualitatives partagées avec d'autres secteurs du social-santé qui soulignent à la fois la pénurie de main d'œuvre (en particulier pour les fonctions médicale, sociale mais aussi pour les psychologues actifs auprès du public enfants), et des transformations dans le rapport au travail des professionnel·les : attente d'une meilleure articulation entre vie privée et vie professionnelle qui peut passer par une réduction du temps de travail, interrogations quant au sens du travail, etc. Ces observations nous invitent à être plus attentif·ves à l'avenir à cette dimension de l'activité des SSM.

5.5.4. Conclusion

De manière générale, se dessine l'hypothèse d'un « contrecoup » de la période de crise sanitaire sur les travailleur·ses : la cadence de l'année 2021 serait apparue intenable sur le long terme. Nous ne disposons pas de données précises relatives à la force de travail qui nous permettrait d'étayer cette hypothèse, mais nous pouvons souligner une convergence de témoignages qualitatifs, dans le secteur de la santé mentale et dans d'autres secteurs du social-santé, qui font état de surmenage et de perte de sens au travail. L'analyse de l'évolution du nombre de travailleur·ses actif·ves en SSM et du *turn-over* au cours de la période 2018-2022 tendent à corroborer cette hypothèse.

Ainsi, depuis 2019, les *tendances* à l'augmentation ou à la diminution du nombre de prestations enregistrées ont été relativement partagées par les différents services, et pourraient s'expliquer notamment par les effets de la crise sanitaire sur l'accessibilité et le recours aux services d'abord, puis par une intensification de l'activité portée principalement par les suivis déjà en cours, avant que les travailleur·ses ne subissent le contrecoup de cette « sur-activité ». Mais ces variations ont été d'une intensité différente d'un service à l'autre. Au-delà de ces hypothèses générales, une attention particulière devrait être portée à la situation singulière de chaque service pour mieux en comprendre l'évolution. Car en effet, derrière un apparent « retour à la normale » en 2022 relativement à 2018, se cachent d'importantes disparités entre services quant à l'évolution du nombre de prestations sur cette période.

5.6. COMBIEN DE PATIENT·ES SONT SUIVI·ES EN SSM ?

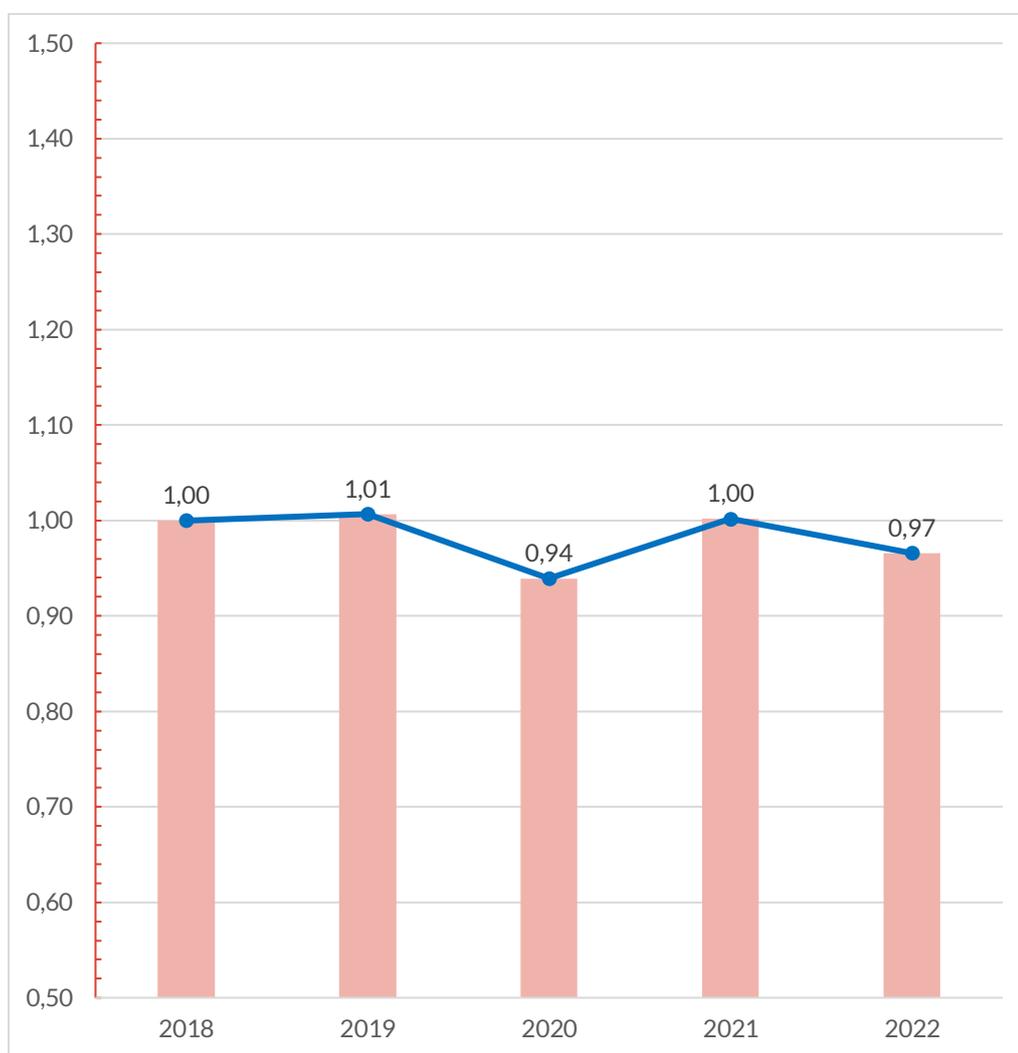
Environ 18.829 *dossiers* ont été « actifs » en SSM en 2022, c'est-à-dire qu'au moins une prestation a été enregistrée pour ces dossiers au cours de cette année. Le nombre de « dossiers » n'indique pas nécessairement le nombre de « patient·es » et les critères permettant de considérer un dossier comme « actif » varient d'un service à l'autre. Pour ces raisons, il faut considérer cette estimation avec beaucoup de précautions.

5.7. COMMENT A ÉVOLUÉ LE NOMBRE DE PATIENT·ES SUIVI·ES EN SSM ENTRE 2018 ET 2022 ?

5.7.1. Observations générales

Le nombre de dossiers actifs enregistrés par les SSM a été stable entre 2018 et 2019 avant de connaître une baisse en 2020 (-6% par rapport à l'année de référence 2018). En 2021, le secteur a retrouvé un nombre de dossier actifs comparable à la situation avant 2020, mais ce nombre a à nouveau baissé, dans une moindre mesure, en 2022 (-3% par rapport à l'année de référence 2018).

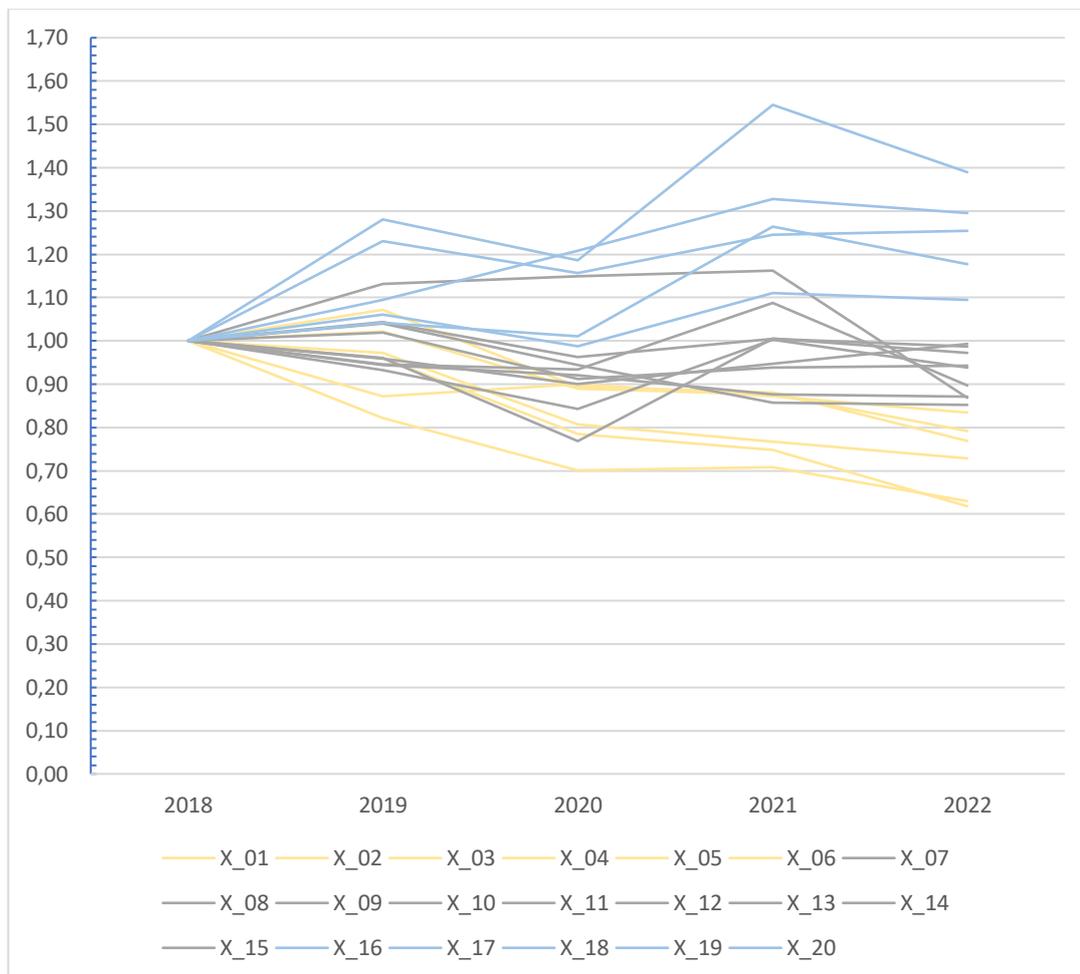
Figure 6 - Évolution du nombre moyen de dossiers actifs (estimation à partir de 20 services sur 27, indice base 2018=1)



5.7.2. Observations service par service

Comme pour les prestations, l'évolution moyenne du nombre de dossiers actifs cache d'importantes disparités entre les services, ce qui apparaît clairement sur le *Figure 7*.

