



SATURATION ?

ANALYSES DU DEVENIR DES NOUVELLES DEMANDES
ADRESSÉES AUX SERVICES DE SANTÉ MENTALE AGRÉÉS PAR
LA COCOF À BRUXELLES À PARTIR D'UN RECENSEMENT
RÉALISÉ ENTRE NOVEMBRE 2020 ET FÉVRIER 2021

RAPPORT COMPLET

ROBIN SUSSWEIN

PAR LA LIGUE BRUXELLOISE POUR LA SANTÉ MENTALE

Rue du Président 53

1050 Bruxelles

☎ 02 511 55 43 ✉ info@lbsm.be 🔍 www.lbsm.be



LIGUE BRUXELLOISE POUR
LA SANTÉ MENTALE



TABLE DES MATIERES

Table des figures.....	4
Table des tableaux.....	5
Remerciements	7
1. Introduction : la saturation des services de santé mentale, un phénomène complexe et difficile à objectiver.....	8
1.1. Les enjeux de la saturation au regard de la crise sanitaire et de ses conséquences attendues ...	8
1.2. L'avant crise sanitaire : une évolution de l'offre dépassée par celle de besoin depuis une vingtaine d'année.....	9
1.3. Une situation de saturation connue, mais difficile à mesurer	11
1.4. Plan du rapport et résumé des principaux résultats	11
2. Méthodologie : comment rendre compte de la saturation de l'offre, de son intensité et de sa « structure » ?	13
2.1. La « saturation » : de quoi parlons-nous ?.....	13
2.1.1. Une mesure « objective » de la saturation des services ?	13
2.1.2. Pourquoi ne pas estimer la saturation des services en s'appuyant sur une définition de leur caseload (capacité de prise en charge) ?	14
2.1.3. Pourquoi ne pas estimer la saturation des services en s'appuyant sur une mesure des listes d'attente ?	14
2.1.4. Quelle méthode avons-nous retenue pour estimer le degré de saturation des services ?	14
2.2. Méthodologie.....	16
2.2.1. Objectifs de l'enquête :	16
2.2.2. Population-cible :	17
2.2.3. Design de l'enquête : qualité des données, participation à l'enquête & montée en généralité	18
2.3. Les outils de collecte et d'encodage des données.....	22
2.3.1. L'outil « SND » : un suivi longitudinal du devenir des nouvelles demandes.....	22
2.3.2. L'outil « MCS » : des données agrégées pour assurer une meilleure participation des services	24
2.4. Les principaux indicateurs.....	24
2.4.1. Taux d'absorption	24
2.4.2. Taux de saturation	25
3. Prendre la mesure de la saturation (16 SSM, 2.365 nouvelles demandes, analyses du devenir des nouvelles demandes selon les fonctions professionnelles et la temporalité)	26
3.1. Analyse globale du devenir des nouvelles demandes.....	26
3.2. Analyses selon la fonction professionnelle	27
3.2.1. Nouvelles demandes.....	28
3.2.2. Nouveaux suivis et saturation	30

3.3.	Analyses selon la temporalité	31
3.3.1.	Les variations dans le flux des nouvelles demandes au fil du temps	31
3.3.2.	La fréquence des nouvelles demandes	32
4.	L'impact différencié de la saturation (9 SSM, 1.225 nouvelles demandes, analyses du devenir des nouvelles demandes selon le genre, l'âge, statut socio-économique, le lieu de résidence et le trajet de soin)	
4.1.	Point méthodologique : introduction à la base de données « SND »	34
4.2.	Les types de suivi demandés	35
4.3.	Le devenir des nouvelles demandes	36
4.3.1.	Ni nouveau suivi, ni réorientation : un quart des nouvelles demandes ont un parcours atypique	38
4.3.2.	Les délais d'attente : l'autre face de la saturation	38
4.3.3.	La difficile saisie des « nouveaux suivis »	39
4.4.	Analyses selon le genre et l'âge	40
4.4.1.	La fréquence des nouvelles demandes selon le genre et la catégorie d'âge du demandeur ..	40
4.4.2.	Le devenir des nouvelles demandes selon le genre du demandeur	44
4.4.3.	Le devenir des nouvelles demandes selon la Catégorie d'âge du demandeur	47
4.5.	Analyses selon le statut socio-économique	48
4.5.1.	Parenthèse méthodologique : situer les usagers dans l'espace social	48
4.5.2.	Le flux des nouvelles demandes selon le statut socio-professionnel	50
4.5.3.	Le devenir des nouvelles demandes selon le statut socio-professionnel	52
4.6.	Analyses selon le lieu de résidence	54
4.6.1.	Les SSM, des services de proximité ?	54
4.6.2.	De la proximité géographique des patients déjà suivis	55
4.6.3.	De la proximité géographique des néo-demandeurs	56
4.7.	Analyses selon les trajectoires de soin	57
4.7.1.	Le flux des nouvelles demandes selon l'« envoyeur »	58
4.7.2.	Le devenir des nouvelles demandes selon l'« envoyeur »	61
5.	Discussion	68
6.	Bibliographie	73

TABLE DES FIGURES

Figure 1 – Évolution comparée du nombre d'équivalents temps plein par 1.000 habitants dans le financement cadre CoCoF destiné aux SSM bruxellois, du taux de risque de pauvreté et de la prévalence de « trouble mental probable » (GHQ 4+) dans la population bruxelloise entre 2000 et 2021	10
Figure 2 - Participation des services au processus de recherche	20
Figure 4 - Taux de participation	21
Figure 5 - Devenir des nouvelles demandes recensées auprès de 16 SSM bruxellois entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2021 (n = 2.365).....	27
Figure 6 - Fonctions professionnelles principalement demandées parmi les nouvelles demandes recensées auprès de 16 SSM bruxellois entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2021 (n = 2.365).....	28
Figure 7 - Taux d'absorption et taux de saturation selon la fonction professionnelle concernée par les nouvelles demandes adressées à 16 SSM entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2021	31
Figure 8 - Évolution au cours du temps du nombre de nouvelles demandes enregistrées chaque semaine par 16 SSM bruxellois entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2020.....	32
Figure 9 - Comparaison des résultats obtenus avec l'outil de suivi longitudinal « SND » (9 services) et des résultats globaux « MCS » et « SND » (16 services).....	35
Figure 10 - Schéma synthétique du devenir des nouvelles demandes recensées auprès de 9 SSM bruxellois entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2021	37
Figure 11 - Répartition selon le genre des nouvelles demandes enregistrées par 9 SSM entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2022.....	40
Figure 12 - Répartition selon le genre et la classe d'âge des nouvelles demandes recensées auprès de 9 SSM bruxellois entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2021.....	41
Figure 13 - Répartition selon le genre des nouvelles demandes « enfants » (< 18 ans) recensées par 9 SSM bruxellois du 2 novembre 2020 au 28 février 2022 (n = 337)	42
Figure 14 - Répartition selon le genre des nouvelles demandes « adultes » (18 ans et +) recensées par 9 SSM bruxellois du 2 novembre 2020 au 28 février 2022 (n = 762)	42
Figure 15 - Proportion de femmes et d'hommes parmi les Bruxellois en souffrance psychique et parmi les sujets d'une nouvelle demande en SSM.....	43
Figure 16 - Statuts socio-professionnels parmi les adultes âgés de 18 à 64 ans sujets d'une nouvelle demande enregistrée dans 9 SSM bruxellois entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2021 (n=727)	51
Figure 17 - Statuts socio-professionnels parmi la population bruxelloise âgée de 18 à 64 ans en 2020 (OSS, 2020).....	51
Figure 18 - Répartition selon le type de démarche (volontaire ou contrainte) des nouvelles demandes enregistrées par 9 SSM entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2021.....	58
Figure 19 - Répartition selon l'envoyeur et le groupe d'âge (enfants/adultes) des nouvelles demandes non contraintes enregistrées par 9 SSM entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2021.....	60
Figure 20 - Répartition selon la catégorie d'envoyeur (fonction 1ère/2ème ligne) et la catégorie d'âge (enfants/adultes) des taux d'absorption et des taux de saturation concernant les nouvelles demandes non contraintes enregistrées par 9 SSM entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2021 (n = 1.200).....	62
Figure 21 - Distribution des taux d'absorption selon la catégorie d'âge (enfant/adulte/tous) et le type d'envoyeur, parmi les nouvelles demandes non contraintes enregistrées par 9 SSM entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2021.....	67

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Taux de participation.....	21
Tableau 2 - Devenir des nouvelles demandes recensées auprès de 16 SSM bruxellois entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2021 (n = 2.365)	27
Tableau 3 - Fonctions professionnelles principalement demandées parmi les nouvelles demandes recensées auprès de 16 SSM bruxellois entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2021 (n = 2.365)	28
Tableau 4 - Taux d'absorption et taux de saturation selon la fonction professionnelle concernée par les nouvelles demandes adressées à 16 SSM entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2021	30
Tableau 5 - Comparaison des résultats obtenus avec l'outil de suivi longitudinal « SND » (9 services) et des résultats globaux « MCS » et « SND » (16 services)	35
Tableau 6 - Répartition selon le type de suivi demandé et la catégorie d'âge des nouvelles demandes enregistrées par 9 SSM du 2 novembre 2020 au 28 février 2021	36
Tableau 7 - Délais d'attente moyens (jours) entre le 1er contact et un entretien d'accueil ou un nouveau, suivi calculés à partir des nouvelles demandes enregistrées par 9 SSM entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2021	39
Tableau 8 - Risques relatifs (RR) d'être sujet d'une nouvelle demande selon le genre calculés à partir des nouvelles demandes enregistrées par 9 SSM entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2022	40
Tableau 9 - Risque relatif (RR) d'être sujet d'une nouvelle demande en SSM selon le genre, parmi les enfants	42
Tableau 10 - Risque relatif (RR) d'être sujet d'une nouvelle demande en SSM selon le genre, parmi les adultes	42
Tableau 11 - Proportion de femmes et d'hommes parmi les Bruxellois en souffrance psychique et parmi les personnes porteuses d'une nouvelle demande en SSM	43
Tableau 12 - Risque relatif d'accéder à un nouveau suivi selon le genre.....	44
Tableau 13 - Risque relatif d'accéder à un nouveau suivi selon le genre parmi les enfants.....	45
Tableau 14 - Risque relatif d'accéder à un nouveau suivi selon le genre parmi les adultes	45
Tableau 15 - Risque relatif d'être réorienté pour motif de saturation selon le genre parmi l'ensemble des nouvelles demandes.....	46
Tableau 16 - Risque relatif d'être réorienté pour motif de saturation selon le genre parmi les enfants	46
Tableau 17 - Risque relatif d'être réorienté pour motif de saturation selon le genre parmi les adultes	46
Tableau 18 - Risque relatif d'accéder à un nouveau suivi selon la catégorie d'âge parmi les nouvelles demandes enregistrées par 9 SSM entre le 28 novembre 2020 et le 2 février 2021	47
Tableau 19 - Risque relatif d'être réorienté pour motif de saturation selon la catégorie d'âge parmi les nouvelles demandes enregistrées par 9 SSM entre le 28 novembre 2020 et le 2 février 2021	48
Tableau 20 - Statut socio-professionnel des adultes âgés de 18 à 64 ans sujets d'une nouvelle demande enregistrée dans 9 SSM bruxellois entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2021 (n=727) et de la population bruxelloise âgée de 18 à 64 ans en 2020	50

Tableau 21 - Risques relatifs de se voir accorder un nouveau suivi ou d'être réorienté pour motif de saturation selon le statut socio-économique du sujet de la demande parmi les adultes de 18 à 64 ans.....	53
Tableau 22 - Répartition selon le motif de réorientation et selon leur caractère « local » ou « extra-local » des nouvelles demandes réorientées (avec motif) enregistrée par 9 SSM entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2021	55
Tableau 23 - Lieu de résidence des patients ayant bénéficié d'au moins une prestation dans un SSM CoCoF en 2018	56
Tableau 24 - Répartition selon le lieu de résidence (du demandeur) des nouvelles demandes enregistrées par 9 SSM entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2021	56
Tableau 25 - Répartition selon le type de démarche (volontaire ou contrainte) des nouvelles demandes enregistrées par 9 SSM entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2021	58
Tableau 26 - Répartition selon l'envoyeur et la catégorie d'âge (enfants/adultes) des nouvelles demandes non contraintes enregistrées par 9 SSM entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2021	59
Tableau 27 - Répartition selon la catégorie d'envoyeur (fonction 1ère/2ème ligne) et la catégorie d'âge (enfants/adultes) des taux d'absorption et des taux de saturation concernant les nouvelles demandes non contraintes enregistrées par 9 SSM entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2020 (n = 1.200)	61
Tableau 28 - Risques relatifs de se voir accorder un nouveau suivi et d'être réorienté pour motif de saturation calculés à partir des nouvelles demandes enregistrées par 9 SSM entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2021	63
Tableau 29 - Risques relatifs de se voir accorder un nouveau suivi et d'être réorienté pour motif de saturation calculés à partir des nouvelles demandes concernant des enfants (< 18 ans) enregistrées par 9 SSM entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2021	64
Tableau 30 - Risques relatifs de se voir accorder un nouveau suivi et d'être réorienté pour motif de saturation calculés à partir des nouvelles demandes concernant des adultes (18 ans et +) enregistrées par 9 SSM entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2021	65

REMERCIEMENTS

Une recherche comme celle-ci n'a été possible qu'avec la participation active des travailleur.se.s de terrain des Services de Santé Mentale bruxellois qui ont été impliqué.e.s dans ce travail depuis la formulation de la question de recherche jusqu'à la discussion des résultats, en passant par la production et l'encodage des données. Nous tenons à remercier tout particulièrement les secrétaires accueillants, les clinicien.ne.s et les coordinateur.rice.s des services participants pour leur forte implication dans ce travail. Celle-ci est d'autant plus remarquable qu'elle a été déployée durant une période de crise sanitaire et dans le contexte de saturation des services dont le présent rapport rend compte.

Nous tenons également à remercier chaleureusement toutes celles et ceux qui ont participé à la relecture du présent rapport, et en particulier, Pablo Nicaise (Docteur en santé publique, UCLouvain – IRSS), Yahyâ H. Samii (Directeur – LBSM), Marie Jenet (Psychologue, Chargée de recherche – LBSM), Mathieu Boulanger (Anthropologue, Chargé de recherche – LBSM) ainsi que les membres du Conseil d'Administration de la Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale. Merci également à Flore Fifi (Chargée de communication – LBSM) qui en a réalisé la mise en page.

Pour leurs retours instructifs et argumentés suite aux présentations des premiers résultats de la recherche, nous tenons enfin à présenter nos sincères remerciements au Cabinet du Ministre Alain Maron, à l'Administration de la CoCoF, aux coordinateur.rice.s des Services de Santé Mentale agréés par la CoCoF, à Élise Mendes Da Costa (Santé publique, Collaboratrice scientifique – Observatoire de la Santé et du Social) et à Jonthan Unger (Géographe, Collaborateur scientifique – Observatoire de la santé et du social).

INTRODUCTION : LA SATURATION DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE, UN PHÉNOMÈNE COMPLEXE ET DIFFICILE À OBJECTIVER

1.1. LES ENJEUX DE LA SATURATION AU REGARD DE LA CRISE SANITAIRE ET DE SES CONSÉQUENCES ATTENDUES

Depuis plusieurs décennies, l'accès à des soins psychiatriques et psychologiques de qualité en Région bruxelloise est décrit comme difficile. Dans différents rapports, des causes possibles de cette problématique sont évoquées : l'organisation de l'offre en santé mentale serait peu claire et peu lisible pour la population comme pour les professionnels, la collaboration entre les services – et particulièrement entre les secteurs ambulatoire et hospitalier – serait difficile et insuffisante, les critères d'admissions représenteraient une entrave à l'accès aux soins pour les publics peu autonomes ou dont la problématique est complexe (Mistiaen et al., 2019; Walker et al., 2019)... Parmi les causes possibles du manque d'accessibilité des soins psychologiques, la question de la saturation de l'offre revient régulièrement : comme d'autres services actifs en matière de santé mentale, les Services de santé mentale (SSM) bruxellois seraient saturés. Il n'y aurait pas suffisamment de « places » disponibles pour absorber le flux des nouvelles demandes adressées à ces services. Cela donnerait lieu à des listes d'attente trop longues et/ou à des réorientations contraintes qui se multiplient, avec des implications directes sur la qualité de l'accueil et l'accès aux soins pour les usagers. Et cela nuirait de surcroît à la collaboration entre les services, en raison de la difficulté pour les professionnels d'adresser leurs patients chez un confrère ou une consœur dans un délai raisonnable.

Une enquête qualitative que nous avons menée auprès d'une trentaine de professionnels bruxellois de la santé mentale durant la pandémie de Covid-19 (à paraître) souligne la crainte exprimée par nombre d'entre eux de voir la quantité de nouvelles demandes augmenter à la suite de la pandémie de Covid-19, dans un contexte où le secteur était déjà saturé avant cette crise. À l'heure actuelle, même si les données sont parfois peu fiables ou difficilement exploitables, de nombreuses études soutiennent en effet cette crainte : la crise sanitaire aurait bel et bien un impact négatif sur la santé mentale de la population bruxelloise, sur le court mais aussi sur le long terme.

À titre d'exemple, en 2018, 4,8% des Belges et 6,2% des Bruxellois souffraient de symptômes dépressifs (échelle PHQ). Si l'on s'autorise une comparaison entre l'Enquête de santé 2018 et les Enquêtes de santé spéciales Covid-19 menées par Sciensano¹, on constate que les prévalences proches ou supérieures à 20% atteintes en avril 2020, en décembre 2020 et en mars 2021 ne sont plus d'actualité aujourd'hui (novembre 2021). Mais la diminution observée est loin d'opérer un retour à la normale : la dernière mesure datant d'octobre 2021 indique une prévalence des symptômes dépressifs de 15% pour la Belgique et 20% pour Bruxelles, soit des scores trois fois plus élevés qu'en 2018. Les évolutions sont similaires pour d'autres indicateurs relatifs à la santé mentale (Charafeddine et al., 2021; Gisle, 2020b).

On ne peut prédire l'évolution future de l'état de santé mentale de la population, mais il est raisonnable de s'attendre à un impact sur le long terme.

¹ La validité d'une telle comparaison est questionnable car les Enquête de santé « Covid-19 » de Sciensano ne sont pas menées selon les mêmes méthodes que les Enquêtes de santé ordinaires. En particulier, la représentativité de l'échantillon des Enquêtes de santé « Covid-19 » n'est pas garantie, ce qui biaise les comparaisons avec les enquêtes antérieures.

Rappelons que les effets de la crise financière de 2008 sur la santé mentale des Belges sont encore perceptibles dans les plus récentes enquêtes épidémiologiques et que des travaux ont souligné les effets de la crise économique sur la santé mentale plusieurs années après celle-ci, dans différents pays européens (Fontaine et al., 2016; Gisle, 2020b; Malard, 2015).

1.2. L'AVANT CRISE SANITAIRE : UNE ÉVOLUTION DE L'OFFRE DÉPASSÉE PAR CELLE DE BESOIN DEPUIS UNE VINGTAINE D'ANNÉE

Plusieurs rapports publiés ces dernières années, avant la crise du Covid-19, pointent l'insuffisance de l'offre en services de santé mentale ambulatoires à Bruxelles : le KCE constate que nombre de professionnels témoignent de cette situation de saturation, et souligne en particulier une pénurie de psychiatres (Mistiaen et al., 2019), la Plateforme Bruxelloise pour la Santé mentale abonde dans le même sens (Vanden Bossche, 2019, p.12), tandis qu'une récente évaluation qualitative du champ de la santé mentale à Bruxelles pointe « des ressources manquantes face à une demande croissante » (Walker et al., 2019, p.38).

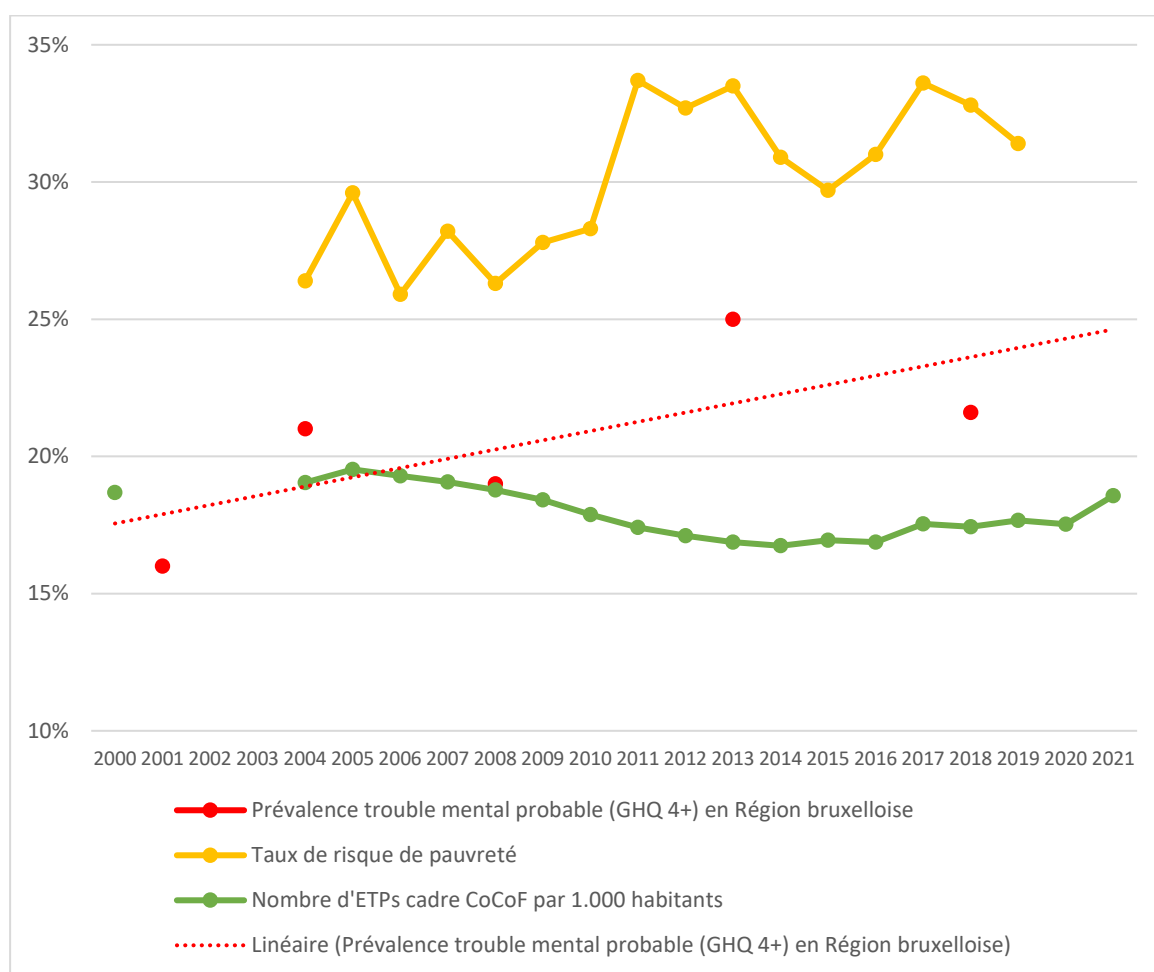
Une rapide analyse de l'évolution de l'offre en SSM à Bruxelles² nous laisse en effet penser que, depuis une vingtaine d'années, les financements n'ont pas suivi la croissance démographique et la détérioration de l'état de santé mentale des Bruxellois. Si l'on se concentre sur le financement cadre des 22 SSM agréés par la CoCoF à Bruxelles, on observe qu'en 2000, ces services comptaient 169 équivalents temps plein financés par le budget cadre de la CoCoF, soit 18,68 équivalents temps plein par cent milles habitants (ETP/cmh). Un taux qui a connu une période de creux entre 2009 et 2020 avec un point le plus bas à 16,74 ETP/cmh en 2014. En 2021, les équipes enfants des SSM CoCoF ont bénéficié d'une augmentation de cadre, ce qui a permis de résorber en grande partie le retard accumulé au cours des années précédentes en termes de nombre d'équivalents temps plein par 100.000 habitants³.

² 30 Services de Santé Mentale (SSM) sont implantés sur le territoire bruxellois. Parfois nommés « Centres de santé mentale » ou « Centres de Guidance », ces services ambulatoires spécialisés en santé mentale sont composés d'équipes pluridisciplinaires (psychiatres, psychologues, assistants sociaux, logopèdes, psychomotriciens, thérapeutes du développement, etc.) qui proposent divers types de prestations au tout venant, à des prix adaptés aux usagers. Il s'agit la plupart du temps de consultations individuelles, de couple ou de famille, mais ces services sont aussi actifs en matière de prévention, et certains d'entre eux réalisent également des prestations collectives ou communautaires et des suivis mobiles (*outreaching*). Parmi les 30 SSM bruxellois, 22 sont agréés et subsidiés par la CoCoF, 2 sont en attente d'agrément et subsidiés par la CoCoF, 5 sont agréés et subsidiés par la CoCoM et 1 est agréé et subsidié par la Vlaamse Gemeenschap. La CoCoF subsidie donc 80% des SSM à Bruxelles.

³ Nous avons rendu compte de l'évolution du financement cadre CoCoF « santé mentale », qui constitue la principale source de financement pour ces institutions et pour laquelle la CoCoF nous a transmis des données. Mais il existe d'autres sources qui permettent le financement du personnel en SSM : les financements CoCoF « santé mentale » en initiative (financements de projets à durée déterminée), les remboursements par l'INAMI des consultations des psychiatres (les psychiatres n'étant financés qu'à 70% par la CoCoF, cela les autorise à facturer leurs prestations aux mutuelles), les emplois ACS financés par Actiris (politiques de l'emploi en Région bruxelloise), les emplois du fond « Maribel » financés par l'Etat fédéral via les prélèvements ONSS, certains budgets en « Promotion de la santé » (compétence récemment transférée de la Fédération Wallonie-Bruxelles vers la CoCoF) et en « Cohésion sociale » (CoCoF), cadre ou en initiative. Enfin, des psychiatres, psychologues et logopèdes exercent au sein des SSM avec un statut d'indépendants. Il existe alors deux formes de rémunération : des honoraires au forfait (ne concerne que des psychiatres qui relèvent du cadre agréé CoCoF) ou à l'acte (peut concerner des psychiatres, des psychologues, des logopèdes, etc. qui ne sont pas compris dans le cadre agréé CoCoF). Par ailleurs, les SSM ne sont pas les seuls services sur lesquels s'appuie la CoCoF pour offrir des soins de santé mentale ambulatoire : dans certains quartiers peu couverts par les SSM, la CoCoF finance une fonction psychologique au sein de Maisons médicales par exemple. Enfin, le gouvernement fédéral, via le financement de la « fonction psychologique de 1ère ligne », alimente également cette offre. Il faut reconnaître qu'il est assez difficile d'appréhender l'offre de soins de santé mentale ambulatoire à Bruxelles dans sa globalité, comme le soulignait d'ailleurs récemment le KCE (Mistiaen et al., 2019). Cette rapide analyse permet néanmoins de remettre dans un contexte plus global la question de la saturation telle que nous la mesurons aujourd'hui via notre enquête.

Mais dans le même intervalle de temps, les besoins en soins de santé mentale de la population bruxelloise ont évolué⁴. En 2004, le risque de pauvreté⁵ touchait environ un quart (26,4%) des Bruxellois. En 2019, près d'un tiers (31,4%) sont concernés⁶. Les indicateurs de santé mentale se sont également détériorés au cours des dernières années : 16% de la population bruxelloise souffrait d'un « trouble mental probable » (score égal ou supérieur à 4 sur l'échelle GHQ-12) en 2001, ils sont 22% en 2018, soit une augmentation de 37,5% en 17 ans (Gisle, 2020b).

