



SATURATION II

RÉSULTATS DU 2^{ÈME} RECENSEMENT DES
DEMANDES ADRESSÉES AUX SERVICES DE
SANTÉ MENTALE BRUXELLOIS
(2022 -2023)

RAPPORT COMPLET

ROBIN SUSSWEIN

PAR LA LIGUE BRUXELLOISE POUR LA SANTÉ MENTALE

Rue Mercelis 39

1050 Bruxelles

☎ 02 511 55 43

www.lbsm.be 📡



LIGUE BRUXELLOISE POUR
LA SANTÉ MENTALE



Table des matières

Table des figures (graphiques)	5
Tables de tableaux	8
1. Introduction : de la question de l'accessibilité au problème de la saturation	9
1.1. L'accessibilité en question	9
1.2. Le nœud du problème : la saturation des services	10
1.3. Des enquêtes de terrain pour prendre la mesure du problème	12
1.4. Résumé des principaux résultats	13
2. Méthodologie	15
2.1. Un dispositif d'enquête adapté au phénomène étudié	15
2.2. Des données produites par des intervenant·es, en collaboration avec les chercheur·ses	16
2.3. Participation des services	17
2.4. Outils de recensement : les fiches « SND2 »	20
2.5. Complétion des fiches de recensement SND2	23
2.6. Taux d'acceptation et taux de saturation : deux indicateurs de l'(in)accessibilité des services	24
2.7. Les principaux motifs de réorientation des demandes	26
2.8. Déterminer le « devenir des demandes »	28
2.9. Accessibilité différenciée : la notion de « risque relatif »	31
2.10. Marge d'erreur statistique et écart statistiquement significatif	34
2.11. Comparabilité des enquêtes 2020-2021 et 2022-2023	35
2.12. Principales limites de l'enquête	38
3. (À quel point) les SSM sont-ils saturés ?	41
3.1. 2602 demande recensée : une diversité de demande et de personnes concernées	41
3.2. Résultats globaux : la saturation comme premier obstacle à l'accès au soin en SSM	42
3.3. Résultats plus détaillés : que deviennent les demandes adressées aux SSM ?	44
4. Comment a évolué la saturation des SSM ces dernières années ?	49
5. L'accessibilité différenciée des services selon les publics et les types de demande	51
5.1. Âge et genre	52
5.1.1. Répartition des demandes selon la catégorie d'âge	52
5.1.2. Répartition des demandes selon le genre	53
5.1.3. Répartition des demandes selon la catégorie d'âge et le genre	53
5.1.4. Devenir des demandes selon la catégorie d'âge	54
5.1.5. Devenir des demandes selon le genre	56
5.1.6. Devenir des demandes selon la catégorie d'âge et le genre	56

5.2.	Statut socio-professionnel.....	59
5.2.1.	Répartition des demandes selon le statut socio-professionnel.....	59
5.2.2.	Devenir des demandes selon le statut socio-professionnel.....	61
5.3.	Langue et interprétariat	64
5.3.1.	Répartition des demandes selon la nécessité de recourir à un·e interprète.....	64
5.3.2.	Devenir des demandes selon la nécessité ou non de recourir à un·e interprète	65
5.4.	Fonction(s) professionnelle(s) sollicitée(s)	66
5.4.1.	Répartition des demandes selon la ou les fonctions professionnelles sollicitées lors du 1 ^{er} contact	67
5.4.2.	Répartition des nouveaux suivis selon la ou les fonctions professionnelles attribuées à l'amorce du suivi.....	70
5.4.3.	Devenir des demandes selon la fonction professionnelle sollicitée.....	72
5.5.	Complexité de la demande : grande dépendance, antécédents de suivi et contenu thématique de la demande	75
5.5.1.	Objectiver la « complexité clinique » des demandes ?	75
5.5.2.	Répartition des nouveaux suivis selon les domaines de besoin.....	77
5.5.3.	Devenir des demandes selon leur « complexité »	79
5.6.	Énonciation de la demande	81
5.6.1.	Répartition des demandes selon l'énonciateur·rice.....	82
5.6.2.	Devenir des demandes selon l'énonciateur·rice.....	83
5.7.	Trajet de soin et orientation de la demande (« envoyeur »).....	85
5.7.1.	Répartition des demandes selon l'envoyeur et le type d'orientation.....	86
5.7.2.	Devenir des demandes selon le type d'orientation	88
5.8.	Une accessibilité différenciée selon les publics et les types de demande : tableau synthétique.....	93
6.	Éléments de discussion : saturation des SSM et politiques publiques	95
6.1.	La saturation des SSM persiste, voire s'aggrave.....	95
6.2.	...malgré les récentes réformes	97
7.	Recommandations.....	103
7.1.	Agir en amont sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé mentale	103
7.2.	Refinancer structurellement le secteur des SSM : 180 ETPs supplémentaires pour ramener le taux de saturation sous le seuil de 5%.....	104
7.3.	Lutter efficacement contre la pénurie de psychiatre et pédo-psychiatres : améliorer l'attractivité de la profession et aligner les revenus des (pédo-)psychiatre en SSM en ambulatoire avec ceux du secteur hospitalier.....	105
7.4.	Soutenir les SSM dans l'amélioration de leurs dispositifs d'accueil: pour la reconnaissance d'une fonction d'accueil clinique	105

Table des figures (graphiques)

Figure 1 - Participation des services au recensement 2022-2023.....	18
Figure 2 - Illustration de la documentation du devenir des demandes à l'aide des fiches SND2	20
Figure 3 - Fiche de recensement SND2 (recto)	21
Figure 4 - Fiche de recensement SND2 (verso).....	22
Figure 5 - Répartition des demandes selon leur devenir (%) - version synthétique n=2602 demandes enregistrées par 18 services entre octobre 2022 et février 2023	43
Figure 6 - Répartition des demandes réorientées selon le motif de réorientation (%) - version synthétique n=1372 demandes réorientées parmi 2602 demandes enregistrées par 18 services entre octobre 2022 et février 2023.....	44
Figure 7 - Répartition des demandes selon leur devenir (%) – version détaillée n=2602 demandes enregistrées par 18 services entre octobre 2022 et février 2023	45
Figure 8 - Répartition des demandes acceptées selon le délai de prise en charge (jours) n=536 demandes acceptées dont le délai de prise en charge est connu parmi 638 demandes acceptées (complétion : 84%).....	47
Figure 9 - Devenir des demandes selon la vague d'enquête (%) n(V1)=1225 demandes enregistrées par 10 services entre novembre 2020 et février 2021 n(V2)=2602 demandes enregistrées par 18 services entre novembre 2022 et février 2023.....	50
Figure 10 - Répartition des demandes selon la catégorie d'âge de la personne (%) n=1994 demandes documentées parmi 2602 demandes enregistrées par 18 services entre octobre 2022 et février 2023 Complétion : 77%.....	52
Figure 11 - Répartition des demandes selon le genre de la personne (%) n=1854 demandes documentées parmi 2602 demandes enregistrées par 18 services entre octobre 2022 et février 2023 (complétion : 71%).....	53
Figure 12 - Répartition des demandes selon le genre parmi chaque catégorie d'âge (%) n=1806 demandes documentées (genre et âge) parmi 2602 demandes enregistrées par 18 services entre octobre 2022 et février 2023 (complétion : 69%)	54
Figure 13 - Devenir des demandes selon la catégorie d'âge (%) n=1994 demandes documentées (catégorie d'âge) parmi 2602 demandes enregistrées par 18 services entre novembre 2022 et février 2023 Complétion : 77%	55
Figure 14 - Devenir des demandes selon le genre (%) n=1854 demandes documentées parmi 2602 demandes enregistrées par 18 services entre octobre 2022 et février 2023 (complétion : 71%)	56
Figure 15 - Devenir des demandes selon le genre parmi les enfants (approx. 0-9ans) (%) n=224 demande documentées (genre) parmi les 259 demandes concernant des enfants enregistrées par 18 services entre novembre 2022 et février 2023 Complétion : 86%	57
Figure 16 - Devenir des demandes selon le genre parmi les adolescent·e.s (approx. 10-17ans) (%) n=250 demande documentées (genre) parmi les 282 demandes concernant des adolescent·e.s (âge connu) enregistrées par 18 services entre novembre 2022 et février 2023 Complétion : 89%.....	57
Figure 17 - Devenir des demandes selon le genre parmi les adultes (approx. 18ans et +) (%) n=1332 demande documentées (genre) parmi les 1453 demandes concernant des adultes (âge	

connu) enregistrées par 18 services entre novembre 2022 et février 2023 Complétion : 92%	58
Figure 18 - Répartition de la population bruxelloise (18-64ans) selon la situation socio-professionnelle (%)	60
Figure 19 - Répartition des demandes selon la situation socio-professionnelle de la personne parmi les adultes (18ans et +) (%) n=878 demandes documentées parmi 1453 demandes concernant des adultes (18ans et +) enregistrées par 18 services entre novembre 2022 et février 2023 Complétion : 60%	61
Figure 20 - Devenir des nouvelles demandes selon le statut socio-professionnel de la personne parmi les adultes (18ans et +) (%) n=878 demandes documentées (statut socio-professionnel) parmi 1453 demandes concernant des adultes (18ans et +) recensées par 18 services Complétion : 60%	63
Figure 21 - Répartition des demandes selon la nécessité ou non de recourir à un·e interprète (%) n=1474 demandes documentées parmi 2602 demandes enregistrées par 18 services entre novembre 2022 et février 2023 Complétion : 57%	65
Figure 22 - Devenir des demandes selon la nécessité ou non de recourir à un·e interprète n=1474 demandes documentées parmi 2602 demandes enregistrées par 18 services entre novembre 2022 et février 2023 Complétion : 57%	66
Figure 23 - Répartition des demandes selon le nombre de fonction(s) professionnelle(s) sollicitée(s) n=2414 demandes documentées (fonction(s) professionnelle(s) sollicitée(s)) parmi 2602 demandes enregistrées par 18 services entre novembre 2022 et février 2023 Complétion : 92%	68
Figure 24 - Répartition des sollicitations selon la fonction professionnelle sollicitée lors du 1 ^{er} contact (%) n=2683 sollicitations émanant de 2414 demandes documentées (fonction professionnelle) par 18 services entre novembre 2022 et février 2023 Complétion : 92%	69
Figure 25 - Répartition des nouveaux suivis selon le nombre de fonction(s) professionnelle(s) attribuée(s) n=463 nouveaux suivis documentés parmi 638 nouveaux suivis enregistrés par 18 services entre novembre 2022 et février 2023 Complétion : 73%	70
Figure 26 - Répartition des attributions selon la fonction professionnelle attribuée lors de l'amorce d'un nouveau suivi n=516 attributions émanant de 463 nouveaux suivis documentés (fonction professionnelle) par 18 services entre novembre 2022 et février 2023 Complétion : 73%	71
Figure 27 - Devenir des demandes selon la fonction professionnelle sollicitée lors du 1 ^{er} contact (%) n=2683 sollicitations émanant de 2414 demandes documentées (fonction professionnelle) par 18 services entre novembre 2022 et février 2023 Complétion : 92%	74
Figure 28 - Répartition des nouveaux suivis selon le nombre de domaines de besoin ou difficulté manifestés par le.a patient·e à l'amorce du suivi (%) n=298 nouveaux suivis documentés parmi 577 nouveaux suivis sans absence du.de la patient·e au 1 ^{er} rendez-vous enregistrés par 18 services entre novembre 2022 et février 2023 Complétion : 52%	77
Figure 29 - Pourcentage des nouveaux suivis concernés par chaque domaine de besoin ou de difficulté n=535 "difficultés" identifiées au sein des 298 demandes documentées parmi les 577 demandes qui se sont vu proposer un nouveau suivi et pour lesquels le.a bénéficiaire n'a pas été enregistré·e comme·e absent·e au 1 ^{er} rendez-vous Complétion : 52%	79

Figure 30 - Devenir des demandes selon la complexité du contenu thématique identifié dès le premier contact (%) n=1556 demandes documentées parmi 2602 demandes enregistrées par 18 services entre novembre 2022 et février 2023 Complétion : 60%	81
Figure 31 - Répartition des demandes selon l'énonciateur.rice de la demande (qui contacte le service ?) parmi les adultes (18ans et +) (%) n=1377 demandes documentées parmi 1453 demande concernant des adultes (18ans et +) enregistrées par 18 services entre novembre 2022 et février 2023 Complétion : 95%	82
Figure 32 - Répartition des demandes selon l'énonciateur.rice (qui contacte le service ?) parmi les enfants et adolescent.e.s (0-17ans) (%) n=516 demandes documentées parmi 541 demandes concernant des enfants et adolescent.e.s (0-17ans) enregistrées par 18 services entre novembre 2022 et février 2023 Complétion : 95%	83
Figure 33 - Devenir des demandes selon l'énonciateur.rice de la demande parmi les adultes (18ans et +) (%) n=1377 demandes documentées parmi 1453 demande concernant des adultes (18ans et +) enregistrées par 18 services entre novembre 2022 et février 2023 Complétion : 95%.....	84
Figure 34 - Répartition des demandes selon l'envoyeur (%) n=2281 demandes documentées parmi 2602 demandes enregistrées par 18 services entre novembre 2022 et février 2023 Complétion : 88%.....	86
Figure 35 - Répartition des demandes selon le type d'orientation (catégorie d'envoyeur) parmi chaque catégorie d'âge (%) n=1779 demandes documentées (catégorie d'âge et envoyeur) parmi 2602 demandes enregistrées par 18 services entre novembre 2022 et février 2023 Complétion (catégorie d'âge et envoyeur) : 68%	87
Figure 36 - Devenir des demandes selon le type d'orientation (catégorie d'envoyeur) (%) n=2281 demandes documentées parmi 2602 demandes enregistrées par 18 services entre novembre 2022 et février 2023 Complétion : 88%.....	88
Figure 37 - Devenir des demandes selon le type d'orientation (catégorie d'envoyeur) parmi les adultes (18ans et +) (%) n=1299 demandes documentées parmi 1453 demandes concernant des adultes (18ans et +) enregistrées par 18 services entre novembre 2022 et février 2023 Complétion : 89%.....	89
Figure 38 - Devenir des demandes selon le type d'orientation (catégorie d'envoyeur) parmi les enfants et adolescent.e.s (0-17ans) (%) n=480 demandes documentées parmi 541 demandes concernant des enfants et adolescent.e.s enregistrées par 18 services entre novembre 2022 et février 2023 Complétion : 89%	90
Figure 39 - Devenir des demandes selon l'envoyeur parmi les principaux envoyeurs professionnels (%) n=2025 demandes auto-référées ou orientées par un des 6 principaux envoyeurs professionnels.....	92
Figure 43 - Évolution du nombre d'ETPs financés par le cadre agréés CoCoF en SSM par 100.000 habitants en Région bruxelloise (31/12/1999 - 31/12/2022) Source : Administration de la COCOF (ETPs) et Statbel (Population bruxelloise), nos calculs	100

Tables de tableaux

Tableau 1 - Participation des services au recensement 2022-2023	18
Tableau 2 - Modalités des variables relatives au devenir de la demande.....	29
Tableau 3 – Répartition des demandes selon la trajectoire d'accueil n=3827 demandes, dont 1225 enregistrées entre novembre 2020 et février 2021, et 2602 enregistrées entre novembre 2022 et février 2023.....	30
Tableau 4 - Taux d'acceptation et RR d'acceptation selon le statut socio-économique (comparaison méthodologique).....	33
Tableau 5 - Comparaison des méthodes de recensement 2020-2021 et 2022-2023	36
Tableau 6 - Comparaison de la participation aux deux recensements 2020-2021 et 2022-2023	37
Tableau 7 - Répartition des demandes selon leur devenir – version détaillée	46
Tableau 8 - Tableau synthétiques des risques relatifs	94

1.Introduction : de la question de l'accessibilité au problème de la saturation

1.1. L'accessibilité en question

L'accès à des soins de santé mentale de qualité et économiquement abordables est un droit fondamental consacré en 1948 par la Déclaration Universelle des Droits Humains, formulé deux ans plus tôt dans la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, et réaffirmé à plusieurs reprises dans le droit belge.¹ Au-delà d'être un droit, c'est également une valeur démocratique et une exigence éthique. Pourtant, la mise en œuvre de ce principe reste problématique, notamment en Région Bruxelloise. C'est ce qu'indiquait encore récemment le rapport « Parcours.Bruxelles », décrivant l'accès aux soins de santé mentale à Bruxelles comme « difficile, aléatoire et négocié »². Certains publics apparaissent particulièrement exclus. Il y aurait plus généralement un « manque de ressources face à une demande croissante ». Quelle est, aujourd'hui, l'ampleur de ces difficultés d'accès aux soins de santé mentale en Région bruxelloise ? Quels mécanismes structurels font obstacles à l'accès aux soins ? Finalement, tous les publics sont-ils concernés de la même manière par ces difficultés d'accès ?

Nous chercherons à apporter des éléments de réponse à ces questions en nous focalisant sur l'accessibilité des Services de Santé Mentale ambulatoires (SSM) à partir de plusieurs enquêtes empiriques réalisées par la Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale (Ligue) entre 2020 et 2024, et en analysant plus spécifiquement les résultats de la dernière enquête par recensement (2022-2023) portant sur le devenir des demandes adressées aux SSM.