Figure 7 - Évolution du nombre de dossiers actifs par service (20 services sur 27, indice base 2018=1)



5.7.3. Une intensification du travail sur un plus petit nombre de dossiers ?

Si l'on observe comparativement l'évolution du nombre de prestations (consultations) et du nombre de dossiers actifs sur la période 2018-2022, on constate que jusqu'en 2020 compris, ces deux indicateurs évoluaient en parallèle, dans des proportions assez proches. Puis, en 2021, le nombre de prestations a augmenté bien plus fortement que le nombre de dossiers actifs. Cela se traduit par une augmentation importante du nombre de prestations par dossier qui passe de 10,5 en 2020 à 11,6 en 2021 (+10%). En 2022, cette tendance s'est légèrement atténuée mais le nombre de prestations par dossier reste plus important qu'avant 2020. Cela témoigne d'une forte intensification des suivis déjà en cours en 2021.

Figure 8 - Évolution comparée du nombre moyen de dossiers actifs et de prestations (estimation à partir de 20 services sur 27, indice base 2018=1)

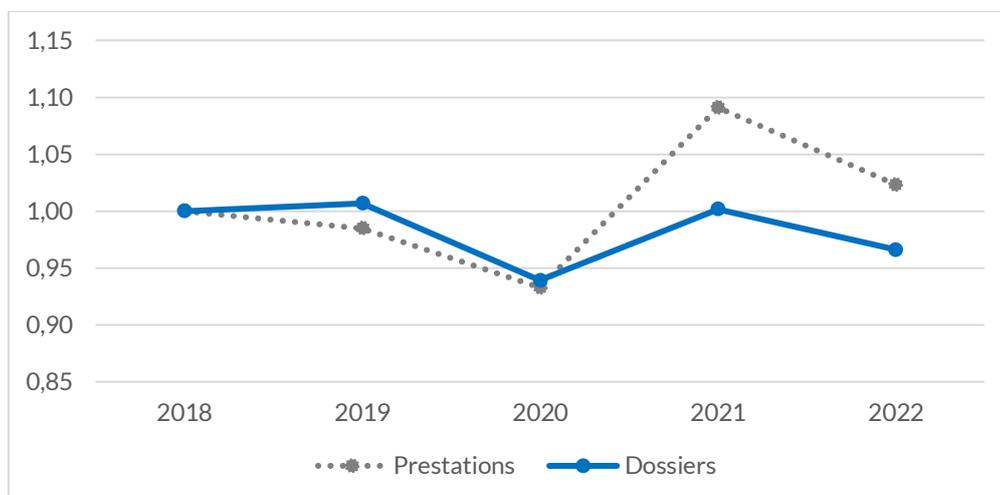
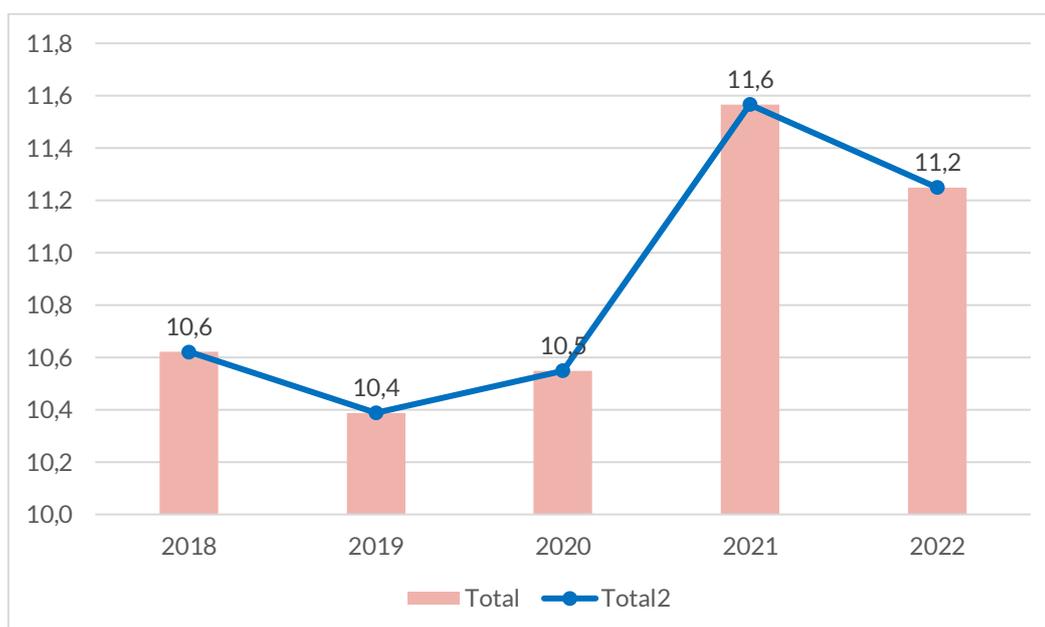


Figure 9 - Évolution du nombre moyen de prestations par dossier actif (estimation à partir de 20 services sur 27)



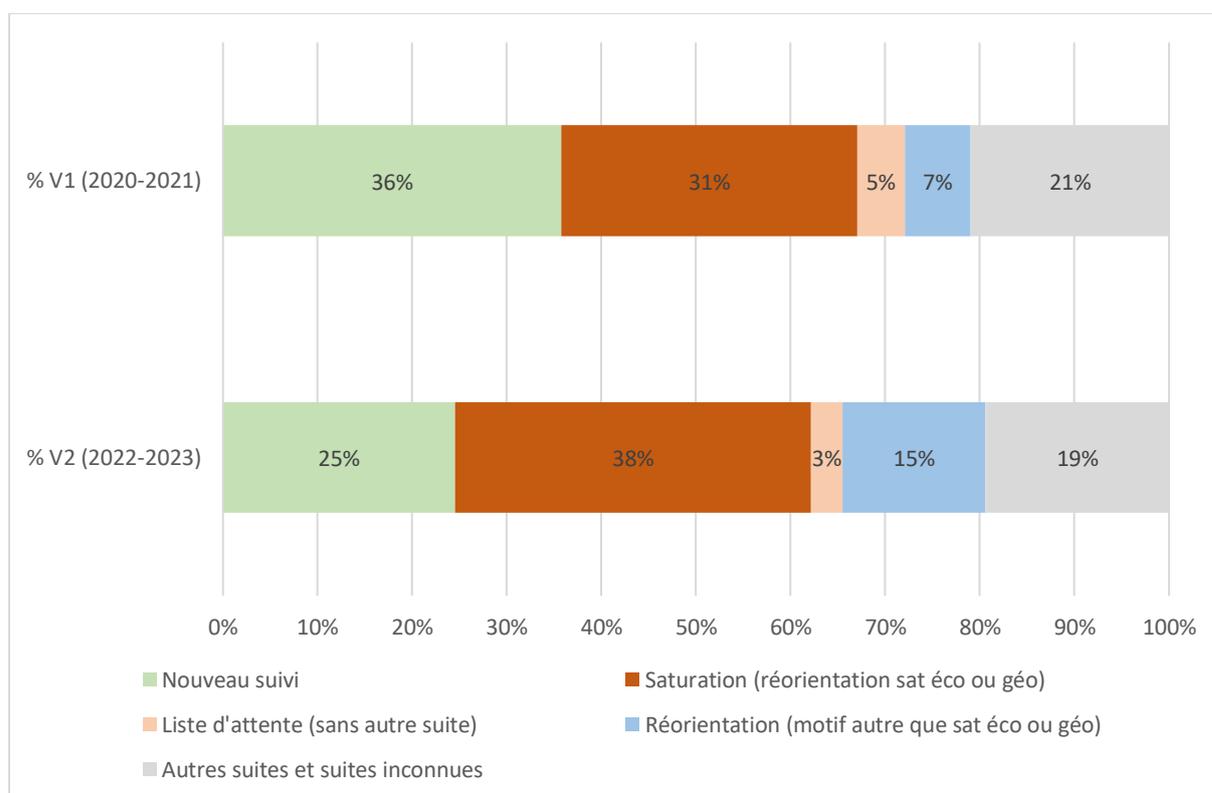
5.8. COMMENT A EVOLUE LA « SATURATION » DU SECTEUR ?

La « saturation » du secteur des SSM désigne une situation où le nombre de nouvelles demande adressées aux services excède, de manière structurelle et durable, leur capacité d'accueil. Nous avons documenté ce phénomène à deux reprises via des enquêtes de recensement *ad hoc* : une première fois entre novembre 2020 et février 2021 (v1), et une seconde fois entre novembre 2022 et février 2023 (v2).

La Figure 10 permet une comparaison des résultats de ces deux vagues de recensement. Notons que nous comparons ici les résultats obtenus avec des méthode de recensement identiques, mais portant sur des échantillons de services différents (10 services participant à la v1, 20 services participant à la v2, dont 6 service identiques ayant participe aux deux vagues d'enquête).

Il ressort globalement de ces résultats une probable aggravation du phénomène de saturation du secteur : la part de nouvelles demandes aboutissent à un nouveau suivi (ou du moins à la proposition d'un nouveau suivi) était estimée à 36% en 2020-2021, elle chute à 25% en 2022-2023. Dans le même temps, la part de nouvelles demandes réorientées pour motif de manque de disponibilité passe de 31% à 38%.

Figure 10 - Devenir final des nouvelles demandes enregistrées lors de deux vagues d'enquête par recensement - n(v1)=1225, n(v2)=2602, n(total)=3227



Les deux vagues d'enquête n'ayant pas été réalisées auprès des mêmes services, il est possible que l'augmentation observées résulte d'une plus forte saturation des services participant à la seconde vague d'enquête, plutôt qu'à une intensification du phénomène. Si tel était le cas, cela

signifierait que les résultats de la vague 1 ont été sous-estimés. Dans tous les cas, la saturation apparaît aujourd’hui comme un phénomène durable et conséquent.