Figure 1 – Évolution comparée du nombre d'équivalents temps plein par 1.000 habitants dans le financement cadre CoCoF destiné aux SSM bruxellois, du taux de risque de pauvreté et de la prévalence de « trouble mental probable » (GHQ 4+) dans la population bruxelloise entre 2000 et 2021



Sources : Les données relatives à la prévalence d'un « trouble mental probable » sont issues du volet « Santé mentale » de l'Enquête de santé 2018 publiée par Sciensano (2020) https://his.wiv-isp.be/fr/SitePages/Rapports_complets_2018.aspx

Les données relatives au risque de pauvreté sont issues du Baromètre social 2020 publié par l'Observatoire de la Santé et du Social (2020) <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/publications/2020-barometre-social>

Les données relatives au nombre d'ETPs dans le financement cadre CoCoF des SSM ont été communiquées par l'Administration de la CoCoF

⁴ Le taux de risque de pauvreté et l'échelle de mal-être psychologique ne peuvent être considérés comme des outils diagnostics indiquant de manière directe les besoins de soin de santé mentale de la population, mais ils constituent néanmoins de sérieux indices d'une augmentation de ces besoins au cours des dernières années.

⁵ « Le taux de risque de pauvreté mesure le pourcentage de la population vivant dans un ménage dont le revenu disponible équivalent est inférieur à 60% du revenu médian national (seuil de pauvreté) » selon la définition de l'IWEPS. Source : <https://www.iweps.be/indicateur-statistique/taux-de-risque-de-pauvrete/> consulté le 18 novembre 2021.

⁶ Source : Stabel <https://statbel.fgov.be/fr/themes/menages/pauvrete-et-conditions-de-vie/risque-de-pauvrete-ou-dexclusion-sociale> consulté le 18 novembre 2021.

Soulignons que l'analyse ci-dessus ne prend en compte ni les financements à durée déterminée débloqués par la CoCoF dans l'urgence de la crise sanitaire, ni l'augmentation des besoins en soins de santé mentale qui résultent de cette crise. Il reste en effet difficile aujourd'hui de chiffrer l'impact durable de la crise du Covid-19 sur le volume d'offre et de la demande en matière de soins de santé mentale ambulatoire, même si on peut s'attendre à une augmentation durable des besoins dans ce domaine.

1.3. UNE SITUATION DE SATURATION CONNUE, MAIS DIFFICILE À MESURER

La saturation des SSM bruxellois, comme celle d'autres pans de la santé mentale et de l'action sociale, est donc bien connue du politique, des professionnels et des usagers qui en font durement l'expérience. Mais à quel point ces services sont-ils saturés ? Combien de temps faut-il attendre pour bénéficier d'une prise en charge ? Combien de nouvelles demandes sont réorientées chaque jour de manière contrainte en raison du manque de disponibilité des services ? Ce phénomène n'a, à notre connaissance, jamais fait l'objet d'une recherche permettant de l'objectiver, d'en mesurer l'intensité et l'impact différencié sur les publics des SSM bruxellois. C'est à ces questions que la présente recherche entend apporter des éléments de réponse.

Nous nous demandons ainsi, d'une part, à quel point les SSM bruxellois sont saturés. Combien de « sur-demandes » leur sont adressés chaque jour ? Quelle proportion de l'ensemble des nouvelles demandes doit être réorientée de manière contrainte parce qu'il n'y a plus de « place » dans les services ? D'autre part, la problématique de l'accessibilité des services conduit à s'interroger sur la « structure » de la saturation : quels publics sont les plus concernés par les réorientations contraintes ? Lesquels ont moins de chances de se voir proposer une prise en charge ? En termes de genre, d'âge, de statut socio-économique, de situation géographique : la saturation pèse-elle de la même manière sur tous les publics d'usagers ? Enfin, nous analyserons également ce phénomène sous l'angle du « parcours de soin » de l'utilisateur : un bénéficiaire orienté vers un SSM par tel type de professionnel a-t-il plus de chance de bénéficier d'un suivi qu'une personne se présentant par elle-même ?

1.4. PLAN DU RAPPORT ET RÉSUMÉ DES PRINCIPAUX RÉSULTATS

Après cette brève introduction (1.), nous présenterons le cadre méthodologique qui a permis de produire les données et de réaliser les analyses qui suivent (2.) : l'enquête porte sur les nouvelles demandes enregistrées entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2022 par les 22 SSM agréés par la CoCoF en Région bruxelloise. 17 des 22 SSM visés (plus de trois quarts des services) ont participé à l'un des deux volets du recensement. Le premier volet a permis de mesurer les principaux indicateurs de la saturation pour les 17 services participants. Le second volet de l'enquête, plus détaillé, a permis d'interroger les effets différenciés de la saturation sur les publics, à partir des données fournies par 9 services. Les aspects méthodologiques présentés dans cette partie doivent permettre au lecteur de mieux cerner la force mais aussi les limites des résultats présentés ci-après. Dans un troisième temps, les principaux résultats, qui sont disponibles pour 17 SSM, sont présentés et commentés (3.) : parmi l'ensemble des 2.503 nouvelles demandes enregistrées, 40% ont été acceptées par les services et 42% ont été réorientées.

Parmi ces réorientations, trois quarts (78%) étaient motivées par le manque de disponibilité du service, ce qui représente plus d'un tiers (33%) de l'ensemble des nouvelles demandes. On note plus particulièrement une forte sollicitation de la fonction psychiatrique qui représente un cinquième (20,5%) du personnel financé par le cadre CoCoF en SSM, mais qui se voit attribuer à titre principal une nouvelle demande sur trois (34%). La quatrième partie du rapport permet d'aller plus loin en se basant sur les données détaillées

relatives à 9 services (4.) : en termes de genre et d'âge, on remarque que tous les publics sont touchés par une part importante de réorientations contraintes en raison de la saturation des services. Mais les enfants et adolescents apparaissent plus impactés que les adultes, et particulièrement les jeunes garçons. En termes de statut socio-économique, on remarque tout d'abord que les personnes bénéficiaires d'allocations ou d'un revenu de remplacement, supposées plus précaires, sont proportionnellement plus nombreuses parmi le public adressant une nouvelle demande aux SSM (35%) que parmi la population bruxelloise en général (20%). Ce public a par ailleurs légèrement plus de chance de se voir accorder un nouveau suivi que l'ensemble des demandeurs, en moyenne. L'analyse de la dimension géographique et des trajectoires de soin donne enfin des indications sur le positionnement des SSM dans le paysage de l'offre de soins ambulatoires en santé mentale à Bruxelles : près de la moitié des nouvelles demandes reçues par les SSM n'ont pas été orientées par un autre professionnel (elles relèvent d'une initiative personnelle du demandeur ou d'une orientation par un parent ou un proche). Les SSM sont ainsi à la fois des services spécialisés auxquels d'autres professionnels réfèrent leurs patients, et des services de 1^{ère} ligne en santé mentale, auxquels le public s'adresse directement. L'enquête ne semble par ailleurs pas indiquer que les sollicitations directes seraient moins bien orientées que celles adressées par un autre professionnel. En termes géographique enfin, on note qu'environ la moitié des nouvelles demandes sont adressées par une personne qui réside dans la même commune que le service auquel il s'adresse. Des résultats comparables ont été mesurés en 2018 à partir de la file active des services. Ainsi, les services s'adressent en grande partie à un public de proximité, mais pas uniquement. La plupart de ces analyses présentent des limites importantes. À ce sujet, nous renvoyons le lecteur au chapitre méthodologique et aux commentaires qui accompagnent la présentation complète des résultats.

Enfin, ces analyses nous permettront de discuter quelques enjeux liés à la saturation de la santé mentale ambulatoire à Bruxelles (5.) : l'enquête met d'abord en lumière la disproportion entre le volume de demandes et la capacité d'accueil des SSM. Augmenter l'offre apparaît être la réponse la plus évidente, mais aussi la plus « disputée » politiquement, pour limiter la part des réorientations contraintes liées au manque de places dans les services, sans rogner sur la qualité des soins. D'autres perspectives, qui mettent l'accent sur la dimension organisationnelle ou sur la pratique clinique elle-même, sont également discutées dans cette partie du rapport.

La saturation est une problématique complexe qui peut admettre des réponses multiples. Mais à l'heure où la crise sanitaire et ses conséquences sociales impriment leurs effets à moyen et long terme sur l'équilibre psychique des plus fragiles, et où le Conseil Supérieur de la Santé recommande au Politique de « renforcer une offre de soins de santé mentale la plus accessible possible » (Conseil Supérieur de la Santé, 2021, p.13), il apparaît urgent de donner aux SSM bruxellois les moyens de répondre à une plus grande part des demandes qui leur sont adressées. Le présent rapport participera, nous l'espérons, à mieux comprendre cette problématique en vue d'y apporter des réponses adaptées.

MÉTHODOLOGIE : COMMENT RENDRE COMPTE DE LA SATURATION DE L'OFFRE, DE SON INTENSITÉ ET DE SA « STRUCTURE » ?

Pour rendre compte de la saturation des Services de santé mentale à Bruxelles, nous avons développé deux outils *ad hoc* de recueil de données administratives. Parmi les 22 SSM CoCoF visés par le recensement, plus de trois quarts (17 services) y ont participé en fournissant des données exploitables à l'aide d'un de ces deux outils de recueil (cf. 2.2.3.). Étant donnée la charge de travail que représentent ces encodages supplémentaires pour les services, la période de recensement a été limitée à quatre mois. Avant de préciser les modalités de ce recueil de données, puis d'en souligner les forces et les faiblesses, nous devons poser quelques éléments de définition.

2.1. LA « SATURATION » : DE QUOI PARLONS-NOUS ?

De prime abord, la saturation est une notion simple : un service est saturé comme une valise est remplie, lorsqu'on ne peut plus y faire entrer plus d'éléments qu'elle n'en contient déjà. Mais cette métaphore « mécanique » ne tient pas compte de la complexité du phénomène. Nous allons le voir, pour mesurer la saturation de manière fiable, il convient de développer une méthode qui tienne compte des réalités pratiques et organisationnelles des services étudiés.

2.1.1. UNE MESURE « OBJECTIVE » DE LA SATURATION DES SERVICES ?

Il n'existe pas une méthode absolument objective pour mesurer la saturation des services de santé mentale. Cela tient à la nature sociale et irréductiblement subjective du phénomène en question. Nous pourrions définir la saturation comme l'impossibilité pratique, pour un service donné et à un moment donné, de prendre en charge de nouveaux patients qui devraient l'être. Et cette impossibilité est le fruit d'un jugement pratique : celui des professionnels qui, d'un côté, reçoivent des nouvelles demandes de suivis et évaluent leur recevabilité, et de l'autre, assurent la continuité des suivis déjà en cours. Telle nouvelle demande devrait-elle plutôt être traitée par un autre type de service ? Ai-je encore de la place de mon agenda pour recevoir tel nouveau patient ? Est-il possible de l'intercaler entre deux rendez-vous ? Dois-je interrompre ou réduire l'intensité de tel autre suivi pour pouvoir accueillir telle nouvelle demande ? On le comprend rapidement : la décision d'accepter ou non une nouvelle demande n'est pas mécanique. Étant donnée la manière dont leur travail est organisé, les SSM disposent de marges de manœuvre pour « faire de la place » quand une situation semble l'exiger de manière urgente. Mais ils ne peuvent pousser les murs à l'infini.

Jusqu'où aller ? À quel point faut-il risquer d'accueillir moins bien pour accueillir plus ? Dans la plupart des services, ces questions sont traitées en réunion d'équipe, au cas par cas, dans le cadre de l'analyse des nouvelles demandes. Le fait que ces décisions soient « subjectives » ne veut pas dire qu'elles sont arbitraires : toutes les équipes n'organisent pas l'accueil des nouvelles demandes de la même manière mais toutes suivent des règles, implicites et explicites, qui organisent et encadrent le traitement des nouvelles demandes. Il n'en reste pas moins vrai que la saturation découle d'un processus d'évaluation *in situ* qui repose à la fois sur des repères partagés et sur un jugement particulier.

2.1.2. POURQUOI NE PAS ESTIMER LA SATURATION DES SERVICES EN S'APPUYANT SUR UNE DÉFINITION DE LEUR CASELOAD (CAPACITÉ DE PRISE EN CHARGE) ?

On pourrait être tenté d'échapper à cette part de « subjectivité » en estimant le degré de saturation des services à partir de la définition d'un « caseload ». Il s'agirait alors de définir une norme théorique en termes de « capacité d'accueil » des services et d'y rapporter le flux des nouvelles demandes. La définition d'un caseload peut tenir compte de différents facteurs, et en premier lieu de la force de travail (nombre d'équivalents temps plein actifs dans le service). Dans cette perspective, tel service est saturé lorsque son caseload est atteint ou dépassé. Ainsi, conceptuellement, la saturation d'un service ambulatoire peut être conçue comme celle d'un service résidentiel comptant un nombre limité de lits, et donc un nombre de places déterminé. Nous avons cependant quelques objections quant à l'intérêt d'une telle approche.

Un « nombre de places » peut apparaître comme une donnée plus objective que le jugement pratique des professionnels. Mais comment définir cette norme ? Comment déterminer le nombre moyen de patients qu'un service ambulatoire pourrait traiter avant d'être saturé ? Que l'on fasse un détour par une revue de la littérature ou que l'on se penche directement sur la réalité locale qui nous intéresse, la définition d'un caseload passe nécessairement par l'observation du fonctionnement d'un ou plusieurs services au sein desquels les professionnels se jugent capables ou non d'accepter un certain nombre de suivis supplémentaires à un moment donné. Le « jugement pratique » des professionnels, mis à la porte, revient par la fenêtre. En définissant ainsi une norme à partir de l'observation d'un ensemble de services « A », on risque par ailleurs d'appliquer aux services voisins « B » et « C », des attentes quantitatives identiques alors que leur fonctionnement et leurs publics peuvent différer. Si les particularités individuelles de tel ou tel suivi peuvent être lissées dans des moyennes, tous les services n'ont pas affaire, en moyenne, aux mêmes populations et ne prodiguent pas, en moyenne, les mêmes types de soins. En un mot, le risque est de voir se creuser un écart entre une capacité d'accueil théorique (caseload) et la réalité concrète des services. Enfin, une approche en termes de caseload risque en outre de conduire à une surestimation du degré de saturation des services. En effet, considérer comme excédentaire toute nouvelle demande qui dépasse la capacité d'accueil théorique du service conduit à considérer aussi comme excédentaires des nouvelles demandes qui auraient de toute façon dû être réorientées, non pas en raison de la saturation du service mais en raison de la nature même de la demande.

2.1.3. POURQUOI NE PAS ESTIMER LA SATURATION DES SERVICES EN S'APPUYANT SUR UNE MESURE DES LISTES D'ATTENTE ?

On pourrait également tenter d'objectiver la saturation des services en prenant la mesure de leur file d'attente, soit en temps d'attente, soit en nombre de personnes inscrites. Cette approche suppose cependant que tous les services aient à peu près le même usage des listes d'attente, ce qui n'est pas le cas. En particulier, en raison d'un allongement du temps d'attente parfois jugé excessif, certains services préfèrent suspendre momentanément l'inscription de nouvelles personnes sur liste d'attente ou renoncent simplement à utiliser ce système. Dès lors, la mesure des listes d'attente ne peut pas être considéré comme un indicateur de la saturation car dans certains cas elle reflète surtout des choix en matière d'organisation de l'accueil.

2.1.4. QUELLE MÉTHODE AVONS-NOUS RETENUE POUR ESTIMER LE DEGRÉ DE SATURATION DES SERVICES ?

Pour ces différentes raisons, la méthode privilégiée pour rendre compte de la saturation des SSM dans le cadre de la présente enquête est de s'intéresser aux nouvelles demandes et à leur devenir. Et plus précisément aux motifs de réorientation des nouvelles demandes.

Concrètement, les services participants ont documenté, durant une période donnée, l'ensemble des nouvelles demandes qui leur ont été adressées. Parmi celles-ci, certaines ont donné lieu à un nouveau suivi, ou du moins à une décision favorable du service pour commencer un nouveau suivi. Rapporter le nombre de nouvelles demandes acceptées au nombre total de nouvelles demandes nous indique le degré d'accessibilité du service. Inversement, d'autres nouvelles demandes ont été réorientées. Toutes les réorientations ne sont pas liées à une situation de saturation : il est parfois jugé nécessaire de réorienter une nouvelle demande en raison de la nature même de la demande. Pour aller plus loin, nous avons distingué cinq motifs de réorientation typiques :

- Motif d'âge : le patient est réorienté car il n'appartient pas à la catégorie d'âge (enfants/adultes) accueillie par le service. En effet, certains services ou certaines équipes au sein des services sont ouverts à tous les publics, d'autres uniquement aux adultes, enfants et/ou couples et familles.
- Motif géographique : le patient est réorienté car son lieu de résidence est jugé trop éloigné du lieu d'implantation du service. Certains services ont en effet défini un territoire d'activité privilégié comprenant généralement la commune d'implantation et un ou plusieurs communes proches. La situation structurelle de saturation connue par les SSM a conduit certains de ces services à réorienter les nouvelles demandes pour des personnes qui résident en dehors de leur zone d'activité locale.
- Motif économique : le patient est réorienté car, d'une part, sa situation ne semble pas nécessiter une prise en charge pluridisciplinaire et, d'autre part, le patient témoigne avoir les moyens de consulter dans le privé. Avec le motif géographique, le motif économique est un second critère formel mis en place par certains services dans un contexte de saturation pour privilégier l'accueil d'une population dont le service se sent particulièrement responsable.
- Motif lié à la nature de la demande : le patient est réorienté car la nature de sa demande ne correspond pas à ce que peut proposer le service. Ce motif peut qualifier des cas de décalage manifeste entre la demande formulée et le service proposé, par exemple lorsqu'une personne est à la recherche d'une institution résidentielle (les SSM ne proposent que des soins ambulatoire). Mais il peut aussi s'agir de décalages plus ténus et discutables.
- Motif de saturation : le service considère que la demande du patient devrait donner lieu à un nouveau suivi mais ne peut l'accorder par manque de disponibilité.

Au sens restreint du terme, seul ce dernier motif est considéré comme un motif de saturation⁷. Et c'est sur cette base que l'on peut estimer le « taux de saturation » du secteur, en rapportant le nombre de nouvelles demandes réorientées pour motif de saturation au nombre total de nouvelles demandes enregistrées. Les nouvelles demandes placées sur liste d'attente ne viennent alimenter le taux de saturation que lorsqu'elles finissent effectivement par être réorientées pour ce motif. Celles qui restent sur liste d'attente durant toute la durée du recensement, ou pour lesquelles aucune autre suite n'est enregistrée, ne sont considérées ni comme des nouveaux suivis, ni comme des réorientations.

Notre méthodologie vise bien à « objectiver » la saturation du secteur, dans le sens où nous pouvons aller plus loin que le sentiment des professionnels d'« être toujours saturés ». Elle nous permet de mesurer la part des nouvelles demandes acceptées et la part de nouvelles demandes réorientées pour motif de saturation, et d'en inférer le degré de saturation du secteur. Cette manière d'objectiver les choses ne consiste cependant pas à nier la capacité de jugement des professionnels.

⁷ Dans une acception plus large, on pourrait considérer que les réorientations pour motif géographique et économique témoignent également de la saturation des services, car en l'absence d'une situation structurelle de saturation ces réorientations pourraient ne pas avoir lieu. Nous avons cependant fait le choix de ne considérer que la saturation au sens restreint du terme.

Nous partons en effet du postulat selon lequel les professionnels de terrain sont les mieux placés pour déterminer au cas par cas le principal motif pour lequel telle et telle nouvelle demande est réorientée. Notre approche consiste plutôt à prendre acte de ces pratiques professionnelles et en rendre compte à une large échelle. Au-delà du constat partagé par les professionnels d'être trop souvent « débordés », nous pouvons donc tenter de mesurer ce phénomène à partir d'un recueil de données systématique qui s'appuie sur les observations des travailleurs de terrain.

2.2. MÉTHODOLOGIE

Pour prendre la mesure de la saturation des services de santé mentale, nous avons réalisé un recensement des nouvelles demandes et de leur devenir durant une période de quatre mois.

2.2.1. OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE :

L'enquête a poursuivi deux objectifs principaux :

1° Mesurer le **degré de saturation** des Services de santé mentale. C'est-à-dire déterminer à quel point les SSM sont (ou non) saturés. Combien de nouvelles demandes leur sont adressées chaque jour ? Parmi celles-ci, combien doivent être réorientées de manière contrainte, non pas parce que la demande ne correspond pas à la fonction du service, mais parce que le service ne peut plus accueillir de patients supplémentaires en raison de sa saturation ?

2° Analyser la « **structure** » de la **saturation** des SSM sous trois angles complémentaires :

- a) Les fonctions professionnelles : au sein des SSM, certaines fonctions professionnelles (psychiatrique, psychologique, sociale...) sont-elles davantage concernées par la saturation que d'autres ? Ou bien la saturation concerne-t-elle toutes les fonctions de la même manière ?
- b) Les caractéristiques des demandeurs : certaines caractéristiques socio-démographiques des populations en demande de soin influencent-elles leurs chances d'accéder à un nouveau suivi ou d'être réorientées pour motif de saturation ? Femmes et hommes, adultes et enfants, publics plus ou moins précarisés, les personnes résident ou non à proximité du service... quelles populations supportent davantage les effets de la saturation des services ?
- c) Les caractéristiques des trajectoires de soin : les nouvelles demandes adressées via un autre professionnel ont-elles plus de chances d'aboutir à un nouveau suivi ? Et parmi ces professionnels « envoyeurs », lesquels représenteraient des voies d'accès privilégiées ?

Ainsi, après avoir mesuré l'ampleur quantitative du phénomène de saturation des SSM, nous pourrions étudier certaines hypothèses quant à l'effet différencié de la saturation selon la fonction professionnelle demandée, selon les caractéristiques du demandeur et selon sa trajectoire de soin.

2.2.2. POPULATION-CIBLE :

Ce recensement a visé l'ensemble des *nouvelles demandes* adressées aux 22 SSM agréés par la CoCoF en région bruxelloise entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2021.

– Les nouvelles demandes :

Les « nouvelles demandes » sont l'ensemble des premiers contacts pris avec les SSM au sujet d'un nouvel usager. La forme et les modalités peuvent varier (cf. II.1.). Les contacts peuvent être pris par l'usager en personne ou par un tiers – dans cas les informations socio-démographiques recueillies se rapportent à la personne *pour qui* la demande est formulée, et non par la tierce personne de contact. Dans certains cas, la frontière peut être floue entre une *nouvelle* demande, et le retour d'un *ancien* patient qui ne s'était plus présenté depuis longtemps. Nous avons laissé aux services le soin d'opérer cette distinction. Généralement, un ancien patient est à nouveau considéré comme porteur d'une « nouvelle demande » lorsqu'il revient après 6 mois ou 1 an d'interruption de suivi. Mais certains services tentent, autant que possible, de rouvrir le dossier initial du patient quel que soit le délai d'interruption. Dans ce cas, ils peuvent ne pas comptabiliser ces demandes parmi les « nouvelles demandes ».

– Doubles comptages

Le recensement a visé les nouvelles demandes, et non les demandeurs. Ainsi, une même personne qui adresse une demande dans plusieurs SSM durant la période étudiée sera comptabilisée plusieurs fois. Si l'on cherche à déduire le nombre de demandeurs à partir de ce recensement, il faut prendre en compte ces cas de doubles comptages.

On peut estimer approximativement l'ampleur de ces doubles comptages en étudiant les « envoyeurs » dans le sous échantillon « SND » : on remarque alors que 5% des nouvelles demandes ont été orientée par un autre SSM (et avaient donc déjà été adressées récemment à un autre SSM). D'un côté ce ratio surestime probablement le nombre réel de doubles comptages car seuls 16 SSM CoCoF sur 22 ont participé à l'enquête, donc une nouvelle demande orientée par « un autre SSM » peut aussi venir d'un SSM CoCoF non participant ou d'un SSM agréé par la CoCoM ou par la Communauté flamande. Elle peut aussi avoir été adressée à un autre SSM antérieurement à la période étudiée, ce qui participe aussi à une surestimation du nombre réel de doubles comptages par cette méthode. D'un autre côté, il est possible que toutes les personnes ayant déjà adressé leur demande à un autre SSM durant la période étudiée ne se déclarent pas comme « orientées » par cet autre SSM, par exemple si elles considèrent pertinent de renseigner l'envoyeur ayant initié leur trajectoire de soin plutôt que le dernier interlocuteur.

Il est donc difficile d'évaluer précisément la proportion de doubles comptages, mais on peut dire qu'elle tourne approximativement autour de 5%. Ce qui reste assez faible. Le nombre réel de néo-demandeurs serait ainsi revu à la baisse, de 2.503 nouvelles demandes à 2.378 néo-demandeurs.

– Les Services de santé mentale :

La Région bruxelloise compte 22 SSM agréés par la CoCoF, 4 SSM agréés par la CoCoM et 1 SSM agréés par la VGC. Si nous utilisons parfois, par facilité d'écriture, l'expression « SSM bruxellois » pour qualifier la population cible de cette enquête, soulignons ici qu'il s'agit bien uniquement des SSM bruxellois agréés par la CoCoF, ce qui représente près de 9 SSM sur 10 en Région bruxelloise.

Nous comptons un « SSM » comme une institution, mais une même institution peut avoir plusieurs implantations (c'est-à-dire plusieurs adresses auxquelles les publics peuvent se présenter). Ainsi, les 22 SSM CoCoF comptent ensemble 28 implantations. En pratique, chacune de ces 28 implantations est un lieu d'accueil de nouvelles demandes et a donc été susceptible de réaliser un comptage distinct. Nous ne ferons cependant pas d'analyse à l'échelle des services ou des implantations, et cela dans un souci de porter un propos qui concerne l'ensemble du secteur et d'éviter une mise en concurrence des services à partir d'indicateurs quantitatifs.

2.2.3. DESIGN DE L'ENQUÊTE : QUALITÉ DES DONNÉES, PARTICIPATION À L'ENQUÊTE ET MONTÉE EN GÉNÉRALITÉ

Concrètement, comment avons-nous organisé la collecte des informations ? L'approche utilisée est à mi-chemin entre l'enquête et le recueil de données administratif : la collecte des données a été réalisée par les travailleurs de terrain (et non pas des enquêteurs spécialisés), mais dans le cadre d'une enquête conçue par le chercheur, et visant à répondre à des questions précises avec des questionnaires spécifiquement développés pour cela.

Nous ne pouvions en effet ni nous appuyer sur le recueil de données administratif préexistant, car il ne permet pas de répondre aux questions relatives à la saturation,⁸ ni recourir à des enquêteurs spécialisés en raison du coût que cela représente mais aussi des difficultés méthodologiques qu'il peut y avoir à documenter de cette manière un phénomène qui prend la forme d'un parcours.⁹ Cette méthode hybride est donc apparue tout indiquée dans ce cas. Mais elle présente aussi des risques de biais spécifiques. Nous avons identifié et cherché à prévenir certains de ces risques :

⁸ Les SSM enregistrent de manière continue un certain nombre d'informations concernant leur patientèle et les prestations qu'ils réalisent, principalement pour la rédaction de leurs rapports d'activité. Peu de services encodent des informations relatives aux nouvelles demandes et à leur devenir. Et les services qui le font ont introduit cet encodage dans le cadre de projets particuliers, ce qui donne à ces données une grande hétérogénéité interservices, et ne permet pas des analyses à l'échelle du secteur.