Depuis 2020 en effet, la Ligue a mené 4 enquêtes de terrain : une première enquête qualitative a permis de réaliser des entretiens auprès de professionnel·les travaillant en SSM, et des observations dans les services pour mieux comprendre les représentations et les dynamiques de l'accueil du public dans ces services, du point de vue des professionnel·les.³ Une seconde enquête qualitative a permis de recueillir les témoignages d'une quarantaine de personnes qui

¹ Voir notamment la Loi belge sur les Droits du Patient (2002).

² Walker, C., Nicaise, P. & Thunus, S., 2019, « Parcours.Bruxelles : Evaluation 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. Observatoire de la Santé et du Social.

³ Jenet, M. & Boulanger, M., 2023, « Accueillir dans un Service de santé mentale bruxellois : identités et adaptations », Ligue bruxelloise pour la santé mentale

ont récemment contacté un SSM dans le cadre d'une demande de soin ou d'accompagnement, pour elles-mêmes ou pour un tiers. Quelques bénéficiaires de ces services ont également été rencontrés. Ces témoignages ont permis de documenter les cheminements d'accès vers les SSM, de mieux comprendre les attentes des bénéficiaires, les difficultés d'accès aux soins dont ils et elles peuvent faire l'expérience mais aussi les ressources et les logiques subjectives qu'ils et elles mobilisent pour y faire face.⁴ De manière complémentaire aux enquêtes qualitatives, deux enquêtes quantitatives ont été menées pour recenser l'ensemble des demandes adressées aux SSM et documenter leur devenir. Le présent rapport présente de manière détaillée les résultats du dernier recensement, nous y reviendrons.

1.2. Le nœud du problème : la saturation des services

Si les témoignages des bénéficiaires rendent compte de la grande diversité des demandes et des logiques d'accès au soin, ils convergent cependant pour souligner que le manque de disponibilité des services complique ou entrave l'accès au soin pour la plupart des personnes concernées : les cheminements d'accès sont souvent longs, les personnes doivent régulièrement reformuler leur demande auprès de plusieurs services pour espérer obtenir une réponse favorable. Dans le contexte spécifique de la santé mentale, où la formulation d'un premier appel à l'aide demande souvent de dépasser toute une série de craintes et d'appréhensions, il n'est pas rare que les personnes attendent un événement brutal ou d'avoir le sentiment d'être acculées pour entreprendre cette démarche. Nous observons cependant que ce premier effort est rarement suffisant pour obtenir de l'aide. Le service contacté en première intention selon les préférences de la personne, le plus souvent dans une logique de confiance, n'est que rarement disponible dans un délai raisonnable. Aussi, la saturation du secteur semble assez systématiquement faire primer ses propres contraintes sur les préférences personnelles des demandeur·ses, et oblige les personnes à faire preuve de ténacité dans leur démarche, quand elle ne conduit pas simplement à un renoncement au soin.

Outre ses effets directs sur l'accessibilité des soins de santé mentale pour les personnes qui en font la demande, la saturation de l'offre peut également conduire à toute une série d'effets indirects. De manière non exhaustive :

⁴ Jenet, M. & Boulanger, M., 2025, Être accueilli.e dans un service de santé mentale bruxellois : attentes et adaptation», Ligue bruxelloise pour la santé mentale ; Boulanger, M., Jenet, M. & Susswein, R., « La proximité et les soins de santé mentale ambulatoire», *La Revue Nouvelle*, n°2, mars 2024.

SATURATION II

- le manque de disponibilité peut nuire à la qualité des collaborations intersectorielles : d'autres professionnel·les, comme les médecins généralistes par exemple, peuvent avoir le sentiment de ne pas pouvoir compter sur ces services lorsque les patient·es qu'ils ou elles y réfèrent n'accèdent pas rapidement ou facilement au soin ;
- le manque de disponibilité peut conduire à des situations de non-recours au soin par anticipation des difficultés d'accès : des professionnel·les pourrait « choisir » de ne plus référer leurs patient·es vers ces services, ou certain·es patient·es qui auraient déjà vécu ou entendu parler d'expériences d'accès difficile renonceraient au soin par anticipation ;
- le manque de disponibilité peut alimenter un sentiment de perte d'abandon, de perte de confiance voire de défiance entre les citoyen·nes et ce qu'ils ou elles identifient comme un service public ;
- le manque de disponibilité peut engendrer des formes de souffrance éthique pour les travailleur·ses des SSM confronté·es de manière durable et récurrente à l'impossibilité de répondre de manière adéquate aux demandes qui leur sont adressées ;
- certains services adaptent déjà leurs dispositifs de prise en charge pour pouvoir répondre à plus de demandes, notamment via des « suivis courts » limités à 4 séances et, de manière plus générale, la situation de saturation instaure une tension éthique entre la nécessité de répondre à un plus grand nombre de demandes d'un côté, et la nécessité de préserver la qualité de soins de l'autre (ne pas interrompre précocement un suivi en cours, ne pas baisser trop fortement la fréquence des rendez-vous, etc.) – à terme, la saturation peut nuire à la qualité des soins ;
- de manière plus large, la saturation limite la disponibilité des services pour toute une série de missions et d'activité connexes qui relèvent également de leur agrément : soutien aux autres professionnel·les, prévention, travail en réseau, etc.

La saturation des SSM constitue ainsi un problème majeur de santé publique. Pourtant, le caractère durable et structurel de la situation⁵ ne semble pas alerter les autorités publiques compétentes, et apparaît paradoxalement avoir un effet de « banalisation », comme si les difficultés d'accès aux soins de santé mentale pouvaient progressivement devenir normales, habituelles, voire acceptables. C'est ce que peut suggérer le peu d'attention qu'a reçu cette problématique de la part des politiques publiques ces dernières années : inaugurée en 2010, la réforme « Psy 107 » visait avant tout la déshospitalisations des soins de santé mentale mais n'a paradoxalement pas prévu de revaloriser le champ ambulatoire ; dix ans plus tard, dans un

⁵ il y a plus de 20 ans déjà, les SSM bruxellois étaient décrits comme « débordés » par le nombre de nouvelles demandes.

contexte de crise sanitaire, le dispositif des soins psychologiques de première ligne (PPL) est progressivement déployé pour permettre le remboursement de consultations psychologiques délivrées par des psychologues conventionné·es, un dispositif construit sur mesure pour des psychologues indépendant·es et qui, à ce jour, ne permet pas d'augmenter l'offre des services de santé mentale ambulatoires ; finalement, le Plan Social Santé Intégré (PSSI) lancé en 2022 en Région Bruxelloise entend faire advenir une approche territoriale et intersectorielle du champ socio-sanitaire, mais tend alors à réduire la problématique générale de l'accessibilité de l'aide et des soins à la seule dimension de la proximité spatiale, et passe à côté du problème central du manque de disponibilité de l'offre.

L'évolution du nombre d'équivalents temps plein financés par le cadre COCOF en SSM par 100.000 habitants en Région bruxelloise (ETPs/Cmh) permet d'objectiver ce manque d'investissement structurel : si la dernière législature bruxelloise a bien refinancé les SSM, l'augmentation des enveloppes structurelles en 2021 a surtout permis d'absorber le retard accumulé entre 2005 et 2016. Nous retrouvons ainsi début 2023 une « couverture » (nombre d'ETPs/Cmh) proche à celle du début des années 2000 (cf. « 6. Conclusion »). Or, les professionnel·les témoignaient déjà de leur « débordement » à cette époque. De plus, en 20 ans, les besoins de la population en matière de soutien social, psychologique et psychiatrique ne sont pas restés inchangés : la crise financière de 2008, la crise sanitaire de 2020, l'inflation et la récente crise des prix de l'énergie, creusent les inégalités sociales et pèsent sur la santé mentale de la population.

1.3. Des enquêtes de terrain pour prendre la mesure du problème

C'est dans ce contexte que la Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale a voulu objectiver les difficultés d'accès aux SSM vécues par la population. Les enquêtes qualitatives que nous avons menées ces trois dernières années nous conduisent à soutenir l'hypothèse selon laquelle le manque de disponibilité des SSM serait la composante principale des difficultés d'accès à ces services. Mais seules des méthodes d'enquête quantitatives peuvent nous permettre de quantifier le phénomène, d'en prendre la mesure et de vérifier cette hypothèse.

Deux enquêtes par recensement ont ainsi été conduites : la première, menée de novembre 2020 à février 2021, a permis de documenter de manière précise le devenir de 1.225 demandes adressées à 11 services participants (antennes de consultation des SSM agréés par la COCOF).

Exactement deux ans plus tard (novembre 2022 – février 2023), une enquête comparable a recensé 2.602 demandes adressées à 18 services participants (antennes de consultation des SSM agréés par la COCOF et par la COCOM). Pour cette seconde enquête, plus de la moitié des services francophones et bilingues en Région bruxelloise ont ainsi fourni des données exploitables. Les résultats du premier recensement (2020-2021) ont été présentés dans une précédente publication⁶. Le présent rapport vise précisément à présenter pour la première fois de manière complète les résultats du second recensement (2022-2023).

1.4. Résumé des principaux résultats

À partir de ces enquêtes par recensement, la saturation du secteur des SSM bruxellois peut être mesurée, son évolution peut être suivie, et il est également possible d'en étudier les effets différenciés sur l'accès aux soins pour différents publics et différents types de demande. Trois questions pourront ainsi être dépliées dans le présent rapport :

1) (À quel point) les SSM bruxellois sont-ils saturés ?

Nous verrons que sur la période étudiée (2022-2023), seule une demande sur quatre (25%) s'est vu proposer un nouveau suivi, tandis que la majorité des demandes (53%) a été réorientée vers d'autres professionnel·les. Parmi ces réorientations, seule une poignée (12%) était motivée par une inadéquation entre le service et la demande. Dans la grande majorité des cas (71%), la demande correspondait bien aux missions et compétences du service mais a malgré tout été réorientée pour des motifs liés au manque de disponibilité du service. Ces résultats confirment l'hypothèse selon laquelle la saturation du secteur constitue l'obstacle majeur à l'accès aux soins.

2) Comment a évolué la saturation des SSM ces dernières années ?

Si l'on compare les résultats produits en 2020-2021 et en 2022-2023 avec des outils de recensement analogues, on constate une dégradation de la situation : le taux d'accessibilité a diminué passant de 37% à 25%, alors que le taux de saturation – la part des demandes réorientées pour des raisons liées au manque de disponibilité – a

⁶ Susswein, R., « Saturation ? Analyse du devenir des nouvelles demandes adressées au Services de santé mentale agréés par la Cocof à Bruxelles à partir d'un recensement réalisé entre novembre 2020 et février 2021 », Ligue bruxelloise pour la santé mentale.

SATURATION II

augmenté, passant de 30% à 38%. Nous le verrons, quelques précautions méthodologiques s'imposent dans l'interprétation de ces résultats.

3) Certains publics ou certains types de demandes ont-ils plus ou moins de difficultés d'accès que d'autres ?

Deux éléments de réponses sont apportés conjointement par nos analyses : d'une part, *tous les publics*, quels que soient leur âge, leur genre, leur situation socioprofessionnelle, la complexité de leur demande ou leur trajectoire d'accès au SSM, tous sont confrontés à la saturation du secteur. Nous n'avons pas identifié un groupe, une catégorie de personnes ou un type de demande qui échapperait à cette problématique.

Cela étant posé, il faut ensuite indiquer que tous les publics et tous les types de demande ne sont pas confrontés *de la même manière* à la saturation du secteur : les chances d'accéder au soin ou de voir sa demande réorientée sont inégalement distribuées. Nous identifions ainsi trois grandes tendances : 1° les SSM semblent bien répondre de leur responsabilité sociale en priorisant l'accès au soin pour les publics plus précaires et pour les demandes plus complexes ; 2° les équipes spécialisées dans le suivi des enfants et adolescent-es semblent davantage saturées que leurs homologues qui reçoivent un public adulte ; 3° comparativement aux suivis psychologiques, les suivis auprès de psychiatres et pédopsychiatres sont plus difficiles d'accès, ce qui témoigne de la pénurie qui touche la fonction psychiatrique en SSM. D'autres différences ont été analysées en termes

Ces trois grandes questions structurent le présent rapport en trois chapitres distincts, précédés d'un chapitre méthodologique qui apporte des éléments de définition, décrit le design de l'enquête et les principales limites de cet exercice.

2.Méthodologie

Nous définissons le phénomène de « saturation » du secteur des SSM comme la répétition de situations marquées par l'impossibilité pratique, pour un service donné à un moment donné, de prendre en charge de nouveaux bénéficiaires qui *devraient l'être*, en raison précisément d'un manque de disponibilité.

Il existe différentes manières d'objectiver le manque de disponibilité de l'offre en SSM. Nous avons choisi de le faire de manière empirique, en nous intéressant aux suites données par les services aux demandes qu'ils reçoivent, et plus précisément aux motifs de réorientation des demandes réorientées. Nous avons opté pour une enquête par *recensement*, c'est-à-dire que – durant une période limitée – nous avons cherché à documenter *toute demande* adressée à un SSM et non un échantillon de demandes. Le recensement a ainsi ciblé l'ensemble des demandes adressées aux services ou antennes de consultation des SSM bruxellois agréés par la COCOF, par la COCOM ou en attente d'agrément. Les données ont été enregistrées par les intervenant·es travaillant dans les services concernés, en collaboration étroite avec les chercheur·ses. Plus de la moitié des services concernés ont fourni des données exploitables, ce qui a permis de recenser 2.602 demandes enregistrées entre novembre 2022 et février 2023.

2.1. Un dispositif d'enquête adapté au phénomène étudié

Nous avons construit le dispositif d'enquête en tenant compte du fonctionnement réel des services étudiés, de leurs pratiques d'accueil et de leurs manières de faire face aux « sur-demandes ». En effet, chaque service et, plus encore, chaque secteur d'activité qui éprouve un manque de moyens structurel apportera des réponses pratiques et organisationnelles différentes à cette situation : tel service résidentiel augmentera le nombre de bénéficiaires par chambre (c'est alors la surpopulation qui reflète le degré de saturation), tel centre de jour inscrira les demandes excédentaires sur liste d'attente (le temps d'attente ou éventuellement le nombre de personnes sur liste d'attente sont alors de bons indicateurs de la saturation), tel autre service aura tendance à réduire la durée et le nombre de professionnel·les investi·es, sélectionnera des demandes moins complexes et chronophages, etc. (la saturation a alors un effet plus global sur la qualité du service rendu). En ce qui concerne les SSM en Région Bruxelloise, une relative homogénéité dans les pratiques d'accueil nous a permis de construire un dispositif d'enquête qui s'avère pertinent dans la plupart des cas. La grande majorité de ces services, en effet,

n'inscrit plus (ou plus systématiquement) les demandes sur liste d'attente et choisit plutôt de réorienter rapidement vers d'autres professionnel·les les demandes qu'ils ne puissent pas accepter en raison d'un manque de disponibilité.

Dans ce contexte, deux indicateurs apparaissent pertinents pour prendre la mesure de la saturation du secteur des SSM : le taux d'acceptation (proportion de demandes acceptées) et le taux de saturation (proportion de demandes réorientées en raison du manque de disponibilité). Pour mesurer ces indicateurs, l'enquête a cherché à recenser et documenter l'ensemble des demandes adressées aux SSM bruxellois sur une période de quatre mois, entre novembre 2022 et février 2023.

2.2. Des données produites par des intervenant·es, en collaboration avec les chercheur·ses

Les données ont été récoltées via des fiches de recensement dites « Fiche de suivi des nouvelles demandes (SND2) ». Ces fiches ont été construites par les chercheurs, avec la participation de professionnel·les de terrain. Notons que certains services recueillaient déjà des données relatives au devenir des demandes qui leur sont adressées de manière routinière, mais ce n'était le cas que d'une minorité de SSM et ceux-ci recueillaient ces informations de manière hétérogène, ce qui ne permettait pas de produire une analyse globale à l'échelle sectorielle. L'enquête par recensement a permis de produire des données comparables dans tous les services participants.

Les données ont été enregistrées via les fiches de recensement par les professionnel·les de terrain impliqués dans l'accueil des nouvelles demandes : secrétaires accueillant·es et thérapeutes. Les personnes chargées de l'encodage ne sont donc pas des enquêteur·rices professionnel·les. Leur activité première reste une activité d'accueil, de soin et d'accompagnement des bénéficiaires. En cela, ces données d'enquête se rapprochent de données dites administratives. Mais contrairement aux données d'activité routinière produites par les services, ces données d'enquête ont été produites dans un cadre « dirigé » : les professionnel·les de chaque SSM participant ont été rencontré·es par l'équipe de chercheur·ses une première fois en amont, pour présenter la recherche, son intérêt scientifique et politique, mais aussi pour écouter leurs questions, remarques et commentaires. Ces premières rencontres ont pris beaucoup de temps (une trentaine d'équipes ont été rencontrées), mais ont permis de garantir un bon taux de participation des services, ainsi qu'une meilleure qualité des données

produites : au-delà de l'accord formel des coordinateur·rices des services, l'approbation des professionnel·les vis-à-vis du projet de recherche est en effet indispensable pour que chaque travailleur·se fournisse le travail d'encodage attendu. Il est également indispensable que la problématique de la recherche soit comprise par les personnes chargées de l'enregistrement des données pour que celles-ci puissent faire les arbitrages nécessaires à toute catégorisation de manière éclairée. Des consignes d'encodage plus précises ont été communiquées aux services participants au début de la période d'encodage, lorsque les chercheur·ses les ont rencontrés une seconde fois pour leur remettre les fiches de recensement. Des contacts téléphoniques ont ensuite permis aux chercheur·ses d'accompagner les services tout au long de la période de recensement.