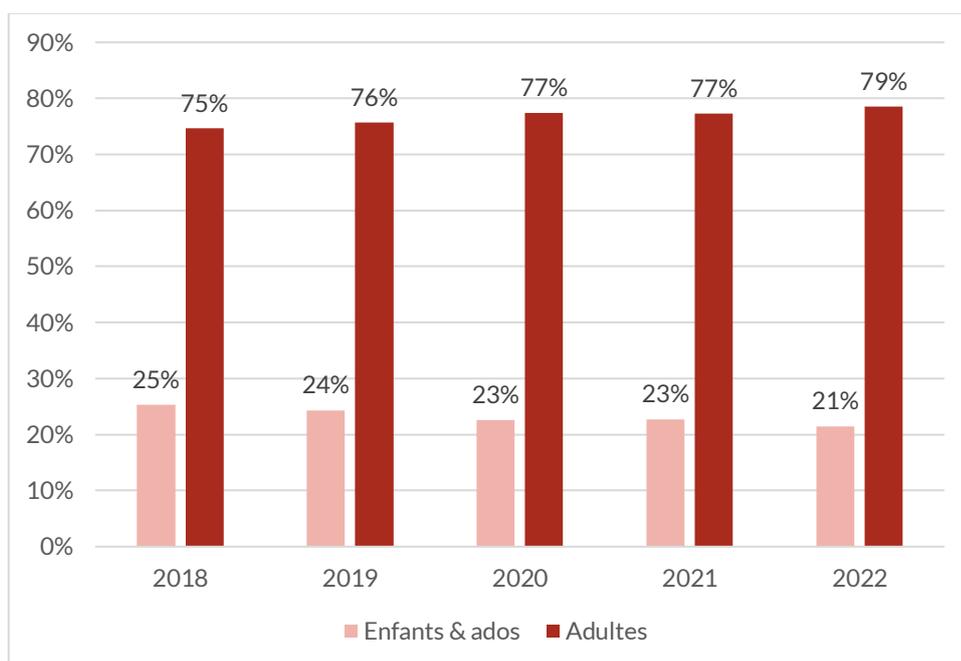
Pour plus d’informations sur le sujet, nous référons le·la lecteur·rice au rapport relatif à la première enquête de recensement, [accessible en ligne](#), sachant qu’un second rapport sera bientôt publié pour documenter les résultats de seconde vague de recensement.

5.9. QUI SONT LES BÉNÉFICIAIRES DES SSM ?

5.9.1. Catégories d’âge

À partir des données relatives aux dossiers actifs de 19 services sur 27 (cf. encadré méthodologique), nous observons une diminution progressive de la part des dossiers concernant des enfants et adolescent·es (<18 ans) parmi l’ensemble des dossiers actifs, passant de ¼ (25%) en 2018 à un peu plus de 1/5 (21%) en 2022. Nous faisons abstraction des données manquantes dont la proportion est stable (8 à 9%) sur l’ensemble de la période.

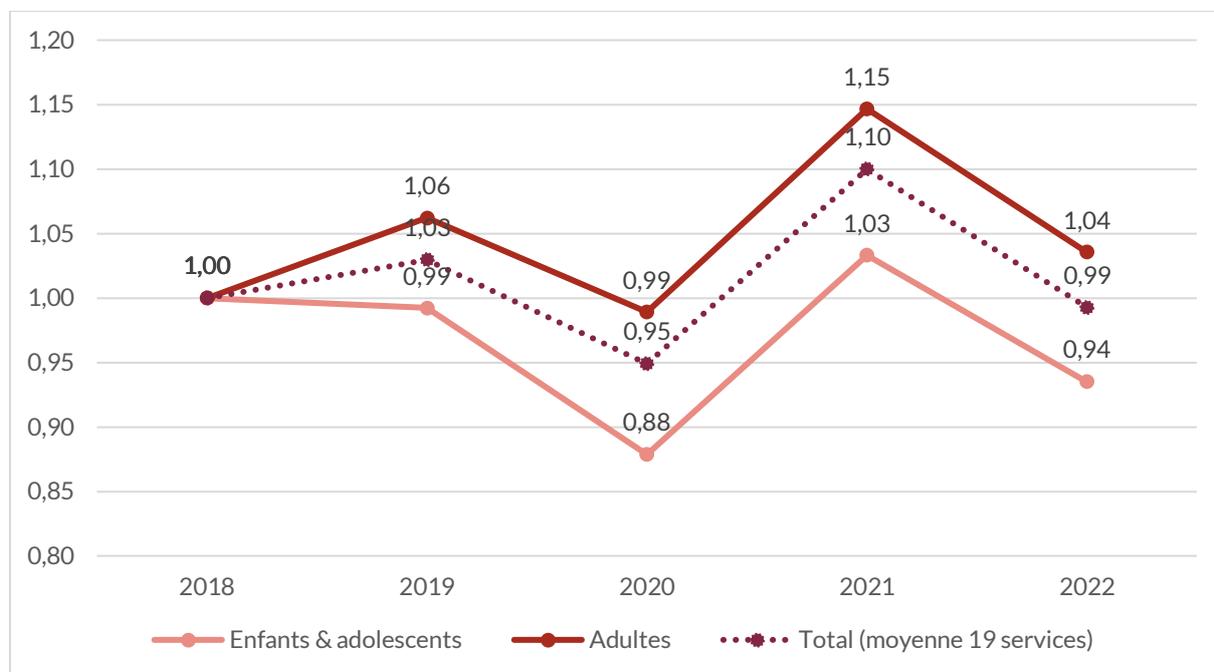
Figure 11 - Évolution de la répartition des dossiers actifs par catégorie d’âge (estimation à partir de 19 services sur 27)



Ces résultats sont surprenants car ce sont précisément les équipes actives dans le suivi des enfants et adolescents dont le financement cadre a été revalorisé en 2020. Nous nous attendions à en observer les effets en 2021 et 2022 sur l’évolution du nombre de dossiers actifs. L’hypothèse d’une forte intensification des suivis enfants et adolescent·es, qui aurait permis d’expliquer une diminution de la part de ce groupe d’âge dans la file active malgré une augmentation de l’activité le concernant, a été écartée : si on observe l’évolution du nombre de *prestations* concernant les dossiers enfants-ados d’une part et adultes d’autre part, on constate que les dossiers concernant des enfants et adolescent·es ont enregistré moins de prestations en

2022 relativement à l'année de référence 2018 (-6%), contrairement aux dossiers adultes qui connaissent une augmentation (+4%).¹⁰

Figure 12 - Évolution du nombre de prestations enregistrée par catégorie d'âge des dossiers (estimation à partir de 19 services sur 27, indice base 2018=1)

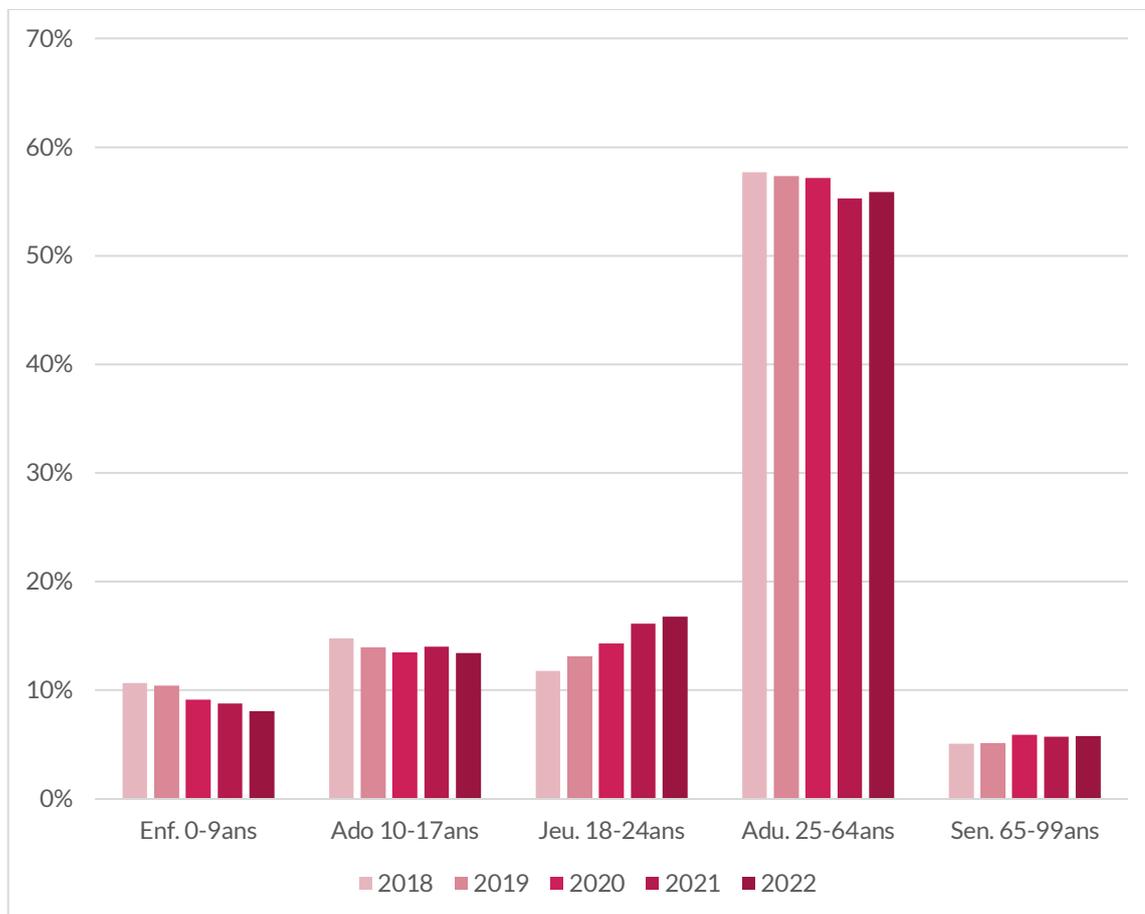


Le fait que les dossiers enfants aient d'avantage subi le ralentissement d'activité en 2020 est assez compréhensible au regard des obstacles plus importants pour maintenir un suivi à distance (téléconsultation) avec ce public. Mais il est plus difficile d'expliquer que cet écart, apparu dès 2019 et creusé en 2020, ne se soit pas résorbé en 2021 et 2022.

Si l'on s'intéresse de manière plus détaillée aux différents groupes d'âge en distinguant les enfants (0-9ans), adolescent·es (10-17ans), jeunes adultes (17-24ans), adultes (25-64ans) et seniors (65ans et plus), il est intéressant de souligner l'évolution, lente et progressive, de la part de chaque groupe d'âge dans la file active annuelle des services. L'évolution la plus franche concerne les jeunes adultes (18-24 ans), qui ne représentaient que 12% des dossiers actifs en 2018 mais 17% en 2022, en suivant une augmentation progressive et régulière au cours des cinq dernières années. Durant la même période, la part des dossiers enfants (0-9ans) a reculé passant de 11% à 8%, de même que, dans une moindre mesure, les dossiers ados (10-17ans) et adultes (25-64ans). Il apparaît ainsi clairement que l'augmentation de la part des dossiers adultes dans la file active au cours des cinq dernières années est tirée par les jeunes adultes en particulier.