⁹ Les enquêtes par questionnaires sont bien adaptées aux mesures dites transversales : recueillir une information relative à un ensemble d'unités d'observations (des individus par exemple) à un moment donné. Elles peuvent aussi prendre la forme d'enquêtes longitudinales lorsque les mêmes unités d'observations sont sondées à plusieurs moments. Il y a alors plusieurs « vagues » d'enquête, dont le calendrier est généralement connu d'avance ou prévisible. Dans le cas qui nous préoccupe, nous cherchons à documenter le devenir des nouvelles demandes introduites dans les SSM. Cela implique de recueillir de l'information tout au long d'un parcours d'accueil dont chaque étape détermine la suivante. L'organisation d'un travail d'enquête de terrain permettant de documenter ces parcours sans s'appuyer sur la production d'informations par les travailleurs des SSM eux-mêmes apparaît particulièrement compliqué.

– La qualité des informations produites

Comparativement aux données d'enquête (du moins, lorsque les enquêtes sont bien construites), les données administratives présentent généralement une moindre qualité.

Cela résulte du fait que la collecte des données n'est pas l'activité première des personnes supposées le faire. Et dans bien des cas, l'information produite reflète autant des logiques pratiques et organisationnelles propres au contexte de production de l'information, que la réalité à laquelle l'information est sensée se référer (Garfinkel et al., 2020).

Une bonne manière de prévenir ce risque est d'ajuster ce que l'on cherche à recueillir au contexte organisationnel des travailleurs. Autrement dit, il convient de demander aux travailleurs d'encoder des choses qu'ils savent, des informations qui sont relativement pertinentes au regard de l'activité pratique dans laquelle ils sont pris lorsqu'ils doivent de surcroît encoder cette information. Il faut donc ajuster autant que possible les outils de recueil (questionnaires) au contexte de recueil (les services et le processus d'accueil des nouvelles demandes).

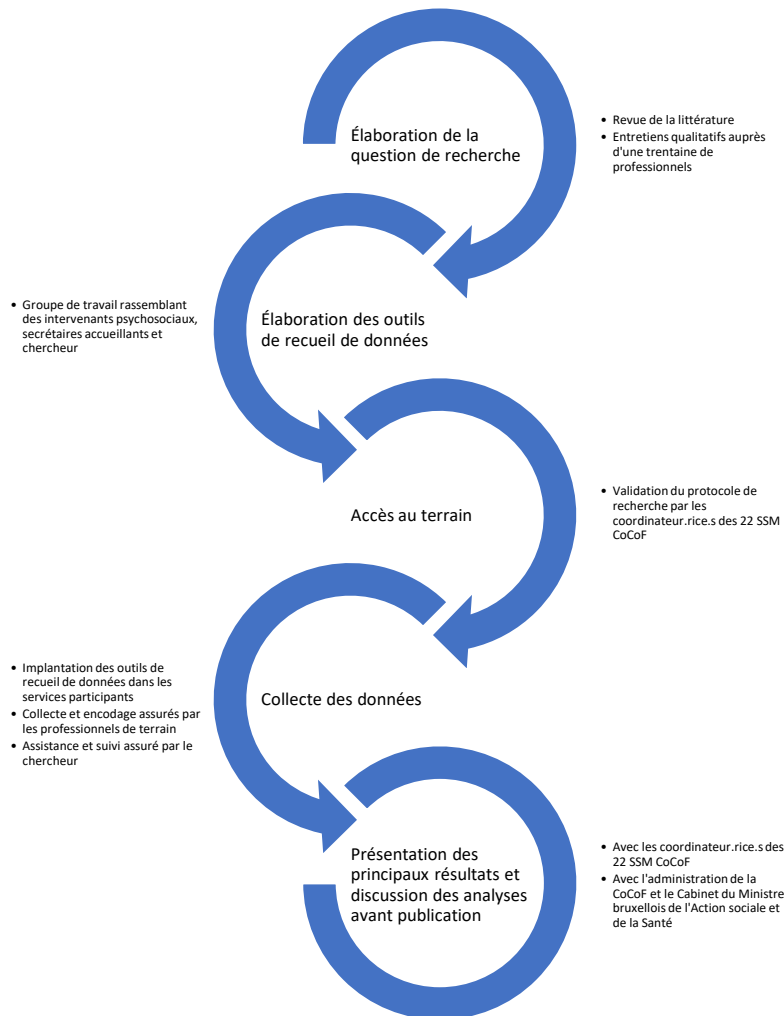
Ce travail d'ajustement s'est fait de trois manières : d'abord, par une bonne connaissance qualitative des pratiques d'accueil en SSM. Le chercheur a pu s'appuyer pour cela sur les liens étroits entre la LBSM et les SSM CoCoF, et sur une recherche qualitative actuellement menée à la LBSM par Marie Jenet et Mathieu Boulanger, portant précisément sur l'accueil et l'accessibilité des SSM. Ensuite, par l'organisation d'un groupe de travail réunissant le chercheur en charge de l'enquête et des travailleurs des SSM, en particulier des secrétaires accueillants habituellement chargés de l'encodage des données administratives. Les questionnaires ont ainsi été élaborés avec les professionnels chargés de l'encodage. Enfin, le chercheur a maintenu le contact avec les professionnels chargés de l'encodage et les coordinateurs des équipes tout au long de l'enquête, afin de les accompagner dans l'appropriation de l'outil, mais aussi de s'assurer de la continuité de leur engagement dans ce projet. La participation est en effet une autre difficulté majeure de ce type d'enquête.

– La participation des services

L'enquête n'a pu être réalisée qu'avec une implication forte des services concernés, qui se sont eux-mêmes chargés de la collecte et de l'encodage des données. Mais la participation des professionnels de terrain ne s'est pas limitée à l'encodage des informations : ceux-ci ont également été impliqués dans ce projet en amont, depuis la formulation des questions de recherche et l'élaboration des outils de recensement, et en aval pour apporter un regard critique sur les analyses avant la publication du rapport.

En effet, la question de recherche fait directement écho aux préoccupations des services de voir une « vague » de nouvelles demandes submerger un secteur déjà saturé avant la crise sanitaire. Le chercheur a pu prendre la mesure de cette inquiétude dans le cadre d'une enquête qualitative menée auprès d'une trentaine de travailleurs de la santé mentale durant la première année de la crise du Covid-19. Par ailleurs, la Ligue est un organisme qui héberge le Groupe technique rassemblant l'ensemble des coordinateurs de SSM CoCoF, autre canal de communication des intérêts et inquiétudes du secteur. Ensuite, les outils d'encodage ont été construits avec l'appui d'un groupe de travail rassemblant chercheur et professionnels de terrain (cf. ci-dessus). Troisièmement, le protocole de recherche a été validé en amont par le « Groupe technique » rassemblant l'ensemble des coordinateurs des SSM CoCoF. Enfin, avant publication, les résultats des analyses ont été discutés avec les coordinateurs des services d'une part, ainsi qu'avec l'Administration de la CoCoF et le Cabinet du Ministre bruxellois de l'Action sociale et de la Santé d'autre part.

Figure 2 - Participation des services au processus de recherche



La « participation » renvoie donc à l'implication des professionnels de terrain, mais aussi au « taux de participation », c'est-à-dire à la part de la population-cible qui a effectivement pris part au recensement. Nous en discuterons plus en détail ultérieurement, deux outils distincts ont été élaborés pour réaliser ce recensement. Le premier, baptisé « Suivi nouvelles demandes » (SND) est le produit initial du groupe de travail. Il permet un suivi longitudinal de chaque nouvelle demande, depuis le premier contact avec le bureau d'accueil jusqu'à l'issue de la demande : un nouveau suivi, une réorientation, un devenir sans suites. Le second outil, « Mini comptage saturation » (MCS), a été construit uniquement pour maximiser le taux de participation des services. En effet, environ la moitié des services visés se montrait intéressée par le projet mais était particulièrement réticente à l'idée d'ajouter une charge de travail administratif (l'encodage des nouvelles demandes) dans un contexte de travail déjà marqué par le manque de temps et de moyens.

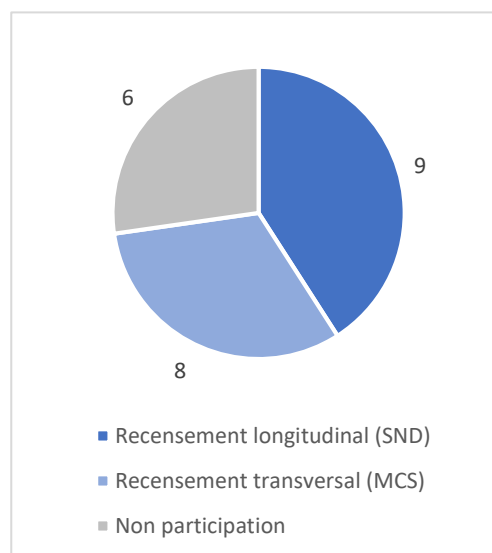
Ainsi, parmi les 22 SSM CoCoF répartis dans 28 implantations, 9 SSM répartis dans 11 implantations ont utilisé l'outil de suivi longitudinal « SND » qui permet des analyses plus fines. 8 SSM répartis dans 10 implantations ont utilisé l'outil transversal « MCS », élaboré précisément pour maintenir un taux de participation suffisant pour le principal volet de l'enquête.

Et 5 SSM répartis dans 7 implantations n'ont pas participé au recensement, ou n'ont pu fournir à temps des données exploitables. Ainsi, globalement, trois quarts des services ont participé à l'un des deux volets du recensement.

Tableau 1 - Taux de participation

	SSM	Implantations
Participants	17	21
Recensement longitudinal (SND)	9	11
Recensement transversal (MCS)	8	10
Non participant	5	7
Total	22	28

Figure 3 - Taux de participation



Liste des SSM CoCoF participants (17 sur 22) : le Centre Chapelle-aux-Champs ; le Centre de Guidance d'Etterbeek ; le Centre de Guidance d'Ixelles ; le Centre Médico-Psychologique du Service Social Juif ; le Nouveau Centre Primavera ; le SAS ; le SSM A.N.A.Ï.S. ; le SSM de Saint-Gilles ; le SSM La Gerbe ; le SSM L'Adret ; le SSM Le Chien Vert ; le SSM Le Grès ; le SSM Le Méridien ; le SSM Le Norois ; le SSM Le WOPS ; le SSM Sectorisé Uccle Forest Watermael-Boitsfort ; le SSM Ulysse.

– Inférence et montée en généralité :

Plus de trois quarts (17 sur 22) des SSM agréés CoCoF ont participé à l'un des deux volets du recensement. Cela représente un taux de participation satisfaisant. Mais il faut malgré tout rester prudent dans la généralisation des résultats à l'ensemble des SSM CoCoF car les services présentent d'importants écarts entre eux quant au phénomène étudié mais surtout, parce que le recensement a porté sur une période particulière qui ne peut prétendre être représentative du fonctionnement ordinaire de ces services.

En effet, l'enquête a été menée durant une période particulière de la pandémie de Covid-19, pandémie qui a altéré le fonctionnement ordinaire des services. Le pic de la seconde vague de contamination s'observe en Belgique vers la fin octobre 2020, et les mesures sanitaires de limitation des activités et des contacts sociaux mises en place pour l'enrayer dureront pendant toute la période que nous avons observée, du 2 novembre 2020 au 28 février 2021. Or, les responsables des services que nous avons rencontrés s'accordent pour constater que globalement, le flux des nouvelles demandes a été moindre durant les périodes de confinement. L'hypothèse d'un report de soins en santé mentale, comme cela s'est observé en santé somatique, est fort probable. Ainsi, la période observée serait plutôt marquée par une sous-demande et ne peut en tout cas pas être considérée comme représentative du fonctionnement ordinaire des SSM bruxellois.

De récentes informations provenant des coordinateurs des SSM convergent pour indiquer que le phénomène de saturation aurait été plus intense à partir du printemps 2021, mais nous ne pourrions indiquer dans quelle mesure.

Enfin, le lecteur averti notera que nous ne poserons pas la question de savoir si les résultats des analyses qui portent sur les nouvelles demandes enregistrées sont « statistiquement significatifs » ou non, et que nous ne présenterons pas ceux-ci avec des « marges d'erreur statistique ». En effet, ces deux notions permettent de mesurer dans quelles proportions les résultats observés peuvent être dus au hasard. Le hasard en question est lié aux distributions d'échantillonnage : lorsqu'on réalise une enquête auprès d'un échantillon aléatoire comprenant x observations parmi l'ensemble de la population d'intérêt, il faut admettre qu'un autre tirage aléatoire aurait donné lieu à un autre échantillon, comprenant aussi x observations, mais pas les mêmes. Ainsi, lorsqu'on s'appuie sur un échantillon aléatoire pour inférer les résultats observés à l'ensemble de la population d'intérêt, il faut accepter qu'avec les mêmes méthodes, les résultats auraient pu être légèrement différents si d'autres participants avaient été tirés au sort. Les marges d'erreur statistique permettent d'évaluer cette différence. Dans le cas de notre enquête cependant, nous avons choisi de réaliser un *recensement*. C'est-à-dire que l'ensemble de notre « population d'intérêt » (les nouvelles demandes reçues par les 22 SSM CoCoF entre novembre 2020 et février 2021) a été sélectionnée pour participer à l'enquête : nous avons effectivement contacté les 22 SSM CoCoF pour tenter de recenser l'ensemble des nouvelles demandes. Pas d'échantillon aléatoire, donc pas d'erreur statistique. Cela n'implique cependant pas que nos résultats soient généralisables à l'ensemble des SSM CoCoF « en général » : certains services ont accepté de participer et d'autres non, et notre recensement n'a porté que sur quatre mois qui ne reflètent pas le fonctionnement ordinaire des services. Mais ces différences entre la population cible et l'échantillon effectivement observé n'étant pas dues au hasard, nous ne pourrions les traiter comme des erreurs statistiques, il s'agit d'autres types de biais.

2.3. LES OUTILS DE COLLECTE ET D'ENCODAGE DES DONNÉES

Concrètement, comment ont été produites les données de l'enquête ? Deux outils distincts ont permis la collecte et l'encodage des données : l'outil « Suivi des nouvelles demandes » (SND) est le produit initial du groupe de travail et devait être l'unique outil de collecte et d'encodage. Mais face à la difficulté exprimée par certains services de libérer du temps de travail supplémentaire pour participer à l'enquête, un second outil d'encodage a été construit afin de réduire au strict minimum le travail d'encodage et d'assurer un taux de participation suffisant.

2.3.1. L'OUTIL « SND » : UN SUIVI LONGITUDINAL DU DEVENIR DES NOUVELLES DEMANDES

Voir Annexe 1 : Formulaire « SND » et Annexe 2 : Tableau d'encodage « SND ».

L'outil SND se présente sous la forme d'un formulaire papier d'une part, et d'un tableau d'encodage d'autre part.

Le choix du formulaire papier a été motivé à la fois par le fait que la plupart des services concernés collectent déjà les données administratives de cette manière avec un « double encodage » (d'abord sur papier, puis via un logiciel), et par le fait que le suivi des nouvelles demandes dans leur devenir nécessite de recueillir de l'information à différents moments et en différents lieux qui ne sont pas toujours équipés en matériel informatique. Le formulaire papier est ainsi apparu comme la méthode la plus facile et fiable pour collecter les données.

Le formulaire SND prend la forme d'une fiche recto-verso qui comprend 5 parties distinctes : la première permet de recueillir des informations personnelles au sujet du patient. Elle peut être complétée dès le premier contact, mais aussi ultérieurement, au fur et à mesure que le patient progresse dans les différentes étapes du processus d'accueil. Les 4 autres volets du formulaire permettent précisément de documenter ce processus d'accueil : la 1^{ère} partie permet d'encoder les informations relatives au premier contact avec le service, un 2^{ème} volet est consacré à l'éventuel entretien d'accueil et les deux dernières parties permettent de documenter, le cas échéant, la réorientation ou le nouveau suivi.

Le formulaire a été construit dans un souci de minimalisme : le nombre de variables mais aussi le nombre de modalités (réponses à cocher) a été réduit au minimum. Relativement à des données d'enquête, ces informations peuvent apparaître relativement pauvres ou imprécises, mais ce choix nous a semblé nécessaire pour assurer une bonne participation des services et pour éviter de gêner ou d'entraver leur bon fonctionnement et la qualité de l'accueil des nouvelles demandes. Il faut en effet garder à l'esprit que la collecte d'information est un acte qui intervient dans le processus d'accueil lui-même et qui doit rester compatible avec le cadre clinique de cette activité.

Plusieurs travailleurs distincts peuvent être impliqués dans la complétion d'une même fiche de suivi : généralement le premier contact est documenté par le secrétaire accueillant, mais les autres volets peuvent être complétés par les travailleurs en charge de l'entretien d'accueil, du rappel de l'utilisateur pour sa réorientation, ou du nouveau suivi. De manière générale, plus on avance dans le processus d'accueil, plus on multiplie les interlocuteurs et les moments de collecte, et plus les taux de complétion s'étiolent. Ainsi par exemple, l'envoyeur (« patient orienté ou envoyé par... ») est « inconnu » pour 4% et non complété pour moins de 0,5% de l'ensemble des premiers contacts enregistrés, tandis que la fonction du professionnel qui débute un nouveau suivi est non complétée pour près d'un tiers (31%) des nouvelles demandes auxquelles un nouveau suivi a été accordé. Collecter de l'information de manière longitudinale tout au long d'un processus d'accueil qui peut durer plusieurs semaines (en moyenne, 22 jours s'écoulent entre le 1^{er} contact et le 1^{er} rendez-vous de suivi) reste assez compliqué et cette enquête est aussi une occasion de mettre à l'épreuve notre méthodologie.

En principe, chaque fiche de suivi part du bureau d'accueil, qui reçoit les nouvelles demandes en première intention, suit le processus d'accueil et revient en fin de parcours au bureau d'accueil pour être encodée. Est alors utilisé un tableau d'encodage *ad hoc* dont les variables et modalités de réponse correspondent au formulaire, à l'exception de certains champs du formulaire qui contiennent des informations personnelles permettant d'identifier le patient ou du texte libre utile aux seuls intervenants. Ainsi, aucune « information personnelle » n'est encodée, au sens du RGPD, c'est-à-dire des informations permettant, seules ou couplées à d'autres variables de la base de données, d'identifier la personne. Seuls les tableaux de données anonymes sont envoyés au chercheur, les formulaires ne quittent pas les services.

2.3.2. L'OUTIL « MCS » : DES DONNÉES AGRÉGÉES POUR ASSURER UNE MEILLEURE PARTICIPATION DES SERVICES

Voir Annexe 3 : Tableau d'encodage « MCS »

Les données recueillies à l'aide de l'outil SND permettent non seulement de mesurer l'intensité de la saturation des services, mais aussi de mieux comprendre sa « structure » en termes de profil de patients et de trajectoire de soin. Mais elle nécessite un travail d'encodage conséquent que tous les services n'étaient pas prêts à réaliser. Pour assurer malgré tout un taux de participation correct, au moins pour les principaux objectifs de l'enquête, un second outil a été créé : l'outil « Mini comptage saturation » (MCS) prend la forme d'un tableau qui permet l'encodage de données *agrégées*. Chaque ligne correspond non pas à une nouvelle demande, mais bien à une semaine d'observation. Les variables, en colonne, permettent d'indiquer pour chaque semaine le nombre de personnes concernées par une nouvelle demande, un nouveau suivi, une réorientation, et de distinguer les réorientations « car le service est saturé » des réorientations « car la demande n'est pas adaptée au service ». Chacune de ces variables est scindée en 5 sous-variables pour distinguer les cinq principales fonctions professionnelles (psychiatrique, psychologique, sociale, logopédique et développementale) concernées par les nouvelles demandes, les nouveaux suivis, etc.

Cet outil a les défauts de ses qualités : il permet la production d'une information très sommaire, permettant de mesurer le degré de saturation des services mais pas d'en documenter la structure. En un mot : on sait combien, mais on ne sait pas quoi. L'information est donc plus pauvre, mais elle présente aussi le risque d'être de moindre qualité : en effet, contrairement à l'outil SND comprenant un formulaire et un tableau d'encodage, ici, aucun support d'encodage primaire (formulaire) n'a été imposé. La manière dont les services ont réalisé les comptages et agrégé les données reste peu visible et peu vérifiable. De manière générale, l'outil SND apparaît plus riche et plus fiable.

2.4. LES PRINCIPAUX INDICATEURS

Deux principaux indicateurs seront mobilisés pour l'analyse des résultats : le « taux d'absorption » et le « taux de saturation ». Ci-dessous, nous décrivons plus en détail leur construction.

2.4.1. TAUX D'ABSORPTION

Le *taux d'absorption* correspond à la part des nouvelles demandes qui peut donner lieu à un nouveau suivi. L'outil de recueil transversal « MSC » enregistre chaque semaine le nombre total de nouvelles demandes et le nombre total de nouveaux suivis, ce qui rend ce calcul assez simple. Avec l'outil de suivi des nouvelles demandes « SND », des choix méthodologiques s'imposent car plusieurs encodages peuvent témoigner d'un « nouveau suivi ». Nous avons choisi de prendre en compte pour cet indicateur les nouveaux suivis « décidés » et/ou les nouveaux suivis « datés » (cf. 4.3.3.).

Ainsi, le taux d'absorption ne correspond pas strictement à la proportion des nouvelles demandes donnant effectivement lieu à un nouveau suivi, mais à la proportion de nouvelles demandes auxquelles un nouveau suivi est accordé (et enregistré) par l'équipe. On comptabilise les décisions du service, plutôt que les nouveaux suivis effectifs. Peu importe les suites que le patient peut donner à cette décision. Si ce choix a une justification méthodologique liée aux pratiques d'encodage, il se justifie également sur le fond : ce que nous mesurons ainsi, c'est bien l'accessibilité du service pour les patients, en évacuant la question de la persévérance des patients dans leur demande.

2.4.2. TAUX DE SATURATION

Le *taux de réorientation pour motif de saturation*, ou plus simplement « taux de saturation » est la proportion de nouvelles demandes réorientées pour motif de saturation parmi l'ensemble des nouvelles demandes enregistrées. Là encore, l'outil d'encodage transversal « MCS » n'autorise pas beaucoup d'options méthodologiques a posteriori : seuls les deux motifs de réorientation les plus extrêmes peuvent être encodés : soit la demande est réorientée car « la demande n'est pas adaptée au service », soit elle est réorientée car « le service est saturé ». Trancher les cas ambigus est une tâche qui est alors pleinement déléguée au travailleur chargé de l'encodage. L'outil d'enregistrement longitudinal « SND » offre plus d'options parmi les motifs de réorientation, avec cinq motifs typiques : « âge du patient (hors tranche d'âge du service) » permet de renseigner les cas d'adultes appelant dans un service pour enfants ou inversement, le motif de demande « la demande ne peut pas être traitée par le service » permet de signaler les cas où le SSM ne peut offrir ce que la personne demande (par exemple, un hébergement, une aide juridique, etc. sont autant de services que les SSM ne proposent pas), le motif économique correspond aux situations où le patient est réorienté car il « dit avoir les moyens de consulter dans le privé » et ne nécessite pas un suivi multidisciplinaire,¹⁰ et enfin le motif géographique renseigne les cas de réorientations justifiés par le fait que le lieu de résidence du patient est trop éloigné du lieu d'implantation du service. En effet, avec le temps et en raison d'un contexte structurel de saturation, les services ont mis en place des critères formels pour « trier » les nouvelles demandes. Concevant le caractère social et local de leur mission, certains services s'appuient sur les critères économique et géographique pour réorienter une partie de leur patientèle. On pourrait interpréter les réorientations pour motif économique et géographique comme témoignant d'une situation de saturation au sens large. Cependant, pour éviter de multiplier les indicateurs et pour permettre une analyse plus cohérente des deux bases de données, nous n'avons retenu dans le taux de saturation que le cinquième critère qui fait explicitement référence à la saturation au sens plus restreint du terme : « suivi indiqué mais service saturé (pas de place) ».

¹⁰ En effet, pour la plupart des professionnels, réorienter un demandeur vers une consultation libérale n'est pas uniquement une question de « pouvoir d'achat » mais aussi une question d'indication clinique : un patient qui a les moyens de payer une consultation dans le privé mais qui, en raison de son profil clinique, nécessite d'être pris en charge au sein d'une équipe, ne sera en principe pas réorienté pour motif économique.

PRENDRE LA MESURE DE LA SATURATION (17 SSM, 2.503 NOUVELLES DEMANDES, ANALYSES DU DEVENIR DES NOUVELLES DEMANDES SELON LES FONCTIONS PROFESSIONNELLES ET LA TEMPORALITÉ)

Le recensement des nouvelles demandes a visé l'ensemble des 22 SSM agréés CoCoF en Région bruxelloise sur une période de quatre mois allant du 2 novembre 2020 au 28 février 2021. Plus de trois quarts des services, soit 17 sur 22, ont participé au recensement avec l'un des deux outils de recueil de données (cf. 2.2.3.). Nous avons agrégé les données recueillies auprès de l'ensemble de ces 16 services et en commentons les principaux résultats dans le présent chapitre. Nous pouvons ainsi donner un aperçu global du devenir des nouvelles demandes, et étudier ce phénomène selon les fonctions professionnelles concernées (psychiatrique, psychologique, sociale...) et selon la temporalité. Des analyses plus précises en termes de publics d'utilisateurs et de parcours de soin ne sont possibles qu'avec les données récoltées via l'outil de recueil longitudinal « SND » utilisé par 9 services. Elles seront développées ultérieurement.

3.1. ANALYSE GLOBALE DU DEVENIR DES NOUVELLES DEMANDES

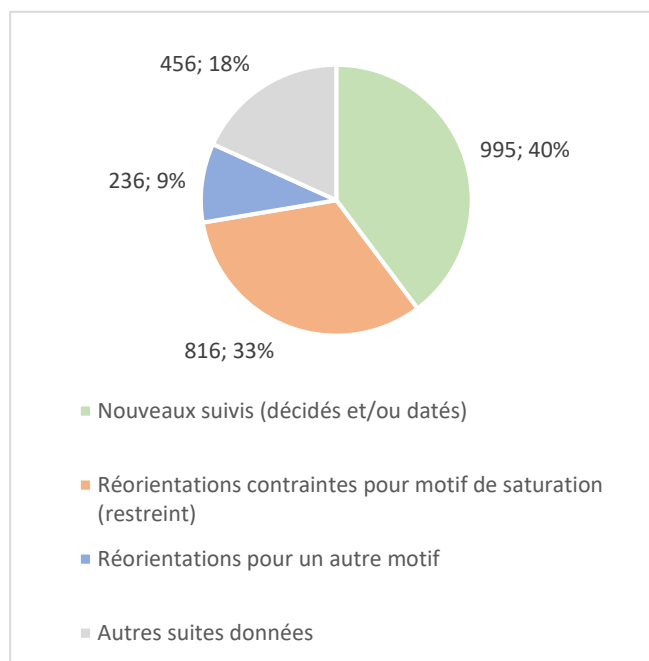
Sur l'ensemble de la période, ces 17 services ont enregistré au total **2.503 nouvelles demandes**. Parmi l'ensemble de ces nouvelles demandes, **995 (40%) ont donné lieu à une réponse favorable** du service pour débiter un nouveau suivi. Une proportion légèrement comparable, soit **42% des nouvelles demandes, a été réorientée** vers d'autres professionnels.