À l'issue de la période de recensement, les chercheur·ses se sont rendu·es dans chaque service participant pour encoder les fiches dans une base de données informatique.

2.3. Participation des services

Lors de l'enquête 2022-2023, Bruxelles comptait 22 ASBL agréées comme SSM par la COCOF, réparties en 27 « services » ou antennes de consultation. À cela s'ajoutent 5 ASBL homologues agréées par la COCOM réparties en 6 services, ainsi que 2 services en attente d'agrément⁷.

Parmi les 27 services agréés par la COCOF, 16 ont participé au recensement 2022-2023 et ont fourni des données exploitables (59%)⁸. Côté COCOM, 1 service sur 7 nous a fourni des données exploitables (14%), tandis que 1 des 2 services en attente d'agrément a également participé (50%). Le taux de participation global des 35 services concernés est ainsi de 51%.

⁷ Le CGG bruxellois, équivalent néerlandophone des SSM qui compte 4 antennes de consultation à Bruxelles, n'a pas été visé par le recensement. Les deux services en attente d'agrément ont depuis lors été agréés par la COCOF (2024).

⁸ 1 service supplémentaire a recueilli des données qui n'ont malheureusement pas pu être intégrées à l'analyse car le design de l'enquête était trop éloigné de la manière dont le traitement des demandes était organisé par ce service.

SATURATION II

Figure 1 - Participation des services au recensement 2022-2023

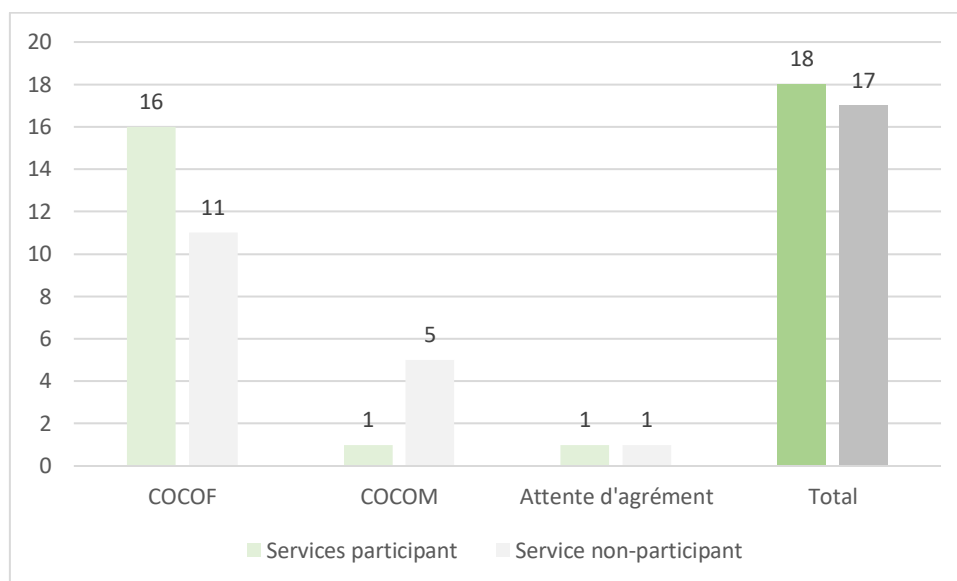


Tableau 1 - Participation des services au recensement 2022-2023

Agréments	ASBL (total)	Services (total)	Services non- participants	Services participants	Taux de participation
COCOF	22	27	11	16	59%
COCOM	5	6	5	1	17%
Attente d'agrément	2	2	1	1	50%
Total	29	35	17	18	51%

Nous expliquons la différence de participation entre les SSM COCOF et COCOM par les liens différenciés de ces services avec la Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale (Ligue), organisme de coordination qui a promu l'enquête. Cet organisme endosse en effet le rôle de fédération pour les SSM COCOF uniquement, et à ce titre elle entretient de longue date des liens de confiance et de coopération étroite avec ces services. La plupart des SSM COCOM sont également membres de la Ligue, mais les rencontres sont moins fréquentes. Par ailleurs, les SSM COCOF avaient déjà été invités à participer à une première enquête homologue en 2020-2021, ce qui n'était pas le cas des SSM COCOM. Les résultats de cette première enquête avaient déjà

été présentés et discutés avec les SSM COCOF, dans le cadre de réunions des coordinateur·rices des services et d'une matinée d'étude. Tout cela a pu soutenir une plus forte participation de ces services.

De manière générale, la plupart des services qui n'ont pas participé à l'enquête ont expliqué ce choix par la surcharge de travail que représente l'enregistrement des informations via les fiches de recensement. Certains professionnel·les rencontrés ont également mis en avant des réticences quant à une approche quantitative de leur activité, et des inconnues qui subsistent nécessairement quant à l'usage ultérieur de chiffres produits qui pourraient soit être peu pris en compte (et donc inutiles) soit être détournés.

La participation à notre enquête est-elle suffisante pour généraliser nos résultats à l'ensemble des SSM bruxellois ? Nous pouvons à ce sujet avancer trois choses : premièrement, le taux de participation global des services se situe dans le même ordre de grandeur que les taux de participation de grandes enquêtes sociologique ou épidémiologiques⁹. Ensuite, le nombre total de demandes recensées par les 18 services participants, soit 2602 demandes, apparaît suffisamment important pour mener des analyses sur l'ensemble des observations mais aussi sur des sous-groupes sans risquer de travailler sur des effectifs trop faibles, ce qui rendrait les résultats sensibles à de petites variations. Enfin, s'il n'est pas possible de déterminer si les services participants se comportent ou non de la même manière que les services non participants au regard du phénomène étudié, nous pouvons toutes fois souligner que ces services reflètent la diversité des SSM dits « généralistes » : les 18 services ayant participé au recensement 2022-2023 sont implantés dans différentes zones géographiques de la Région Bruxelloise. Seul un service spécialisé dans l'accueil d'un public spécifique (exilés, étudiants, etc.) a pu participer à l'enquête. Les services participants sont donc plutôt représentatifs des SSM dits « généralistes »¹⁰.

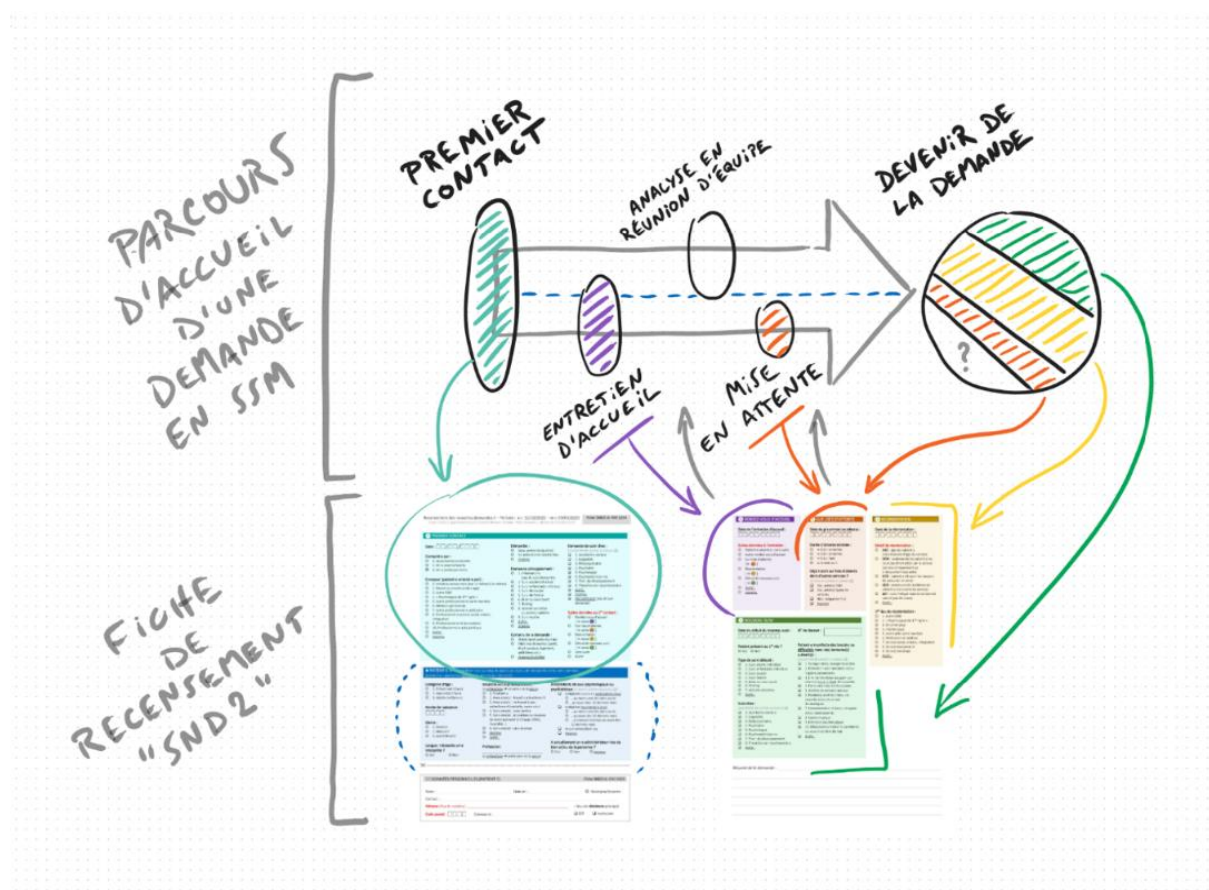
⁹ À titre d'exemple, les taux de participation des enquêtes de santé par interview menées par Sciensano (HIS) tournent autour des 50%.

¹⁰ Liste des services participants par ordre alphabétique : SSM L'Adret (Saint-Gilles) ; SSM ANAÏS (Schaerbeek) ; SSM Champ de la Couronne (Laeken) ; SSM Le Chien Vert (Woluwe-Saint-Pierre) ; D'Ici et d'Ailleurs (Molenbeek) ; SSM de la Free Clinic (Ixelles) ; SSM La Gerbe (Schaerbeek) ; le Service d'aide psychologique de l'Entr'aide des Marolles (Bruxelles Ville) ; SSM Le Norois (Laeken) ; Le Nouveau Centre Primavera (Jette) ; Psycho Etterbeek (Etterbeek) ; Le SAS (Evere) ; Le Centre de Guidance de Saint-Gilles (Saint-Gilles) ; l'antenne Bel Air du SSM sectorisé Uccle-Forêt-Watermael-Boitsfort (Uccle) ; SSM Ulysse (Ixelles) ; l'antenne de Watermael-Boitsfort du SSM sectorisé Uccle-Forêt-Watermael-Boitsfort (Watermael-Boitsfort) ; SSM Le WOPS (Woluwe-Saint-Lambert).

2.4. Outils de recensement : les fiches « SND2 »

Les 2602 demandes enregistrées l'ont été à l'aide des fiches de recensement « SND2 » (suivi des nouvelles demandes, 2^{ème} vague d'enquête). Ces fiches papier ont été construites pour permettre d'encoder des informations relatives à une demande, à la personne concernée par cette demande et au traitement de la demande par le service. Un enjeu majeur de l'enquête est de documenter les suites données à chaque demande, et en cas de réorientation, les motifs qui ont justifié la réorientation. Cela nécessite de recueillir des informations à différents moments du parcours d'accueil d'une demande.

Figure 2 - Illustration de la documentation du devenir des demandes à l'aide des fiches SND2



En effet, selon la manière dont le service organise l'accueil des nouvelles demandes, ce processus peut comporter un plus ou moins grand nombre d'étapes et impliquer plusieurs professionnel·les différent·es : une demande peut être réorientée ou acceptée directement après le premier contact avec la personne concernée, ou après une analyse en réunion d'équipe,

après un éventuel entretien d'accueil ou un temps d'attente, etc. Il importe alors que les fiches de recensement permettent de suivre et documenter ce parcours d'accueil dans la durée et d'un-e intervenant-e à l'autre.

Figure 3 - Fiche de recensement SND2 (recto)

Recensement des nouvelles demandes II – Période : lun. 31/10/2022 – ven. 03/03/2023 Fiche SND2 id. XXX 1234
Projet « ACC2 » Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale – Contact : Robin Susswein | rs@lbsm.be | 02/511.55.43

1 PREMIER CONTACT

Date :

Contacté-e par :

- ☐ 1. La personne concernée
- ☐ 2. Un-e proche/famille
- ☐ 3. Un-e professionnel-le

Envoyeur (patient-e orienté-e par) :

- ☐ 1. Initiative personnelle (par lui-même/elle-même)
- ☐ 2. Parent ou proche (entourage)
- ☐ 3. Autre SSM
- ☐ 4. « Psychologue de 1^{ère} ligne »
- ☐ 5. Autre professionnel-le santé mentale
- ☐ 6. Médecin généraliste
- ☐ 7. Autre professionnel-e médical-e
- ☐ 8. Professionnel-e service social, emploi, intégration
- ☐ 9. Professionnel-e milieu scolaire
- ☐ 10. Professionnel-e aide juridique
- ☐ Autre :
- ☐ Inconnu

Démarche :

- ☐ Sous contrainte (justice)
- ☐ Volontaire (non-contrainte)
- ☐ Inconnu

Demande principalement :

- ☐ 1. Informations (pas de suivi demandé)
- ☐ 2. Suivi adulte individuel
- ☐ 3. Suivi enfant/ado individuel
- ☐ 4. Suivi de couple
- ☐ 5. Suivi de famille
- ☐ 6. Bilan ou suivi court
- ☐ 7. Testing
- ☐ 8. Activité collective ou communautaire
- ☐ 9. Suivi mobile
- ☐ Autre :
- ☐ Inconnu

Contenu de la demande :

- ☐ Strictement santé mentale
- ☐ Multiples domaines (santé, droits sociaux, logement, addictions etc.)
- ☐ Inconnu/à clarifier

Demande de suivi chez : (possibilité de cocher plusieurs ☐)

- ☐ 1. Assistant-e social-e
- ☐ 2. Logopède
- ☐ 3. Pédopsychiatre
- ☐ 4. Psychiatre
- ☐ 5. Psychologue
- ☐ 6. Psychomotricien-ne
- ☐ 7. Ther. du développement
- ☐ 8. Travailleur-se-r psychosocial-e
- ☐ Autre :
- ☐ Inconnu
- ☐ Non pertinent (pas de suivi demandé)

Suites données au 1^{er} contact :

- ☐ Rendez-vous d'accueil [⇒ verso **2**]
- ☐ Sur liste d'attente [⇒ verso **3**]
- ☐ Réorientation [⇒ verso **4**]
- ☐ Début de nouveau suivi [⇒ verso **5**]
- ☐ Sans suite
- ☐ Autre

♦ PATIENT-E ⇒ à compléter tout au long du parcours d'accueil lorsque les infos sont connues (patient-e = personne pour qui le service est contacté)

Catégorie d'âge :

- ☐ 1. Enfant (≤0-10ans)
- ☐ 2. Ado (≤10-17ans)
- ☐ 3. Adulte (≥18ans+)

Année de naissance :

Genre :

- ☐ 1. Féminin
- ☐ 2. Masculin
- ☐ 3. Autre/Neutre

Langue : nécessite un-e interprète ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Situation socio-professionnelle : (si enfant/ado → situation de la mère)

- ☐ 1. Etudiant-e
- ☐ 2. Avec emploi : travaille actuellement
- ☐ 3. Avec emploi : ne travaille pas actuellement (maladie, pause etc.)
- ☐ 4. Sans emploi : pensionné.e
- ☐ 5. Sans emploi : allocations ou revenus de remplacement (chômage, CPAS, invalidité...)
- ☐ 6. Sans emploi : sans revenus
- ☐ Inconnu
- ☐ Autre :

Profession : (si enfant/ado → profession de la mère)

Antécédents de suivi psychologique ou psychiatrique (si besoin cocher plusieurs ☐) :

- ☐ A déjà été suivi-e en ambulatoire (psy)
 - ☐ ...au moins une fois dans sa vie
 - ☐ ...au cours des 12 derniers mois
- ☐ A déjà été hospitalisé-e (psy)
 - ☐ ...au moins une fois dans sa vie
 - ☐ ...au cours des 12 derniers mois
 - ☐ ...à plusieurs reprises au cours des 12 derniers mois
- ☐ Aucun antécédent psy
- ☐ Inconnu

A actuellement un-e administrateur-riche de bien et/ou de la personne ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Inconnu

✂


DONNÉES PERSONNELLES (PATIENT-E)

Fiche SND2 id. CHC 0423

Nom : Prénom : ☐ Anonyme/Inconnu

Contact :

Adresse (Rue & numéro) : = lieu de **résidence** principal

Code postal : **Commune :**

☐ SDF ☐ Institution

SATURATION II

Figure 4 - Fiche de recensement SND2 (verso)