¹⁰ Soulignons en passant que les différences entre la moyenne sur ce graphe et le graphe homologue commenté dans le chapitre « Prestations » doivent être attribuées au fait que seuls 19 services ont été analysés ci-dessous alors que les analyses globales sur les prestations portaient sur 20 services (cf. Méthodologie).

Figure 13 - Évolution des files actives annuelles (nombre de dossiers actifs par an) selon la catégorie d'âge (estimation à partir de 19 services sur 27)

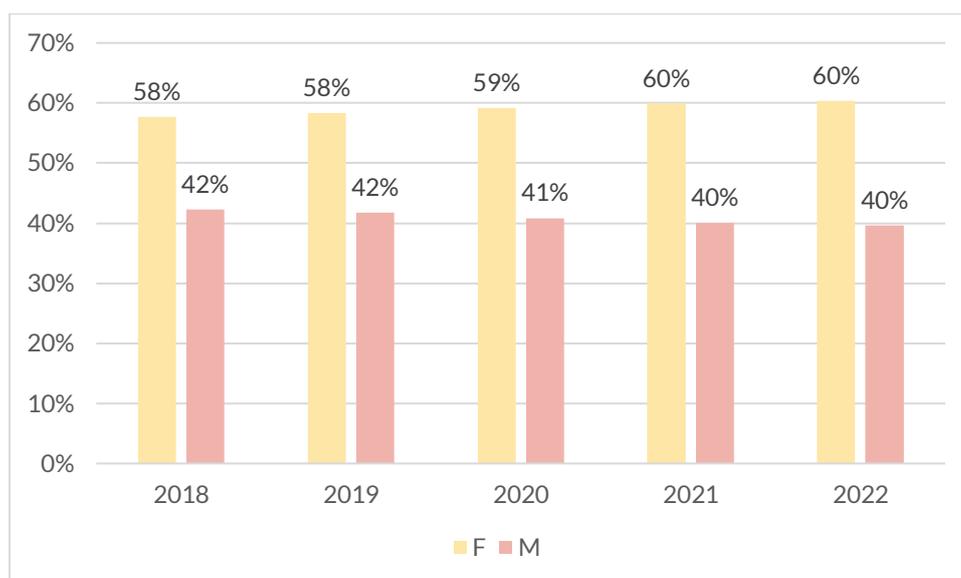


Remarque : l'analyse porte ici sur 19 services sur les 20 pour lesquels nous avons des données structurées. Nous avons en effet exclu un service en raison d'une forte augmentation des données manquantes relatives à l'année de naissance des patients suite à un changement de logiciel d'encodage. Rappelons également que le bais d'encodage « 1 dossier ≠ 1 patient » a des effets sur l'analyse de la répartition des dossiers par catégorie d'âge : lorsqu'un service crée 1 seul dossier pour l'ensemble d'une famille, cela conduit non seulement à minimiser le nombre réel de bénéficiaires, mais aussi à biaiser la documentation socio-démographique des bénéficiaires car l'ensemble de la famille est alors « représentée » par un-e seul-e de ses membres porteur-se de l'inscription : il semble qu'il s'agisse le plus souvent de la mère ou d'un des enfants, mais il n'y a pas de règle partagée par tous les services en la matière.

5.9.2. Genre

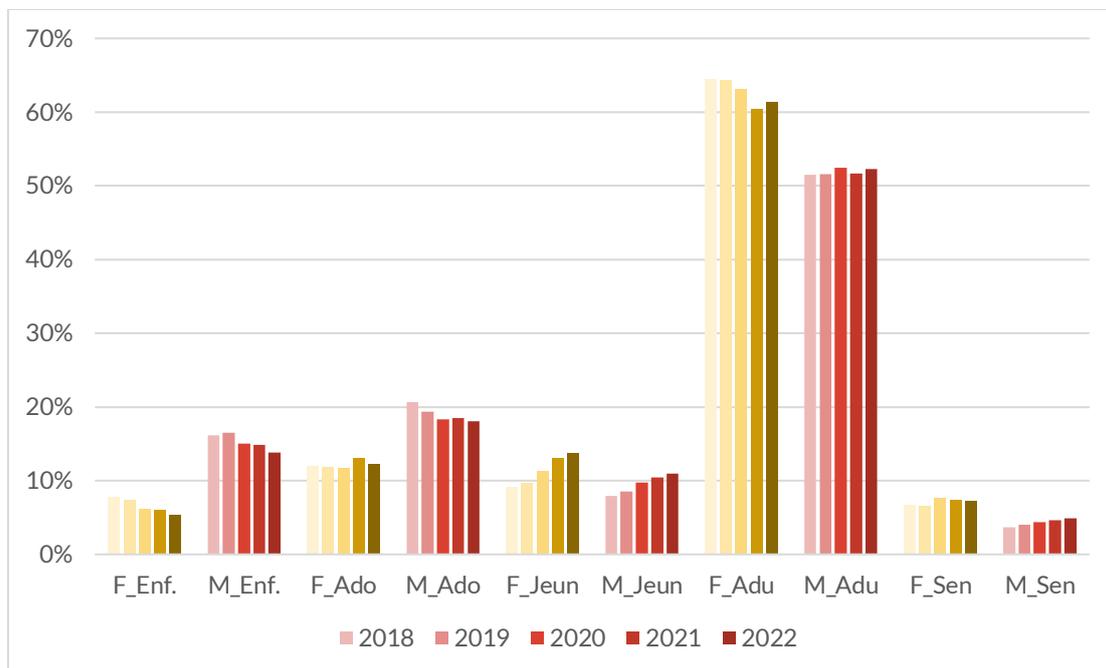
À partir de l'analyse des dossiers de 19 services sur 27, nous observons une relative stabilité de la répartition par genre correspondant approximativement à 6 dossiers attribués à des femmes pour 4 dossiers attribués à des hommes. Soulignons malgré tout une tendance, progressive et stable, à la féminisation de la file active : les dossiers attribués à des femmes représentaient 58% de la file active en 2018 et ont progressivement atteint les 60% en 2022.

Figure 14 - Évolution des files actives (nombre de dossiers actifs par an) selon le genre (estimation à partir de 19 services sur 27)



Si l'on croise les données relatives au genre avec celles relatives aux catégories d'âge, on observe que les tendances relatives à l'évolution de la part de chaque groupe d'âge dans le file active annuelle des services, que nous avons commentée précédemment, est assez similaire selon le genre : la part des enfants (0-9ans) diminue au cours des cinq dernières années chez les jeunes filles comme chez les jeunes garçons, etc. Ce constat général peut être nuancé : la légère féminisation de la file active des services aux cours des cinq dernières années apparaît surtout portée par les groupes d'âge des adolescent·es et jeunes adultes, tandis que d'autres groupes d'âge comme les enfants (0-9ans), les adultes (25-64ans) ou les seniors (65ans et plus) contrecarrent ou ne rencontrent simplement pas cette légère tendance générale à la féminisation de la file active annuelle.

Figure 15 - Évolution comparée du genre et de la catégorie d'âge des patients attribués aux dossiers des files actives annuelles (estimation à partir de 19 services sur 27)



Remarque : l'analyse porte ici sur 19 services sur les 20 pour lesquels nous avons des données structurées. Nous avons en effet exclu un service en raison d'une forte augmentation des données manquantes relatives au genre des patients suite à un changement de logiciel d'encodage. Pour les 19 services analysés, la part des données manquantes ou autres est comprise entre 8% et 11% tout au long de la période 2018-2022. Nous avons présenté les résultats en faisant abstraction de ces inconnues.

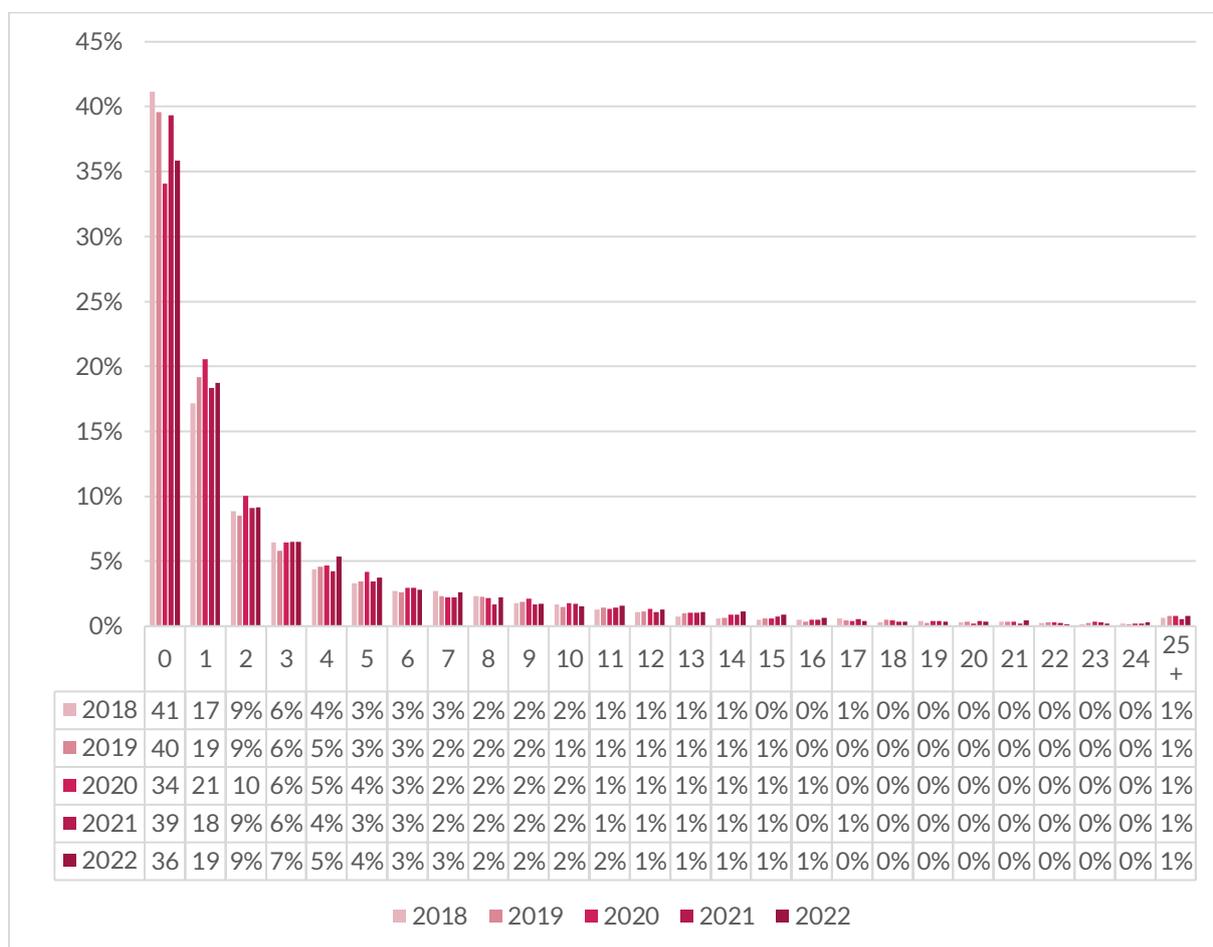
5.9.3. Territoire

Une recherche en cours, réalisée en partenariat avec l'Observatoire de la Santé et du Social, permettra d'apporter une analyse qualitative et quantitative du rapport au territoire des bénéficiaires des SSM dans leur recours aux soins de santé mentale. À ce sujet, nous renvoyons le lecteur à ces publications à venir.