La saturation apparaît de loin comme le premier motif de réorientation : parmi l'ensemble des 995 nouvelles demandes réorientées, on compte en effet 816 nouvelles demandes réorientées de manière contrainte par le service en raison du manque de disponibilité. Ainsi, **le motif de saturation prévaut pour plus de trois quarts (78%) des réorientations**. Cela représente un tiers (33%) des réponses données à l'ensemble des nouvelles demandes. A contrario, seules 236 nouvelles demandes ont été réorientées pour un autre motif, soit moins d'un quart (22%) des réorientations et un dixième (9%) de l'ensemble des nouvelles demandes.

Tableau 2 - Devenir des nouvelles demandes recensées auprès de 17 SSM bruxellois entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2021 (n = 2.503)

	Effectif	% (part des nouvelles demandes)
Nouvelles demandes	2503	100%
Nouveaux suivis (décidés et/ou datés)	995	40%
Réorientations contraintes pour motif de saturation (restreint)	816	33%
Réorientations pour un autre motif	236	9%
Autres suites données	446	18%

Figure 4 - Devenir des nouvelles demandes recensées auprès de 17 SSM bruxellois entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2021 (n = 2.503)



Ces statistiques indiquent que, dans la plupart des cas, les nouveaux demandeurs sont plutôt bien orientés lorsqu'ils s'adressent à un SSM : moins de 1 demande sur 10 est réorientée pour un motif autre que la saturation (parce que la demande ne correspond pas à la fonction du service, parce que le demandeur réside en dehors de la zone géographique privilégiée par le service, parce qu'un suivi multidisciplinaire n'est pas indiqué et que le patient a les moyens de consulter dans le privé, etc.).¹¹ Sans les infirmer, ce constat nuance les perspectives qui insistent sur le manque d'accessibilité des SSM en raison de l'« illisibilité de l'offre » : à partir du moment où le premier contact avec un SSM est établi, le principal obstacle à l'accessibilité ne serait pas l'inadéquation entre la demande et la fonction du service, mais plutôt le manque de disponibilité du service. En effet, lorsqu'une nouvelle demande devrait donner lieu à un nouveau suivi du point de vue des professionnels qui l'accueillent, 1 fois sur 3 la demande doit malgré tout être réorientée par manque de place.

3.2. ANALYSES SELON LA FONCTION PROFESSIONNELLE¹²

¹¹ Notons que les réorientations pour certains « autres motifs », en particulier le motif géographique mais aussi le motif économique, pourraient être assimilés à des réorientations pour motif de saturation au sens large. En effet, dans nombre de services le tri des nouvelles demandes selon le lieu de résidence ou la possibilité économique de consulter dans le privé a été mis en place précisément pour faire face à la saturation. En l'absence d'une situation structurelle de saturation, ce type de réorientation n'aurait pas lieu d'être. Malgré cela, pour éviter de diluer la notion de saturation dans une définition trop large, nous nous concentrons ici uniquement sur les réorientations pour motif de saturation explicite, dans un sens plus restreint.

¹² Seules les données issues de 16 des 17 SSM participants ont été retenues pour l'analyse selon la fonction professionnelle car un SSM a utilisé une version d'essai du tableau d'encodage qui ne permet pas de réaliser

3.2.1. NOUVELLES DEMANDES

Au sein des services, à qui sont adressées ces nouvelles demandes ? Quelles sont les fonctions professionnelles les plus sollicitées ?

Les SSM sont organisés en équipes pluridisciplinaires regroupant une diversité de professionnels à qui peuvent être adressées des demandes de « suivi » au sens large (psychothérapies, accompagnements sociaux, thérapies de couple et de famille, bilans ou suivis courts, activités communautaires, testing, etc.).¹³

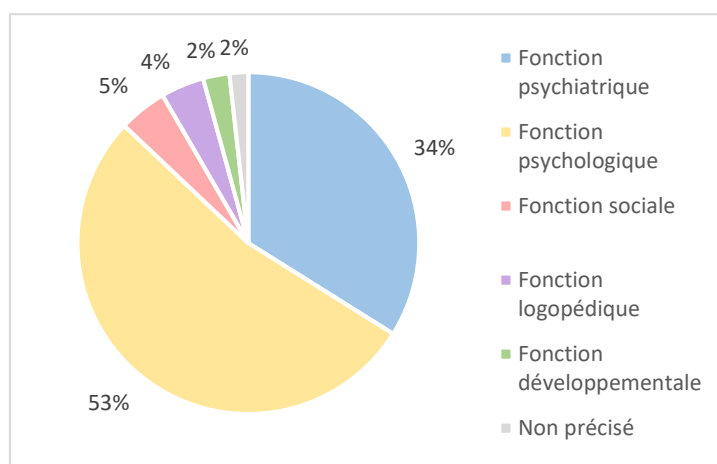
Dans la pratique, certaines demandes complexes sont adressées simultanément à plusieurs professionnels. Mais pour simplifier l'encodage de l'information, nous n'avons permis d'encoder que la fonction professionnelle *principalement* demandée. Cela gomme malheureusement la dimension pluridisciplinaire de l'accueil en SSM, mais cela nous a permis de maintenir un taux de complétion satisfaisant pour cette variable (98%).

Pour les besoins de l'enquête, nous avons distingué 5 principales fonctions professionnelles : la fonction psychiatrique est endossée par des psychiatres et pédopsychiatres, la fonction psychologique regroupe principalement des psychologues et travailleurs psychosociaux, la fonction sociale rassemble principalement des assistants sociaux, la fonction de développement regroupe les psychomotriciens et thérapeutes du développement, enfin la fonction logopédique comprend les logopèdes. Une fonction d'accueil est également présente dans chaque service mais, en principe, il n'est pas du ressort de cette fonction de se voir adresser des demandes de nouveaux suivis. Elle ne sera donc pas représentée ici.

Tableau 3 - Fonctions professionnelles principalement demandées parmi les nouvelles demandes recensées auprès de 16 SSM bruxellois entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2021 (n = 2.365)

	Effectif	%
Fonction psychiatrique	802	34%
Fonction psychologique	1257	53%
Fonction sociale	108	5%
Fonction logopédique	97	4%
Fonction développementale	59	2%
Non précisé	42	2%
Total	2365	100%

Figure 5 - Fonctions professionnelles principalement demandées parmi les nouvelles demandes recensées auprès de 16 SSM bruxellois entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2021 (n = 2.365)



cette analyse de manière homogène. Ces 16 SSM ont enregistré 2.365 nouvelles demandes durant la période étudiée.

¹³ Une analyse plus précise d'un sous-échantillon de 1.225 nouvelles demandes indique qu'il s'agit, dans la toute grande majorité des cas (1.181 soit 96%), de demandes de suivi individuel, de couple ou de famille.

Les résultats de l'enquête soulignent la centralité des fonctions psychologique et psychiatrique dans les SSM : elles se sont vues adressées ensemble 87% des nouvelles demandes enregistrées. Ces chiffres peuvent s'expliquer, mais doivent aussi être nuancés, en soulignant l'effet conjoint d'au moins trois facteurs :

- L'identification des SSM comme services spécialisés :

Les autres professionnels de l'aide et du soin, mais aussi les usagers eux-mêmes, identifient les SSM comme des services « psy » associés aux fonctions psychologique et psychiatrique. Dans ce sens, ces chiffres sont peu surprenants et les fonctions psychologique et psychiatrique apparaissent en effet bien plus sollicitées que les autres au sein des SSM.

- La structure de l'offre pluridisciplinaire au sein des SSM :

Toutes les fonctions professionnelles ne sont pas représentées de la même manière au sein des SSM. Assez logiquement, les fonctions professionnelles qui comptent le plus de personnel se voient adresser davantage de nouvelles demandes. Comment mesurer cette dimension ? Les travailleurs n'étant pas toujours employés à temps plein, on se concentrera ici sur le nombre d'équivalents temps plein (ETP) pour quantifier le poids de chaque fonction professionnelle dans la force de travail totale des services. Étant donné la diversité des sources de financement des services, prendre la mesure de l'offre de soin en SSM nécessiterait de réaliser un cadastre auprès des services, ce qui n'a pas pu être réalisé dans le cadre de cette enquête. On peut cependant s'appuyer sur les données administratives transmises par la CoCoF qui indiquent le poids relatif des fonctions professionnelles dans le financement du « cadre » agréé¹⁴ : à l'exclusion de la fonction d'accueil, le personnel des 22 SSM CoCoF financé par le cadre CoCoF représente en 2021 191 ETP, parmi lesquels 20,5% relèvent de la fonction psychiatrique, 46,5% de la fonction psychologique et 33% de la fonction sociale. À première vue, on observe donc une sous-sollicitation de la fonction sociale qui représente un tiers des intervenants mais seulement 5% des nouvelles demandes, et une sur-sollicitation de la fonction psychiatrique qui représente 1 ETP sur 5 mais qui se voit attribuer 1 nouvelle demande sur trois. Ces observations doivent cependant être relativisées : d'une part, parce que nous nous appuyons sur des données partielles pour estimer la force de travail dans les services, et d'autre part parce que le poids relatif de chaque fonction professionnelle dans l'attribution des nouvelles demandes est orienté par les facteurs organisationnels que nous décrivons ci-dessous.

- L'organisation interne des services :

Dans la plupart des cas, l'organisation de l'accueil du public au sein des services implique que les fonctions « non psy » (ni psychologique, ni psychiatrique) interviennent le plus souvent dans un second temps, après l'analyse de la demande, voire une fois le suivi déjà entamé, pour remplacer ou épauler un collègue. Ces prises en charge « en 2^{ème} ligne » au sein du service n'apparaissent pas dans les chiffres de notre enquête car ceux-ci indiquent uniquement la fonction principalement sollicitée lors du 1^{er} contact. De manière générale, il ne faut donc pas interpréter la part des

¹⁴ Nous renvoyons le lecteur à la note 1 pour plus de précisions à ce sujet.

nouvelles demandes attribuées à chaque fonction professionnelle comme un indicateur du volume de travail demandé à chaque fonction.

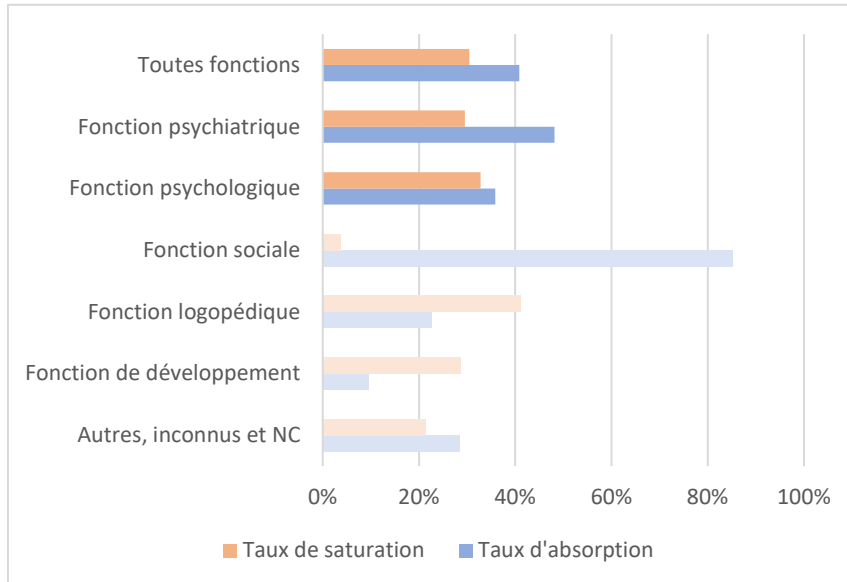
3.2.2. NOUVEAUX SUIVIS ET SATURATION

Certaines fonctions professionnelles apparaissent-elles davantage saturées que d'autres ? Pour répondre à cette question, nous avons analysé la part de nouvelles demandes réorientées pour motif de saturation (« taux de saturation »), et la part de nouvelles demandes qui peuvent donner lieu à un nouveau suivi (« taux d'absorption »), pour chaque fonction professionnelle.

Tableau 4 - Taux d'absorption et taux de saturation selon la fonction professionnelle concernée par les nouvelles demandes adressées à 16 SSM entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2021

	Nouvelles demandes	Nouveaux suivis (décidés et/ou datés)	Réorientations pour motif de saturation (restreint)	Taux d'absorption	Taux de saturation
Fonction psychiatrique	802	386	237	48%	30%
Fonction psychologique	1257	451	412	36%	33%
Fonction sociale	108	92	4	85%	4%
Fonction logopédique	97	22	40	23%	41%
Fonction de développement	73	7	21	10%	29%
Autres, inconnus et NC	28	8	6	29%	21%
Toutes fonctions	2365	966	720	41%	30%

Figure 6 - Taux d'absorption et taux de saturation selon la fonction professionnelle concernée par les nouvelles demandes adressées à 16 SSM entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2021



Ces résultats mettent en évidence certaines différences entre les deux principales fonctions actives au sein des SSM : la fonction psychologique présente un taux de saturation supérieur à la moyenne (33% contre 30% en moyenne), et un taux d'absorption plus faible que la moyenne (36% contre 41% en moyenne). Ainsi, la première fonction professionnelle des SSM, en termes de nombre de nouvelles demandes adressées en première intention, apparaît aussi plus saturée que les autres.

La fonction psychiatrique, qui donne une suite favorable à 48% des nouvelles demandes qui lui sont adressées, présente un taux d'absorption supérieure à la moyenne (41%), sans que cela ne parvienne à faire chuter son taux de saturation qui reste égale au taux de saturation global (30%). Cela reflète probablement la place particulière des psychiatres et pédopsychiatres au sein des équipes : ils auraient en effet tendance, en moyenne, à accepter un plus grand nombre de patients en assurant des prestations d'une plus courte durée, en particulier lorsqu'il s'agit de suivis de médicaments.

Les indicateurs des trois autres fonctions professionnelles varient fortement, surtout en raison des faibles effectifs concernés. Pour cette raison, et pour les autres motifs développés précédemment, nous ne nous risquons pas à interpréter ces taux.

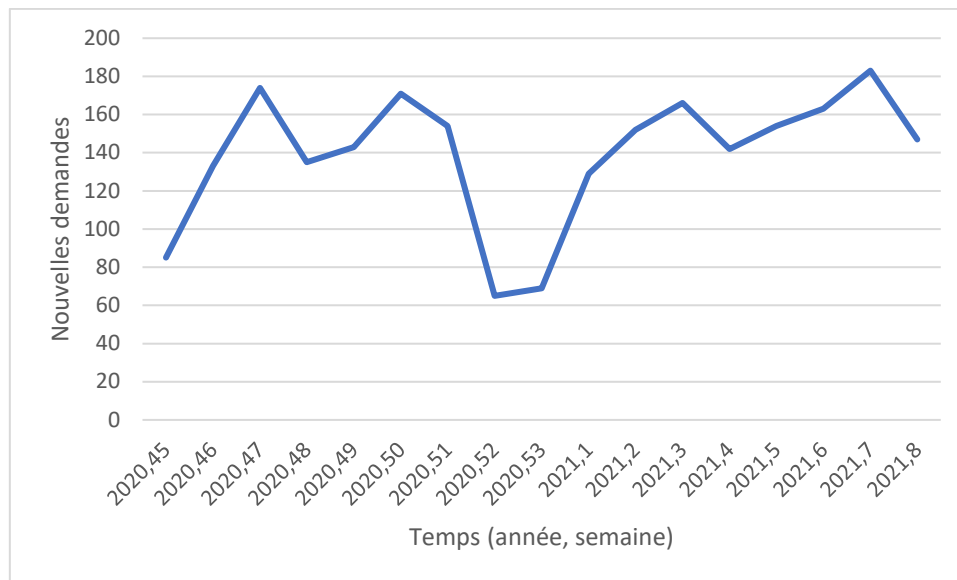
3.3. ANALYSES SELON LA TEMPORALITÉ

3.3.1. LES VARIATIONS DANS LE FLUX DES NOUVELLES DEMANDES AU FIL DU TEMPS

2.365 nouvelles demandes ont été enregistrées par les 16 SSM participants entre le 2 novembre 2020 (début de la 45^{ème} semaine de l'année 2020) et le 28 février 2021 (fin de la 8^{ème} semaine de l'année 2021). La répartition au fil du temps des 2.365 nouvelles demandes enregistrées présente deux fluctuations importantes : la première est située au tout début du mois de novembre 2020 (45^{ème} et 46^{ème} semaines de 2020). Elle doit être comprise comme un biais lié à l'introduction de l'outil d'enregistrement des nouvelles demandes. Tous les services n'ont pas commencé l'enregistrement dès le 2 novembre : ainsi, les mesures des semaines du 2 et du 9 novembre 2020 sont plus faibles qu'elles n'auraient dû l'être. La seconde fluctuation notable s'est produite durant les semaines du 21 et du 28 décembre 2020 (52^{ème} et 53^{ème} semaines de 2020) durant lesquelles on remarque une baisse importante du nombre de nouvelles demandes. Ces deux semaines correspondent aux vacances scolaires d'hiver (Noël). Ordinairement, les

services – et en particulier les équipes enfants – observent en effet une diminution de leur activité durant les périodes de vacances scolaires.

Figure 7 - Évolution au cours du temps du nombre de nouvelles demandes enregistrées chaque semaine par 16 SSM bruxellois entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2021



3.3.2. LA FRÉQUENCE DES NOUVELLES DEMANDES

Si l'on fait abstraction des deux premières semaines d'enregistrement (biais de mesure), 2.174 nouvelles demandes ont été enregistrées durant 15 semaines, soit 145 nouvelles demandes par semaine en moyenne. Si l'on exclut également du compte les deux semaines de vacances scolaires, 2.013 nouvelles demandes ont été enregistrée durant 13 semaines, soit une moyenne de 155 nouvelles demandes par semaine pour l'ensemble des 16 SSM (20 implantations) participantes, soit une dizaine de nouvelles demandes par SSM par semaine en moyenne.

Il faut cependant rester prudent quant à la tentation de généraliser ces résultats. Rappelons en effet que la période observée correspond à un moment particulier de la crise sanitaire du Covid-19 : le pic de la seconde vague de contamination s'observe en Belgique vers la fin octobre 2020, et les mesures sanitaires de limitation des activités et des contacts sociaux mises en place pour l'enrayer dureront pendant toute la période que nous avons observée. Or, les responsables de service que nous avons rencontrés s'accordent pour constater que globalement, le flux des nouvelles demandes a été moindre durant les périodes de confinement. L'hypothèse d'un report de soins en santé mentale, comme cela s'est observé en santé

somatique, est fort probable. Ainsi, la période observée serait plutôt marquée par une sous-demande et ne peut en tout cas pas être considérée comme représentative de l'« après crise sanitaire ». Rappelons enfin une limite inhérente à ce type de recueil de données : le risque d'omissions. Toutes les nouvelles demandes adressées aux services participants ont-elles effectivement été enregistrées ? Il est fort probable que non, mais nous n'avons pas les moyens de savoir dans quelle mesure ces omissions sont importantes. Le nombre de nouvelles demandes enregistrées est donc certainement plus faible que le nombre réel de nouvelles demandes traitées par les services.

L'IMPACT DIFFÉRENCIÉ DE LA SATURATION (9 SSM, 1.225 NOUVELLES DEMANDES, ANALYSES DU DEVENIR DES NOUVELLES DEMANDES SELON LE GENRE, L'ÂGE, STATUT SOCIO-ÉCONOMIQUE, LE LIEU DE RÉSIDENCE ET LE TRAJET DE SOIN)

Parmi les 16 SSM (20 implantations) participants, 9 SSM (11 implantations) ont fourni des données permettant d'analyser plus en détail le profil socio-démographique des « néo-demandeurs » (cf. 2.3.1.), c'est-à-dire des personnes *pour qui* une nouvelle demande de suivi a été adressée à un service durant la période étudiée. Si le taux de participation des services (41%) à ce volet de l'enquête a été trop faible pour fournir des résultats généralisables à l'ensemble des SSM CoCoF bruxellois, l'analyse du devenir des 1.225 nouvelles demandes recensées nous permet néanmoins d'estimer certaines tendances et d'appuyer des hypothèses qui mériteront d'être vérifiées de manière plus rigoureuse dans le cadre d'enquêtes ultérieures.

Nous pouvons ainsi apporter des premiers éléments de réponse quant à l'impact différencié de la saturation des services de santé mentale sur les différents publics en termes d'âge et de genre (cf. 4.4.), de statut socio-économique (cf. 4.5.), de situation géographique (cf. 4.6.) et de trajectoire de soins (cf. 4.7.). Cette base de données plus détaillée permet en outre d'étudier avec plus de finesse le devenir des nouvelles demandes, en particulier celles qui ne sont ni acceptées (nouveau suivi accordé) ni réorientées par les services (cf. 4.3.1.).

4.1. POINT MÉTHODOLOGIQUE : INTRODUCTION À LA BASE DE DONNÉES « SND »

Avant de présenter ces analyses, il convient cependant de décrire brièvement quelques différences entre les résultats globaux que nous avons présentés précédemment (cf. 3.) et ceux observés au sein de la base de données plus restreinte « SND ».

Relativement aux résultats globaux (16 SSM), les données plus détaillées se rapportant à 9 SSM parmi les 16 laissent apparaître une plus grande part de nouvelles demandes qui n'aboutissent ni à un nouveau suivi, ni à une réorientation (catégorie « autres suites données » : 24% contre 19% pour les 16 SSM). Cela peut s'expliquer par des différences réelles entre les services, mais aussi par des différences dans les pratiques d'encodage : l'outil de recueil de données longitudinal (SND) utilisé par le sous-échantillon de 9 SSM permet de mieux identifier le devenir de chaque nouvelle demande, y compris quand le parcours est atypique ou quand le demandeur ne donne pas suite.

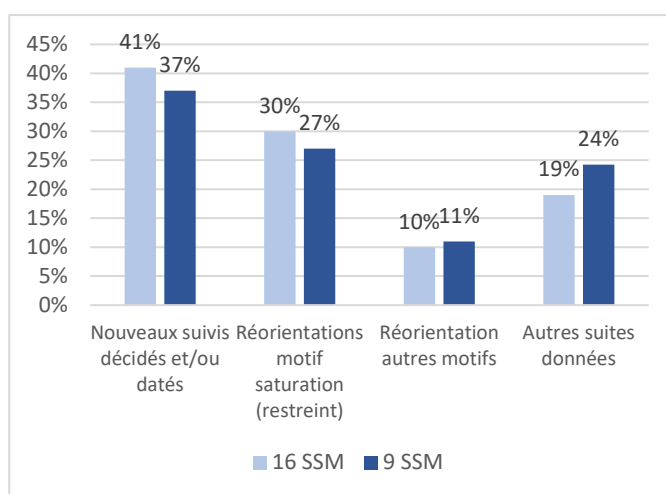
Par ailleurs, la nature longitudinale de ce recueil conduit nécessairement, durant les dernières semaines d'encodage, à enregistrer des nouvelles demandes dont l'issue n'advient qu'après la période de recueil et ne sera donc pas enregistrée. Ce biais spécifique ne se présente pas avec l'outil transversal (MCS) qui consiste à compter chaque semaine la somme des nouvelles demandes, nouveaux suivis et réorientations enregistrées par le service, sans encoder le devenir de chaque nouvelle demande. Cela pourrait expliquer la fréquence plus importante des « autres suites données » observée dans les données SND (9 SSM) au détriment des nouveaux suivis et réorientations.

Par un effet de vases communicants, cette sur-proportion d'« autres suites données » réduit la part des autres catégories de devenir : seuls 37% des nouvelles demandes encodées par les 9 SSM participant au recueil « SND » donnent lieu à un nouveau suivi (décidé et/ou daté), contre 41% globalement (MCS et SND), et les réorientations pour motif de saturation sont elles aussi moins fréquentes (27% contre 30%). Seules les réorientations pour autres motifs ne subissent pas cet effet (11% contre 10%).

Tableau 5 - Comparaison des résultats obtenus avec l'outil de suivi longitudinal « SND » (9 services) et des résultats globaux « MCS » et « SND » (16 services)

		16 SSM (MCS+SND)	9 SSM (SND)
Nouvelles demandes	Effectif	2365	1225
	%	100%	100%
Nouveaux suivis (décidés et/ou datés)	Effectif	966	453
	%	41%	37%
Réorientations pour motif de saturation (restreint)	Effectif	720	328
	%	30%	27%
Réorientations pour un autre motif	Effectif	233	137
	%	10%	11%
Autres suites données	Effectif	453	297
	%	19%	24%

Figure 8 - Comparaison des résultats obtenus avec l'outil de suivi longitudinal « SND » (9 services) et des résultats globaux « MCS » et « SND » (16 services)



4.2. LES TYPES DE SUIVI DEMANDÉS

Quel est l'objet des nouvelles demandes enregistrées ? Que demandent les personnes qui s'adressent aux SSM ? Malgré le développement de plus en plus important par les SSM d'activités alternatives à la consultation (on pense principalement aux activités collectives), il faut constater que les nouvelles demandes visent, dans leur très grande majorité (90%), des suivis individuels pour enfant/adolescent ou pour adulte. Les suivis de famille et de couple, pratiqués de longue date par les services, ne sont visés que par respectivement 4% et 2% des nouvelles demandes. Une faible proportion qui s'explique entre autres par le fait que certains suivis de ce type débutent sous une forme individuelle avant qu'un conjoint ou que des membres de la famille ne rejoigne le primo demandeur. Les données collectées ici ne se rapportent en effet qu'à la demande formulée en première intention, lors du premier contact avec le service. Cette même explication serait également valable pour d'autres types de suivi, comme les activités collectives. Relativement à ce dernier cas, il faut également souligner que ceux-ci sont parfois organisés dans le cadre de projets particuliers qui disposent de leur propre voie d'accueil et d'enregistrement d'activité.

Tableau 6 - Répartition selon le type de suivi demandé et la catégorie d'âge des nouvelles demandes enregistrées par 9 SSM du 2 novembre 2020 au 28 février 2021

Type de suivi demande en 1ère intention	Enfant		Adulte		Tous	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
...suivi adulte individuel	10	3%	666	87%	761	62%
...suivi enfant/ado individuel	294	87%	28	4%	345	28%
...suivi de famille	19	6%	27	4%	53	4%
...suivi de couple	1	0%	17	2%	22	2%
...bilan ou suivi court	7	2%	4	1%	12	1%
...information (pas de suivi demandé)	2	1%	8	1%	13	1%
...activité collective	0	0%	1	0%	1	0%
...testing	3	1%	0	0%	5	0%
Autre	0	0%	2	0%	2	0%
NC	1	0%	9	1%	11	1%
Total général	337	100%	762	100%	1225	100%

4.3. LE DEVENIR DES NOUVELLES DEMANDES

L'outil de suivi longitudinal a permis d'enregistrer de manière plus détaillée le devenir des nouvelles demandes. Avec l'appui du groupe de travail, l'outil de recensement a été construit de manière à prendre en compte la diversité des procédures d'accueil dans les SSM (cf. 2.). Quatre étapes majeures du parcours d'une nouvelle demande ont été identifiées : 1) le premier contact avec le service, 2) l(es) entretien(s) d'accueil (facultatif), puis, selon la décision du service : 3a) la réorientation ou 3b) le nouveau suivi (cf. 2.3.).

La figure 10 illustre les principaux résultats observés. Ceux-ci se rapportent au « devenir ultime » des nouvelles demandes (une nouvelle demande ayant donné lieu à un entretien d'accueil puis à un nouveau suivi est comptée uniquement comme un nouveau suivi). Ainsi, en principe chaque nouvelle demande n'est comptée qu'une seule fois. Toutefois, quelques doubles comptages peuvent apparaître en raison d'erreurs d'encodage. Cela explique par exemple que la somme des nouveaux suivi (n=453), des réorientations (n=482) et des autres suites données (n=297) excède de 7 unités le total des nouvelles demandes (1225). Cette marge d'erreur reste toutefois dans des proportions négligeables.