2 RENDEZ-VOUS D'ACCUEIL Date de l'entretien d'accueil : □□/□□/□□□□ Suites données à l'entretien : ☐ Patient.e absent.e : sans suite ☐ Autre rendez-vous d'accueil ☐ Sur liste d'attente [⇒ 3] ☐ Réorientation [⇒ 4] ☐ Début de nouveau suivi [⇒ 5] ☐ <u>Autre :</u> ☐ <u>Inconnu</u>	3 SUR LISTE D'ATTENTE Date du placement en attente : □□/□□/□□□□ Durée d'attente estimée : ☐ ≤ 1 à 2 semaines ☐ ≤ 3 à 4 semaines ☐ ≤ 1 à 2 mois ☐ ≤ 3 mois ou + Déjà inscrit sur liste d'attente dans d'autres services ? (si besoin cocher plusieurs ☐) ☐ Oui, autre(s) SSM ☐ Oui, autre(s) types de services ☐ Non, uniquement ici ☐ <u>Inconnu</u>	4 RÉORIENTATION Date de la réorientation : □□/□□/□□□□ Motif de réorientation : ☐ AGE : âge du patient.e (hors tranche d'âge du service) ☐ DEM : la demande du patient.e ne peut pas être traitée par le service (service cliniquement ou pratiquement pas apte) ☐ ECO : patient.e dit avoir les moyens de consulter en privé ☐ GEO : commune de résidence du patient.e (hors zone du service) ☐ SAT : suivi indiqué mais le service est saturé (pas de place) ☐ <u>Autre :</u> 1^{er} lieu de réorientation : ☐ 1. Autre SSM ☐ 2. « Psychologue de 1^{ère} ligne » ☐ 3. En privé (psy) ☐ 4. Hôpital (psy) ☐ 5. Autre aide santé mentale ☐ 6. Professionnel médical ☐ 7. Service social, emploi, intégration ☐ 8. Service toxicomanie ☐ 9. Service handicap ☐ <u>Autre :</u>
5 NOUVEAU SUIVI Date du début du nouveau suivi : □□/□□/□□□□ N° de dossier : Patient présent au 1^{er} rdv ? ☐ Oui ☐ Non Type de suivi débuté : ☐ 1. Suivi adulte individuel ☐ 2. Suivi enfant/ado individuel ☐ 3. Suivi couple ☐ 4. Suivi famille ☐ 5. Bilan ou suivi court ☐ 6. Testing ☐ 7. Activité collective ☐ <u>Autre :</u> Suivi chez : (possibilité de cocher plusieurs ☐) ☐ 1. Assistant.e social.e ☐ 2. Logopède ☐ 3. Pédopsychiatre ☐ 4. Psychiatre ☐ 5. Psychologue ☐ 6. Psychomotricien.ne ☐ 7. Ther. du développement ☐ 8. Travailleur.se-r psychosocial.e ☐ <u>Autre :</u> Patient.e manifeste des besoins ou difficultés dans le(s) domaine(s) suivant(s) : (possibilité de cocher plusieurs ☐) ☐ 1. Se loger et/ou manger à sa faim ☐ 2. Entretenir son habitation et/ou hygiène personnelle ☐ 3. Lire, écrire et/ou naviguer sur Internet (pour enfant → scolarité) ☐ 4. Faire valoir ses droits sociaux ☐ 5. Amitiés et contacts sociaux ☐ 6. Relations sentimentales, vie sexuelle et/ou violences domestiques ☐ 7. Consommation d'alcool, drogues et/ou médicaments ☐ 8. Santé physique ☐ 9. Détresse psychologique ☐ 10. Idées/comportements suicidaires ou vouloir se faire du mal ☐ <u>Autre :</u>		

Résumé de la demande : _____

2.5. Complétion des fiches de recensement SND2

La bonne complétion de fiches de recensement est un enjeu méthodologique important : si une variable est trop peu complétée, l'analyse sera moins précise. Au-delà du niveau de précision, un faible taux de complétion doit aussi amener le chercheur à s'interroger sur la pertinence l'information demandée, au regard du contexte dans lequel l'information est produite.

De manière générale, les informations concernant le premier contact ont été bien complétées, en particulier lorsqu'elles ne nécessitaient aucune investigation de l'intervenant auprès de la personne qui contacte le service. Ainsi la date du contact est connue dans 99% des cas, le fait que la personne concernée contacte le service par elle-même ou qu'un tiers le contacte à sa place est documenté dans 94% des cas, les suites données au premier contact (début d'un nouveau suivi, réorientation, etc.) sont bien enregistrées pour 93% des fiches.

Les informations au sujet de la personne concernée et de sa demande sont elles aussi bien complétées lorsqu'elles ne nécessitent aucune démarche particulière auprès de la personne. Ainsi, le genre de la personne est identifié pour 71% des demandes, la catégorie d'âge (enfant, ado, adulte) est connue pour 75% des demandes, mais l'âge précis (année de naissance) – qui nécessite de poser la question – n'est renseigné que pour 58% des fiches.

Lorsque l'information à recueillir nécessite d'interroger la personne, le taux de complétion semble lié à la pertinence de la question au regard de la situation d'accueil. Ainsi, des variables qui peuvent avoir un grand intérêt pour la recherche mais apparaissent peu pertinentes au regard de l'interaction d'accueil menée par les professionnel·les ont moins de chances d'être bien documentées. C'est le cas par exemple du statut socio-professionnel de la personne, qui n'est connu que dans 40% des cas (si l'on se concentre sur les 1412 demandes identifiées comme concernant un·e adulte, le taux de complétion dépasse les 60%, ce qui reste plus faible que d'autres variables). La profession précise (variable qualitative) n'a été enregistrée que dans 8% des cas (12% pour les adultes).

Le devenir de la demande est un autre phénomène qui a influencé le taux de complétion des fiches : les données socio-démographiques des personnes dont la demande s'est vu proposer un suivi, ont été mieux complétées que celles relatives aux personnes dont la demande a été réorientée. Ainsi, si le taux de complétion du statut socio-professionnel pour les adultes est de 60% en moyenne, il atteint 77% pour les personnes dont la demande a été acceptée et seulement 51% pour les personnes dont la demande a été réorientée. Cela s'explique là aussi par le fait que l'information est recueillie dans un contexte qui est d'abord marqué par l'accueil

d'une demande : les professionnel·les n'ont – à juste titre – pas tendance à prendre le temps de recueillir des données socio-démographiques en cas de réorientation (surtout lorsque la demande est réorientée dès le premier contact), tandis qu'une demande acceptée offre plus de temps et d'occasions pour recueillir ces données dans un cadre où cette prise d'information semble avoir du sens.

Un dernier effet mérite d'être souligné : plus le processus de recueil de l'information est long, comprend un grand nombre d'étapes et implique une multitude d'intervenant·es, moins l'information a de chance d'être recueillie. Ainsi, les données « simples » (ne nécessitant aucune investigation particulière) relatives au premier contact, donc recueillies au tout début du parcours d'accueil de la demande, ont davantage de chance d'être encodées que les informations tout aussi simples mais qui doivent être recueillies par le·la thérapeute lorsqu'un nouveau suivi débute (donc en fin de processus d'accueil de la demande, pour les demandes qui aboutissent à un suivi). Ainsi, si le statut de la personne qui contacte le service (la personne concernée ou une tierce personne) est bien encodé lors du premier contact dans 94% des cas, une information tout aussi simple consistant à indiquer, dans les cas où un suivi est proposé, si la personne est présente ou absente au premier rendez-vous, n'est complétée que dans 71% des cas. Il en va de même pour la variable « date » : la date du premier contact est connue dans 99% des cas, celle du premier rendez (lorsque la demande est acceptée pour débiter un suivi) n'est connue que dans 91% des cas. Ces différences ne sont pas excessives, mais elles témoignent d'un effet de déperdition de l'information tout au long du parcours d'accueil d'une demande.

Les résultats sont présentés ci-après en précisant le taux de complétion pour chaque variable étudiée.

2.6. Taux d'acceptation et taux de saturation : deux indicateurs de l'(in)accessibilité des services

Deux principaux indicateurs ont permis d'objectiver les difficultés d'accès aux SSM et l'importance du manque de disponibilité des services dans ces difficultés d'accès : le taux d'acceptation et le taux de saturation.

Le **taux d'acceptation** est le rapport entre le nombre de demandes « acceptées » par le service (les demandes auxquels les professionnel·les proposent de débiter un suivi), et le nombre total de demandes enregistrées par ce même service, sur une période donnée.

Nous avons choisi de nous intéresser aux demandes *acceptées* (taux d'acceptation) plutôt qu'aux demandes qui *accèdent effectivement* au soin (taux d'accès), et cela pour deux raisons. D'abord, sur le fond, ce qui importe en termes d'accessibilité est le fait que les bénéficiaires aient la *possibilité* d'être suivi-es *s'ils ou elles le souhaitent*. Le fait qu'un-e bénéficiaire ne donne pas suite à sa demande après que celle-ci ait été acceptée par un service, par exemple parce qu'il ou elle aurait débuté un suivi ailleurs, aurait changé d'avis, etc. ne témoigne pas nécessairement d'un manque d'accessibilité du service. Ensuite, méthodologiquement, il est plus compliqué de documenter les nouveaux suivis effectifs que les nouveaux suivis proposés. Cela tient à la manière dont les données sont produites : identifier un nouveau suivi effectif nécessite que le-la thérapeute qui débute le suivi fasse remonter l'information sur la fiche de recensement qui a généralement débuté son parcours à l'accueil dans le cadre d'un premier contact. Or, cette remontée d'information n'est pas systématique, elle peut se heurter à des obstacles pratiques et organisationnels. En revanche, la proposition d'un suivi peut être documentée plus tôt dans le parcours d'accueil de la personne et n'implique pas nécessairement que plusieurs professionnel·les collaborent dans l'encodage de l'information. Ainsi, le taux d'acceptation sera une information plus précise et plus fiable que le taux d'accès effectif.

$$\text{Taux d'acceptation} = \frac{\text{demandes acceptées}}{\text{total de demandes}}$$

Le taux d'acceptation est ainsi un indicateur du degré d'accessibilité des services. Mais il ne reflète pas nécessairement le phénomène de saturation : en effet, toute demande ne donne pas nécessairement lieu à la proposition d'un suivi, pour différentes raisons : la personne elle-même n'est plus demandeuse, la demande devait légitimement s'adresser à un autre service (erreur d'orientation), etc. Ainsi, un faible taux d'acceptation nous invite à nous interroger sur l'accessibilité du service, mais ne nous permet pas nécessairement de conclure que le manque de disponibilité en serait la cause. Pour cela il faut construire un autre indicateur : le taux de saturation.

Le **taux de saturation** est le rapport entre le nombre de demandes réorientées *pour des motifs liés au manque de disponibilité* du service (ECO, GEO ou SAT, cf. 2.3.), et le nombre total de demandes enregistrées.

$$\text{Taux de saturation} = \frac{\text{demandes réorientées motifs ECO ou GEO ou SAT}}{\text{total de demandes}}$$

Il s'agit bien d'un indicateur du degré de saturation des services particulièrement adapté aux services qui n'utilisent pas systématiquement de liste d'attente. Il nécessite d'identifier, pour chaque demande réorientée, le motif de cette réorientation, et de différencier en particulier les réorientations liées au manque de disponibilité du service (saturation), de celles liées à des motifs « légitimes » (des demandes qui ne correspondant pas aux missions et compétences du service contacté).

Soulignons que le taux de saturation ne donne aucune indication sur le nombre de services et/ou de travailleur·ses qui seraient nécessaires pour résorber la saturation et répondre aux demandes de la population. Cet indicateur objective la saturation telle que les professionnel·les en font l'expérience, il ne permet pas à lui seul de planifier l'offre nécessaire.

2.7. Les principaux motifs de réorientation des demandes

Nos enquêtes qualitatives et la consultation de travailleur·ses concerné·es via un groupe de travail ont permis d'identifier 5 motifs de réorientation typiques qui ont du sens pour la plupart des professionnel·les travaillant en SSM. Ces motifs ont été introduits sur les fiches de recensement SND2 qui ont permis aux professionnel·les d'enregistrer les demandes qu'ils reçoivent et les réponses qu'ils leur apportent. La documentation des motifs de réorientation relève donc du jugement pratique des professionnel·les. C'est pour cette raison que nous avons construit des catégories qui ont du sens pour les professionnel·les au regard de leurs pratiques.

- 1) **AGE : âge du·de la patient·e (hors tranche d'âge du service).** Lorsqu'une demande pour un·e adulte est formulée à une équipe spécialisée dans le suivi des enfants ou vice et versa, elle est réorientée. Ce motif de réorientation apparaît pleinement légitime du point de vue des professionnel·les.
- 2) **DEM : la demande du patient·e ne peut pas être traitée par le service (service cliniquement ou pratiquement pas apte).** Ce motif caractérise par exemple la réorientation d'une demande d'hébergement adressée au SSM qui n'en dispose pas : le service n'est pas apte à proposer ce que la personne demande. Ce motif de réorientation exclut, en principe, le phénomène de saturation : les demandes réorientées pour ce motif l'auraient été quel que soit le degré de disponibilité du service.

- 3) **ECO : patient-e dit avoir les moyens de consulter en privé.** Face à l'impossibilité de répondre à toutes les demandes qui correspondent pourtant à leurs compétences et leurs missions, la plupart des services utilisent un critère économique pour réorienter vers le privé les personnes qui déclarent avoir financièrement les moyens de payer ces consultations, et dont le tableau clinique ne semble pas *a priori* justifier une prise en charge par une équipe pluridisciplinaire. Ce motif de réorientation est donc indirectement lié à la saturation du secteur : s'il y avait suffisamment de places disponibles, ce critère de tri n'aurait pas lieu d'être.
- 4) **GEO : commune de résidence du patient (hors zone du service).** Face au manque de disponibilité, certains services choisissent de se concentrer sur la population de leur commune ou des communes limitrophes, utilisant la proximité géographique comme critère de « tri ». Comme le motif économique, le motif de réorientation géographique est le résultat d'une adaptation des services à une situation structurelle de saturation, et doit donc être interprété comme un indicateur indirect de la saturation.
- 5) **SAT : suivi indiqué mais le service est saturé (pas de place).** Ce motif de réorientation renvoie explicitement et directement au manque de disponibilité du service. Il est en principe invoqué en dernier recours, pour qualifier une demande qui correspond aux compétences et aux missions du service, qui n'est pas écartée par les éventuels critères formels de « tri » (économique et géographique), mais qui doit malgré tout être réorientée en raison de la saturation du service.

La catégorie résiduelle « Autre » a permis de documenter des situations qui, du point de vue des professionnel·les, ne correspondaient à aucune des 5 catégories ci-dessus. Deux motifs récurrents supplémentaires ont ainsi été identifiés : 1° pour un SSM intégré à un centre multi-agréé et débordé par un trop grand nombre de demandes, priorité a été donnée aux demandes provenant de patient·es déjà suivi·es dans d'autres services du même centre multi-agréé – c'est un critère formel de « tri » comparable au critère économique ou géographique. 2° Pour 2 SSM qui n'avaient plus de psychiatre au sein de l'équipe au moment de l'enquête, la vacance de ce poste a été un motif de réorientation des demandes de suivi psychiatrique. Il n'a toutefois pas été possible de quantifier ces deux ensembles en raison du faible taux de réponse à la variable qualitative qui permet de préciser le motif « autre ». On peut uniquement conclure à une légère sous-estimation du taux de saturation en raison d'autres formes d'expression de la saturation (« tri » des demandes selon l'inscription préalable dans le centre multi-agréé et manque de

psychiatre) qui ne se retrouvent pas dans les 3 motifs typiques associés directement ou indirectement au manque de disponibilité (ECO, GEO et SAT).

2.8. Déterminer le « devenir des demandes »

L'enquête permet d'objectiver le devenir des demandes adressées aux SSM à partir de la complétion des fiches de recensement « SND2 ». Ces fiches permettent de documenter le cheminement de la demande tout au long du processus d'accueil du service : premier contact de la personne avec le service, éventuel entretien d'accueil, éventuelle mise en attente, éventuelle réorientation, éventuel nouveau suivi. Ainsi, deux demandes peuvent avoir le même « devenir final » (débuter un nouveau suivi par exemple) en ayant parcouru une trajectoire d'accueil différente : la première demande s'est vu proposer un suivi dès le premier contact, la seconde s'est d'abord vu proposer un entretien d'accueil puis seulement un premier rendez-vous de suivi. Ensuite, certaines informations peuvent être déduites de différents encodages : le devenir d'une demande « nouveau suivi » peut être identifié via la variable « suite donnée au 1^{er} contact », mais aussi via la complétion de l'encadré « Nouveau suivi ». Ainsi, si l'information est manquante au niveau de la variable de premier contact mais que le premier rendez-vous a été daté et documenté via l'encadré « Nouveau suivi », on peut conclure que cette demande a bien abouti à un suivi.