5.10. LES SUIVIS SONT-ILS DE PLUS EN PLUS LONGS ?

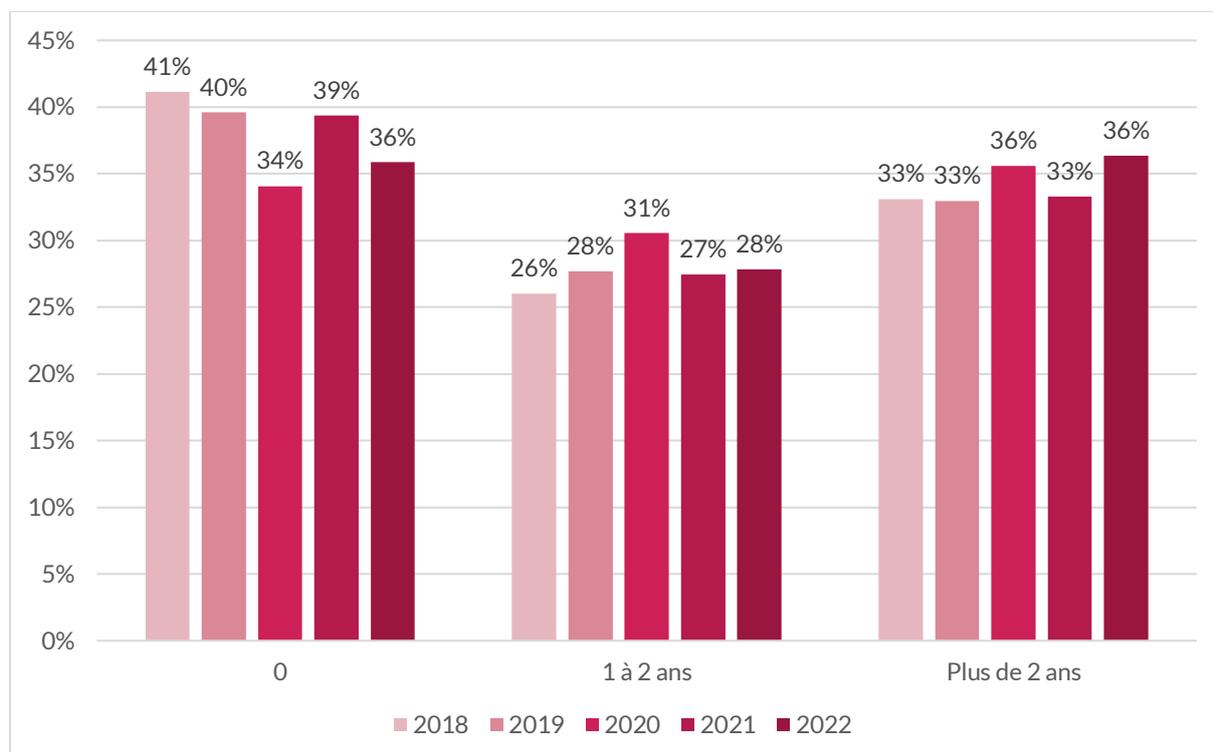
Si l'on s'intéresse à l'ancienneté des dossiers, c'est-à-dire au nombre d'années écoulées entre l'année d'inscription et l'année de file active considérée, on observe assez clairement une diminution de la part *nouveaux suivis* (ancienneté = « 0 » donc moins de 1 année révolue) en 2020 : cette proportion avoisinait les 40% en 2018 et 2019, elle chute à 34% en 2020. Cela reflète des observations qualitatives qui soulignent que moins de nouvelles demandes ont été reçues et traitées durant la première phase de la crise sanitaire de la Covid-19. La part de nouveaux suivis (débutés il y a moins d'un an) va ensuite retrouver un niveau d'avant la crise sanitaire en 2021 (39%) avant de baisser à nouveau, mais dans une moindre mesure, en 2022 (36%).

Figure 16 - Évolution de la file active annuelle selon l'ancienneté des dossiers (estimation à partir de 20 services sur 27)



Globalement, sur l'ensemble de la période 2018-2022, la file active annuelle des SSM reste largement constituée par des dossiers récents : plus de 1/3 (34% à 41%) ont été créés durant l'année. Ensuite, entre un gros quart et un petit tiers (26% à 31%) ont 1 à 2 ans d'ancienneté. Finalement, un dernier tiers des dossiers (33% à 36%) a été créé il y a plus de deux ans.

Figure 17 - Évolution des files actives annuelles selon la catégorie d'ancienneté des dossiers (estimation à partir de 20 services sur 27)



En résumé, il y a bel et bien eu une légère baisse de la proportion des nouveaux suivis dans la file active sur la période 2018-2022, mais cette part reste conséquente (supérieure à 1/3). Finalement, la part des suivis plus « longs », qui ont une ancienneté supérieure à 2 ans révolus, reste relativement stable dans une fourchette de 33% à 36% sur la période 2018-2022.

5.11. LES SUIVIS SONT-ILS DE PLUS EN PLUS « COMPLEXES » ?

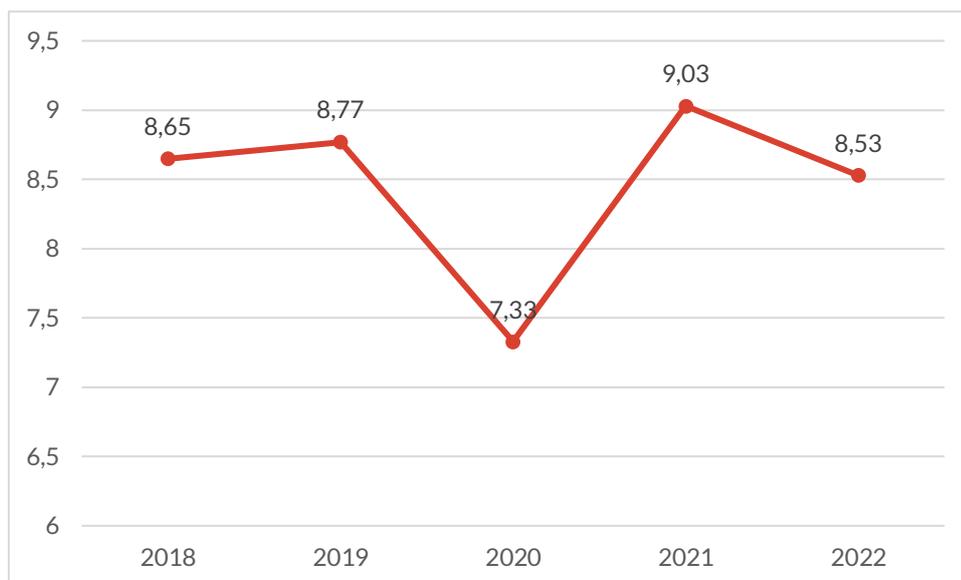
La complexité d'un suivi est une notion subjective qui ne peut être évaluée que par les professionnel·les impliqués·es, au regard de leur expérience du travail clinique et d'accompagnement social. Nous proposons néanmoins, à partir des données dont nous disposons, d'approcher cette notion à l'aide de deux indicateurs : la part des prestations prenant la forme d'une « co-thérapie » (plusieurs professionnel·les du service sont présents lors d'une même prestation), et la part des suivis prenant la forme d'un « suivi à plusieurs » (plusieurs professionnel·les ont enregistré des prestations distinctes pour un même dossier au cours de l'année).

5.11.1. Quelle est la part des prestations réalisées en « co-thérapie » ?

À partir des données de prestations, nous identifions que 91% des prestations (consultations) enregistrées sont réalisées avec *un·e seul·e* thérapeute présent·e, et 8,5% avec *plusieurs thérapeutes* présent·es simultanément (généralement deux thérapeutes). Il s'agit d'une moyenne pour la période 2018-2022.

Cette estimation est cependant biaisée en raison de l'hétérogénéité des pratiques d'encodage : certains services encodent 1 prestation pour 1 rencontre réunissant plusieurs thérapeutes, d'autres services encodent autant de prestations qu'il y a de thérapeutes. Dans ce dernier cas le nombre de co-thérapies est surestimé. Le nombre réel de rendez-vous en co-thérapie devrait donc être plus faible, peut-être de l'ordre de 4% à 6% environ, mais aucune estimation précise n'a pu être réalisée à ce stade. Ce biais rend difficile une estimation exacte de la part des co-thérapies, mais n'impacte que faiblement l'analyse de l'évolution de la part de co-thérapies entre 2018 et 2022, car les pratiques d'encodage sont hétérogènes mais relativement stable d'une année à l'autre.