Indications de lecture supplémentaires : les % indiqués entre parenthèse se rapportent à l'ensemble des nouvelles demandes ; les % suivis d'un astérisque se rapportent au sous-total du niveau hiérarchique supérieur. Les couleurs reflètent cette fréquence relative au sous-total supérieur : plus la case est foncée, plus elle comprend une part importante de l'effectif du niveau hiérarchique supérieur. On lit par exemple : 328 « réorientations pour motif de saturation (restreint) » représentent 27% de l'ensemble des nouvelles demandes et 68% des « réorientations décidées et/ou motivées ».

Figure 9 - Schéma synthétique du devenir des nouvelles demandes recensées auprès de 9 SSM bruxellois entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2021



4.3.1. NI NOUVEAU SUIVI, NI RÉORIENTATION : UN QUART DES NOUVELLES DEMANDES ONT UN PARCOURS ATYPIQUE

La Figure 10 nous permet de mieux comprendre le devenir de près d'un quart des nouvelles demandes (24%) qui n'aboutissent ni à l'octroi d'un nouveau suivi, ni à une réorientation : 8% de l'ensemble des nouvelles demandes tombent dans la catégorie résiduelle « Autres et non précisés ». C'est une limite de l'enquête qu'il faut accepter : il n'est pas possible d'encoder le devenir de toutes les nouvelles demandes enregistrées. 7% sont des nouvelles demandes qui ont été classées sans suite dès le premier contact, 5% sont restées sur liste d'attente jusqu'à la fin de la période d'enregistrement. 1% ont été classées sans suite à l'issue d'un entretien d'accueil prévu auquel le patient ne s'est pas présenté, 2% des nouvelles demandes ont donné lieu à un deuxième entretien d'accueil sans qu'une autre issue ne soit enregistrée. Enfin, 1% des nouvelles demandes enregistrées consistaient en fait uniquement en une demande d'information ponctuelle, sans réelle demande de suivi. Notons également que parmi ces 24% de nouvelles demandes ni acceptées, ni réorientées, un tiers (33%, soit 8% de l'ensemble des nouvelles demandes) ont donné lieu à un rendez-vous pour un entretien d'accueil à la suite du 1^{er} contact avec le service. Il est donc fort probable que ces 24% de nouvelles demandes ni acceptées, ni réorientées, correspondent en partie à des demandes qui pourraient aboutir ultérieurement à un nouveau suivi, en partie à des demandes qui s'éteignent parce qu'elles ont trouvé une suite favorable ailleurs, et en partie à des demandes qui s'essouffent en raison d'un délai d'attente trop long.

4.3.2. LES DÉLAIS D'ATTENTE : L'AUTRE FACE DE LA SATURATION

Cette dernière hypothèse est soutenue par une analyse des délais d'attente : le délai d'attente entre le 1^{er} contact et un entretien d'accueil, lorsque celui-ci est proposé (cela concerne 206 cas après exclusion des valeurs aberrantes), est en moyenne de deux semaines (15,4 jours). La médiane est presque identique : au moins 50% des entretiens d'accueils sont proposés dans un délai de 14 jours maximum, et 10% des entretiens d'accueil sont planifiés dans un délai dépassant 30 jours. Si l'on se concentre sur les 342 nouvelles demandes pour lesquelles les dates de 1^{er} contact et de début de nouveau suivi ont été encodées et ne sont pas aberrantes, on observe un délai moyen de 22 jours entre le premier contact et le 1^{er} rendez-vous de suivi. Le délai médian est quant à lui de 18 jours, ce qui signifie qu'au moins 50% des nouveaux suivis datés débutent dans un délai de maximum 18 jours. Un délai de 30 jours est quant à lui dépassé pour 28% des nouvelles demandes aboutissant à un nouveau suivi daté. Il en est donc en effet probable qu'une partie des 24% de nouvelles demandes qui n'ont été ni acceptées, ni réorientées, se soient en réalité essouffées en raison d'une trop longue attente. Cette réalité n'est pas couverte par le « taux de réorientation pour motif de saturation », qui est le principal indicateur de saturation que nous utilisons. Elle témoigne pourtant bel et bien du même phénomène.

Tableau 7 - Délais d'attente moyens (jours) entre le 1er contact et un entretien d'accueil ou un nouveau suivi, calculés à partir des nouvelles demandes enregistrées par 9 SSM entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2021

	Délai entre 1er contact et 1er entretien d'accueil	Délai entre 1er contact et 1er entretien de suivi
Nombre de nouvelles demandes concernées	206	342
Délai moyen (jours)	15,4	22
Délai médian (jours)	14	18
Part des cas avec un délai supérieur à 30 jours	10%	28%

4.3.3. LA DIFFICILE SAISIE DES « NOUVEAUX SUIVIS »

Le suivi longitudinal des nouvelles demandes permet également de mieux comprendre la catégorie « nouveaux suivis décidés et/ou datés ». L'outil de recensement SND permet en effet d'enregistrer un « nouveau suivi » de différentes manières dont voici les deux principales : l'issue « nouveau suivi » peut être encodée comme « suites données » au premier contact ou à l'entretien d'accueil d'une part, et il est également demandé d'encoder quelques informations au sujet du nouveau suivi lorsqu'un premier entretien est prévu, dont la plus sommaire est la date. En principe les deux informations se recouvrent, mais nous observons des écarts. Ainsi, toutes les nouvelles demandes pour lesquelles une date de 1^{er} rendez-vous de suivi a été encodée représentent la part de « nouveaux suivis datés », soit 29% des nouvelles demandes. Mais 8% de l'ensemble des nouvelles demandes donnent lieu à l'octroi d'un nouveau suivi sans qu'aucune information ne soit encodée au sujet du 1^{er} rendez-vous, pas même sa date (« nouveaux suivis décidés mais non datés »). Ces cas s'expliquent probablement par la difficulté de documenter le devenir d'une nouvelle demande jusqu'à son terme : les informations sont bien encodées à l'étape du premier contact mais plus rarement complétées lors des étapes ultérieures, en raison du temps et du nombre d'interlocuteurs qui séparent le début du processus de son terme.

Il reste néanmoins intéressant de se pencher plus en détail sur le devenir des nouvelles demandes pour lesquelles un 1^{er} rendez-vous de suivi a été accordé et daté : on observe ainsi que 64% de ces rendez-vous sont enregistrés comme honorés par le patient, 10% sont manqués par le patient, mais l'information est inconnue ou non complétée pour 25% des cas (ce qui reflète à nouveau la difficulté d'enregistrer précisément les dernières étapes du devenir des nouvelles demandes). Si l'on exclut simplement cette part d'inconnue, on obtient un taux de présence du patient au 1^{er} rendez-vous de 86% (contre 14% d'absence). Mais cette opération conduit probablement à surestimer le taux de présence : en supprimant les données inconnues, on fait comme si elles se distribuaient de la même manière que les données connues. Or, il est fort probable qu'il y ait davantage de données manquantes concernant des rendez-vous non-honorés qu'au sujet des rendez-vous auquel le patient est présent.

4.4. ANALYSES SELON LE GENRE ET L'ÂGE

4.4.1. LA FRÉQUENCE DES NOUVELLES DEMANDES SELON LE GENRE ET LA CATÉGORIE D'ÂGE DU DEMANDEUR

Parmi les 1.225 nouvelles demandes recensées via l'outil « SND » (cf. 2.3.1.), on compte 651 (53%) nouvelles demandes attribuées à des femmes, et 564 (46%) à des hommes (le genre est inconnu pour 10 (1%) nouvelles demandes). Si l'on tient compte de la répartition des femmes et des hommes dans la population bruxelloise¹⁵ (51% de femmes et 49% d'hommes), on observe que les femmes ont 1,11 fois plus de « risque » que les hommes d'être sujet d'une nouvelle demande. C'est ce qu'indique le calcul des « risques relatifs » (RR) qui permet de comparer le « risque » d'être sujet d'une nouvelle demande (R) selon le genre, calculé en nombre de nouvelles demandes par 100.000 habitants (ND/cmh).

Tableau 8 - Risques relatifs (RR) d'être sujet d'une nouvelle demande selon le genre calculés à partir des nouvelles demandes enregistrées par 9 SSM entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2022

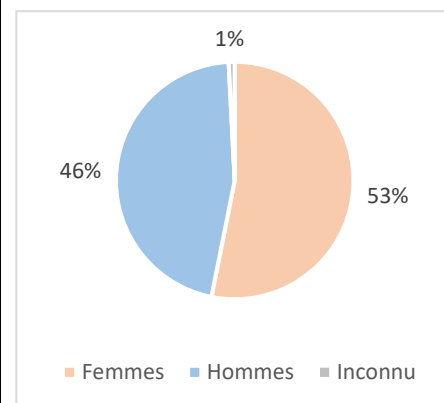
	Population bruxelloise		Sujets d'une nouvelle demande SSM				
	Effectif	% Total	Effectif	% Total	% Total exceptés inconnus	R (ND /cmh)	RR
Femmes	620.896	51%	651	53%	54%	104,8	1,11
Hommes	599.074	49%	564	46%	46%	94,1	1,00
Inconnus	0	0%	10	1%	/		
Total	1.219.970	100%	1225	100%	/	100,4	1,07

Les données relatives à la population bruxelloises sont issues de Statbel

<https://statbel.fgov.be/fr/themes/population>

Les données relatives aux nouvelles demandes adressées aux SSM bruxellois sont issues du recensement réalisé auprès de 9 SSM entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2020 (n = 1.225)

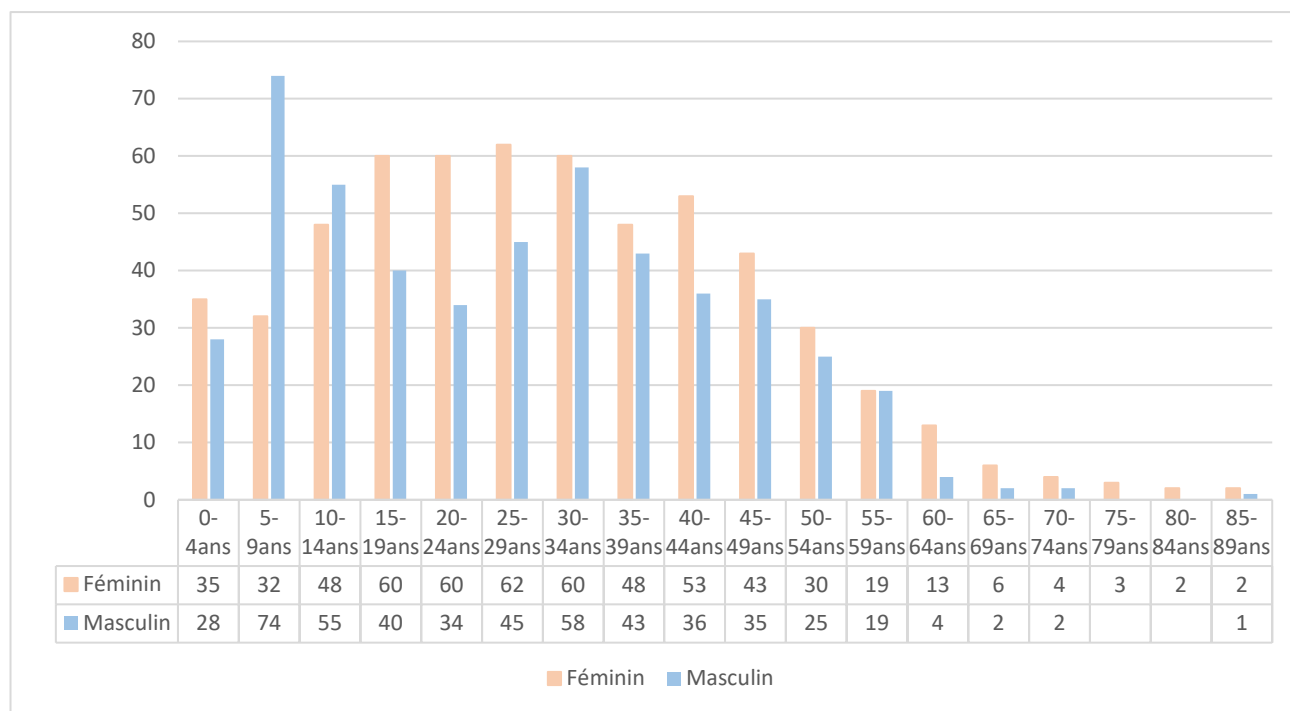
Figure 10 - Répartition selon le genre des nouvelles demandes enregistrées par 9 SSM entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2022



Ces moyennes cachent cependant d'importantes disparités selon l'âge : en effet, les nouvelles demandes concernant des enfants, et particulièrement ceux âgés de 5 à 9 ans, sont plus fréquemment masculines, tandis que les femmes sont davantage représentées parmi les nouvelles demandes concernant des jeunes adultes, en particulier les 15-29 ans, mais aussi de manière plus ténue parmi les adultes de 35 ans et plus.

¹⁵ Seules 6% des 1.225 nouvelles demandes recensées concernent des personnes qui déclarent résider en dehors du territoire de la Région bruxelloise. Il nous paraît donc pertinent de réaliser différentes comparaisons entre la population concernée par les nouvelles demandes recensées et la population bruxelloise en général.

Figure 11 - Répartition selon le genre et la classe d'âge des nouvelles demandes recensées auprès de 9 SSM bruxellois entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2021



De manière générale, si l'on s'intéresse à la proportion de femmes et d'hommes parmi les nouvelles demandes au sein des catégories d'âge « enfants » (<18 ans) et « adultes » (18 ans et +), on observe des tendances opposées : parmi les enfants, les filles ne représentent que 45% des nouvelles demandes, et les garçons 54% (reste 1% pour lesquels le genre est inconnu). Ainsi, le « risque » d'être sujet d'une nouvelle demande quand on est une fille n'est que 0,86 fois (14% moindre que) celui des garçons. Parmi les adultes au contraire, les femmes représentent 57% des nouvelles demandes et les hommes 43% (proportion d'inconnus <0,5%). Ainsi, ces dernières ont 1,26 fois plus de « risque » que les hommes d'adresser une nouvelle demande à un SSM.

Figure 12 - Répartition selon le genre des nouvelles demandes « enfants » (<18 ans) recensées par 9 SSM bruxellois du 2 novembre 2020 au 28 février 2022 (n = 337)

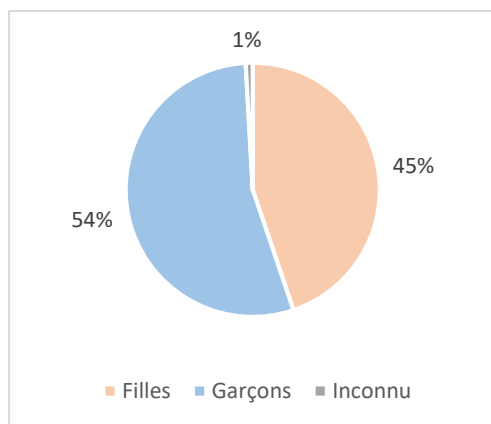


Figure 13 - Répartition selon le genre des nouvelles demandes « adultes » (18 ans et +) recensées par 9 SSM bruxellois du 2 novembre 2020 au 28 février 2022 (n = 762)

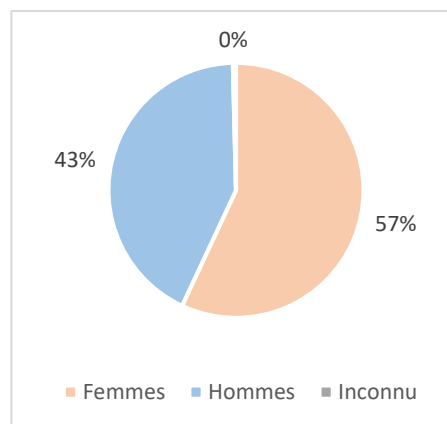


Tableau 9 - Risque relatif (RR) d'être sujet d'une nouvelle demande en SSM selon le genre, parmi les enfants

		Population bruxelloise		Sujets d'une nouvelle demande en SSM				
		Effectif	% Enfants	Effectif	% Enfants	% Sans inconnus	R (ND/cmh)	RR (=R _x /R _{garçons})
Enfants (<18 ans)	Filles	134.558	49%	151	45%	45%	112,2	0,86
	Garçons	140.995	51%	183	54%	55%	129,8	1,00
	Inconnus	0	0%	3	1%	/		
	Sous-total Enfants	275.553	100%	337	100%	/	122,3	1,07

Tableau 10 - Risque relatif (RR) d'être sujet d'une nouvelle demande en SSM selon le genre, parmi les adultes

		Population bruxelloise		Sujets d'une nouvelle demande en SSM				
		Effectif	% Adultes	Effectif	% Adultes	% Sans inconnus	R (ND/cmh)	RR (=R _x /R _{garçons})
Adultes (18 ans et +)	Femmes	486.338	51%	434	57%	57%	89,2	1,26
	Hommes	458.079	49%	325	43%	43%	70,9	1,00
	Inconnus	0	0%	3	0%	/		
	Sous-total Adultes	944.417	100%	762	100%	/	80,7	1,14

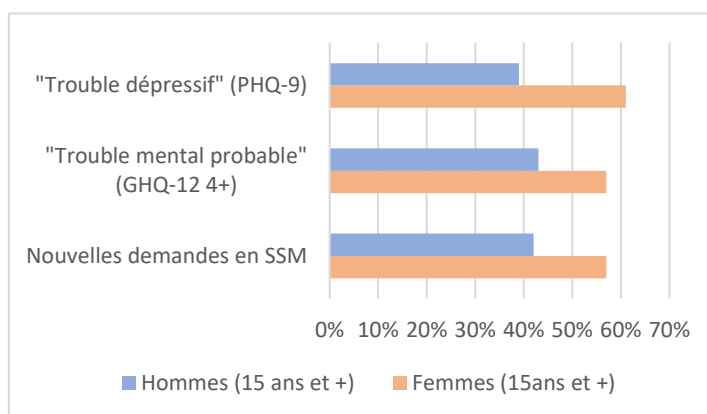
Les données relatives à la population bruxelloises sont issues de Statbel <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population>

Le fait que les femmes adultes soient plus fréquemment porteuses d'une nouvelle demande en SSM que les hommes est concordant avec les résultats d'enquêtes épidémiologiques qui indiquent que les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à déclarer une situation de détresse psychologique : 23% des femmes et 17% des hommes bruxellois de 15 ans et plus exprimaient en 2018 une situation de détresse psychologique révélatrice d'un « trouble mental probable » (score GHQ 4+) selon l'Enquête de santé de Sciensano (Gisle, 2020, p.220)¹⁶. Autrement dit, parmi les Bruxellois en détresse psychologique sévère, environ 57% sont des femmes et 43% des hommes. Si l'on s'intéresse à un autre indicateur de santé mentale, soit la prévalence de « trouble dépressif caractérisé » (PHQ-9)¹⁷, les femmes sont également surreprésentées : 61% des personnes identifiées comme « dépressives » sont des femmes, et 39% sont des hommes (Gisle, 2020, p.209). De manière générale, les indicateurs de santé mentale les plus utilisés, qu'il s'agisse de troubles dépressifs, troubles anxieux, mal-être psychologique ou tentatives de suicide, soulignent une plus forte prévalence féminine.

Tableau 11 - Proportion de femmes et d'hommes parmi les Bruxellois en souffrance psychique et parmi les personnes porteuses d'une nouvelle demande en SSM

	Nouvelles demandes en SSM	"Trouble mental probable" (GHQ-12 4+)	"Trouble dépressif" (PHQ-9)
Femmes	57%	57%	61%
Hommes	42%	43%	39%
Inconnus	1%	0%	0%
Total	100%	100%	100%

Figure 14 - Proportion de femmes et d'hommes parmi les Bruxellois en souffrance psychique et parmi les sujets d'une nouvelle demande en SSM



Les données relatives aux « troubles mentaux probables » et aux « troubles dépressifs » sont issues du volet « Santé mentale » de l'Enquête de santé 2018 de Sciensano (2020).

https://his.wiv-isp.be/fr/SitePages/Rapports_complets_2018.aspx

Notons cependant que d'autres indicateurs de « santé mentale », comme la prévalence de décès par suicide ou certaines pratiques à risque sont au contraire plus défavorables aux hommes (Cousteaux & Shon, 2008). A titre d'exemple, la surconsommation d'alcool, établie au seuil de 14 verres/semaine pour les femmes et 21 verres/semaine pour les hommes, concerne 3,8% des femmes et 6,8% des hommes (Gisle, 2020a, p.48).¹⁸ Ainsi, les différences de genre en matière de santé mentale peuvent être orientées par les indicateurs choisis. Il peut également être difficile de départager la détresse psychique et son expression socialement acceptable et acceptée : on sait qu'en termes de valorisation sociale des vécus, l'expression de la souffrance reste moins stigmatisée (ou mieux acceptée) pour les femmes que pour les hommes, et que celles-ci sont plus enclines à solliciter de l'aide (Lorant et al., 2018).

¹⁶ L'Enquête de santé 2018 est la dernière enquête de ce type disponible à ce jour. Des « Enquêtes de santé Covid-19 » ont été réalisées plus récemment mais la méthode d'échantillonnage utilisée dans le cadre de ces enquêtes ne permet pas de généraliser leurs résultats à l'ensemble de la population.

¹⁷ Rappelons que les Enquêtes de santé n'ont pas vocation à émettre des diagnostics cliniques. Les échelles utilisées donnent plutôt des indices sur le mal-être dont une personne peut témoigner via un questionnaire auto-administré. Ces enquêtes restent toutefois une des sources de données les plus fiables pour évaluer de manière globale l'état de santé mentale ou de détresse psychique de la population bruxelloise.

¹⁸ L'écart est statistiquement significatif avec un degré de certitude de 95%.

Sans devoir prendre position sur ces questions, nous pouvons souligner ici que, dans la population bruxelloise, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à déclarer une détresse psychologique et à avoir fait appel aux services de santé mentale bruxellois durant la période étudiée.

4.4.2. LE DEVENIR DES NOUVELLES DEMANDES SELON LE GENRE DU DEMANDEUR

Dans quelle mesure le devenir des nouvelles demandes est influencé par le genre du demandeur ? La « pression » de la saturation des services s'exerce-t-elle de la même manière sur les femmes et sur les hommes ? Les chances d'accéder à un nouveau suivi sont-elles différentes selon le genre ? À partir des nouvelles demandes enregistrées dans le cadre de notre enquête, la réponse est plutôt non.

En effet, le « taux d'absorption » des nouvelles demandes, c'est-à-dire la part des nouvelles demandes qui donnent lieu à l'octroi d'un nouveau suivi, est de 37% pour l'ensemble des nouvelles demandes. Et ce taux reste sensiblement identique pour les femmes (38%) et pour les hommes (37%). La dernière colonne des trois tableaux ci-dessous indique le « risque relatif » d'accéder à un nouveau suivi, en prenant la catégorie masculine comme référence (= 1). Cela facilite la comparaison hommes/femmes. Ainsi, si le RR pour les femmes vaut 1, il n'y a aucune différence de traitement selon le genre. S'il vaut 2 par exemple, cela signifie que les femmes ont deux fois plus de chance d'accéder à un nouveau suivi que les hommes. S'il vaut 0,5 cela indique que les femmes ont la moitié (deux fois moins) de chance d'accéder à un nouveau suivi par rapport aux hommes. Un survol rapide des RR des trois tableaux confirme nos premières observations : parmi l'ensemble des nouvelles demandes, comme parmi les nouvelles demandes concernant uniquement les enfants ou uniquement les adultes, le résultat est globalement le même : les RR sont proches de 1 ce qui indique qu'hommes et femmes, garçons et filles, ont à peu près les mêmes chances d'accéder à un nouveau suivi.

Tableau 12 - Risque relatif d'accéder à un nouveau suivi selon le genre

		Nouvelles demandes		Nouveaux suivis (décidés et/ou datés)			
		Effectif	%	Effectif	%	R (NS/ND)	RR (Rx/Rmasculin)
Tous (enfants & adultes)	Féminin	651	53%	246	54%	0,38	1,03
	Masculin	564	46%	206	45%	0,37	1,00
	Inconnu	10	1%	1	0%	0,10	0,27
	Total général	1225	1	453	100%	0,37	1,01

Tableau 13 - Risque relatif d'accéder à un nouveau suivi selon le genre parmi les enfants

		Nouvelles demandes		Nouveaux suivis (décidés et/ou datés)			
		Effectif	%	Effectif	%	R (NS/ND)	RR (Rx/Rmasculin)
Enfants	Féminin	151	45%	55	45%	0,36	0,99
	Masculin	183	54%	67	54%	0,37	1,00
	Inconnu	3	1%	1	1%	0,33	0,91
	Total général	337	100%	123	100%	0,36	1,00

Tableau 14 - Risque relatif d'accéder à un nouveau suivi selon le genre parmi les adultes

		Nouvelles demandes		Nouveaux suivis (décidés et/ou datés)			
		Effectif	%	Effectif	%	R (NS/ND)	RR (Rx/Rmasculin)
Adultes	Féminin	434	57%	180	58%	0,41	1,03
	Masculin	325	43%	131	42%	0,40	1,00
	Inconnu	3	0%		0%	0,00	0,00
	Total général	762	100%	311	100%	0,41	1,01

Qu'en est-il pour les réorientations pour motif de saturation ? La saturation exerce-t-elle la même « pression » sur les femmes et les hommes ? Le « taux de saturation restreint », c'est-à-dire la part des nouvelles demandes réorientées explicitement pour motif de saturation (à l'exclusion des motifs économique et géographique, malgré qu'ils soient assimilables à une cause structurelle de saturation, cf. 2.2.), est de 27% en moyenne. Il est un peu plus faible pour les femmes que pour les hommes : en effet, 25% des nouvelles demandes concernant les femmes sont réorientées en raison de la saturation des services, et 29% des nouvelles demandes masculines connaissent ce sort. Le risque relatif de subir cet effet de la saturation est donc 12% plus élevé pour les hommes que pour les femmes.

Si l'on différencie cet écart genré selon les groupes d'âge enfants et adultes, on remarque que les demandes masculines subissent davantage l'effet de la saturation que les demandes féminines, chez les adultes et chez les enfants. Mais cet écart favorable au genre féminin apparaît nettement plus prononcé chez les enfants : les filles ont en moyenne 20% moins de risque de voir leur demande réorientée pour motif de saturation que les garçons, tandis que cet avantage n'est que de 8% pour les femmes adultes.

Tableau 15 - Risque relatif d'être réorienté pour motif de saturation selon le genre parmi l'ensemble des nouvelles demandes

		Nouvelles demandes		Réorientations pour motif de saturation (restreint)			
		Effectif	%	Effectif	%	R (Rsat/ND)	RR (Rx/Rmasculin)
Tous (enfants & adultes)	Féminin	651	53%	164	50%	0,25	0,88
	Masculin	564	46%	161	49%	0,29	1,00
	Inconnu	10	1%	3	1%	0,30	1,05
	Total général	1225	1	328	100%	0,27	0,94

Tableau 16 - Risque relatif d'être réorienté pour motif de saturation selon le genre parmi les enfants

		Nouvelles demandes		Réorientations pour motif de saturation (restreint)			
		Effectif	%	Effectif	%	R (NS/ND)	RR (Rx/Rmasculin)
Enfants	Féminin	151	45%	44	40%	0,29	0,80
	Masculin	183	54%	67	60%	0,37	1,00
	Inconnu	3	1%		0%	0,00	0,00
	Total général	337	100%	111	100%	0,33	0,90

Tableau 17 - Risque relatif d'être réorienté pour motif de saturation selon le genre parmi les adultes

		Nouvelles demandes		Réorientations pour motif de saturation (restreint)			
		Effectif	%	Effectif	%	R (NS/ND)	RR (Rx/Rmasculin)
Adultes	Féminin	434	57%	96	55%	0,22	0,92
	Masculin	325	43%	78	45%	0,24	1,00
	Inconnu	3	0%	1	1%	0,33	1,39
	Total général	762	100%	175	100%	0,23	0,96

4.4.3. LE DEVENIR DES NOUVELLES DEMANDES SELON LA CATÉGORIE D'ÂGE DU DEMANDEUR

Enfants et adultes subissent-ils différemment la pression de la saturation des services ?