À partir de fiches de recensement, nous avons ainsi identifié toutes les « trajectoires » d'accueil empiriquement observées. Ces trajectoires ont été construites à partir de la combinaison de six variables qui témoignent du cheminement de la demande dans le service :

- 1) Suites données au 1^{er} contact (variable catégorielle, 6 modalités)
- 2) Suites données à l'entretien d'accueil (variable catégorielle, 7 modalités)
- 3) Encadré « Entretien d'accueil » (partiellement) complété (variable dichotomique oui/non calculée à partir de la complétion de toutes les variables de l'encadré)
- 4) Encadré « Sur liste d'attente » (partiellement) complété (variable dichotomique oui/non calculée à partir de la complétion de toutes les variables de l'encadré)
- 5) Encadré « Réorientation » (partiellement) complété (variable dichotomique oui/non calculée à partir de la complétion de toutes les variables de l'encadré)
- 6) Encadré « Nouveau suivi » (partiellement) complété (variable dichotomique oui/non calculée à partir de la complétion de toutes les variables de l'encadré)

Près 80 trajectoires différentes ont ainsi été empiriquement observées (voir Tableau 9 ci-dessous). Nous avons recodé ces trajectoires pour déduire d'abord 8 devenirs possibles pour

SATURATION II

les demandes (variable « xfin »), avant de détailler les réorientations par motif (variable « xfin_d »). Ainsi, le devenir détaillé des demandes est décliné en 14 catégories. Pour faciliter la lecture, nous avons finalement synthétisé cette information en 5 catégories pertinentes au regard de notre objet d'étude (variable « xfinr »). Le traitement des données a été le même pour les deux vagues d'enquête et permet une bonne comparaison de résultats produits via les fiches « SND1 » et « SND2 ».

Tableau 2 - Modalités des variables relatives au devenir de la demande

xfin Devenir des demandes (sans motif de réorientation) 8 catégories	xfinr_d Devenir des demandes détaillé 14 catégories	xfinr Devenir des demandes synthétique 5 catégories
Nouveau suivi	Nouveau suivi	Nouveau suivi
Réorientation	Réorientation SAT	Réo. saturation (SAT ECO GEO)
	Réorientation GEO	
	Réorientation ECO	
	Réorientation AGE	Réo. autres (AGE DEM autre NC)
	Réorientation DEM	
	Réorientation motif non précisé	
Liste d'attente (sans autre suite)	Liste d'attente (sans autre suite)	Liste d'attente (sans autre suite)
Entretien d'accueil (sans autre suite)	Entretien d'accueil (sans autre suite)	Suites autres ou inconnues
Sans suite	Sans suite	
Autre	Autre	
Inconnu et/ou trajectoire incohérente	Inconnu et/ou trajectoire incohérente	
Non catégorisé (trop faible effectif)	Non catégorisé (trop faible effectif)	

SATURATION II

Tableau 3 – Répartition des demandes selon la trajectoire d'accueil

n=3827 demandes, dont 1225 enregistrées entre novembre 2020 et février 2021, et 2602 enregistrées entre novembre 2022 et février 2023

n°	Trajectoires	Freq	%	n°	Trajectoires	Freq	%
1	3,,0,0,1,0	1,744	45.57	40	,,,0,1,0,0	2	0.05
2	4,,0,0,0,1	672	17.56	41	,,,1,0,0,0	2	0.05
3	5,,0,0,0,0	200	5.23	42	1,,1,0,1,0	2	0.05
4	1,5,1,0,0,1	186	4.86	43	1,3,1,0,1,0	2	0.05
5	,,,0,0,0,0	154	4.02	44	1,3,1,1,0,0	2	0.05
6	98,,0,0,0,0	98	2.56	45	1,4,1,0,0,0	2	0.05
7	2,,0,1,0,0	77	2.01	46	1,4,1,0,0,1	2	0.05
8	1,,1,0,0,0	63	1.65	47	1,5,1,0,1,1	2	0.05
9	1,1,1,0,0,0	62	1.62	48	2,1,1,0,0,0	2	0.05
10	2,,0,0,0,0	60	1.57	49	2,5,1,0,0,1	2	0.05
11	4,,0,0,0,0	51	1.33	50	3,,0,0,0,1	2	0.05
12	4,,1,0,0,0	47	1.23	51	4,,0,0,1,0	2	0.05
13	1,,0,0,0,0	46	1.2	52	4,,0,0,1,1	2	0.05
14	1,2,1,0,0,0	44	1.15	53	5,,0,0,1,0	2	0.05
15	,,,0,0,1,0	29	0.76	54	.,5,1,0,0,0	1	0.03
16	1,4,1,0,1,0	29	0.76	55	1,,0,0,1,1	1	0.03
17	3,,0,0,0,0	29	0.76	56	1,1,1,0,0,1	1	0.03
18	1,98,1,0,0,0	28	0.73	57	1,2,1,0,1,0	1	0.03
19	4,5,1,0,0,1	23	0.6	58	1,3,1,0,0,1	1	0.03
20	1,5,1,0,0,0	21	0.55	59	1,98,1,0,0,1	1	0.03
21	2,,0,1,0,1	17	0.44	60	2,,0,0,1,0	1	0.03
22	1,2,1,0,0,1	12	0.31	61	2,,1,0,0,0	1	0.03
23	1,3,1,0,0,0	12	0.31	62	2,3,1,0,0,0	1	0.03
24	,,,0,0,0,1	6	0.16	63	2,3,1,0,0,1	1	0.03
25	2,,0,0,0,1	6	0.16	64	2,3,1,0,1,0	1	0.03
26	4,,0,1,0,1	6	0.16	65	2,4,1,0,1,0	1	0.03
27	4,2,1,0,0,1	6	0.16	66	3,,1,0,0,0	1	0.03
28	1,,0,0,1,0	5	0.13	67	3,,1,0,1,0	1	0.03
29	98,5,1,0,0,1	5	0.13	68	3,5,1,0,1,1	1	0.03
30	.,5,1,0,0,1	4	0.1	69	4,1,1,0,0,0	1	0.03
31	1,,0,0,0,1	4	0.1	70	4,98,1,0,0,1	1	0.03
32	3,,0,0,1,1	4	0.1	71	5,,0,1,0,0	1	0.03
33	3,4,1,0,1,0	4	0.1	72	5,,1,0,0,1	1	0.03

SATURATION II

34	4,,1,0,0,1	4	0.1	73	5,5,1,0,0,1	1	0.03
35	98,,1,0,0,0	4	0.1	74	5,98,1,0,0,0	1	0.03
36	1,,0,1,0,0	3	0.08	75	98,,0,0,0,1	1	0.03
37	1,,1,0,0,1	3	0.08	76	98,,0,0,1,0	1	0.03
38	4,5,1,0,0,0	3	0.08	77	98,98,1,0,0,0	1	0.03
39	5,,0,0,0,1	3	0.08	78	99,,0,0,0,0	1	0.03

2.9. Accessibilité différenciée : la notion de « risque relatif »

Dans le chapitre relatif à l'étude des variations de l'accessibilité des SSM selon les types de demande et les types de publics, nous utilisons la notion de « risque relatif » (RR) pour mener des comparaisons entre différents groupes. **Le RR mesure la probabilité de survenue d'un événement dans un groupe donné par rapport à un groupe de référence.**

$$RR = \frac{R(\text{groupe étudié})}{R(\text{groupe de référence})}$$

Les deux événements systématiquement étudiés dans le présent rapport sont l'acceptation de la demande d'une part, et la réorientation de la demande pour des motifs liés au manque de disponibilité sur service (saturation) d'autre part. En principe on parle de « risque » quel que soit l'événement considéré. Toutefois, par facilité de lecture, nous parlerons ici de « risque » de voir la demande réorientée en raison du manque de disponibilité (saturation), et de « chance » de se voir proposer un suivi (acceptation).

Comment interpréter les RR ? La valeur d'un RR est toujours positive (≥ 0).

- Lorsque sa valeur vaut 1 ($RR=1$) cela indique que le risque de survenue de l'événement dans le groupe étudié est identique au groupe de référence : il n'y a aucune différence entre les deux groupes.
- Lorsque sa valeur est inférieure à 1 (et toujours supérieure à 0 ; $0 < RR < 1$) cela indique au contraire que le risque de survenue de l'événement dans le groupe étudié est moins important que dans le groupe de référence. Par exemple, si $RR=0,5$ le groupe étudié est deux fois moins exposé au risque de survenue de l'événement que le groupe de référence.
- Lorsque sa valeur est supérieure à 1 ($RR > 1$) cela indique que le risque de survenue de l'événement dans le groupe étudié est plus important que dans le groupe de référence.

SATURATION II

Par exemple, si $RR=1,5$ le groupe étudié est 1,5 fois plus exposé au risque de survenue de l'événement que le groupe de référence. On peut aussi dire que ce risque est 50% plus important.

Pourquoi utiliser les RR ? L'objectif des comparaisons étant de mettre en évidence des difficultés d'accès plus ou moins importantes pour certains groupes étudiés (les enfants, les femmes, les personnes sans emploi, etc.), nous aurions pu nous contenter de comparer les scores d'accessibilités de ces groupes à la moyenne générale. Mais nous aurions alors subi l'influence des données non-complétées, et du fait que le phénomène étudié (acceptation de la demande) ne se comporte pas de la même manière lorsque la variable est complétée et lorsqu'elle ne l'est pas.

L'exemple de la variable « statut socio-professionnel » illustre bien ce biais : nous savons que le taux d'acceptation pour l'ensemble des demandes est de 25%. Si nous nous concentrons sur les demandes pour des personnes identifiées comme ayant un emploi et travaillant actuellement, on remarque que leur chance de se voir proposer un suivi (taux d'acceptation) est de 36%. C'est largement supérieur à la moyenne. On pourrait facilement conclure que les travailleur·ses ont plus facilement accès aux SSM que les autres groupes. Pourtant ce n'est pas le cas : tous les autres groupes ont un taux d'acceptation supérieur aux travailleur·ses, à commencer par les personnes identifiées comme les plus précaires (sans emploi sans revenu : 51%). La confusion vient du fait que la variable « statut socio-professionnel » est peu complétée (59% de valeurs inconnues ou non-complétées), et que les inconnues et non-complétées ne se comportent pas de la même manière que la moyenne relativement au phénomène étudié : les taux d'acceptation pour ces sous-groupes sont de respectivement 17% et 13%, ce qui est inférieur à la moyenne, et bien inférieur à tous les groupes pour lesquels cette variable est complétée.

En fait, ce sont les conditions de production des données qui induisent ce biais : il n'est pas facile pour les intervenant·es qui encodent ces données d'« interroger » les bénéficiaires qu'ils vont réorienter ailleurs par manque de disponibilité. Ainsi, les fiches de recensement pour les demandes réorientées sont généralement moins complétées que pour les demandes acceptées, en particulier pour des informations comme le statut socio-professionnel qui demandent de prendre le temps de faire connaissance avec le·la bénéficiaire. Dès lors, l'ensemble des fiches pour lesquelles le statut socio-professionnel est connu, ont un taux d'acceptation supérieur aux valeurs manquantes ou inconnues.

La notion de risque relatif (RR) permet d'éviter ce biais : plutôt que comparer chaque groupe à la moyenne et conclure que toutes les catégories socio-professionnelles connues ont un taux

d'acceptation supérieur à la moyenne, on choisit un sous-groupe de référence (les travailleur·ses par exemple) et on compare les taux d'acceptation de chaque sous-groupe à cette valeur de référence. On constate alors que les personnes identifiées comme sans emploi et sans revenu ont 1,4 fois plus de chances de voir leur demande acceptée (RR=2,04), relativement aux travailleur·ses.

Tableau 4 - Taux d'acceptation et RR d'acceptation selon le statut socio-économique (comparaison méthodologique)

	Taux d'acceptation	RR acceptation (réf. Moyenne générale)	RR acceptation (réf. Travailleur.se.s)
Etudiant·e	38%	1,52	1,06
Avec emploi : travaille actuellement	36%	1,44	Réf.
Avec emploi : ne travaille pas actuellement (maladie, pause, etc.)	40%	1,6	1,11
Sans emploi : pensionné·e	41%	1,64	1,14
Sans emploi : allocations ou revenus de remplacement (chômage, CPAS, invalidité...)	40%	1,6	1,11
Sans emploi : sans revenu	51%	2,04	1,42
Autre	38%	1,52	1,06
Non complété	13%	0,52	0,36
Inconnu	17%	0,68	0,47
Total	25%	Réf.	0,69

Notons enfin que pour cette démonstration méthodologique nous utilisons les données de l'ensemble des observations (n=2602), mais dans l'analyse des résultats nous nous concentrons sur les adultes uniquement (n=1412) car la variable du statut socio-professionnel pour les enfants et adolescents est peu pertinente.

2.10. Marge d'erreur statistique et écart statistiquement significatif

Tous les résultats de notre enquête sont présentés sans préciser la « marge d'erreur statistique », et on ne précisera pas si les corrélations observées sont ou non « statistiquement significatives ». Il ne s'agit pas d'un oubli mais d'un choix justifié.

En effet, ces deux notions sont couramment mobilisées dans la présentation de résultats d'enquêtes portant sur un échantillon de la population étudiée. Elles permettent alors de mesurer dans quelle proportion 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. La marge d'erreur statistique permet de définir dans quelle mesure on la valeur observée dans l'échantillon risque de s'éloigner de la valeur réelle qui aurait été observée si l'on avait interrogé l'ensemble de la population.

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 SSM entre novembre 2022 et février 2023) a été sélectionné pour participer à l'enquête. Il n'y a pas eu, préalablement, la constitution d'un échantillon aléatoire de cette population. Ensuite, il est vrai que tous les SSM n'ont pas participé au recensement, et on peut également supposer que les SSM qui ont participé au recensement n'ont peut-être pas enregistré *toutes* les demandes qu'ils ont reçues. Il y a donc bien une différence entre la population visée par l'enquête, et les observations effectivement documentées, mais cette différence ne relève pas du hasard d'un tirage aléatoire. Elle est principalement dû à la non-participation. Ce phénomène constitue bien un biais, que connaissent également les enquête portant sur un échantillon, mais la non-participation n'est pas due au hasard. Peut-être que les services qui n'ont pas participé ont refusé de le faire précisément parce qu'ils sont débordés de demandes et qu'ils n'ont pas le temps d'enregistrer des données ? Peut-être qu'au contraire ils ont refusé de participer parce qu'ils sont peu saturés et se sentent dès lors moins concernés par la recherche ? Ou pour d'autres raisons encore ? On ne le sait pas. Mais on sait qu'on ne peut pas affirmer que la participation ou non-participation relèverait nécessairement du hasard. Dès lors, les notions de

« marge d'erreur statistique » et d'« écart statistiquement significatif » n'ont pas de pertinence pour prendre la mesure de l'écart entre la population d'intérêt et la population observée.

2.11. Comparabilité des enquêtes 2020-2021 et 2022-2023

Le recensement 2022-2023 s'inscrit dans la continuité d'une première enquête homologue réalisée exactement deux ans plus tôt, de novembre 2020 à février 2021. Certaines différences doivent toutefois être soulignées car elles limitent la comparabilité des résultats.

La première vague de recensement (2020-2021) a été menée via deux outils complémentaires : les fiches « SND1 » et le tableur « MCS ». Certains services ont accepté de documenter chaque nouvelle demande à l'aide d'un formulaire de recensement *ad hoc* (fiche « SND1 »), et d'encoder les résultats dans une base de données informatique. Cela a représenté pour les services un changement d'habitude en termes de collecte d'information et un temps d'encodage supplémentaire, ce qui a pu être rebutant. Seuls 10 des 27 services agréés par la COCOF ont accepté de jouer le jeu et ont fourni des résultats exploitables. Face à ces difficultés, nous avons parallèlement développé un autre outil de recensement (« MCS »), moins précis et moins fiable, mais aussi moins exigeant pour les professionnel·les de terrain. Cette seconde méthode consistait pour les services participant à rapporter chaque semaine le nombre total de demandes reçues, de demandes acceptées, de demandes réorientées, etc. Aucune donnée relative à chaque demande individuelle n'était transmise, mais les indicateurs agrégés étaient compilés dans un tableur « MCS » et transmises au chercheur. Cette méthode a permis la participation de 9 services supplémentaires.

Pour la seconde vague de recensement (2022-2023), nous avons utilisé uniquement la fiche de recensement « SND2 » (une mise à jour de la fiche « SND1 » qui produit des résultats comparables). Nous avons également proposé aux services d'encoder nous-mêmes les fiches complétées dans la base de données informatique, ce qui a allégé le travail d'encodage des services et a permis une bonne participation de ceux-ci : 16 des 27 services agréés par la COCOF ont participé, plus un service agréé par la COCOM et un service en attente d'agrément. Dès lors, l'outil « MCS » jugé moins précis et moins fiable, a pu être abandonné.

Tableau 5 - Comparaison des méthodes de recensement 2020-2021 et 2022-2023

Vague 1 : 2020-2021	Vague 2 : 2022-2023
– Population cible : toutes les nouvelles demandes reçues par les services des SSM agréés par la COCOF. – Outils de recensement : SND1 et MCS (selon les services) – Participation : 19 services, dont 10 avec l'outil SND1. Parmi ces 10 services, 6 participeront à la vague 2.	– Population cible : toutes les nouvelles demandes reçues par les services des SSM agréés par la COCOF (en bleu), par la COCOM (en orange), ou en attente d'agrément (en jaune). – Outils de recensement : SND2 uniquement – Participation : 18 services, dont 6 qui avaient participé à la vague 1 avec l'outil SND1.