Figure 18 - Évolution de la part des co-thérapies (%) dans l'ensemble des prestations enregistrées (estimation à partir de 20 services sur 27)

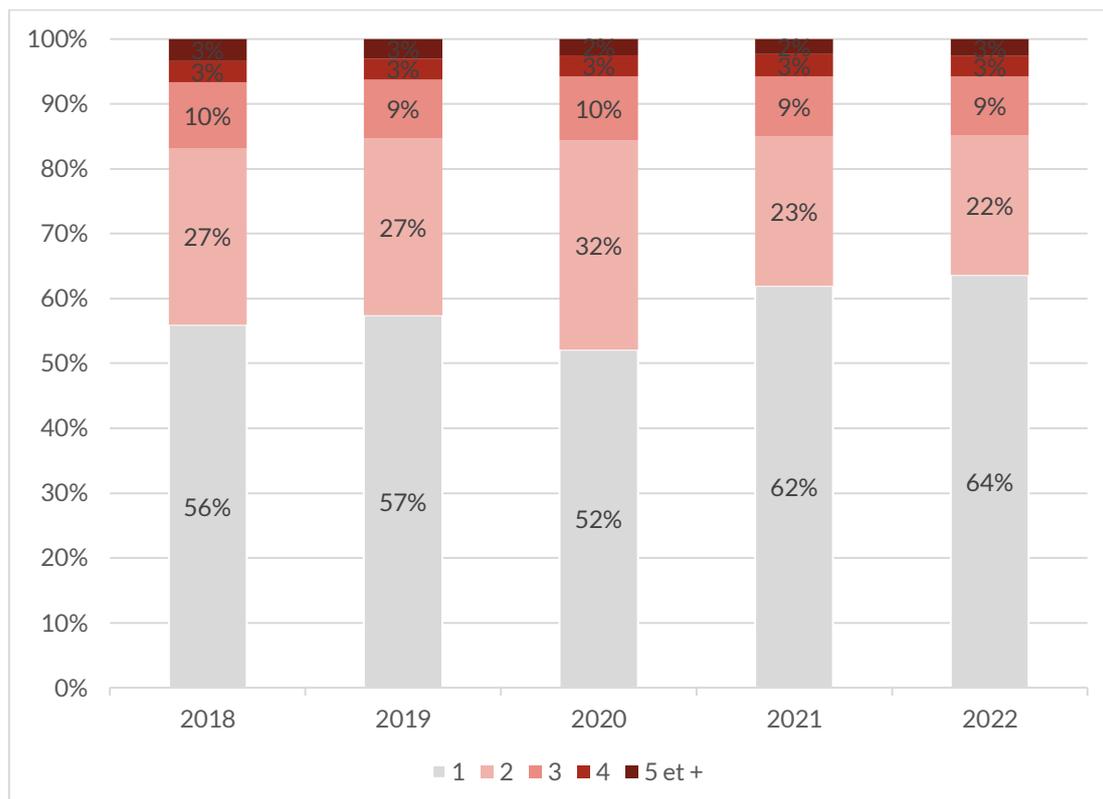


On observe ainsi une grande stabilité de la part de co-thérapies entre 2018 et 2022, à l'exception notable de l'année 2020 lors de laquelle cette proportion a baissé. Il est probable que le recours à la téléconsultation ait entravé davantage la pratique des co-thérapies relativement aux suivis impliquant un·e seul·e thérapeute.

5.11.2. Quelle proportion de la patientèle a rencontrés plusieurs professionnel·les dans le cadre de son suivi en SSM ?

Le travail en équipe en SSM ne se réduit pas aux co-thérapies. Souvent, un·e même patient·e peut être suivi·e alternativement par différent·es thérapeutes, en particulier lorsqu'un tableau clinique plus complexe le justifie. C'est ce que nous proposons d'appeler le « travail à plusieurs ».

Figure 19 - Évolution de la part des dossiers actifs concernés par un suivi impliquant 1, 2, 3, 4, ou 5+ travailleur·ses distinct·es au cours de l'année (estimation à partir de 20 services sur 27)



Nous observons que la part des suivis « à plusieurs », visibles en nuances de bleu sur la *Figure 8*, était stable en 2018 et 2019 (44% et 43%). Contrairement aux co-thérapies, les suivis à plusieurs ont ensuite augmenté en 2020, passant de 43% à 48% des dossiers, avant de diminuer en 2021 et 2022 (respectivement 38% et 36% des dossiers). Il est intéressant d'observer que ces variations portent exclusivement sur les suivis impliquant 2 professionnel·les distinct·es. La part des suivis à plusieurs impliquant 3, 4, 5 professionnel·les ou plus reste quant à elle relativement stable (autour de 15%) tout au long de la période 2018-2022.

À ce stade, ces données ne permettent pas de confirmer, pour l'ensemble du secteur, le ressenti qualitatif de certain·es professionnel·les qui voient leurs suivis se complexifier ces dernières années. Nous invitons cependant à la prudence dans l'interprétation de ces résultats car cet indicateur peut être influencé par les dispositifs d'accueil des services et la manière dont les prestations d'accueil sont encodées ou non (cf. encadré méthodologique); et l'indicateur construit ici ne reflète qu'une dimension de la complexité d'un suivi, à savoir le recours à

plusieurs professionnel·les alternativement dans le cadre d'un même suivi au cours d'une même année.

5.11.3. Remarques méthodologie

Nous avons calculé pour chaque année, la part des dossiers actifs pris en charge par un·e seul·e professionnel·le, deux, trois, quatre, ou plus de quatre professionnel·les distinct·es. Cet indicateur se rapporte donc bien à des files actives annuelles et non à l'ensemble de l'historique de chaque dossier.

Ainsi, un dossier ayant été pris en charge en 2018 exclusivement par le·la thérapeute X puis en 2019 exclusivement par le·la thérapeute Y, apparaîtra comme un dossier suivi par un·e seul·e thérapeute chaque année.

Un autre avertissement concerne les prestations d'accueil et leur encodage : en règle générale, les professionnel·les qui réalisent les prestations d'accueil (premier contact, entretien d'accueil, permanence d'accueil, etc.) ne sont pas nécessairement ceux·celles qui vont suivre la personne par la suite. Ainsi, pour les services qui encodent les actes d'accueil comme des prestations (ce qui n'est le cas que d'une partie des services, et très rarement le cas pour les actes de premiers contacts), les nouveaux suivis débutés dans l'année apparaissent d'emblée comme des suivis « à plusieurs » sans que cela ne reflète nécessairement la complexité du cas.

Soulignons enfin que, même lorsqu'ils ne sont suivis que par un·e seul·e travailleur·se, les patient·es bénéficient également de la dimension institutionnelle de la clinique en SSM car les thérapeutes peuvent échanger, informellement ou plus formellement dans le cadre de réunions cliniques par exemple, au sujet de leurs suivis. C'est une dimension du travail à plusieurs en institution qui n'est pas visible dans les données dont nous disposons mais qui n'en est pas moins fondamentale.

5.12. LES BÉNÉFICIAIRES SONT-ILS TOUJOURS PRÉSENTS AUX RENDEZ-VOUS ?

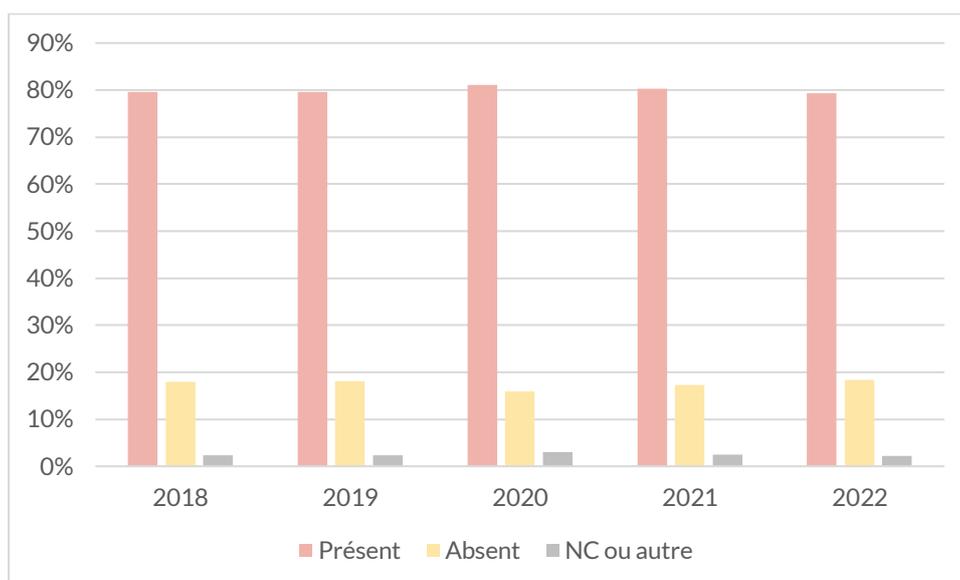
La plupart des prestations (consultations) enregistrées par les SSM sont réalisées sur rendez-vous. Seules 2% à 2,5% des prestations (consultations) enregistrées correspondent à des venues spontanées. Rappelons ici que les services s'impliquent également dans des dispositifs d'accueil bas seuil, sans rendez-vous, mais que ces activités ne sont pas systématiquement (voire pas du tout) l'objet d'encodage. Et il arrive bien entendu que les bénéficiaires ne se présentent pas aux rendez-vous.

Il est difficile d'interpréter ce phénomène sans avoir recours à des observations qualitatives plus fines : ce que les anglo-saxons nomment le *no show*, le fait de ne pas honorer un rendez-vous, peut être le signe d'un suivi qui se termine, apparaissant progressivement moins nécessaire pour le·la bénéficiaire. En début de suivi, il peut indiquer une accroche difficile avec le dispositif de soin, sans que cela n'empêche nécessairement une alliance thérapeutique forte sur le plus long terme. On sait également que la ponctualité n'est pas une attitude socialement neutre : les personnes

plus précaires, les patient-es qui ont un rapport au temps moins « réglé », etc. manquent plus souvent leurs rendez-vous sans qu'il faille nécessairement y voir une volonté, même tacite, de clôturer le suivi. Ainsi, une part de rendez-vous non honorés sera toujours présente, en particulier pour des services qui tentent d'accrocher un public plus éloigné du soin.

Sur la période 2018-2022, la part de rendez-vous manqués (qu'ils aient été décommandés ou non) est de 18% environ, tandis que 80% des rendez-vous sont honorés.