Oui, on observe une différence entre le taux d'absorption des nouvelles demandes (chances de se voir proposer un nouveau suivi) concernant les enfants et concernant les adultes : seules 36% des nouvelles demandes enfants ont donné lieu à l'accord pour un nouveau suivi, alors que 41% des demandes adultes reçoivent cette issue favorable. La lecture des risques relatifs indique que les enfants ont en effet 11% moins de chances que les adultes d'accéder à un nouveau suivi.¹⁹

Tableau 18 - Risque relatif d'accéder à un nouveau suivi selon la catégorie d'âge parmi les nouvelles demandes enregistrées par 9 SSM entre le 28 novembre 2020 et le 2 février 2021

	Nouvelles demandes		Nouveaux suivis (décidés et/ou datés)			
	Effectif	%	Effectif	%	R (NS/ND)	RR (Rx/Radultes)
Adultes	762	62%	311	69%	0,41	1,00
Enfants	337	28%	123	27%	0,36	0,89
NC	126	10%	19	4%	0,15	0,37
Total général	1225	100%	453	100%	0,37	0,91

La différence entre les enfants et adultes, à la défaveur des enfants, est encore plus marquée à la lecture des taux de saturation : un tiers (33%) des nouvelles demandes concernant des enfants (<18 ans) ont été réorientées pour motif de saturation, contre moins d'un quart (23%) chez les adultes. Ainsi, les enfants ont un risque de réorientation pour motif de saturation presque 1 fois et demi (1,43) supérieur à celui des adultes.

¹⁹ Ce sont surtout les nouvelles demandes concernant des personnes dont l'âge n'a pas été enregistré (« NC », elles représentent 10% de l'ensemble des nouvelles demandes mais seulement 4% des nouveaux suivis) qui donnent très rarement lieu à une suite favorable : seuls 15% de celles-ci donnent lieu à l'accord pour un nouveau suivi, soit une chance d'accès au nouveau suivi presque trois fois plus faible (0,37) que celle des adultes. Il faut cependant interpréter cette corrélation dans le bon sens : plus le trajet d'accueil au sein du service est long, plus les travailleurs ont l'occasion de prendre connaissance et d'encoder des informations au sujet du demandeur. Ainsi, l'année de naissance (qui permet la distinction enfants/adultes) est mieux renseignée pour les demandeurs dont le trajet d'accueil se poursuit jusqu'à l'octroi d'un nouveau suivi, et reste moins complétée pour les néo-demandeurs qui sont réorientés ou ne donnent pas suite. C'est probablement cela qui explique le taux d'absorption plus faible parmi les demandeurs dont l'âge n'est pas complété (NC).

Tableau 19 - Risque relatif d'être réorienté pour motif de saturation selon la catégorie d'âge parmi les nouvelles demandes enregistrées par 9 SSM entre le 28 novembre 2020 et le 2 février 2021

	Nouvelles demandes		Réorientations pour motif de saturation (restreint)			
	Effectif	%	Effectif	%	R (Rsat/ND)	RR (Rx/Radultes)
Adulte	762	62%	175	53%	0,23	1,00
Enfant	337	28%	111	34%	0,33	1,43
NC	126	10%	42	13%	0,33	1,45
Total général	1225	100%	328	100%	0,27	1,17

Indiquons toutefois que les équipes enfants des SSM CoCoF ont bénéficié d'un refinancement structurel en 2021 (cf. 1.2.) et que certains engagements étaient en cours au moment du recensement. Il est difficile de déterminer l'effet de ces engagements sur la saturation observée : il est possible que certains engagements aient eu lieu avant et pendant le recensement, participant à faire baisser le taux de saturation, mais que d'autres doivent encore avoir lieu après le recensement, ce qui participerait à faire baisser le taux de saturation ultérieurement. Cette donnée nous rappelle encore une fois la difficile généralisation des résultats à partir de ce coup de sonde ponctuel.

4.5. ANALYSES SELON LE STATUT SOCIO-ÉCONOMIQUE

Quel est le profil sociologique des personnes qui s'adressent aux SSM ? Cette population est-elle plus aisée ou plus précaire que la population bruxelloise en général ? Le statut socio-économique a-t-il une influence sur les chances de bénéficier d'un suivi ou d'être réorienté ? Pour pouvoir apporter des éléments de réponse à ces questions, nous avons recueilli des informations relatives au « statut socio-économique » des néo-demandeurs s'étant adressés à l'un des 9 SSM participant au recueil de données longitudinal.

4.5.1. PARENTHÈSE MÉTHODOLOGIQUE : SITUER LES USAGERS DANS L'ESPACE SOCIAL

Mais d'abord, qu'entend-on par « précarité » ? En sociologie, on conçoit généralement la société ou l'*espace social* (Bourdieu, 1984) selon une dimension économique d'une part, et selon une dimension culturelle d'autre part. La première renvoie aux *avoirs* des personnes : salaire et autres formes de revenus issus du travail, du capital ou d'aides sociales. La dimension culturelle, quant à elle, renvoie davantage à des dispositions acquises par l'expérience, et généralement instituées sous forme de diplômes scolaires. Dans le cadre de la présente enquête, pour des raisons méthodologiques²⁰, nous nous sommes limités à un seul indicateur relatif au statut et à la source de revenu de la personne. Celui-ci a été construit à partir d'indicateurs comparables présents dans d'autres enquêtes, mais aussi en tenant compte des commentaires des travailleurs de terrain.

²⁰ Dans le cadre d'enquêtes semi-administratives comme celle-ci, il faut en effet prioritairement tenir compte de la situation de recueil de données et de ce qu'il est possible ou non de demander dans ce type de situation. Il était par exemple exclu de questionner les néo-demandeurs sur le niveau de revenu (« à combien s'élèvent vos revenus ? ») par exemple, une question sensible qu'évitent également bon nombre d'enquêtes par questionnaire.

L'enjeu principal était d'obtenir un taux de complétion suffisant, d'éviter d'être trop intrusif envers le néo-demandeur et d'utiliser des items aussi clairs que possible pour les travailleurs en charge de l'encodage. Même si, pour cela, nous avons dû perdre en précision et en comparabilité des résultats. Ainsi, notre indicateur relatif au statut socio-économique du demandeur comprend 8 modalités :

- a) Avec emploi : travaille actuellement
- b) Avec emploi : ne travaille pas actuellement (maladie longue durée, pause carrière, etc.)
- c) Sans emploi : au chômage, CPAS, invalidité, etc.
- d) Sans emploi : pensionné.e
- e) Sans emploi : autre
- f) Étudiant.e
- g) Autre
- h) Inconnu

Les résultats de cet indicateur pour la population des enfants (<18ans) ont été difficiles à encoder et, dès lors, sont difficiles à analyser. En effet, il avait été demandé aux services d'encoder le statut socio-économique de la mère (pour ne pas complexifier davantage l'encodage, un seul parent devait être choisi, ce qui est déjà problématique) pour tout demandeur âgé de moins de 18 ans. Cependant, on observe dans ce groupe d'âge une part importante d'« étudiants » (40% parmi les enfants, contre 12% parmi les adultes). Ce pourcentage reste élevé parmi les moins de 15 ans également (28%). Cela semble indiquer que, dans de nombreux cas, le statut socio-économique encodé pour les enfants se réfère à l'enfant lui-même plutôt qu'à sa mère. Cette hétérogénéité des pratiques d'encodage biaise les résultats. Par ailleurs, le pourcentage de statuts socio-économiques « inconnu » et « autre » sont plus de deux fois plus élevés parmi les enfants que parmi les adultes. Enfin, les données disponibles relatives au statut socio-économique de la population bruxelloise ne se rapportent généralement qu'aux adultes âgés de 18 à 64 ans. Pour ces différentes raisons, nous nous concentrerons sur la population des adultes âgés de 18 à 64 ans pour les analyses du statut socio-économique.

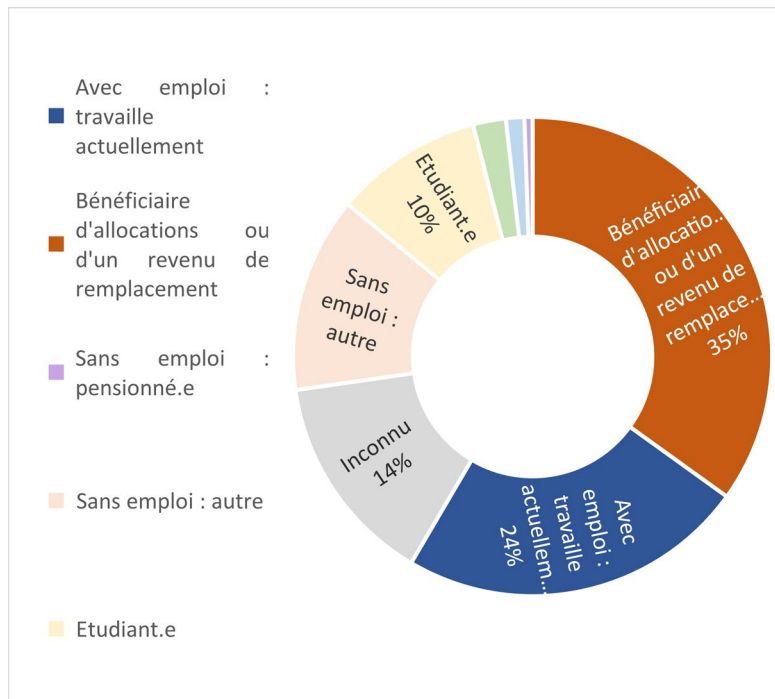
4.5.2. LE FLUX DES NOUVELLES DEMANDES SELON LE STATUT SOCIO-PROFESSIONNEL

Tableau 20 - Statut socio-professionnel des adultes âgés de 18 à 64 ans sujets d'une nouvelle demande enregistrée dans 9 SSM bruxellois entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2021 (n=727) et de la population bruxelloise âgée de 18 à 64 ans en 2020

Statut socio-professionnel	Effectif ND	% total ND	% total ND sans « Autre », « Inconnu » et « NC »	% pop. bruxelloise
Bénéficiaire d'allocations ou d'un revenu de remplacement	254	35%	42%	20%
Avec emploi : ne travaille pas actuellement (maladie longue durée, pause carrière etc.)	59	8%	10%	
Sans emploi : au chômage, CPAS, invalidité...	195	27%	33%	
Avec emploi : travaille actuellement	171	24%	29%	57%
Inconnu, autre, NC	129	18%	/	
Autre	16	2%	/	
Inconnu	104	14%	/	
NC	9	1%	/	
Sans emploi : autre	96	13%	16%	
Etudiant.e	73	10%	12%	
Sans emploi : pensionné.e	4	1%	1%	
Total général	727	100%	/	

Les données relatives à la population bruxelloise sont issues de diverses sources administratives agrégées par l'Observatoire du social et de la santé, publiées dans le Baromètre social 2020, p.35 (bénéficiaires d'allocations et de revenus de remplacement) et p.55 (taux d'emploi)
<https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/publications/barometre-social>

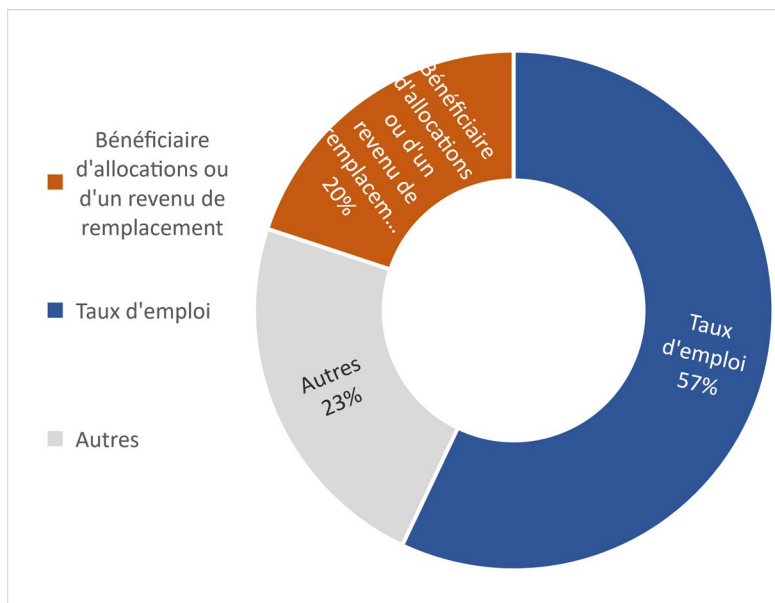
Figure 15 - Statuts socio-professionnels parmi les adultes âgés de 18 à 64 ans sujets d'une nouvelle demande enregistrée dans 9 SSM bruxellois entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2021 (n=727)



On observe ainsi que plus d'un tiers (35%) des néo-demandeurs ne travaillent pas actuellement et sont bénéficiaires d'allocations ou d'un revenu de remplacement, qu'ils aient par ailleurs un statut d'employé (8%) ou non (27%). Si l'on calcule cette proportion en excluant les valeurs indéterminées (« Autre », « Inconnu » et valeurs manquantes), on atteint 42%.

Comparativement, à Bruxelles, on estime qu'en 2020 environ 20% de la population était bénéficiaire d'allocations ou d'un revenu de remplacement (RIS, chômage, invalidité, ARR-AI) selon les données administratives analysées par l'Observatoire de la santé et du social (2020, p.34). La proportion de bénéficiaires d'allocations ou d'un revenu de remplacement serait ainsi entre 1,75 fois et 2,1 fois plus importante parmi les néo-demandeurs en SSM que parmi la population bruxelloise en général.

Figure 16 - Statuts socio-professionnels parmi la population bruxelloise âgée de 18 à 64 ans en 2020 (OSS, 2020)



A l'inverse, les personnes qui ont un emploi et travaillent ne représentent qu'un quart (24%) des néo-demandeurs en SSM (29% si on exclut les réponses indéterminées), alors qu'elles représentent 57% des Bruxellois. Cette catégorie de personnes est donc environ deux fois moins présente parmi les néo-demandeurs que parmi la population bruxelloise.

Notons cependant deux sources d'incertitude spécifiques à ce volet de notre enquête : d'une part, les taux de réponses « Autres » (2%), non complétées (1%) et surtout « Inconnu » (14%) concernent ensemble 18% des nouvelles demandes enregistrées, ce qui est important. Or, nous manquons d'informations complémentaires nous permettant de déduire des informations pour ces données inconnues. Nous nous contentons donc de présenter les résultats en termes de proportion du total avec ou sans les données non connues, mais ces données pourraient influencer les résultats observés. D'autre part, la modalité « Sans emploi : autre » est équivoque : le personnel des SSM chargé de l'encodage pourrait y placer aussi bien des personnes sans emploi et sans revenus, que des personnes sans emploi dont la source de revenus ne semble pas comprise parmi les autres modalités. Malgré cette indétermination, nous pouvons considérer cette modalité comme un indicateur de précarité, à l'instar des « Bénéficiaire d'allocations ou d'un revenu de remplacement ». Ainsi, la proportion de personnes « Sans emploi : autre » (13%) s'ajoute aux bénéficiaires d'aides (35%) pour indiquer qu'au total, près de la moitié (48%) des néo-demandeurs en SSM sont dans une situation précaire.

4.5.3. LE DEVENIR DES NOUVELLES DEMANDES SELON LE STATUT SOCIO-PROFESSIONNEL

Si les personnes plus précaires sont proportionnellement plus nombreuses à s'adresser aux SSM que les catégories sociales plus aisées, ont-elles plus de chances de se voir proposer un nouveau suivi ou d'être réorientées pour motif de saturation ? Pour répondre à cette question nous avons calculé, pour chaque catégorie socio-professionnelle, le « risque » (ou la chance) de se voir proposer un nouveau suivi et le risque de voir sa demande réorientée pour motif de saturation restreint (R).

Ainsi, en moyenne (ligne « Total général »), les nouvelles demandes concernant des adultes de 18 à 64 ans ont 41% de chances de se voir proposer un nouveau suivi et 23% de risque d'être réorientées pour motif de saturation. Les chances d'accéder à un nouveau suivi sont plus élevées pour les bénéficiaires d'allocations ou d'un revenu de remplacement et pour les personnes catégorisées « Sans emploi : autre » (autres sources d'aides ou sans revenus), qui ont respectivement 46% et 44% de chance de recevoir une réponse positive. A l'exclusion des pensionnés (qui, logiquement, représentent un très faible effectif parmi les 18-64 ans), ces deux catégories sociales précaires sont les deux seuls groupes pour lesquels le taux d'absorption est supérieur à la moyenne. A l'inverse, les personnes qui ont un emploi et travaillent, supposées moins précaires, n'ont eu qu'une chance sur trois (36%) de se voir accorder un nouveau suivi, soit une probabilité 11% moindre que la moyenne (RR = 0,89). On notera également le sort réservé aux étudiants majeurs (18-64 ans) dont seuls 30% ont eu accès à un nouveau suivi, soit le score le plus faible parmi les catégories sociales étudiées.

Mais, paradoxalement, les étudiants sont aussi moins fréquemment réorientés pour motif de saturation. Les catégories qui sont les plus impactées par la saturation sont les personnes qui ont un emploi et travaillent, dont 26% des nouvelles demandes sont ainsi réorientées de manière contrainte, contre 23% en moyenne. Cela représente un impact de la saturation 1,15 fois supérieure à la moyenne pour cette catégorie sociale supposée moins précaire. A l'inverse, avec un taux de réorientation pour motif de saturation atteignant respectivement 19% et 17%, les bénéficiaires d'allocations ou d'un revenu de remplacement et les autres personnes sans emploi subissent un impact de la saturation 16% à 27% moindre que la moyenne.

Tableau 21 - Risques relatifs de se voir accorder un nouveau suivi ou d'être réorienté pour motif de saturation selon le statut socio-économique du sujet de la demande parmi les adultes de 18 à 64 ans

	Nouvelles demandes		Nouveaux suivis décidés et/ou datés				Réorientations motif saturation (restreint)			
	Effectif	%	Effectif	%	R	RR	Effectif	%	R	RR
Bénéficiaire d'allocations ou d'un revenu de remplacement	254	35%	118	40%	0,46	1,14	49	29%	0,19	0,84
Avec emploi : travaille actuellement	171	24%	62	21%	0,36	0,89	45	27%	0,26	1,15
Inconnu, autre, NC	129	18%	50	17%	0,39	0,95	44	26%	0,34	1,48
Sans emploi : autre	96	13%	42	14%	0,44	1,07	16	10%	0,17	0,73
Etudiant.e	73	10%	22	7%	0,30	0,74	12	7%	0,16	0,72
Sans emploi : pensionné.e	4	1%	3	1%	0,75	1,84	1	1%	0,25	1,09
Total général	727	100%	297	100%	0,41	1,00	167	100%	0,23	1,00

Globalement, si la saturation des services touche l'ensemble des demandeurs, il apparaît que les services participeraient à limiter légèrement son impact sur les publics les plus précaires : les personnes bénéficiaires d'allocations ou d'un revenu de remplacement seraient environ deux fois plus nombreuses²¹ parmi les sujets d'une nouvelle demande que parmi l'ensemble de la population bruxelloise, et ces demandes ont, en outre, légèrement plus (1,14 fois plus) de chances que la moyenne d'aboutir à la proposition d'un nouveau suivi, et légèrement moins (16% moins) de risque d'être réorientées pour motif de saturation. Inversement, les personnes qui ont un emploi et travaillent actuellement, supposées moins précaires, sont environ deux fois moins représentées parmi les sujets d'une nouvelle demande en SSM que parmi la population bruxelloise en général. De surcroît, leurs demandes ont légèrement moins (11% moins) de chances d'aboutir à un nouveau suivi et légèrement plus (1,15 fois plus) de chances d'être réorientées pour motif de saturation.

Rappelons qu'on ne parle ici que des personnes âgées de 18 à 64 ans, il n'y a donc pas de risque d'interférence avec des effets liés aux catégories d'âge enfants/adultes. L'effet du genre sur le devenir des nouvelles demandes était quant à lui négligeable, et ne risque donc pas non plus d'intervenir comme une variable de confusion.

Ces chiffres doivent être interprétés avec prudence car ils ne concernent que 9 des 22 SSM CoCoF à Bruxelles, et se rapportent à une période particulière dans le contexte de la crise sanitaire. Ils autorisent néanmoins à soutenir l'hypothèse selon laquelle les SSM bruxellois assumeraient effectivement une mission sociale envers les publics plus vulnérables d'un point de vue socio-économique.

²¹ Entre 1,75 fois et 2,1 fois selon que l'on comptabilise ou non les données inconnues dans la total, cf. ci-dessus.

4.6. ANALYSES SELON LE LIEU DE RÉSIDENCE

La présente enquête a davantage été construite pour estimer le degré de saturation d'un *secteur* (les services de santé mentale) que pour traiter des questions qui touchent à l'implantation territoriale de l'offre. Il nous est néanmoins permis de nous interroger sur la dimension locale, régionale ou extrarégionale de l'activité des SSM bruxellois : ces services touchent-ils principalement une population d'usagers issue de la commune d'implantation du service, de la région bruxelloise, ou au-delà ? Mais aussi : le lieu de résidence du demandeur a-t-il un impact sur l'issue du processus d'accueil ? Les SSM accordent-ils plus régulièrement un nouveau suivi aux patients qui résident à proximité du service ?

4.6.1. LES SSM, DES SERVICES DE PROXIMITÉ ?

La plupart des SSM conçoivent en effet leur activité comme un service de proximité. Mais rappelons que tous les services ne sont pas dans ce cas. Certains SSM visent une population spécifique, indépendamment de la dimension territoriale. C'est le cas par exemple des services implantés sur les campus universitaires, ou des services qui ont développé une clinique particulièrement attentive aux publics migrants par exemple. Et même lorsque les services sont « généralistes » (non spécialisés pour un public spécifique), la proximité n'est pas nécessairement une dimension majeure dans leur rapport au public. A l'heure actuelle, la CoCoF n'attribue pas décrétement aux services un territoire d'intervention. Cependant, beaucoup de services ont défini par eux-mêmes une zone d'activité privilégiée, généralement la commune d'implantation du service et d'autres communes proches, et utilisent le critère géographique pour filtrer les nouvelles demandes qui leur sont adressées. Mais tous les services ne le font pas, et les services qui le font s'appuient également sur d'autres critères pour prioriser les prises en charge et gérer les réorientations.

Ainsi, à partir du recensement réalisé fin 2020 début 2021 auprès de 9 SSM (11 implantations), nous observons que le motif géographique ne concerne que 9% des 465 nouvelles demandes réorientées (et pour lesquelles le motif de réorientation a été enregistré). Si l'on distingue, parmi l'ensemble des nouvelles demandes réorientées avec motif, celles qui concernent un demandeur « local » (qui réside dans la même commune que le service) et celles qui concernent un demandeur « extra-local » (qui réside en dehors de la commune d'implantation du service), on observe alors que le motif géographique concerne 16% des nouvelles demandes extra-locales (et ne touche naturellement pas les nouvelles demandes locales). Ces chiffres confirment ce que nous avançons plus haut : la localité du demandeur peut intervenir dans la motivation d'une réorientation, mais parmi d'autres motifs qui peuvent être aussi voire plus fréquents : le motif de saturation a concerné 71% des nouvelles réorientées avec motif, et le fait que la demande n'était pas adaptée au service proposé par le SSM a également concerné 9% des réorientations.

Tableau 22 - Répartition selon le motif de réorientation et selon leur caractère « local » ou « extra-local » des nouvelles demandes réorientées (avec motif) enregistrée par 9 SSM entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2021

	Nouvelles demandes réorientées (avec motif)		Demandeur « local » résidant dans la commune d'implantation du service		Demandeur « extra-local » résidant en dehors de la commune d'implantation du service	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
AGE : âge du patient (hors tranche d'âge du service)	11	2%	6	3%	5	2%
DEM : la demande du patient ne peut pas être traitée par le service	43	9%	19	10%	23	9%
ECO : patient dit avoir les moyens de consulter en privé	25	5%	9	5%	16	7%
GEO : commune de résidence du patient (hors zone du service)	41	9%	0	0%	38	16%
SAT : suivi indiqué mais service saturé (pas de place)	328	71%	147	77%	156	64%
Autre motif	17	4%	10	5%	7	3%
Total général	465	100%	191	100%	245	100%

4.6.2. DE LA PROXIMITÉ GÉOGRAPHIQUE DES PATIENTS DÉJÀ SUIVIS

Qu'en est-il de la patientèle déjà suivie au sein des SSM ? Y a-t-il parmi les patients une grande proportion de personne résidant à proximité du service ? L'analyse des données administratives recueillies par les services tout au long de l'année 2018 révèlent que dans l'ensemble, environ 46% de la patientèle des SSM CoCoF réside dans la même commune que le service qu'elle fréquente. Philippe Hoyois, qui a réalisé ces analyses, distingue à juste titre les SSM « ville » des SSM « campus », car les services implantés sur un campus brassent une patientèle moins locale. En effet, la part de patients locaux (résidant dans la commune d'implantation du service) tombe à 20% pour les implantations universitaires alors qu'elle est d'environ 54% pour les implantations en ville. Si l'on s'intéresse à la région de résidence, on observe que la très large majorité de la patientèle réside à Bruxelles, dans la région où sont implantés les services. Cela concerne 84% de la patientèle pour l'ensemble des services, environ 70% pour les services campus et 91% pour les services « ville ».

Tableau 23 - Lieu de résidence des patients ayant bénéficié d'au moins une prestation dans un SSM CoCoF²² en 2018

	Enfants			Adultes		
	SSM Ville	SSM Campus	Tous	SSM Ville	SSM Campus	Tous
Commune d'implantation du service	56%	21%	47%	54%	20%	45%
Région bruxelloise	92%	69%	84%	90%	71%	84%

Source : Hoyois, Ph. (2019), « Patientèle et prestations des Services de Santé Mentale bruxellois agréés par la Commission Communautaire Française. Données pour l'année 2018 », *Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale*, pp.33-36 ; 51-56.

4.6.3. DE LA PROXIMITÉ GÉOGRAPHIQUE DES NÉO-DEMANDEURS

Parmi celles et ceux qui adressent une nouvelle demande à un SSM, trouve-t-on davantage de personnes résidant à proximité du service ? Et le fait d'habiter près du SSM influence-t-il les chances d'accéder à un nouveau suivi ? En étudiant les données issues des nouvelles demandes, gardons à l'esprit que les 9 SSM (11 implantations) qui ont participé au volet le plus complet du recensement 2020-2021 sont tous des services de « ville » implantés en dehors d'un campus universitaire.

On notera tout d'abord que la grande majorité des 1.225 nouvelles demandes recensées concernent des personnes qui résident en Région bruxelloise (85%, voire 91% si l'on exclut du total les réponses « Autre », inconnues et non complétées).