Deux obstacles s'opposent dès lors à une bonne comparaison des deux vagues d'enquête : les outils de recensement sont en partie différents (SND1 ou SND2 d'un côté, MCS de l'autre), et les services ayant participé aux deux vagues d'enquête sont en partie différents. C'est ce qu'illustre la figure ci-dessous.¹¹ Dès lors, plusieurs démarches comparatives sont possibles.

¹¹ Légende : en bleu les services agréés par la COCOF, en orange les services agréés par la COCOM et en jaune les services en attente d'agrément ; « SND » pour les service ayant participé avec le formulaire de recensement individuel, « MCS » pour les services ayant participé avec l'outil de recensement plus sommaire, « / » pour les service n'ayant pas participé ; les services ayant participé aux deux vagues d'enquête avec les fiches « SND » sont encadrés en noir.

Tableau 6 - Comparaison de la participation aux deux recensements 2020-2021 et 2022-2023

Vague 1 : 2020-2021				Vague 2 : 2022-2023				
<u>SND</u>	<u>SND</u>	<u>SND</u>	<u>SND</u>	<u>SND</u>	<u>SND</u>	<u>SND</u>	<u>SND</u>	<u>SND</u>
<u>SND</u>	<u>SND</u>	SND	SND	<u>SND</u>	SND	SND	SND	SND
SND	SND	MCS	MCS	SND	SND	SND	SND	SND
MCS	MCS	MCS	MCS	SND	/	/	/	/
MCS	MCS	MCS	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	SND	/	/
/	/	/		/	/	/	SND	/

Dans le cas présent, trois méthodes de comparaison ont été envisagées :

- Comparer « à la louche » l'ensemble des résultats des vagues 1 et 2, peu importe que les services participants soient en partie différents et qu'ils aient utilisé des outils de recensement en partie différents (SND et MCS).
- Ne comparer que les résultats produits avec le même outil de recensement « SND » et par les mêmes services à chacune des vagues de recensement.
- Comparer les résultats produits à chaque vague d'enquête par l'ensemble des services participant qui ont utilisé les outils de recensement « SND ».

Nous avons rapidement exclu la première option car elle limite fort l'étendue des résultats comparables, et conduit à comparer des données produites via des méthodes de collecte en partie différentes. La deuxième option apparaît d'abord comme la plus rigoureuse car elle permet de comparer les mêmes services qui ont produit des données de la même manière. Mais on se limite alors à seulement 6 services « parfaitement » comparables. Cela représente 22% des SSM COCOF, ou 18% des SSM COCOF ou COCOM. Le taux de participation est alors nettement plus faible et cela questionne la représentativité des résultats. Pour cette raison, nous avons préféré la troisième option : comparer l'ensemble des services qui ont utilisé l'outil de recensement « SND1 » à la vague 1 à l'ensemble des services qui ont utilisé « SND2 » lors de la vague 2. Nous constituons ainsi un échantillon de 1225 demandes recensées par 10 services

en 2020-2021 (vague 1) que nous comparons aux 2602 demandes enregistrées par 18 services en 2022-2023 (vague 2).

Soulignons ici la principale limite de cette méthode de comparaison : les services retenus pour les vagues 1 et 2 étant partiellement différents, les différences que nous observerons dans les résultats des vagues 1 et 2 pourraient refléter une évolution du phénomène étudié au cours du temps, mais pourraient aussi être liés à la variation des services entre les deux vagues. Autrement dit : si les résultats de la vague 2 nous laissent observer un taux de saturation des services plus important, deux phénomènes peuvent être en jeu : une augmentation de la saturation des SSM au cours des deux dernières années, ou une plus forte saturation des SSM ayant participé à la vague 2 relativement à ceux ayant participé à la vague 1. Les deux phénomènes ne sont pas mutuellement exclusifs, il est possible que les deux effets s'observent simultanément, se renforcent ou s'atténuent mutuellement.

Dans le cas présent, le taux de participation étant nettement plus élevé pour la vague 2, on serait amené à conclure raisonnablement qu'un taux de saturation plus important en vague 2 qu'en vague 1 indique soit une intensification de la saturation au cours des deux dernières années, soit une sous-estimation du phénomène lors de la première vague d'enquête, soit encore une conjonction de ces deux phénomènes.

2.12. Principales limites de l'enquête

Toute enquête présente des limites inhérentes à la méthodologie mise en œuvre. Voici un résumé des principales limites des deux enquêtes par recensement portant sur la saturation des SSM :

- Les enquêtes se sont limitées au secteur des SSM, ce qui ne représente qu'une partie de l'offre en soins de santé mentale ambulatoire. Nous constatons dès lors à ce secteur.
- Tous les SSM n'ont pas participé à ce second recensement. Malgré tout, plus de la moitié (51%) de l'ensemble des SSM agréés par la COCOF, par la COCOM ou en attente d'agrément ont fourni des résultats exploitables, ce qui est conséquent, tout comme le nombre total de demandes recensées (n=2602).
- Les données sont produites par des intervenant·es de terrain dans le cadre de leur activité d'accueil et d'accompagnement du public, et non par des enquêteur·rices professionnel·les dans une visée strictement scientifique. Cela limite la précision et la

fiabilité des données recueillies et nous invite à interpréter les résultats au regard du contexte de production des données.

- Les enquêtes visent à enregistrer *toutes* les demandes adressées aux SSM participant sur une période donnée, mais il est certain que certaines demandes n'ont pas été enregistrées. Nous pensons que c'est plus souvent le cas des demandes réorientées dès le premier contact car, en pratique, celles-ci ne prêtent pas à conséquence pour le service. Le nombre total de demande a donc très certainement été sous-estimé, et en particulier la part des demandes réorientées dès le premier contact notamment pour motif de saturation, pour motif économique ou géographique, ce qui conduit à sous-estimer le taux de saturation.
- Certaines dimensions, intéressantes du point de vue de la recherche mais qui n'ont que peu d'intérêt dans le contexte d'accueil d'une demande, n'ont été que faiblement documentées.
- Le devenir des demandes – résultat central de l'enquête qui permet de rendre compte des taux d'acceptation et de saturation – reste incertain dans près d'un cas sur quatre (23%), et le motif de réorientation des demandes – nécessaire pour calculer le taux de saturation – reste incertain pour 17% des demandes réorientées.
- Les enquêtes permettent de prendre la mesure de la saturation du secteur des SSM, mais elles ne sont pas un outil suffisant pour planifier l'offre nécessaire pour répondre aux demandes de la population.
- Les enquêtes visent à recenser des *demandes* concernant des *personnes*. Ce sont bien des « demandes » qui sont enregistrées, et il n'est pas possible de déterminer combien de personnes sont concernées car une même personne peut adresser plusieurs demandes à différents services au cours du recensement et une même demande peut concerner plusieurs personnes.
- Ce type d'enquête ne permet pas de rendre compte du phénomène de non-recours par non-demande : il est probable que des personnes présentant des besoins en matière de santé mentale n'adressent pas leur demande

Comme pour toute enquête, ces limites doivent être considérées au regard des alternatives possibles. Nous avons fait le choix d'objectiver les difficultés d'accès aux SSM à partir des services. Deux alternatives ont été envisagées : d'une part, la construction d'un modèle théorique permettant, à partir d'hypothèses, d'estimer les besoins, l'offre disponible et dès lors

SATURATION II

les écarts entre offre et besoins ; d'autre part une enquête empirique auprès de la population susceptibles de rencontrer des besoins en matière de santé mentale. La première piste, celle d'une démarche hypothético-déductive à partir d'un modèle théorique, nous apparaît moins robuste : lorsque ce type de démarche est entreprise, elle aboutit souvent à des fourchettes assez larges et la fiabilité de ces estimations reste incertaine tant qu'elles ne sont pas soumises à l'épreuve de la réalité empirique. L'enquête auprès des potentiel·les futur·es bénéficiaires est prometteuse mais difficile et très chère à déployer en pratique, du moins si l'on veut obtenir un échantillon représentatif et d'une taille suffisante pour réaliser des analyses en sous-groupes. Nous avons cependant suivi ce type de démarche dans le cadre d'une enquête qualitative, nous permettant de recueillir les récits d'une cinquantaine de personne ayant contacté un SSM dans le cadre d'une demande de soin ou d'accompagnement.

3.(À quel point) les SSM sont-ils saturés ?

Les services de santé mentale ambulatoires (SSM) sont réputés « saturés » : l'offre, c'est-à-dire le nombre de services et la force de travail active¹² dans chacun de ces services, ne suffit pas à répondre aux nombreuses demandes d'aide et de soin de la population. Ce phénomène de saturation de l'offre est-il important ? Est-il marginal ou structurel ? À quel point entrave-t-il l'accès au soin ?

3.1. 2602 demande recensée : une diversité de demande et de personnes concernées

De novembre 2022 à février 2023, 18 services participants¹³ ont recensé 2602 demandes d'aide et de soin. Il s'agit dans la plupart des cas de demandes pour un suivi individuel pour adulte (63%) ou pour enfant/ado (26%), plus rarement des demandes de suivis de famille (3%) ou de couple (2%)¹⁴.

La majorité des demandes sollicitent une seule fonction professionnelle (89%), généralement un·e psychologue (60%), un·e psychiatre ou pédopsychiatre (27%)¹⁵. Environ la moitié des demandeur·ses contacte le service de sa propre initiative ou sur conseil d'un·e proche, l'autre moitié a été orientée par un·e professionnel·le (médecin généraliste, service social, professionnel·le du milieu scolaire, autre professionnel·le de la santé mentale, etc.). Si la plupart des demandes sont identifiées par le service comme portant strictement sur des thématiques liées à la santé mentale (86%), une part non négligeable des demandes

¹² La force de travail désigne ici la somme du temps de travail que chaque professionnel·le met à disposition de chaque service, compté en nombre d'équivalents temps plein (ETP). Nous parlons de force de travail « active » pour attirer l'attention sur l'écart qu'il peut y avoir entre 1 ETP financé « sur papier » et 1 ETP effectivement actif, en raison par exemple d'absences pour raison de maladie, de temps nécessaire pour remplacer un·e travailleur·se absent·e, etc.

¹³ Cela représente plus de la moitié (51%) des SSM bruxellois agréés par la COCOF, par la COCOM ou en attente d'agrément en 2023. Voir 2.3. « Participation ».

¹⁴ Les SSM proposent également des activités collectives et communautaires, mais il est rare que des bénéficiaires contactent directement le secrétariat d'accueil du service pour adresser ce type de demandes – celles-ci sont plutôt proposées à des personnes déjà connues du service ou adressées directement aux clinicien·nes responsables de l'activité. Ainsi, moins de 1% des demandes enregistrées via ce recensement concernaient ce type d'activité.

¹⁵ Notons que les autres fonctions professionnelles (assistant·es sociales·aux, logopèdes, psychomotricien·nes, etc.) sont plus rarement sollicitées directement par le bénéficiaire dans le cadre d'une nouvelle demande, mais interviennent plus généralement dans le cadre d'un suivi en cours ou dans le cadre d'un nouveau suivi après l'analyse de la demande. C'est particulièrement le cas des assistant·es sociales·aux, qui représentent une part importante de la force de travail en SSM, sont environ trois fois plus présent·es sur les nouveaux suivis qu'ils sont sollicité·es par les bénéficiaires en première intention, et rejoignent souvent des suivis déjà en cours lorsqu'une problématique sociale est identifiée par un·e collègue.

apparaissent d'emblée (dès le premier contact avec le service) comme plus complexes, cumulant différentes thématiques (santé, droits sociaux, logement, addictions, etc.).

Les demandes concernant des enfants (0-9ans environ) concernent majoritairement des garçons (66%), tandis que parmi les demandes pour adolescent·es (10-17ans environ) et adultes (18ans et plus), ce sont les femmes qui sont davantage représentées (respectivement 58% et 63%). Les demandeur·ses de soin en SSM apparaissent globalement plus précaires que la population bruxelloise en général : parmi les adultes (18ans et plus), on compte une faible proportion de travailleur·ses (23%), une grande part de personnes en congé maladie, bénéficiaires d'allocations ou de revenus de remplacement (47%), ou encore de personnes sans emploi et sans revenu de remplacement (8%). Les étudiant·es sont également bien présents (16%), tandis que les pensionné·es le sont moins (4%).

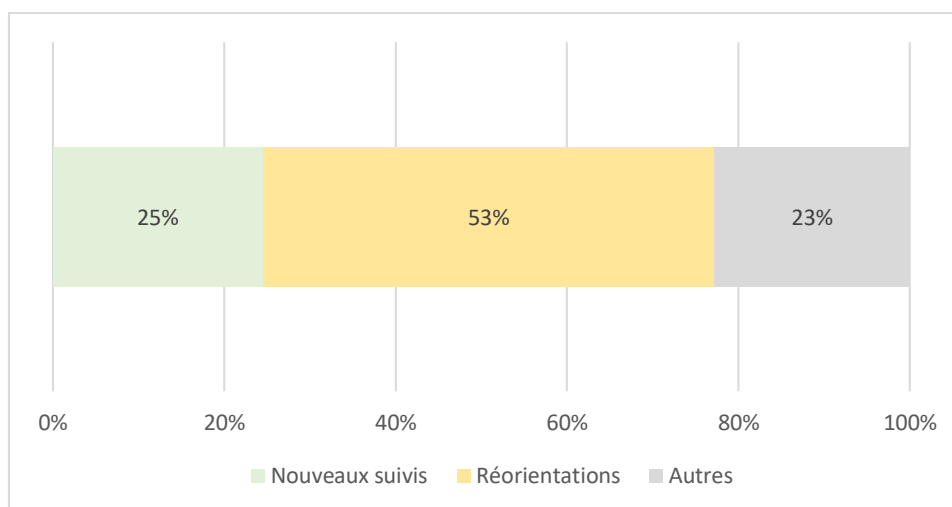
Ce rapide tour d'horizon des types de demandes et de publics sera détaillé dans le chapitre portant sur l'accessibilité différenciée des SSM. Nous verrons alors que si toutes les catégories de demandes et de personnes éprouvent des difficultés d'accès au soin, certaines sont plus concernées que d'autres. Mais tout d'abord, globalement, quelles suites ont pu être données à ces demandes par les services contactés ?

3.2. Résultats globaux : la saturation comme premier obstacle à l'accès au soin en SSM

Les services ont pu proposer un suivi pour 638 demandes, ce qui ne représente qu'un quart (25%) des 2602 demandes enregistrées durant le recensement. Ce premier résultat objective les difficultés d'accès ressenties par les publics et par des professionnel·les partenaires qui orientent leurs patient·es vers les SSM. En effet, la majorité des demandes reçues par les SSM a été réorientée vers d'autres services (1372 demandes réorientées, soit 53% des demandes).

Figure 5 - Répartition des demandes selon leur devenir (%) - version synthétique

n=2602 demandes enregistrées par 18 services entre octobre 2022 et février 2023



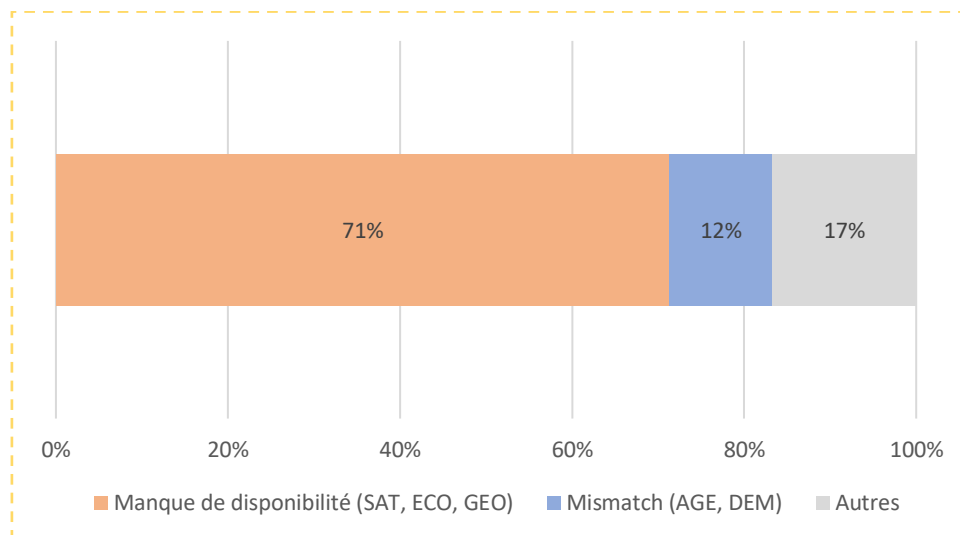
Toutes les demandes réorientées ne témoignent cependant pas nécessairement de la saturation du secteur : certaines demandes sont en effet réorientées en raison du manque de disponibilité du service, c'est-à-dire que les professionnel·les auraient jugés pertinent de proposer un suivi mais qu'ils n'en avaient pas les moyens. Mais d'autres demandes ont été réorientées même si les services avaient suffisamment de disponibilité, car la catégorie d'âge du·de la demandeur·se ou le contenu de la demande ne correspond pas aux missions ou compétences du service.

Les résultats de notre enquête indiquent clairement que la grande majorité des demandes réorientées le sont en raison du manque de disponibilité des services. Parmi les 1372 demandes réorientées, 979 demandes l'ont été pour des raisons liées au manque de disponibilité, ce qui représente près de trois quarts des réorientations (71%) et plus d'un tiers de l'ensemble des demandes reçues (38%). Les demandes réorientées en raison de l'âge du·de la demandeur·se ou du contenu de sa demande (*mismatch*), donc pour des raisons plus « légitimes », sont minoritaires : seules 163 demandes sont dans ce cas, ce qui représente à peine plus d'un dixième des demandes réorientées (12%) et un vingtième (6%) de l'ensemble des demandes traitées.