Figure 20 - Évolution de la part de prestations selon le statut de présence (estimation à partir de 20 services sur 27)



5.13. METHODOLOGIE

5.13.1. Remarque générale

Les présentes analyses se basent sur les données administratives enregistrées par 20 des 27 services (ou antennes de consultation) attenants à un SSM agréé par la COCOF. Seules les données des services utilisant les logiciels « Champollion » et « Modullo » ont été analysées. Pour une meilleure compréhension de limites liées à l'exploitation de données administratives, nous vous invitons à consulter la [Note sectorielle « Rapport d'activité harmonisé » \(2023\)](#) et plus généralement les travaux du [Groupe de Travail « Recueil de données : santé mentale et société »](#).

5.13.2. Données relatives aux « prestations »

i. Les activités enregistrées et celles qui ne sont pas

Tous les services ne font pas les mêmes choix entre les activités encodées et celles qui ne le sont pas, en particulier lorsqu'on quitte le cadre classique des consultations : l'encodage des activités d'accueil (entretiens d'accueil, permanences d'accueil, etc.), des activités collectives et communautaires (groupes de parole, ateliers collectifs (balade, potager, sortie culturelle,

chorale, etc.), permanences dans des lieux d'accueil bas seuil (Maisons vertes, Lieux de lien), des interventions et supervisions individuelles ou d'équipe, des formations, des rencontres entre professionnels, etc., voire de certaines consultations réalisées en dehors du cadre habituel (à l'extérieur du SSM, dans le cadre d'un financement par projet, etc.), peuvent soit ne pas être encodées, soit être encodées dans une autre base de données (document papier, feuille Excel distincte du logiciel d'encodage, etc.). Dans la plupart des cas, les activités autres que consultation n'apparaissent pas dans la base de données que nous exploitons ici.

ii. Les prestations de couple et/ou de famille, et les « co-thérapies »

Les prestations de couple et/ou de famille ainsi que les « co-thérapies » (plusieurs thérapeutes actifs lors d'une même prestation) ne suivent pas les mêmes règles d'encodage d'un service à l'autre : dans certains cas, 1 prestation est encodée pour 1 rencontre, quel que soit le nombre de bénéficiaires et le nombre de professionnels (1 séance de co-thérapie de famille rassemblant 3 bénéficiaires et 2 thérapeutes donne lieu à l'encodage de 1 prestation) ; dans d'autres cas, 1 prestation est encodée pour chaque thérapeute actif·ve, quel que soit le nombre de bénéficiaires (1 séance de co-thérapie de famille rassemblant 3 bénéficiaires et 2 thérapeutes donne lieu à l'encodage de 2 prestations) ; dans d'autres cas encore, 1 prestation est encodée par chaque thérapeute pour chacun des bénéficiaires présents (1 séance de co-thérapie de famille rassemblant 3 bénéficiaires et 2 thérapeutes donne lieu à l'encodage de 6 prestations).

Le logiciel Champollion permet en principe de distinguer ces différents niveaux (rencontres, prestations, interactions) via l'utilisation du « code technique » pour la variable de statut de présence au rendez-vous. Mais en pratique l'usage du « code technique » par les professionnel·les de terrain est hétérogène et ne permet pas de remplir la fonction pour laquelle il a été conçu.

5.13.3. Données relatives aux « patient·es »

i. Un dossier n'est pas un·e patient·e

Toutes les questions liées à la patientèle (distributions en termes d'âge, de genre, etc. nombre de patient·es etc.) sont estimées à partir de l'unité d'observation « dossier » pour les services utilisant le logiciel Champollion, et à partir de l'unité d'observation « ID¹¹ patient » pour les services utilisant le logiciel Modullo. Dans le cas de Modullo, en règle générale, 1 ID patient permet bel et bien d'identifier un·e patient·e. Dans le cas de Champollion en revanche, il n'y a pas de distinction prévue entre « patient·e » et « dossier » : en principe 1 dossier correspond à 1 patient·e et vice versa. Nous verrons ci-dessous que cela pose problème pour les dossiers relatifs à des couples et des familles. Notons en outre que certains services qui souhaitent enregistrer des activités autres que consultation créent parfois un dossier *ad hoc* qui ne représente pas un patient·e mais bien un type d'activité. Cela représente toutefois une quantité négligeable en termes de nombre de dossiers.

¹¹ ID pour identifiant.

ii. Un même dossier pour cacher plusieurs patient-es

L'utilisation du logiciel « Champollion » donne lieu à des pratiques assez diversifiées en termes de création de dossiers pour les couples et les familles, et dès lors en termes d'encodage des prestations. Cela est dû en partie à la construction du logiciel : celui-ci permet de caractériser le « type de dossier » (individuel, couple, famille notamment) mais quel que soit le type de dossier encodé, les formulaires d'encodage restent toujours individuels : impossible d'encoder les genre, dates de naissance, adresses etc. de plusieurs individuels dans un même dossier. Le logiciel Modullo présente l'avantage de distinguer plus clairement trois unités d'observation : l'identifiant du rendez-vous (1 ID par rencontre bénéficiaires-thérapeutes), l'identifiant du/de la patient-e (1 ID par bénéficiaire) et l'identifiant du dossier (1 ID par bénéficiaire, couple ou famille suivi-e par 1 thérapeute – un-e même bénéficiaire, couple ou famille suivi-e par plusieurs thérapeutes aura un dossier distinct chez chaque thérapeute). Notons que dans la pratique, seuls les rendez-vous et identifiants de dossiers sont encodés manuellement par les thérapeutes pour rendre compte de leur activité; les identifiants individuels sont automatiquement introduits par le logiciel quand un dossier les comprenant est encodé. Dès lors, on ignore le nombre de bénéficiaires réellement présents lors d'une prestation relative à un dossier collectif.

iii. Un-e même patient-e peut être compté plusieurs fois

L'identifiant d'un dossier-patient-e est propre à chaque service mais il n'existe pas d'identifiant unique interservices. Ainsi, une même personne qui se présente dans un service puis dans un autre apparaîtra dans notre base de données comme deux dossiers distincts. En travaillant sur des données anonymes, nous n'avons aucun moyen d'identifier ce type de doublons. Nous pensons qu'ils sont relativement rares lorsqu'on travaille sur les données relatives à une année : il est peu probable qu'une grande proportion de patients consulte dans plusieurs SSM au cours de la même année. En revanche, si l'on devait estimer le nombre de bénéficiaires uniques sur une période de cinq ou dix ans, il faudrait considérer ce biais plus sérieusement.

5.13.4. Données relatives à la force de travail

La force de travail peut être mesurée en nombre d'Équivalants Temps Plein (ETPs). Nous n'avons cependant que des données très partielles concernant le nombre d'ETPs : seule l'évolution du nombre d'ETPs financés dans le cadre du cadre COCOF nous a été transmise par l'Administration à ce jour.

Les enregistrements administratifs des services permettent quant à eux de compter le nombre de travailleur·se.s « actif·ves », c'est-à-dire celles et ceux qui ont enregistré au moins une prestation pour une période donnée. Comme pour les dossiers-patients, les codes d'identification des travailleur·ses sont uniques au sein d'un même service, mais ne permettent pas d'identifier d'éventuels doublons interservices. Et surtout, dénombrer les travailleur·ses ne permet pas d'évaluer précisément la force de travail car un-e travailleur-se peut être actif·ve à temps plein ou à temps partiel.

5.13.5. Recommandations pour améliorer la qualité des données

La plupart des SSM arrivent aujourd'hui au terme d'un cycle numérique qui a duré plus de quinze ans : le logiciel Champollion utilisé par environ 80% des SSM COCOF apparaît aujourd'hui

obsolète : il présente des risques de perte de données, il ne permet pas de répondre aux nouvelles exigences du Fédéral en termes de prescriptions électroniques, de DPI, etc. Il ne pourra pas répondre aux exigences du nouveau « Rapport d'activité harmonisé » mis en place par la COCOF en 2022 (cf. Arrêté 2019/2408). En termes de modèle économique et de démocratie numérique, ce logiciel présentait cependant l'avantage d'être initialement la propriété d'un SSM qui a ensuite gratuitement partagé sa licence avec les autres ASBL du secteur.

Depuis quelques années, certains services quittent Champollion pour des logiciels plus récents. La plupart de ces logiciels sont développés par des entreprises privées à but lucratif qui sont aussi propriétaires du logiciel et louent les licences d'utilisation. Cela présente a priori deux problématiques : la perte de souveraineté des services sur leur outil de travail d'une part (rien ne garantit par exemple qu'une entreprise qui ne trouverait plus suffisamment d'avantage dans l'entretien d'un logiciel mette un terme à sa relation commerciale avec tel SSM après que celui-ci ait largement investi en développement, formation des travailleur·ses, phase test etc.). L'autre problématique majeure est la multiplication des logiciels et, partant, des formats de bases de données. D'année en année, il est de plus en plus difficile de constituer une base de données commune pour proposer une analyse de la patientèle et des activités des SSM à l'échelle sectorielle en raison, précisément, de la diversification des outils d'encodage utilisés. Au-delà des outils, ce sont aussi les pratiques d'encodage qui tendent à se diversifier plus de 15 ans après un mouvement qui a fédéré les SSM autour d'un même logiciel.

Pour garantir à l'avenir des analyses de qualité, basés sur des données fiables et suffisamment homogènes, nous suggérons à l'Administration de soutenir la transition numérique des SSM vers de nouveaux outils communs qui soient en accord avec les principes de la démocratie numérique, répondent aux besoins des services et aux nouvelles exigences légales du Fédéral et de la COCOF, et facilitent concrètement le travail de soin et d'accompagnement sur le terrain.

6. CONCLUSION

6.1. DE L'HYPER-SATURATION À L'HYPER-SATURATION

La situation de la santé mentale du public à Bruxelles s'est, en 5 ans, dégradée. Cette détérioration a connu une accélération lors de la crise Covid, comme ce fut le cas lors de la crise financière de 2008 qui a largement fragilisé les pans les plus vulnérables de la société et dont on n'avait, en 2019, toujours pas réussi à résorber tous les effets, y compris en matière de santé mentale¹². Tout n'est pas à mettre sur le dos de la pandémie : les lignes de faille étaient bien présentes, en témoignent les précédents rapports sectoriels et intersectoriels du social-santé bruxellois. Mais ces lignes se sont élargies.