Ensuite, près de la moitié (48%) des nouvelles demandes concerne un résident de la commune d'implantation du service. On note également que ces demandes « locales » ont été proportionnellement plus nombreuses à recevoir une suite favorable : 42% d'entre elles se sont vu proposer un nouveau suivi, contre 37% en moyenne pour l'ensemble des nouvelles demandes enregistrées. Aussi, les personnes qui résident dans la commune d'implantation du service représentent 55% des nouveaux suivis (décidés et/ou datés). Une proportion presque égale à ce qu'on observait en 2018 dans l'ensemble de la file active des SSM « ville » (56%).

Tableau 24 - Répartition selon le lieu de résidence (du demandeur) des nouvelles demandes enregistrées par 9 SSM entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2021

Lieu de résidence	Nouvelles demandes		Nouveaux suivis (décidés et/ou datés)			
	Effectif	%	Effectif	%	Taux d'absorption	RR
Région bruxelloise	1041	85%	389	86%	37%	1,01
Commune d'implantation du SSM	590	48%	250	55%	42%	1,15
Autre, inconnu ou NC	75	6%	24	5%	32%	0,87
Total général	1225	100%	453	100%	37%	1,00

²² Ces chiffres se basent sur 20 des 22 SSM CoCoF, soit environ 18.000 patients, car les données de deux services n'ont pas pu être exploitées en 2018.

Ainsi, les SSM participant au recensement semblent bien recevoir un public plutôt local, mais pas exclusivement : des bruxellois dans la très large majorité des cas (85%), et des résidents de leur commune dans la moitié des cas (48%). Ces derniers semblent par ailleurs légèrement favorisés : ils ont eu 1,15 fois plus de chances que la moyenne de se voir proposer un nouveau suivi.

Mais la focalisation sur la commune de résidence du demandeur présente certaines limites. Rappelons d'abord que tous les SSM ne s'inscrivent pas dans une logique de proximité, notamment lorsqu'ils visent une population spécifique comme les étudiants ou les migrants par exemple. Ensuite, certains services de proximité conçoivent la « localité » de leur implantation dans une logique extra communale. C'est particulièrement le cas des implantations situées à la frontière de plusieurs communes. Et c'est plutôt une bonne chose au regard de la répartition des SSM sur le territoire bruxellois : si chaque service se limitait à recevoir les demandeurs issus de sa propre commune, certaines zones de la région ne seraient pas ou peu couvertes. Enfin, de manière générale, la commune est une échelle d'analyse peu pertinente pour questionner le rapport au territoire à Bruxelles : certaines communes, comme Bruxelles-Ville, traversent la Région de part en part quand d'autres, comme Uccle, présentent des indicateurs socio-

économiques très variables selon le quartier (Nicaise, 2019). Rappelons ici que la présente enquête n'a pas été construite spécifiquement pour une analyse territoriale. Pour mieux intégrer cette dimension, un maillage à l'échelle du quartier serait plus pertinent, et demanderait un outil de recensement adapté. Enfin, rompre avec la logique sectorielle empruntée par la présente étude pour privilégier une logique territoriale nécessiterait de prendre en compte l'ensemble des services actifs en matière de santé mentale (et pas uniquement les SSM), ce qui est un projet ambitieux quand on connaît la difficulté qu'il peut y avoir à obtenir et à analyser les données d'activité du champ de la santé mentale dans son ensemble (Mistiaen et al., 2019).

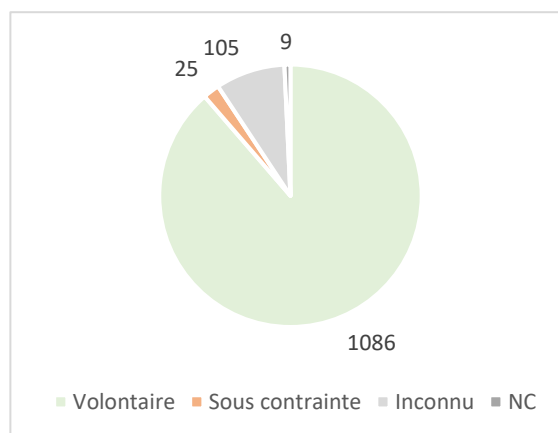
4.7. ANALYSES SELON LES TRAJECTOIRES DE SOIN

La très large majorité des nouvelles demandes introduites l'est sur base volontaire. Seules 25 des 1.225 nouvelles demandes enregistrées (2%) ont été introduites dans un cadre contraint. Parmi ces 25 demandes sous contrainte, on observe assez logiquement que la plupart (60%) ont été adressées par un professionnel du champ juridique. Il s'agissait par ailleurs principalement de demandes concernant des adultes (68% des cas), une petite proportion de demandes enfants (16%) et le même nombre de demandes pour lesquelles l'âge était inconnu.

Tableau 25 - Répartition selon le type de démarche (volontaire ou contrainte) des nouvelles demandes enregistrées par 9 SSM entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2021

Type de démarche	Nouvelles demandes	
	Effectif	%
Volontaire	1086	89%
Sous contrainte	25	2%
Inconnu	105	9%
NC	9	1%
Total général	1225	100%

Figure 17 - Répartition selon le type de démarche (volontaire ou contrainte) des nouvelles demandes enregistrées par 9 SSM entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2021



Dans le cadre des analyses qui suivent, nous laissons de côté ces 25 demandes contraintes pour nous concentrer sur les autres demandes qui ne répondent pas à ce profil particulier. Cela représente 333 nouvelles demandes concernant un public enfant, 745 nouvelles demandes adultes et 122 nouvelles demandes pour lesquelles l'âge du sujet n'a pas été communiqué, soit 1.200 cas au total.

4.7.1. LE FLUX DES NOUVELLES DEMANDES SELON L'« ENVOYEUR »

Parmi l'ensemble de ces nouvelles demandes non contraintes, près de la moitié (45%) n'ont pas été adressées par un autre professionnel : soit elles relevaient d'une initiative personnelle du demandeur (29% des cas), soit elles étaient orientées par un parent ou un proche (16% des cas). Les nouvelles demandes orientées vers les SSM bruxellois par un autre professionnel représentaient à peu près la même proportion (47%), tandis que l'envoyeur était « Autre », inconnu ou non communiqué pour moins de 1 cas sur 10 (8%).

Ce premier résultat souligne le positionnement particulier des SSM dans l'offre de soin, entre les services dits de « première ligne » auxquels le public s'adresse directement et les services dits de « deuxième ligne » vers lesquels le public est orienté par d'autres professionnels en seconde intention.

A ce sujet, on observe une différence selon la catégorie d'âge : les demandes concernant un public enfant (<18 ans) sont plus fréquemment relayées par des professionnels (56%) que formulées directement par un parent, un proche, ou par le patient lui-même (38%)²³.

²³ Nous pouvons être surpris par la proportion non négligeable d'« initiatives personnelles » (9%) parmi le public enfant (moins de 18ans). Une première hypothèse est que ce taux serait tiré par le public adolescent, plus enclin à contacter un service par lui-même. Il est vrai que ce taux augmente pour atteindre 11% parmi les 15-18ans. Mais cette augmentation est faible et ne suffit pas à expliquer le phénomène. D'autant plus que les démarches personnelles

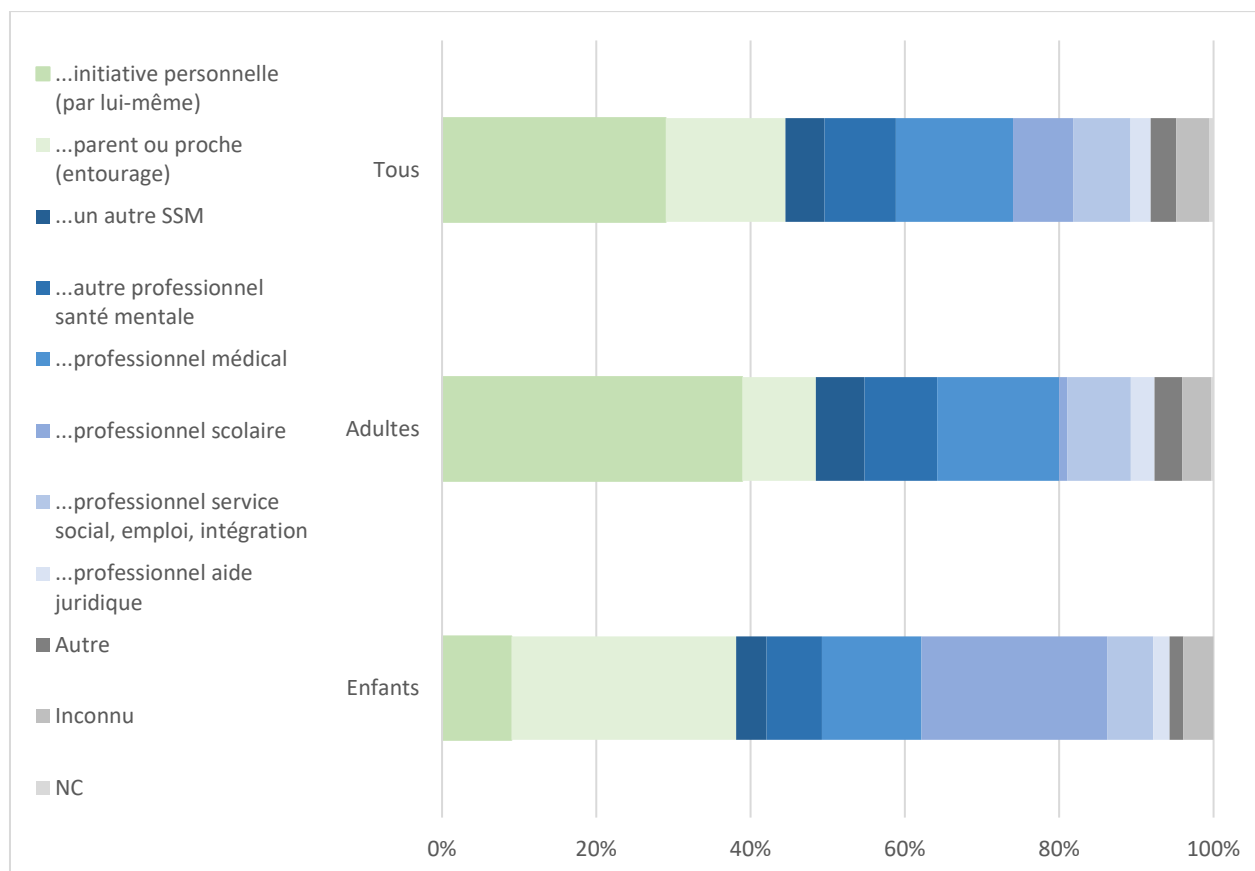
Ce rapport entre 1^{ère} et 2^{ème} ligne s'inverse pour le public adulte : les nouvelles demandes sont alors plus souvent de « 1^{ère} ligne » (48%) qu'orientées par un professionnel (44%). Le taux de réponses indéterminées (autres, inconnues ou non complétées) reste stable entre 6% et 8% quel que soit le groupe d'âge.

Tableau 26 - Répartition selon l'envoyeur et la catégorie d'âge (enfants/adultes) des nouvelles demandes non contraintes enregistrées par 9 SSM entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2021

Envoyeur	Enfants		Adultes		Tous	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Sollicitation directe (1^{ère} ligne)	127	38%	361	48%	534	45%
...initiative personnelle (par lui-même)	30	9%	290	39%	348	29%
...parent ou proche (entourage)	97	29%	71	10%	186	16%
Envoyeur professionnel (2^{ème} ligne)	187	56%	327	44%	568	47%
...un autre SSM	13	4%	47	6%	61	5%
...autre professionnel santé mentale	24	7%	70	9%	111	9%
...professionnel médical	43	13%	118	16%	182	15%
...professionnel scolaire	80	24%	8	1%	94	8%
...professionnel service social, emploi, intégration	20	6%	61	8%	89	7%
...professionnel aide juridique	7	2%	23	3%	31	3%
Autre, inconnu ou non communiqué	19	6%	57	8%	98	8%
Autre	6	2%	27	4%	40	3%
Inconnu	13	4%	28	4%	52	4%
NC	0	0%	2	0%	6	1%
Total général	333	100%	745	100%	1200	100%

représentent 9% des nouvelles demandes concernant des enfants âgés de moins de 10 ans, ce qui est très peu probable. Ce taux reflète dès lors plutôt un biais d'encodage. Il est probable que dans certains cas, le professionnel chargé de l'encodage qualifie la démarche du parent (« initiative personnelle »), qui est son principal interlocuteur lors de l'accueil, plutôt que celle de l'enfant lui-même (orienté par son parent). Il est donc fort probable que, pour le public enfants, les démarches d'initiative personnelle soient surestimées au détriment des orientations par un parent ou un proche. Cela n'impacte cependant pas la proportion de demandes dites de « 1^{ère} ligne » (orientées par soi-même ou par un proche) relativement à celles de « 2^{ème} ligne » (orientées par un professionnel).

Figure 18 - Répartition selon l'envoyeur et le groupe d'âge (enfants/adultes) des nouvelles demandes non contraintes enregistrées par 9 SSM entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2021



Si l'on étudie de manière plus détaillée les nouvelles demandes envoyées par d'autres professionnels (de « 2^{ème} ligne »), on remarque que les professionnels du monde médical (médecins généralistes et autres) sont les premiers envoyeurs professionnels, presque à égalité avec l'ensemble des professionnels de la santé mentale (« autres professionnels de la santé mentale » et « autre SSM »). Le secteur médical et le secteur de la santé mentale ont relayé respectivement 15% et 14% des nouvelles demandes non contraintes enregistrées par les SSM. Parmi les adultes, cette observation reste vraie et est même légèrement accentuée. Parmi les nouvelles demandes concernant des enfants en revanche, le milieu scolaire est de loin le 1^{er} envoyeur professionnel avec 24% des nouvelles demandes, au détriment de tous les autres types de professionnels qui relayent une plus faible proportion de nouvelles demandes que chez les adultes. Le secteur juridique est le moins représenté parmi les nouvelles demandes non contraintes (2% à 3%), tandis que les secteurs sociaux ou relatifs à l'emploi et l'intégration ont orienté 6% à 8% (selon le groupe d'âge) des nouvelles demandes enregistrées par les SSM.

4.7.2. LE DEVENIR DES NOUVELLES DEMANDES SELON L'« ENVOYEUR »

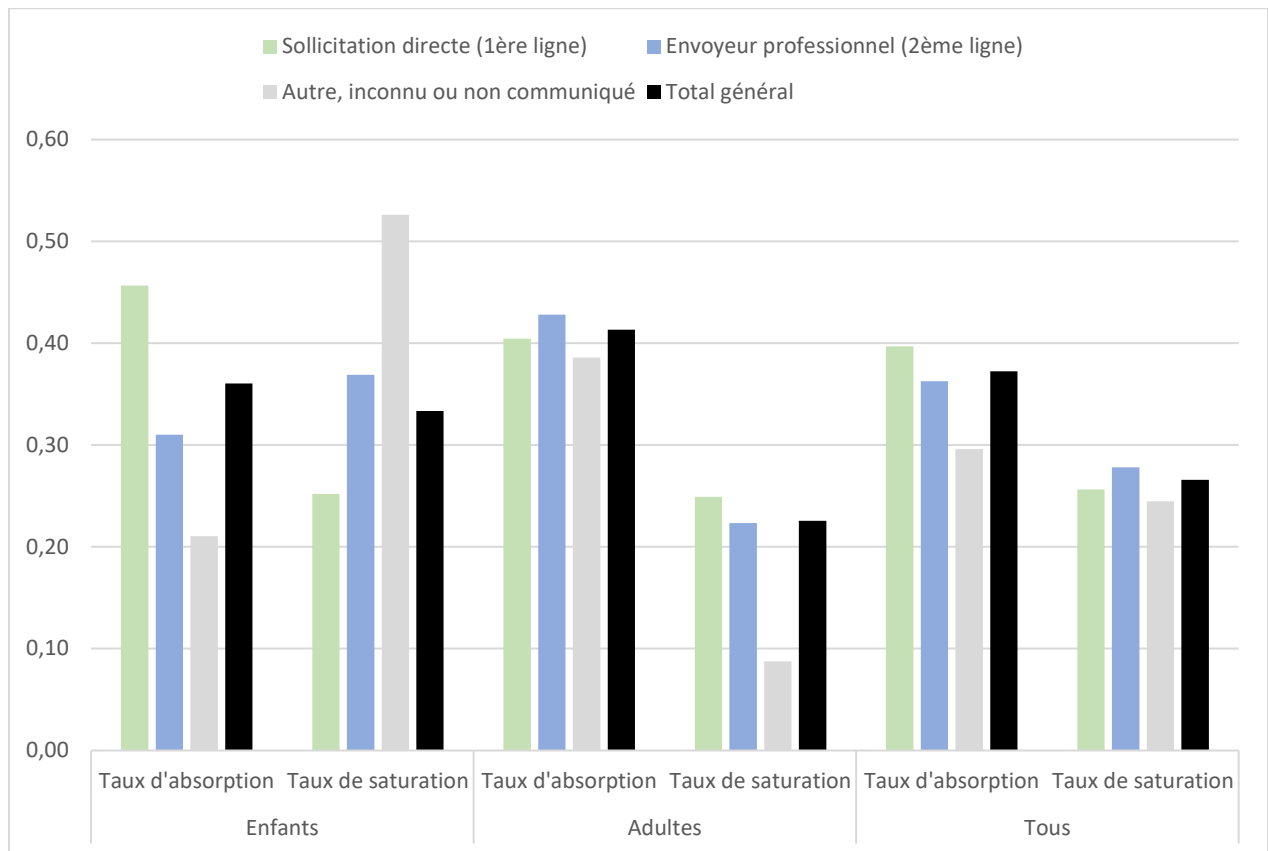
Les chances de se voir accorder un nouveau suivi et les risques de voir sa demande réorientée pour motif de saturation varient-ils selon que l'on soit envoyé par tel ou tel professionnel ? Ou que l'on s'adresse directement au service ? Et qu'en est-il pour la pression de la saturation des services ? S'exerce-t-elle sur l'ensemble des nouvelles demandes de manière uniforme, quel que soit le type d'envoyeur ?

Parmi l'ensemble des 1.200 nouvelles demandes non contraintes enregistrées, 447 ont abouti à une réponse favorable du service pour débiter un nouveau suivi. Ainsi, le « taux d'absorption » des nouvelles demandes non contraintes est de 37%. Dans le même temps, plus d'une demande sur quatre (27%) a dû être réorientée en raison de la saturation du service. C'est ce que nous appelons le « taux de réorientation pour motif de saturation » ou « taux de saturation ».

Tableau 27 - Réparation selon la catégorie d'envoyeur (fonction 1ère/2ème ligne) et la catégorie d'âge (enfants/adultes) des taux d'absorption et des taux de saturation concernant les nouvelles demandes non contraintes enregistrées par 9 SSM entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2020 (n = 1.200)

Catégorie d'envoyeur	Enfants		Adultes		Tous	
	Taux d'absorption	Taux de saturation	Taux d'absorption	Taux de saturation	Taux d'absorption	Taux de saturation
Sollicitation directe (1ère ligne)	0,46	0,25	0,40	0,25	0,40	0,26
Envoyeur professionnel (2ème ligne)	0,31	0,37	0,43	0,22	0,36	0,28
Autre, inconnu ou non communiqué	0,21	0,53	0,39	0,09	0,30	0,24
Total général	0,36	0,33	0,41	0,23	0,37	0,27

Figure 19 - Réparation selon la catégorie d'envoyeur (fonction 1ère/2ème ligne) et la catégorie d'âge (enfants/adultes) des taux d'absorption et des taux de saturation concernant les nouvelles demandes non contraintes enregistrées par 9 SSM entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2021 (n = 1.200)



Le taux d'absorption est légèrement meilleur (40%) pour les nouvelles demandes dites de « 1^{ère} ligne » (le taux est identique qu'il s'agisse d'initiatives personnelles ou de suggestions d'un parent ou d'un proche). Les nouvelles demandes dites de « 2^{ème} ligne », adressées par un autre professionnel quel qu'il soit, ont un taux d'absorption de 36%, très proche de la moyenne. Il semble donc y avoir un léger avantage pour les nouvelles demandes spontanées, tandis que le fait d'être orienté par un professionnel n'influence presque pas l'accès à un nouveau suivi.²⁴ En ce qui concerne la saturation, elle évolue de manière complémentaire : les nouvelles demandes adressées de manière directe, sans passer par un tiers professionnel, sont légèrement moins impactées par la saturation (26%) que les nouvelles demandes dites de « 2^{ème} ligne » (28%). L'écart est toutefois très faible.

Mais ces constats varient selon la catégorie d'âge. D'abord, le taux d'absorption moyen est moindre parmi les enfants (36%) que parmi les adultes (41%), nous en parlions plus haut. Rappelons également que le taux de réorientation pour motif de saturation est, au contraire, plus élevé parmi le public enfant (33%) que parmi le public adulte (23%).

²⁴ En fait, ce sont principalement les nouvelles demandes pour lesquelles l'envoyeur est inconnu qui tirent vers le bas le taux d'absorption : seules 6% d'entre elles donnent lieu à une suite favorable. Nous pensons que cela reflète, en réalité, la difficulté d'enregistrer des informations, notamment le type d'envoyeur, lorsqu'on réoriente rapidement une nouvelle demande qui n'aboutira pas à un nouveau suivi.

Ensemble, ces deux indicateurs traduisent une même situation particulièrement préoccupante pour le public âgé de moins de 18 ans : à peine plus d'un tiers de leurs demandes peuvent être acceptées par les services, et presque la même proportion de demandes doit être réorientée en raison d'une surcharge de travail.

Nous pouvons à présent laisser de côté cette différence globale pour interroger les différences relatives selon l'envoyeur. Le tableau des « risques relatifs » (RR) facilite la lecture : il indique, pour chaque envoyeur, si les chances d'accéder à un nouveau suivi sont supérieures à la moyenne ($RR > 1$) ou plus faibles qu'en moyenne ($RR < 1$).

Tableau 28 - Risques relatifs de se voir accorder un nouveau suivi et d'être réorienté pour motif de saturation calculés à partir des nouvelles demandes enregistrées par 9 SSM entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2021

(Enfants et adultes)	Nouvelles demandes (ND)	Nouveaux suivis décidés et/ou datés (NS)			Réorientations pour motif de saturation (restreint) (Rsat)		
		Effectif	R (NS/ND)	RR	Effectif	R (Rsat/ND)	RR
Sollicitation directe (1ère ligne)	534	212	0,40	1,07	137	0,26	0,97
...initiative personnelle (par lui-même)	348	138	0,40	1,06	85	0,24	0,92
...parent ou proche (entourage)	186	74	0,40	1,07	52	0,28	1,05
Envoyeur professionnel (2ème ligne)	568	206	0,36	0,97	158	0,28	1,05
...un autre SSM	61	24	0,39	1,06	19	0,31	1,17
...autre professionnel santé mentale	111	38	0,34	0,92	29	0,26	0,98
...professionnel médical	182	66	0,36	0,97	47	0,26	0,97
...professionnel scolaire	94	33	0,35	0,94	33	0,35	1,32
...professionnel service social, emploi, intégration	89	29	0,33	0,87	24	0,27	1,01
...professionnel aide juridique	31	16	0,52	1,39	6	0,19	0,73
Autre, inconnu ou non communiqué	98	29	0,30	0,79	24	0,24	0,92
Autre	40	24	0,60	1,61	6	0,15	0,56
Inconnu	52	3	0,06	0,15	18	0,35	1,30
NC	6	2	0,33	0,89	0	0,00	0,00
Total général	1200	447	0,37	1,00	319	0,27	1,00

Tableau 29 - Risques relatifs de se voir accorder un nouveau suivi et d'être réorienté pour motif de saturation, calculés à partir des nouvelles demandes concernant des enfants (< 18 ans) enregistrées par 9 SSM entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2021

(Enfants uniquement)	Nouvelles demandes (ND)	Nouveaux suivis décidés et/ou datés (NS)			Réorientations pour motif de saturation (restreint) (Rsat)		
		Effectif	R (NS/ND)	RR	Effectif	R (Rsat/ND)	RR
Sollicitation directe (1ère ligne)	127	58	0,46	1,27	32	0,25	0,76
...initiative personnelle (par lui-même)	30	12	0,40	1,11	5	0,17	0,50
...parent ou proche (entourage)	97	46	0,47	1,32	27	0,28	0,84
Envoyeur professionnel (2ème ligne)	187	58	0,31	0,86	69	0,37	1,11
...un autre SSM	13	6	0,46	1,28	6	0,46	1,38
...autre professionnel santé mentale	24	10	0,42	1,16	4	0,17	0,50
...professionnel médical	43	10	0,23	0,65	18	0,42	1,26
...professionnel scolaire	80	27	0,34	0,94	28	0,35	1,05
...professionnel service social, emploi, intégration	20	4	0,20	0,56	12	0,60	1,80
...professionnel aide juridique	7	1	0,14	0,40	1	0,14	0,43
Autre, inconnu ou non communiqué	19	4	0,21	0,58	10	0,53	1,58
Autre	6	3	0,50	1,39	1	0,17	0,50
Inconnu	13	1	0,08	0,21	9	0,69	2,08
Total général	333	120	0,36	1,00	111	0,33	1,00

Tableau 30 - Risques relatifs de se voir accorder un nouveau suivi et d'être réorienté pour motif de saturation calculés à partir des nouvelles demandes concernant des adultes (18 ans et +) enregistrées par 9 SSM entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2021

(Adultes uniquement)	Nouvelles demandes (ND)	Nouveaux suivis décidés et/ou datés (NS)			Réorientations pour motif de saturation (restreint) (Rsat)		
		Effectif	R (NS/ND)	RR	Effectif	R (Rsat/ND)	RR
Sollicitation directe (1ère ligne)	361	146	0,40	0,98	90	0,25	1,11
...initiative personnelle (par lui-même)	290	120	0,41	1,00	72	0,25	1,10
...parent ou proche (entourage)	71	26	0,37	0,89	18	0,25	1,12
Envoyeur professionnel (2ème ligne)	327	140	0,43	1,04	73	0,22	0,99
...un autre SSM	47	18	0,38	0,93	13	0,28	1,23
...autre professionnel santé mentale	70	24	0,34	0,83	21	0,30	1,33
...professionnel médical	118	53	0,45	1,09	23	0,19	0,86
...professionnel scolaire	8	5	0,63	1,51	1	0,13	0,55
...professionnel service social, emploi, intégration	61	25	0,41	0,99	11	0,18	0,80
...professionnel aide juridique	23	15	0,65	1,58	4	0,17	0,77
Autre, inconnu ou non communiqué	57	22	0,39	0,93	5	0,09	0,39
Autre	27	19	0,70	1,70	1	0,04	0,16
Inconnu	28	2	0,07	0,17	4	0,14	0,63
NC	2	1	0,50	1,21		0,00	0,00
Total général	745	308	0,41	1,00	168	0,23	1,00

– Le public enfant

Concentrons-nous d'abord sur les nouvelles demandes concernant les enfants (< 18 ans). Nous observons ici que la sollicitation directe (demandes dites de « 1^{ère} ligne ») est un réel avantage parmi le public enfant : 46% des nouvelles demandes enfant adressées directement au service donnent lieu à un nouveau suivi accordé, contre 31% en moyenne. Ainsi, les demandes pour enfant de « 1^{ère} ligne » ont 1,27 fois plus de chances de donner lieu à une réponse positive du service que la moyenne des nouvelles demandes enfants. Elles ont aussi moins de risque d'être réorientées pour motif de saturation : 25% contre 33% en moyenne.

A l'inverse, lorsque les nouvelles demandes pour enfants sont adressées par un autre professionnel, la chance de se voir accorder un nouveau suivi n'est plus que de 31% parmi les nouvelles demandes enfants, alors que le taux d'absorption moyen pour cette catégorie d'âge est de 36%. Les taux de saturation sont également défavorables aux envoyeurs professionnels chez le public enfant : 37% de ces demandes sont réorientées pour motif de saturation contre 33% en moyenne pour cette catégorie d'âge.