SATURATION II

Figure 6 - Répartition des demandes réorientées selon le motif de réorientation (%) - version synthétique

n=1372 demandes réorientées parmi 2602 demandes enregistrées par 18 services entre octobre 2022 et février 2023



Ainsi, le manque de disponibilité des services (saturation) apparaît comme le premier obstacle à l'accès au soin en SSM, loin devant des problématiques de *mismatch* entre offre et demande (service pas adapté à la demande reçue).

3.3. Résultats plus détaillés : que deviennent les demandes adressées aux SSM ?

Si l'objectif principal de l'enquête est d'objectiver le degré de saturation du secteur, les résultats permettent également de comprendre plus finement le devenir des demandes adressées aux SSM. La Figure 7 ci-dessous reprend les résultats globaux de la Figure 5 en y apportant davantage de précision.

SATURATION II

Figure 7 - Répartition des demandes selon leur devenir (%) – version détaillée

n=2602 demandes enregistrées par 18 services entre octobre 2022 et février 2023

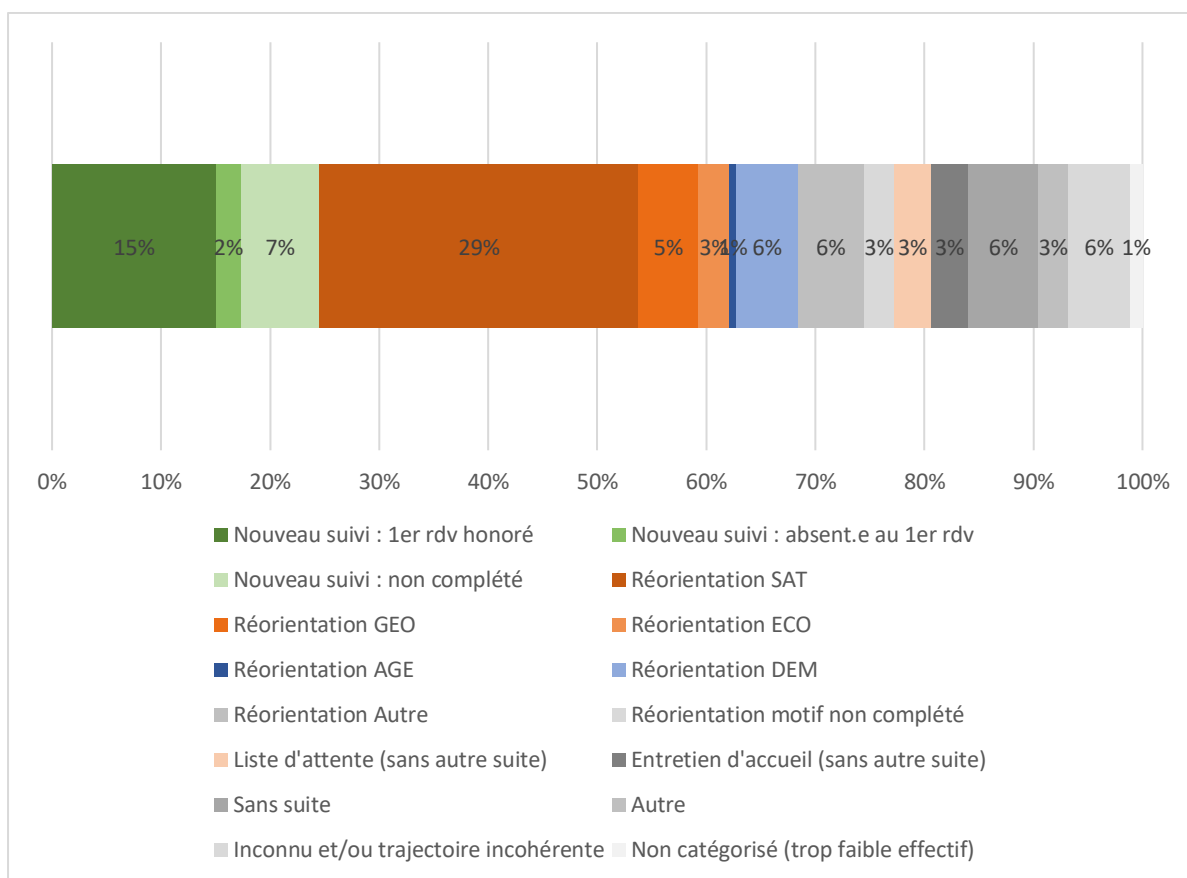


Tableau 7 - Répartition des demandes selon leur devenir – version détaillée

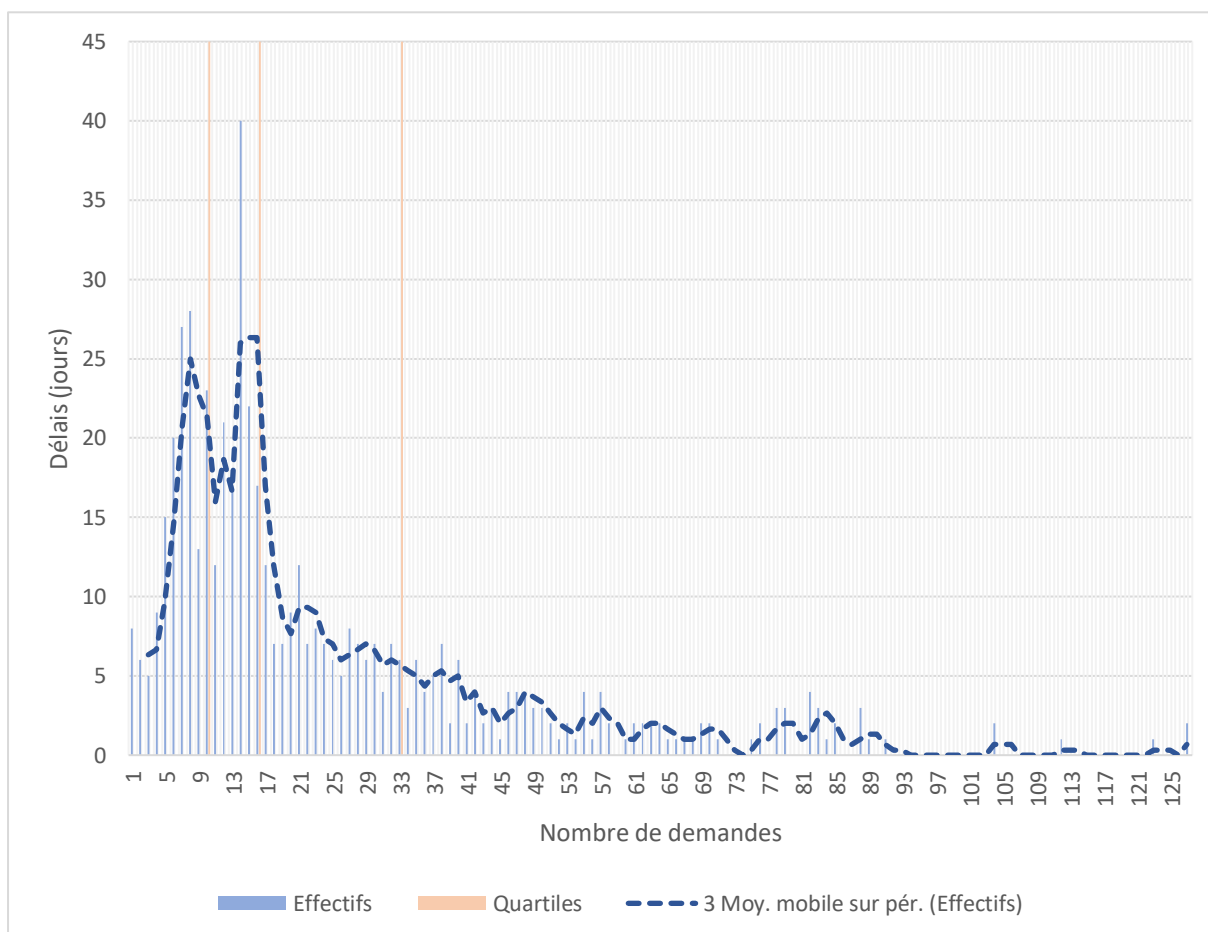
	Effectifs	%
<i>Nouveau suivi</i>	638	25%
Nouveau suivi : 1er rdv honoré	391	15%
Nouveau suivi : absent-e au 1er rdv	61	2%
Nouveau suivi : non complété	186	7%
<i>Réorientation</i>	1372	53%
Réorientation SAT	762	29%
Réorientation GEO	142	5%
Réorientation ECO	75	3%
Réorientation AGE	16	1%
Réorientation DEM	147	6%
Réorientation Autre	157	6%
Réorientation motif non complété	73	3%
<i>Autres</i>	592	23%
Liste d'attente (sans autre suite)	87	3%
Entretien d'accueil (sans autre suite)	90	3%
Sans suite	166	6%
Autre	72	3%
Inconnu et/ou trajectoire incohérente	147	6%
Non catégorisé (trop faible effectif)	30	1%
Total général	2602	100%

Les 25% de demandes qui se sont vu proposer un suivi se composent de 15% de demandes dont le premier rendez-vous a été honoré, 2% pour lesquelles le premier rendez-vous a été manqué ou annulé, et 7% pour lesquelles cette information reste inconnue ou non complétée. La non-complétion est assez importante et s'explique par la difficulté de recueillir l'information lorsque le parcours d'accueil est long et implique plusieurs intervenant-es, ce qui est plus souvent le cas des demandes qui aboutissent à un suivi. Si l'on exclut ces inconnues, on constate que 87% des 1ers rendez-vous ont été honorés.

Lorsque la demande est acceptée pour débiter un suivi, le délai de prise en charge (nombre de jours écoulés entre le premier contact et le premier rendez-vous de suivi) est connu dans 84% des cas. La moitié des demandes acceptées se voit proposer un suivi endéans les deux semaines (médiane = 16 jours), et trois quarts des demandes acceptées ont patienté environ un mois ou moins (3^{ème} quartile = 33 jours).

Figure 8 - Répartition des demandes acceptées selon le délai de prise en charge (jours)

*n=536 demandes acceptées dont le délai de prise en charge est connu parmi 638 demandes acceptées
(complétion : 84%)*



Les 53% de demandes réorientées se composent de 29% de demandes réorientées explicitement et directement en raison de la saturation du service, auxquelles s'ajoutent les demandes réorientées pour des motifs liés à la saturation : le motif géographique est invoqué dans 5% des cas pour réorienter des demandes géographiquement plus éloignées, le motif économique a été enregistré pour 3% des demandes et indique des situations où le-la bénéficiaire aurait économiquement les moyens de consulter dans le secteur privé. Ces deux motifs de réorientation (GEO et ECO) sont utilisés par les services lorsqu'ils sont saturés, pour opérer un « pré tri » parmi les demandes qui leur parviennent. Pour cette raison, nous pouvons assimiler ces motifs de réorientation au manque de disponibilité du service (saturation).

SATURATION II

Les autres motifs de réorientation sont liés à l'âge (une demande pour un·e adulte adressée à une équipe enfants ou inversement) ou plus généralement à une situation où le service ne se considère pratiquement ou cliniquement pas apte à traiter la demande. Cela concerne respectivement 1% et 6% de l'ensemble des demandes.

Un motif « autre » a également été enregistré et concerne 6% des demandes. Des commentaires qualitatifs ont permis d'identifier deux cas typiques : l'absence de (pédo)psychiatre dans certaines équipes contraint celles-ci à réorienter des demandes de suivi psychiatrique, et un critère de tri basé sur l'inscription préalable de la personne dans un autre service lorsque le SSM fait partie d'un centre multi-agréé. Le premier cas rappelle la forte pénurie de (pédo)psychiatres qui touche le secteur des SSM et constitue une autre dimension de la saturation de l'offre. Le second cas s'apparente aux critères de tri économique et géographique appliqués dans certains services. Dans les deux cas, ces réorientations sont liées à un manque de disponibilité. Pour des raisons méthodologiques il n'est cependant pas possible de déterminer quelle part de ces réorientations pour un motif « autre » est liée à la saturation. Nous pouvons juste souligner que notre mesure de la saturation sous-estime le phénomène en raison de ces motifs « autres ». Finalement, dans 3% des cas, le motif de réorientation est inconnu ou non complété.

Enfin, nous avons vu que **23% des demandes enregistrées ne sont ni acceptées, ni réorientées**. Que sont-elles devenues ? Dans 3% des cas, la demande a été inscrite sur liste d'attente et aucune autre suite n'a été enregistrée durant la période de recensement. Il est probable qu'une partie de ces demandes se sont vu proposer un suivi ultérieurement, dans un délai jugé raisonnable ou non. Il est aussi probable qu'une part de ces demandes « restées en attente » se soient « éteintes », le·la demandeur·se ayant trouvé une réponse ailleurs ou ayant renoncé au soin. Ainsi, les demandes restées sur liste d'attente peuvent en partie être assimilées à des demandes acceptées (ou qui auraient pu l'être), et en partie à une autre facette du manque de disponibilité des services.

À côté des demandes restées en attente, certaines demandes se sont vu proposer un entretien d'accueil sans qu'aucune autre suite n'ait été enregistrée. Cela concerne 6% des demandes. Et là aussi on ne peut que formuler certaines hypothèses : certaines de ces demandes ont pu donner lieu à un suivi sans que cette suite soit encodée. Il est probable que dans d'autres cas le ou la bénéficiaire ne se soit pas présenté·e au rendez-vous d'accueil proposé.

4. Comment a évolué la saturation des SSM ces dernières années ?

Les SSM sont-ils plus saturés qu'avant ? La réponse est plutôt « oui », même si elle doit être nuancée par quelques précautions méthodologiques.

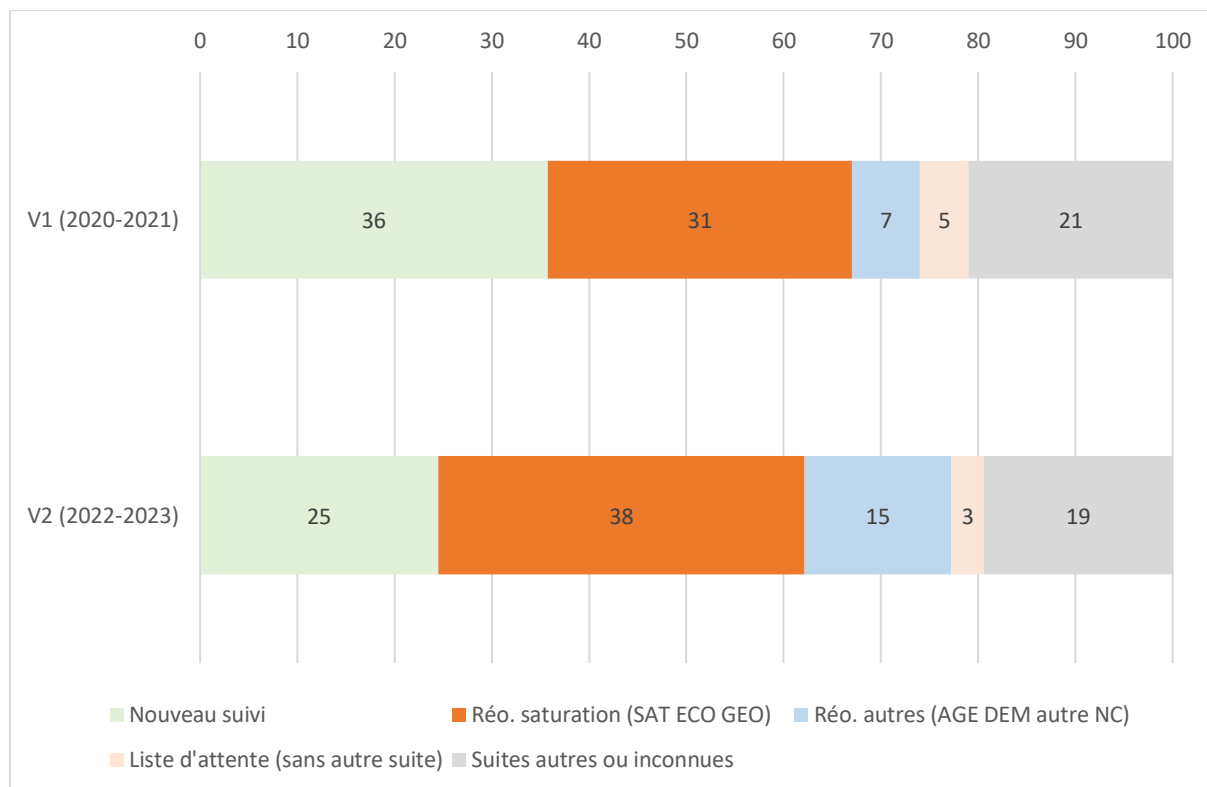
En 2020-2021 (vague 1), un peu plus d'un tiers (36%) des demandes se sont vu proposer un suivi. Deux ans plus tard (vague 2), seul un quart (25%) des demandes a été accepté. Le taux d'acceptation a ainsi perdu 30% de sa valeur en deux ans. Dans même temps, la part des demandes réorientées en raison du manque de disponibilité dans les services est passée de 31% en 2020-2021 à 38% en 2022-2023, ce qui correspond à un taux de croissance de 20% en deux ans pour cet indicateur qui reflète la saturation du secteur. La part des demandes réorientées pour d'autres motifs a également augmenté, passant de 7% à 15% ; parmi ces « autres motifs », ce sont en fait surtout les catégories résiduelles « autre » et « non complété » qui ont augmenté, davantage que les motifs liés à l'âge ou au contenu de la demande. Ainsi, la saturation du secteur mesurée en 2022-2023 est plus importante que celle observée deux ans plus tôt, et l'accessibilité des services en est fortement dégradée.