La situation s'est en outre aggravée par la multiplication des crises : sanitaire, économique, sociale, démocratique, et, toujours en toile de fond mais de façon de plus en plus prégnante, environnementale et climatique. Cette multiplication et l'ombre croissante d'une crise climatique planétaire placent les individus face à des discours de plus en plus alarmistes, des angoisses existentielles (surtout du côté des jeunes), des sentiments de fatalité qui peuvent paralyser. Elles renforcent aussi les inégalités, les personnes n'étant pas à armes égales face à ces crises, et les plus précaires payant doublement le prix, en subissant les effets les plus lourds et en étant dans l'incapacité de pouvoir payer les mesures nécessaires pour réagir.

S'ajoute à cela un constat que nous avançons depuis de nombreux mois : le champ de l'action sociale et de la santé craque de plus en plus. Le turn-over est de plus en plus important et les services sont pris dans deux mouvements qui peuvent sembler contradictoires mais qui en fait se nourrissent mutuellement : d'une part, ils ont besoin de beaucoup plus de moyens humains pour répondre aux besoins qui se multiplient, se complexifient, exigent de plus en plus d'intervenants, de temps et de prestations pour se résorber, d'autre part, ils peinent à remplacer les départs sur le cadre existant, ce qui accroît la surcharge des équipes qui restent, et renforce une image de plus en plus déplorable de l'engagement dans le social.

Ces constats, étayés par des données statistiques, nous conduisent depuis des mois à tirer la sonnette d'alarme, à appeler les pouvoirs publics à procéder à des réformes ambitieuses, à « changer de logiciel », tant les recettes utilisées jusqu'ici semblent de moins en moins adaptées aux défis du présent. Des réformes sont lancées, mais elles pèsent sur le terrain, soit parce qu'elles font du nouveau en ne tenant pas ou insuffisamment compte de l'existant, soit parce qu'elles ne disposent pas des moyens de leurs ambitions, soit parce qu'elles abordent le problème sur une seule facette, du fait de l'éclatement des compétences, singulièrement en matière de santé. Les acteurs doivent dès lors continuer à bricoler dans un contexte de plus en plus complexe, les réformes s'ajoutant les unes aux autres avec leurs contraintes et obligations.

Pour le public, cela se traduit avant tout par de l'attente, par des portes fermées, par la débrouille pour trouver une voie d'entrée même la plus inattendue, par le fait de répéter encore et encore son histoire pour convaincre un·e travailleur·se de lui faire une place malgré tout, par le fait

¹² Rappelons que d'après les données de Sciensano, les enquêtes sur la santé mentale des belges ont constaté après 2008 un bond de la proportion de personnes se disant en difficultés, et que le niveau n'est plus redescendu depuis.

d'attendre, encore et toujours, par un sentiment de ne pas compter, d'être en concurrence avec les autres, par une exaspération qui peut se traduire en des passages à l'acte eux-mêmes sources d'exclusions.

Cette situation n'est plus tenable.

6.2. DES POINTS DE LUMIERE

Ces 5 années ont vu aussi, et nous ne voulons pas conclure sans les relever, par des éléments positifs. La crise Covid a amené les équipes à repenser, dans l'urgence, leurs modalités de travail, à bousculer leurs propres codes pour s'adapter et garder leurs portes ouvertes envers le public. A prendre des risques, à imaginer des solutions à plusieurs, entre services, de façon sectorielle et intersectorielle. Les fédérations ont essayé d'y contribuer, avec un rôle de centralisation de certaines demandes / démarches pour faciliter le quotidien des services.

En santé mentale, les enjeux de mobilité, de bas seuil et de communication vers le public ont dynamisé la créativité des équipes. Proposant des actions ou répondant à des appels issus du politique, elles ont démontré leur capacité à réagir et à essayer de coller au plus près des besoins de la population. Elles l'ont fait en veillant à informer le public et les politiques, à expliquer les réalités rencontrées, le pourquoi de certaines démarches et pourquoi d'autres sont à éviter. Elles le font en maintenant des exigences dans l'éthique et dans la qualité des services rendus¹³.

Les questions de prévention, de travail collectif et communautaire ont pris davantage d'importance, sans que pour autant les activités existantes soient suffisamment visibles (tant dans les données statistiques que dans les discours vers l'extérieur).

Et surtout, la santé mentale sort lentement du tabou, devient un sujet dont on peut parler sans honte, publiquement ou avec un minimum de pudeur. Le mal-être apparaît comme un élément que nous pouvons aussi avoir en commun, comme le bien-être. Il nous faut cependant veiller à ne pas retomber dans un travers récurrent, l'individualisation de la santé mentale, dans ses causes comme dans ses réponses, alors que nous constatons combien une série de phénomènes sont fondamentalement systémiques. Les phénomènes sociaux et les enjeux de santé sont inextricablement liés et les secteurs ont intensifié ces dernières années les rencontres, réflexions et constructions intersectorielles¹⁴.

Ce chemin de collectivisation, de politisation des questions de santé mentale est à poursuivre et à renforcer, en lien étroit avec les autres questions sociales et de santé. Il permet aux personnes de se regrouper, de trouver ensemble de nouvelles ressources et de peser davantage pour

¹³ Nous n'avons pas abordé dans ce document les enjeux déontologiques et éthiques qui se multiplient, tant dans la numérisation de la santé que dans les procédures proposées qui en découlent. La règle déontologique qui oblige les praticiens à se taire (comme l'y oblige la loi) est, dans les faits, de plus en plus renversée au profit d'une logique où tout se partage, sauf si le-la patient-e s'y oppose. Pour peu qu'il-elle soit correctement informé-e de ses droits, il lui est souvent très difficile de s'opposer, par crainte notamment que cela compromette les soins qui lui seraient prodigués.

¹⁴ Une concrétisation de ce mouvement est d'ailleurs la note de vision de l'IFA, publiée et défendue par le CBCS.

mettre en lumière leurs demandes et réclamer des réponses. Nos équipes s'engagent aux côtés des publics et attendent que les autorités démocratiques les appuient sérieusement.

7. TABLE DES FIGURES

Figure 1 - Évolution du nombre d'ETPs financés par le cadre agréés COCOF en SSM par 100.000 habitants en Région bruxelloise (31/12/1999 - 31/12/2022)	34
Figure 2 - Évolution du nombre moyen de prestations (estimation à partir de 20 services sur 27, indice base 2018=1)	35
Figure 3 - Évolution du nombre de prestations par service (20 services sur 27, indice base 2018=1)	36
Figure 4 - Évolution comparée du nombre de travailleur·ses actif·ves et du nombre de prestations (estimation à partir de 19 services sur 27, indice base 2018=1).....	38
Figure 5 - Distribution des travailleur·ses selon le nombre d'années durant lesquels ils/elles ont enregistré au moins une activité entre 2018 et 2022 (estimation à partir de 19 services sur 20)	39
Figure 6 - Évolution du nombre moyen de dossiers actifs (estimation à partir de 20 services sur 27, indice base 2018=1)	41
Figure 7 - Évolution du nombre de dossiers actifs par service (20 services sur 27, indice base 2018=1)	42
Figure 8 - Évolution comparée du nombre moyen de dossiers actifs et de prestations (estimation à partir de 20 services sur 27, indice base 2018=1)	43
Figure 9 - Évolution du nombre moyen de prestations par dossier actif (estimation à partir de 20 services sur 27)	43
Figure 10 - Devenir final des nouvelles demandes enregistrées lors de deux vagues d'enquête par recensement - n(v1)=1225, n(v2)=2602, n(total)=3227	44
Figure 11 - Évolution de la répartition des dossiers actifs par catégorie d'âge (estimation à partir de 19 services sur 27)	45
Figure 12 - Évolution du nombre de prestations enregistrée par catégorie d'âge des dossiers (estimation à partir de 19 services sur 27, indice base 2018=1)	46
Figure 13 - Évolution des files actives annuelles (nombre de dossiers actifs par an) selon la catégorie d'âge (estimation à partir de 19 services sur 27).....	47
Figure 14 - Évolution des files actives (nombre de dossiers actifs par an) selon le genre (estimation à partir de 19 services sur 27).....	48
Figure 15 - Évolution comparée du genre et de la catégorie d'âge des patients attribués aux dossiers des files actives annuelles (estimation à partir de 19 services sur 27)	49
Figure 16 - Évolution de la file active annuelle selon l'ancienneté des dossiers (estimation à partir de 20 services sur 27)	50
Figure 17 - Évolution des files actives annuelles selon la catégorie d'ancienneté des dossiers (estimation à partir de 20 services sur 27).....	51
Figure 18 - Évolution de la part des co-thérapies (%) dans l'ensemble des prestations enregistrées (estimation à partir de 20 services sur 27)	52
Figure 19 - Évolution de la part des dossiers actifs concernés par un suivi impliquant 1, 2, 3, 4, ou 5+ travailleur·ses distinct·es au cours de l'année (estimation à partir de 20 services sur 27).....	53
Figure 20 - Évolution de la part de prestations selon le statut de présence (estimation à partir de 20 services sur 27)	55

8. GLOSSAIRE

CBCS	Conseil Bruxellois de Coordination Sociopolitique
Cmh	Cent-milles habitants
COCOF	Commission Communautaire Française
CPMS	Centre Psycho-Médico-Social
CSSI	Centre Social Santé Intégré
DPI	Dossier du Patient Informatisé
ETP	Equivalent Temps Plein
ID	Identifiant
ONE	Office de la Naissance et de l'Enfance
PEPS	Partenaires Enfant-Parent
PRR	Plan de Relance et de Redéploiement
PSSI	Plan Social Santé Intégré
PUD	Personne Usagère de Drogue
SAJ	Service d'Aide à la Jeunesse
SPAD	Soins Psychiatriques pour personnes séjournant A Domicile
SSM	Service de Santé Mentale
UCL	Université Catholique de Louvain
ULB	Université Libre de Bruxelles



Ce document est le 3e rapport sectoriel émis par la Ligue pour le secteur des Services de Santé Mentale (SSM) francophones agréés et subsidiés par la Commission Communautaire Française.

La période 2018-2022 est particulière, la pandémie COVID19 étant passée par là (2019-2023).

Le rapport détaille l'état des besoins constatés et des réponses apportées, de façon non exhaustive. Il présente ensuite une synthèse des données statistiques récoltées auprès des SSM sur les 5 années concernées avant une conclusion générale.



LIGUE BRUXELLOISE POUR
LA SANTÉ MENTALE

Editeur responsable: Yahyâ H. SAMII

Graphisme : Alexandra TAROI

| Edition : mars 2024 |

www.lbsm.be