Ce résultat mériterait un éclairage qualitatif complémentaire pour mieux comprendre le rapport des SSM aux envoyeurs professionnels, particulièrement lorsque le public concerné est mineur (nous verrons plus loin que cette moindre accessibilité pour les nouvelles demandes adressées par des professionnels est beaucoup moins marquée pour le public adulte).

Certaines catégories de professionnels semblent davantage concernées que d'autres par cette moindre accessibilité pour les demandes enfant qu'ils relayent. Attention, l'étude de sous-catégories nous conduit à commenter des faibles effectifs. Les taux y sont particulièrement sensibles, l'interprétation peut en être biaisée. Mais globalement, les envoyeurs issus du champ de la santé mentale et du milieu scolaire semblent plutôt épargnés par cette difficulté, qui se concentre sur les professionnels du monde médical et du travail social.

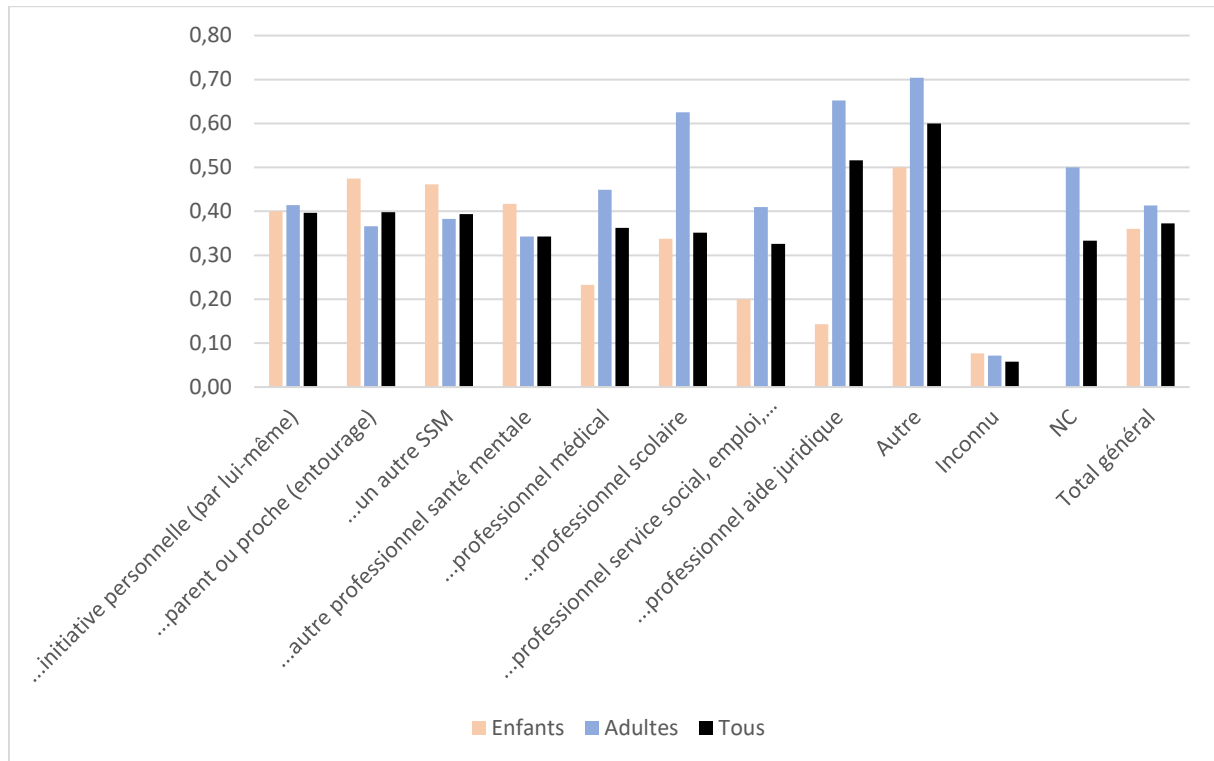
– Le public adulte

Nous le disions plus haut, parmi les nouvelles demandes concernant des adultes, la différence d'issue favorable selon que la demande relève d'une sollicitation directe (40%) ou soit relayée par un professionnel (43%) n'est pas aussi marquée que pour le public enfant. Elle est même légèrement à l'avantage des envoyeurs professionnels, mais ne s'écarte que faiblement de la moyenne (41%). Les taux de saturation sont également proches de la moyenne pour les envoyeurs professionnels (22% contre 23% en moyenne pour les adultes) et légèrement supérieurs à la moyenne pour les nouvelles demandes issues d'une démarche personnelle ou de l'orientation par un proche (25% contre 23% en moyenne). Ainsi, les nouvelles demandes pour le public adulte semblent avoir globalement les mêmes chances de « réussite » et d'« échec » qu'elles soient relayées par un professionnel ou spontanées.

Y a-t-il des différences entre les catégories professionnelles d'envoyeur ? A l'inverse de la situation observée chez les enfants, les demandes adultes relayées par le monde médical sont nombreuses et plutôt favorisées puisque 45% d'entre elles donnent lieu à une réponse favorable pour débiter un nouveau suivi, soit un taux d'absorption supérieur à la moyenne adulte (41%) et supérieure aussi au deuxième envoyeur le plus important qu'est le champ de la santé mentale (où l'on distingue les autres SSM dont 38% des demandes relayées sont acceptées, et les autres types de professionnels en santé mentale dont 34% des nouvelles demandes sont acceptées). Le troisième envoyeur le plus conséquent chez les adultes sont les professionnels qui ont une fonction sociale ou relative à l'emploi et à l'intégration. Les demandes orientées par ces derniers présentent un taux d'absorption égal à la moyenne adulte (41%). Globalement, et assez logiquement, les taux de saturation évoluent dans le sens inverse des taux d'absorption pour les principales catégories professionnelles d'envoyeurs.

La figure ci-dessous permet de comparer rapidement les « taux d'absorption » (c'est-à-dire la part des nouvelles demandes auxquelles les services accordent un nouveau suivi, quelles que soient les suites données ultérieurement par le patient) selon l'envoyeur. Le lecteur doit cependant garder à l'esprit que les taux cachent parfois des effectifs très faibles (un petit nombre de nouvelles demandes concernées) qui peuvent conduire à de fortes variations. C'est particulièrement le cas des nouvelles demandes relayées par les professionnels de l'aide juridique (n = 31), des catégories « Autre », « inconnu » et « NC » comptant chacune une cinquantaine d'observations, ou encore de l'envoyeur « milieu scolaire » lorsqu'il concerne des adultes (logiquement peu nombreux : n = 8).

Figure 20 - Distribution des taux d'absorption selon la catégorie d'âge (enfant/adulte/tous) et le type d'envoyeur, parmi les nouvelles demandes non contraintes enregistrées par 9 SSM entre le 2 novembre 2020 et le 28 février 2021



DISCUSSION

La saturation des SSM bruxellois est un phénomène bien connu des intervenants, du politique et des usagers, et pourtant assez mal documenté. Frein majeur à l'accessibilité des services, elle est un enjeu important pour les politiques publiques en matière de santé mentale. Mais les lectures de ce phénomène, comme les réponses qu'il convient d'y apporter, peuvent varier. Nous retrouvons ainsi dans le champ bruxellois de la santé mentale trois grands registres explicatifs portant sur la saturation et la difficulté d'accéder aux soins de santé mentale : le premier met en avant les pratiques des professionnels, le deuxième insiste plutôt sur l'organisation de l'offre, enfin le troisième se concentre sur le manque de moyens. Ces registres explicatifs s'appliquent généralement au champ de la santé mentale dans son ensemble. Ci-dessous, nous discutons brièvement leur pertinence pour expliquer la saturation des SSM bruxellois en particulier.

– Les pratiques cliniques

La première perspective met l'accent sur les pratiques cliniques et en particulier la durée des suivis : les SSM proposeraient trop régulièrement des suivis psychothérapeutiques au long cours, qui peuvent durer parfois plusieurs années, ce qui – pour une offre égale – réduit le nombre de patients pouvant bénéficier d'un suivi. Le raisonnement est présent dans le chef de certains décideurs politiques, et pourrait être paraphrasé comme ceci : « À quoi bon augmenter quantitativement l'offre si c'est pour continuer à

proposer aux nouveaux patients des suivis à durée indéterminée ? Cela ne fera que reporter dans le futur la situation de saturation que nous connaissons aujourd'hui ».

Notons tout d'abord qu'à notre connaissance, aucune étude scientifique ne supporte ce raisonnement. Au contraire, la littérature scientifique et la littérature grise relatives au système de santé mentale et à la réforme dite « Psy 107 » soutiennent généralement un autre raisonnement : la Belgique (et singulièrement la Flandre) compterait un trop grand nombre de lits psychiatriques (particulièrement les lits « T » de longue durée) par habitant, ce qui serait coûteux, peu efficace en termes de rétablissement, et induirait des risques de maltraitance. Il conviendrait dès lors limiter le nombre d'hospitalisations de longue durée en s'appuyant sur l'offre de soins mobiles et ambulatoires. Dans cette conception de l'organisation de l'offre, les soins ambulatoires n'ont pas vocation à être limités dans le temps.

La présente enquête ne permet ni d'infirmer, ni de confirmer l'idée selon laquelle la durée des suivis serait au cœur du problème de la saturation, car elle ne s'est pas penchée spécifiquement sur les pratiques cliniques au sein des SSM et leur évolution. D'autres données administratives relatives à l'activité des SSM CoCoF indiquent qu'en 2018, 44% des patients enfants et adolescents suivis en SSM l'étaient depuis moins d'un an, 66% depuis moins de deux ans, 77% depuis moins de 3 ans. Ainsi, un quart (23%) des patients enfants avaient une ancienneté de suivi supérieure ou égale à 3 ans (Hoyoïs, 2019, p.25). Pour la patientèle adulte, 35% des patients suivis en 2018 l'étaient depuis moins d'un an, 50% depuis moins de deux ans, 59% depuis moins de 3 ans, et finalement 41% depuis 3 ans ou plus (Hoyoïs, 2019, p.41). Il serait intéressant à l'avenir de croiser les données relatives aux durées de suivi avec celles relatives à leur intensité pour mieux comprendre la structure des suivis en SSM.

Mais surtout, ces données appellent à une réflexion de fond sur le rôle des SSM, dans un contexte où les attentes politiques à l'égard de la santé mentale ambulatoire apparaissent multiples : d'un côté, la réforme Psy 107 (amorcée par le Fédéral et soutenue par les entités fédérées) tend à valoriser la « désinstitutionnalisation » en psychiatrie, et plus particulièrement la limitation des hospitalisations de longue durée au profit de suivis mobiles et ambulatoires. Dans ce contexte, il est attendu des SSM qu'ils reçoivent des patients psychiatriques chroniques qui nécessitent souvent des suivis de longue durée. D'un autre côté, les entités fédérées (CoCoF et CoCoM) insistent de plus en plus, notamment dans le cadre des appels à projet lancés dans le contexte de la pandémie de Covid-19, sur la mobilité et l'*outreaching* (littéralement « atteindre en dehors »). Partant du constant que certains publics précaires, dans le besoin, n'entreprennent pas d'eux-mêmes une démarche vers les services appropriés, les entités fédérées soutiennent des initiatives qui permettent aux professionnels de quitter leurs services pour aller à la rencontre de ces publics. C'est en effet une démarche essentielle pour assurer l'accessibilité des services à tous les publics, et particulièrement aux plus précaires. Une démarche, cependant, qui demande du temps : temps de déplacement, rendez-vous manqués et nécessité de travailler à plusieurs limitent la fréquence de ce type de prestations, relativement à des consultations plus classiques pratiquées au sein des services. Il y a donc une tension entre ces deux premières visées, qui nécessitent de libérer du temps et des moyens, et une troisième attente du côté d'une réduction de la durée des suivis, appelant à faire plus avec autant de moyens pour désengorger les listes d'attente et limiter l'inaccessibilité des services à une part importante de nouveaux demandeurs.

Soulignons enfin que du point de vue des cliniciens, un suivi court n'est pas forcément un suivi « réussi ». Leur expérience indique plutôt le contraire : un suivi psychothérapeutique qui se limite à deux ou trois prestations peut aussi témoigner d'une situation où le patient ne revient pas malgré une situation qui reste problématique, parce qu'il n'y a pas eu l'accroche espérée avec le service. Certains services ont mis en place des dispositifs d'accueil proposant un nombre limité de séances afin de désengorger leurs listes d'attente. Si ce type d'offre peut présenter un intérêt pour certains publics spécifiques, comme les étudiants, leur généralisation n'est pas évidente. En particulier, les professionnels insistent sur la

distinction entre durée de suivi et standardisation des dispositifs : même si la plupart des suivis n'excèdent pas un certain nombre de prestations, limiter *a priori* la durée des suivis peut avoir un effet sur le cadre thérapeutique. En santé mentale, il n'est pas facile de planifier le soin car l'état des patients peut être changeant et difficilement prévisible. Dans un contexte où les besoins du patient sont au centre du soin et que l'évaluation de ceux-ci se fait tout au long du suivi, il semble important de ne pas contraindre en amont le type de suivi ou sa durée.

– L'organisation de l'offre

Une seconde lecture du phénomène de saturation du champ de la santé mentale situe plutôt le problème dans l'organisation de l'offre. L'offre en santé mentale à Bruxelles serait riche et diversifiée, mais complexe à appréhender et peu lisible, aussi bien pour l'utilisateur que pour les professionnels (Walker et al., 2019). Les réponses à ce constat sont multiples et visent notamment à réorganiser l'offre de soin de manière « échelonnée » (Conseil Supérieur de la Santé, 2021). Concrètement, échelonner l'organisation des soins consiste généralement à différencier clairement 1^{ère} ligne généraliste et 2^{ème} ligne spécialisée. La 1^{ère} ligne de soins reçoit le tout-venant, émet un avis diagnostic, prodigue des soins si la situation diagnostiquée est relativement légère et réfère les cas plus complexes à la deuxième ligne spécialisée.

L'accès aux soins spécialisés est alors conditionné par l'avis d'un professionnel de 1^{ère} ligne. C'est dans cette philosophie que s'inscrit par exemple la réforme fédérale introduisant la « fonction psychologique de 1^{ère} ligne ».²⁵

Mais la réalité des SSM bruxellois ne semble pas correspondre à ce modèle organisationnel. Si au nord du pays, les *Centra voor geestelijke gezondheidszorg*, équivalents néerlandophones des SSM, sont officiellement des services de 2^{ème} ligne²⁶, la situation est plus complexe côté francophone : les SSM sont bien des services spécialisés en santé mentale et proposent des prises en charge multidisciplinaires (psychologique, psychiatrique, sociale, logopédique, etc.). Mais ils sont aussi des services de proximité. Ils ont pignon sur rue et sont directement accessibles au public. Ainsi, notre enquête a montré que la proportion de nouvelles demandes adressées au service de l'initiative personnelle du demandeur ou par le conseil d'un proche (fonction de 1^{ère} ligne), et la part de nouvelles demande orientées par un professionnel (fonction de 2^{ème} ligne), seraient presque identiques (respectivement 45% et 47% des nouvelles demandes enregistrées). Il paraît dès lors difficile de concevoir ces services comme des services « de 2^{ème} ligne », malgré leur caractère spécialisé.

Par ailleurs, la thèse de l'illisibilité de l'offre peut également être discutée à partir de notre étude. Il n'est pas contestable que l'offre de santé mentale en général est particulièrement complexe à appréhender, et cela peut avoir des effets sur l'accès aux soins. Il convient néanmoins de souligner que, dans le cadre de notre enquête qui porte plus spécifiquement sur les SSM CoCoF à Bruxelles, nous avons enregistré peu de nouvelles demandes réorientées précisément en raison d'une mauvaise orientation (c'est-à-dire parce que la demande n'était pas adaptée à l'offre formulée par le service). Surtout au regard du motif de saturation, qui a représenté trois quarts des réorientations enregistrées. Ces résultats ne disent rien du parcours qui précède la formulation d'une demande de soin en SSM, mais ils indiquent que les demandes de prise en charge qui atteignent la porte d'entrée d'un SSM frapperaient, neuf fois sur dix, à la bonne porte. Cela nous permet de soutenir l'hypothèse selon laquelle l'obstacle majeur à l'accessibilité des SSM serait davantage du côté de leur saturation que d'une difficulté du patient à s'orienter dans le réseau.

– Le manque de moyens

Le motif avancé le plus régulièrement par les professionnels de terrain pour expliquer la saturation de leurs services est aussi le plus simple, et le plus conflictuel sur le plan politique : le manque de moyens, matériels et surtout humains, pour pouvoir répondre favorablement aux besoins de soins de santé mentale de la population. Sur le terrain, les professionnels se débrouillent : ils donnent la priorité à certaines demandes plutôt qu'à d'autres, selon des critères cliniques, socio-économiques et de proximité géographique ; ils répondent aux appels à projet et cherchent des sources de financement alternatives ; ils mettent en place des dispositifs d'accueils rapides pour tenter de désengorger les listes d'attente.

Malgré cela, entre novembre 2020 et février 2021, soit durant une période de reconfinement sanitaire marquée par un phénomène de report de soin et un volume de demande moins important qu'il ne le serait aujourd'hui (en novembre 2021), les 16 SSM bruxellois participant à notre enquête ont recensé 720 nouvelles demandes réorientées de manière contrainte en raison de la saturation des services.

²⁵ On ignore cependant quelle forme prendra cette offre de soins dans le futur, la convention INAMI qui doit l'organiser étant toujours sur la table des négociations à l'heure où nous écrivons ces lignes (novembre 2021).

²⁶ Sur le terrain la réalité est plus complexe : le Gouvernement flamand tolère une marge de 25% de patients « de 1^{ère} ligne » (qui contactent le service de leur propre initiative, sans référencement par un professionnel), et le KCE souligne que « la stricte distinction entre 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} ligne de soins de santé mentale en Flandre n'est pas toujours aussi stricte et claire » [traduction de l'auteur] (KCE, Rapport 265, p.26).

Cela représente près d'une demande sur trois (30%). Rappelons également que, parmi les nouvelles demandes qui ont bénéficié d'un entretien d'accueil,²⁷ celui-ci a été réalisé dans un délai supérieur à 30 jours dans 10% des cas. Le délai entre le premier contact et le début du nouveau suivi est supérieur à 30 jours dans 28% des cas enregistrés.

Ces indicateurs, s'ils doivent être lus au regard des qualités et des limites méthodologiques de l'enquête, permettent néanmoins de prendre la mesure de la saturation des SSM bruxellois, et de l'urgence d'y répondre. Ils prennent également leur sens dans un contexte historique plus large, marqué par un financement public des SSM qui n'aurait pas suivi l'accroissement de la population bruxelloise ni la détérioration de l'état de santé mentale de celle-ci au cours des 20 dernières années. La compréhension de l'évolution de l'offre et des besoins en soins de santé mentale de la population bruxelloise nécessiterait certainement des analyses plus poussées, prenant en compte la diversité des sources de financement ainsi que des études précises sur l'impact psychosocial de la crise sanitaire sur le moyen et le long terme. Mais à ce stade, elle ne permet en tout cas pas d'exclure l'hypothèse d'un manque de moyen structurel comme une des causes de la saturation des SSM bruxellois.

On peut également s'interroger sur le rôle que joueront les « Psychologues de 1^{ère} ligne », un dispositif actuellement revalorisé par le Gouvernement fédéral, dans la saturation du secteur. Cette offre supplémentaire permettra-t-elle de désengorger les SSM et de répondre à la problématique d'accès aux soins de santé mentale de la population? Nous pouvons l'espérer, mais devons également attirer l'attention sur certaines limites. Ce dispositif a été conceptualisé en 2016 par une étude du KCE portant sur le remboursement des soins psychologiques (Kohn et al., 2016). Il vise en particulier les problèmes psychologiques courants et modérés, « pouvant être surmontés grâce à un soutien ponctuel », et non des « psychopathologies caractérisées ». Il s'agit également d'inciter le public à franchir le pas de l'aide psychologique encore fort stigmatisée. Le remboursement à l'acte d'un nombre limité de prestations doit permettre principalement à des psychothérapeutes indépendants de proposer leur service au public, à moindre coût pour le patient. Le travail autour de l'accessibilité, comme le fait de quitter son cabinet pour aller à la rencontre des patients, ou le fait de suivre des patients moins « autonomes » susceptibles de manquer leurs rendez-vous, ne semble pas couvert par le remboursement. Ainsi, l'offre de Psychologues de première ligne semble présenter certaines différences avec les Services ambulatoires, composés d'équipes pluridisciplinaires comprenant entre autres des psychologues mais aussi des psychiatres et assistants sociaux, et majoritairement financés au forfait. Structurellement, ces derniers semblent *a priori* mieux disposés à intervenir sur des situations complexes, où se mêlent des difficultés psychologiques, psychiatriques et sociales. Il est bien entendu trop tôt pour tirer des conclusions sur les effets d'un dispositif qui est seulement en train de se déployer, mais ces questions mériteront que l'on s'y intéresse.

Les trois registres explicatifs de la saturation et de la trop difficile accessibilité des SSM bruxellois ne sont pas mutuellement exclusifs. Il est probable que plusieurs leviers d'action puissent, à l'avenir, améliorer la situation. La présente étude n'est qu'une première estimation du degré de saturation du secteur, elle concerne une période particulière de la crise du Covid-19 ce qui rend délicat la généralisation de ses résultats, et elle ne permet pas de répondre à toutes les questions soulevées dans la présente discussion. Combien d'ETP supplémentaires auraient besoins les SSM bruxellois pour faire face à l'après-crise sanitaire? À quel point l'offre ambulatoire est-elle redondante et/ou complémentaire à celle des « Psychologues de première ligne »? Quels dispositifs d'accueil et de prise en charge au sein des SSM permettraient de désengorger les listes d'attente sans détériorer la qualité des soins? Quels changements organisationnels pourraient avoir les mêmes effets?

²⁷ Le dispositif d'accueil des nouvelles demandes peut varier d'un service à l'autre et, au sein d'un même service, d'une demande à l'autre notamment selon le degré d'urgence identifié. Ainsi, certaines nouvelles demandes donnent lieu à un entretien d'accueil, d'autres non.

Quelles actions préventives seraient utiles à déployer au long cours ? Une recherche qualitative actuellement menée par la LBSM et portant précisément sur l'accessibilité des SSM bruxellois apportera des éléments de réponses.

D'autres recherches resteront nécessaires, à commencer par un nouveau recensement du devenir des nouvelles demandes permettant de renouveler l'exercice sur d'autres périodes et, si possible, sur d'autres secteurs également concernés par cette problématique.

BIBLIOGRAPHIE

- Bourdieu, P. (1984). Espace social et genèse des « classes ». *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 52-53, 3-14.
- Charafeddine, R., Berete, F., Braekman, E., Bruggeman, H., Demarest, S., Driekens, S., Gisle, L., & Nélis, G. (2021). *Huitième enquête de santé COVID-19* (D/2021/14.440/82). Sciensano. <https://doi.org/10.25608/hqy9-m065>
- Conseil Supérieur de la Santé. (2021). *Prise en charge psychosociale pendant la pandémie Covid-19—Révision* (Avis N° 9610). CSS.
- Cousteaux, A.-S., & Shon, J.-L. P. K. (2008). Le mal-être a-t-il un genre ? *Revue française de sociologie*, Vol. 49(1), 53-92.
- Fontaine, R., Lengagne, P., & Sauze, D. (2016). L'exposition des travailleurs aux risques psychosociaux a-t-elle augmenté pendant la crise économique de 2008 ? *Economie & statistique*, 486(1), 103-128. <https://doi.org/10.3406/estat.2016.10692>
- Garfinkel, H., Barthélemy, M., & Quéré, L. (2020). *Recherches en ethnométhodologie* (2e éd). Presses universitaires de France.
- Gisle, L. (2020a). *Enquête de santé 2018. Consommation d'alcool* (D/2020/14.440/3). Sciensano. https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/MH_FR_2018.pdf
- Gisle, L. (2020b). *Enquête de santé 2018. Santé mentale* (D/2020/14.440/3). Sciensano. https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/MH_FR_2018.pdf
- Hoyois, P. (2019). *Patientèle et prestations des Services de Santé Mentale bruxellois agréés par la Commission Communautaire Française. Données pour 2018*. Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale.
- Kohn, L., Obyn, C., Adriaenssens, J., Chistiaens, W., Van Cauter, X., & Eyssen, M. (2016). *Model for the organization and reimbursement of psychological and orthopedagogical care in Belgium* (N° 265).
- Lorant, V., de Gelder, R., Kapadia, D., Borrell, C., Kalediene, R., Kovács, K., Leinsalu, M., Martikainen, P., Menvielle, G., Regidor, E., Rodríguez-Sanz, M., Wojtyniak, B., Strand, B. H., Bopp, M., & Mackenbach, J. P. (2018). Socioeconomic inequalities in suicide in Europe : The widening gap. *The British Journal of Psychiatry*, 212(6), 356-361. <https://doi.org/10.1192/bjp.2017.32>
- Malard, L. (2015). *Evolution des facteurs psychosociaux au travail et de la santé mentale en période de crise économique dans les populations au travail en France et en Europe*. Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines.
- Mistiaen, P., Devriese, S., Cornelis, J., Detollenaere, J., Farfan, M. I., Ricour, C., Bontemps, C., Bruffaerts, R., De Coen, M., Gisle, L., Hermans, K., Laguesse, R., Lambert, M., Lorant, V., Nicaise, P., Neyens, I., Smith, P., Thunus, S., Van Audenhove, C., ... Walker, C. (2019). *Organisation of mental health care for adults in Belgium* (N° 318). Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Center (KCE).
- Nicaise, P. (2019). *Estimation des besoins en équipes mobiles de crise (2a) et équipes mobiles assertives (2b) et leur répartition pour le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale*. PFCSM - OPGG et IRSS (UCLouvain).
- Vanden Bossche, C. (2019). *Etat des lieux de l'accès aux soins de santé mentale au départ des CPAS bruxellois*. Pôle Précarité-Santé mentale de la Plate-Forme de Concertation pour la Santé Mentale (PFCSM).
- Walker, C., Nicaise, P., & Thunus, S. (2019). *Parcours.Bruxelles. Évaluation qualitative du système de la santé mentale et des parcours des usagers dans le cadre de la réforme Psy 107 en Région de Bruxelles-Capitale* (p. 80) [Étude]. Observatoire de la Santé et du Social. https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/rapports-externes/parcours.bruxellesfr_def.pdf



La saturation des Services de Santé Mentale (SSM) bruxellois est un phénomène bien connu des intervenants, du politique et des usagers qui en font l'expérience, et pourtant assez mal documenté. À partir d'un recensement des nouvelles demandes adressées aux SSM agréés par la CoCoF, le présent rapport vise à objectiver cette situation, à fournir de premières estimations sur la part des nouvelles demandes qui aboutissent effectivement à un suivi en SSM, et à mieux cerner la part et les motifs des réorientations vers d'autres services. L'étude plus fine d'un sous-échantillon met en évidence que les difficultés d'accès liées à la saturation du secteur touchent d'avantage certains publics que d'autres. Cette enquête mériterait d'être reconduite sur d'autres périodes mais elle offre une première mesure du phénomène pour ce secteur et permet d'engager la discussion sur les causes possibles de la saturation et leviers d'actions pour y répondre, au niveau politique comme au niveau des services.



LIGUE BRUXELLOISE POUR
LA SANTÉ MENTALE

Editeur responsable: Yahyâ H. SAMII

Graphisme : Flore FIFI