SATURATION II

Figure 9 - Devenir des demandes selon la vague d'enquête (%)

$n(V1)$ =1225 demandes enregistrées par 10 services entre novembre 2020 et février 2021

$n(V2)$ =2602 demandes enregistrées par 18 services entre novembre 2022 et février 2023



L'interprétation de ces résultats en termes d'évolution dans le temps du phénomène de saturation doit rester prudente en raison de limites méthodologiques : comme des services en partie différents ont participé aux deux vagues d'enquête, l'« augmentation » de la saturation peut aussi être le reflet du fait que les services ayant participé au 2^{ème} recensement sont davantage concernés par la saturation que ceux ayant participé au premier recensement. Si nous suivons cette hypothèse jusqu'au bout, il faut également reconnaître que la 2^{ème} vague de recensement a mobilisé près de deux fois plus de services que la première (18 contre 10), et a permis de recenser plus du double de demandes (2602 contre 1225). De ce fait, les résultats de la seconde vague peuvent être considérés comme plus représentatifs de l'ensemble du secteur que ceux de la première.

L'incertitude quant à l'interprétation des résultats peut dès lors être formulée comme ceci : soit le phénomène de saturation du secteur des SSM s'est aggravé entre 2020-2021 et 2022-2023, soit nous avons sous-estimé son importance en 2020-2021, soit encore ces

deux effets se combinent – ce qui est fort probable. On peut donc raisonnablement soutenir l'hypothèse selon laquelle la saturation du secteur se serait aggravée au cours des deux dernières années, même s'il reste difficile de déterminer dans quelle mesure.

5. L'accessibilité différenciée des services selon les publics et les types de demande

Le manque de disponibilité contraint les professionnel·les des SSM à faire des choix parmi les demandes reçues, y compris parmi celles qui, selon eux, devraient se voir proposer un suivi au sein de leur service. Dans la plupart des services, l'accueil et la gestion des nouvelles demandes est l'affaire du personnel d'accueil qui reçoit ces demandes en première intention, mais aussi de l'équipe thérapeutique dans son ensemble (ou d'une partie de l'équipe) qui analyse les demandes, délibère, décide des suites à donner et, le cas échéant, accompagne le·la demandeur·se dans sa réorientation vers un·e autre professionnel·le. Ce processus de décision revêt une dimension indissociablement clinique et politique : il s'agit en effet de choisir qui aura accès à l'aide et au soin ici et maintenant (ou dans un avenir proche et déterminé), et qui verra sa demande réorientée vers un ailleurs souvent incertain. Si ces « choix » sont contraints par un contexte structurellement marqué par un manque de ressources, et largement guidés par l'analyse individuelle des demandes au cas par cas, nous verrons qu'ils dessinent les contours d'une accessibilité différenciée des SSM selon certaines caractéristiques des publics et des types de demande.

En effet, tous les publics et toutes les sollicitations n'ont pas les mêmes chances de voir leur demande acceptée. La saturation du secteur pèse davantage sur certains publics quand d'autres en sont *relativement* préservés. Quelles sont les dimensions qui jouent un rôle dans l'accès aux soins en SSM ? Quels publics rencontrent plus ou moins de difficultés d'accès ? Nous allons à présent répondre à ces questions en analysant le devenir des demandes selon différentes dimensions telles que le genre, l'âge, le statut socio-économique de la personne, mais aussi la nécessité ou non de recourir à un·e interprète, le type de suivi demandé (psychologique, psychiatrique, social...), la complexité de la demande, le fait que la personne contacte le service par elle-même ou qu'un tiers s'en charge, et finalement l'« envoyeur » c'est-à-dire le statut de la personne qui a orienté le·la demandeur·se vers le service.

5.1. Âge et genre

5.1.1. Répartition des demandes selon la catégorie d'âge

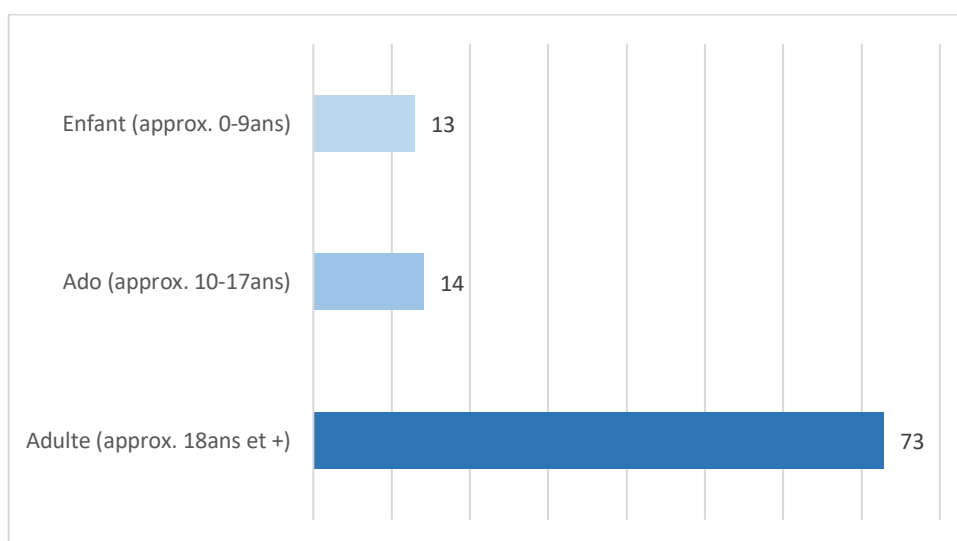
Les SSM, selon les services et les équipes, accueillent des patient·es adultes, enfants et adolescent·es, de toutes tranches d'âge. Parmi les 2602 nouvelles demandes recensées en 2022-2023, la catégorie d'âge de la personne concernée a été enregistrée pour 1994 demandes (taux de complétion = 77%).

Près de trois quarts de ces demandes ont concerné des adultes âgés de 18 ans ou plus (73%). Le quart de demandes restantes se répartit entre les jeunes enfants âgé·es approximativement de 0 à 10 ans (13%) et les adolescent·es âgé·es approximativement de 10 à 17 ans (14%).

Figure 10 - Répartition des demandes selon la catégorie d'âge de la personne (%)

n=1994 demandes documentées parmi 2602 demandes enregistrées par 18 services entre octobre 2022 et février 2023

Complétion : 77%

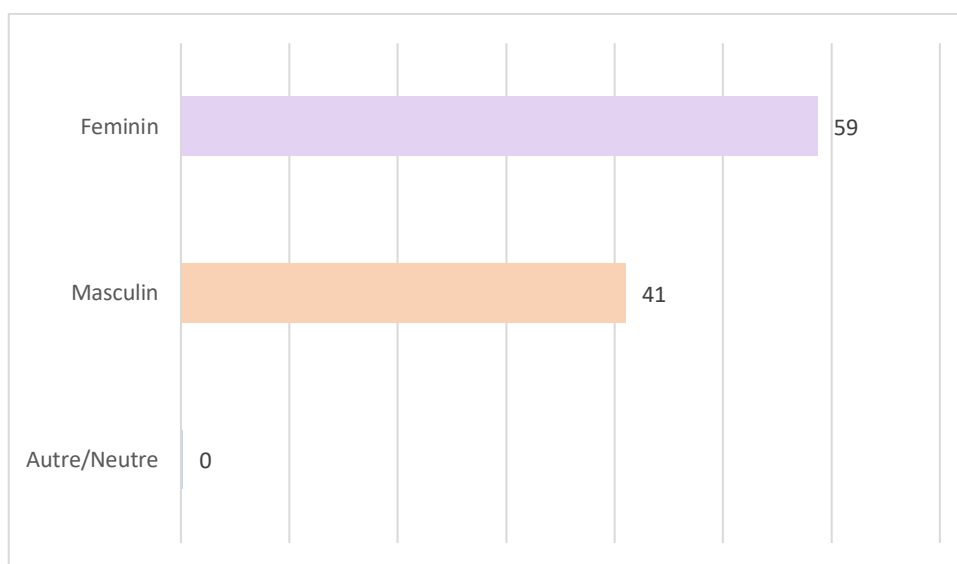


5.1.2. Répartition des demandes selon le genre

Une majorité de demandes documentées a concerné des personnes de genre féminin (59%) et une minorité des personnes de genre masculin (41%). Le genre autre ou neutre, très probablement sous-estimé par notre enquête¹⁶, n'a représenté que 0,2% des demandes. Le genre a été documenté pour 71% des demandes enregistrées, un taux de complétion honorable.

Figure 11 - Répartition des demandes selon le genre de la personne (%)

*n=1854 demandes documentées parmi 2602 demandes enregistrées par 18 services entre octobre 2022 et février 2023
(complétion : 71%)*



5.1.3. Répartition des demandes selon la catégorie d'âge et le genre

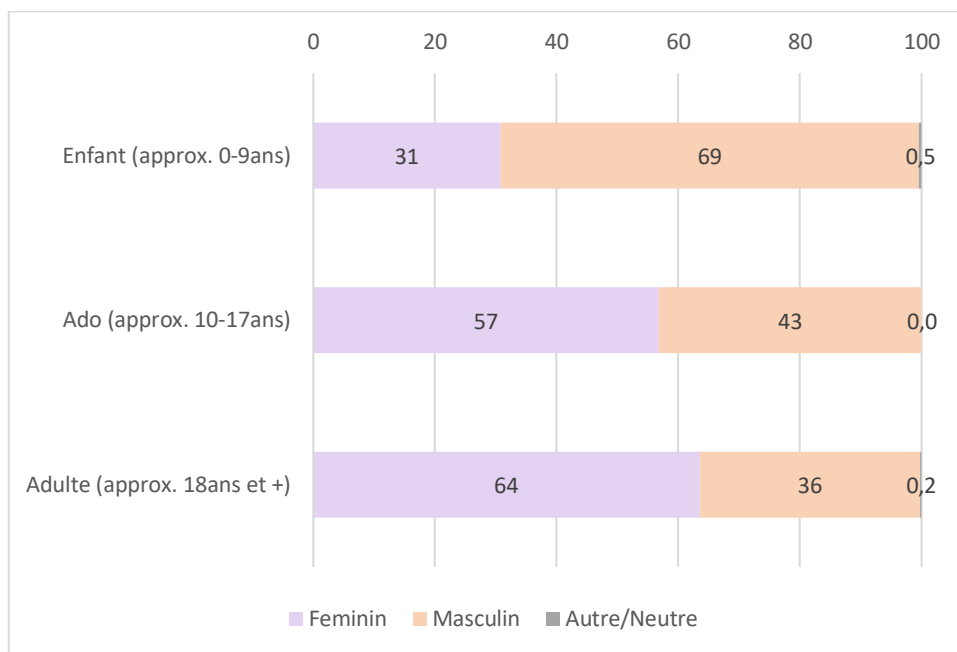
La dimension du genre mérite d'être croisée avec celle de la catégorie d'âge. On observe alors que la surreprésentation féminine est surtout observée parmi les adolescent-es (57% féminin, 43% masculin), et plus encore parmi les adultes (64% féminin, 36% masculin). Tandis que les garçons sont bien plus présents que les filles parmi les plus jeunes enfants (31% féminin, 69% masculin).

¹⁶ Nous pensons que le genre « autre/neutre » a été sous-estimé en raison des méthodes de complétion des fiches de recensement : les professionnel·les qui complètent ces fiches ont généralement tendance à déduire l'information « genre » d'indices perceptibles lors du contact téléphonique (voix, informations contextuelles etc.) sans interroger explicitement la personne sur le sujet. Cela conduirait à surestimer les catégories de genre typiques et d'invisibiliser les catégories de genre atypiques dans le cadre du recensement.

SATURATION II

Figure 12 - Répartition des demandes selon le genre parmi chaque catégorie d'âge (%)

n=1806 demandes documentées (genre et âge) parmi 2602 demandes enregistrées par 18 services entre octobre 2022 et février 2023
(complétion : 69%)



5.1.4. Devenir des demandes selon la catégorie d'âge

Les difficultés d'accès aux SSM sont-elles les mêmes pour les adultes, pour les enfants et pour les adolescent·es ? Non. Si toutes les catégories d'âge éprouvent d'importantes difficultés d'accès, les adolescent·es et les enfants apparaissent davantage impacté·es que les adultes : les chances de se voir proposer un nouveau suivi lorsqu'on est un·e enfant n'est que 0,7 fois celle des adultes (-30%). Pour les adolescent·es cette valeur est de 0,82 fois (-18%).

Cette différence d'accessibilité est-elle due à une saturation différenciée des équipes pour adultes d'une part, et pour enfants et adolescent·es d'autre part ? Il est fort probable que oui. Mais la lecture doit se faire en deux temps. 1° La part de réorientations pour motif de saturation est assez proche d'une catégorie d'âge à l'autre. Il n'est donc *a priori* pas évident d'attribuer cette différence d'accessibilité à la saturation. 2° En revanche, les enfants et adolescent·es sont 6 fois plus concernés que les adultes (+600%) par des demandes « restées en attente » (inscrites sur liste d'attente sans

SATURATION II

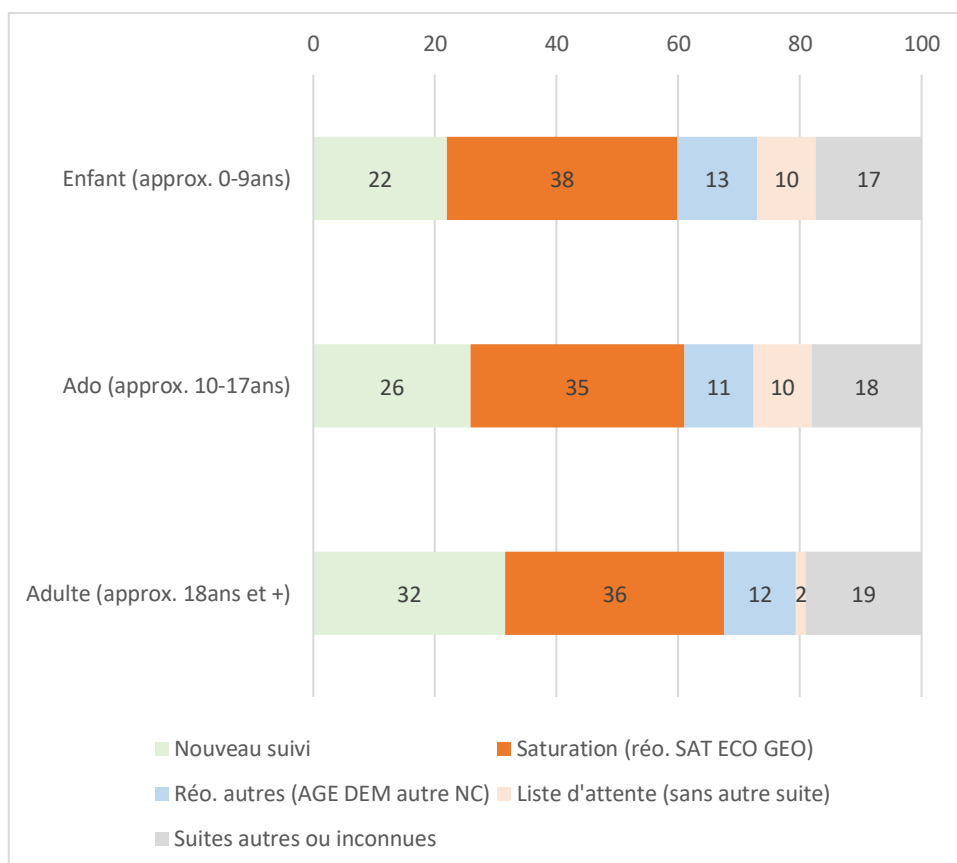
qu'aucune autre suite n'ait été enregistrée durant la période de recensement). Cela concerne en effet moins de 2% de l'ensemble des demandes concernant des adultes, et environ 10% des demandes concernant des enfants ou des adolescent·es. Or, on peut raisonnablement faire l'hypothèse qu'une part de ces demandes restées en attente témoignent de temps d'attente (trop) longs, autre reflet de la saturation de l'offre.

Cela nous conduit à conclure qu'il existe bien une différence d'accessibilité aux SSM selon la catégorie d'âge – en défaveur des adolescent·es et plus encore des jeunes enfants – et cette différence est très probablement due à une plus forte saturation des équipes qui accueillent les publics enfants et adolescent·es.

Figure 13 - Devenir des demandes selon la catégorie d'âge (%)

n=1994 demandes documentées (catégorie d'âge) parmi 2602 demandes enregistrées par 18 services entre novembre 2022 et février 2023

Complétion : 77%

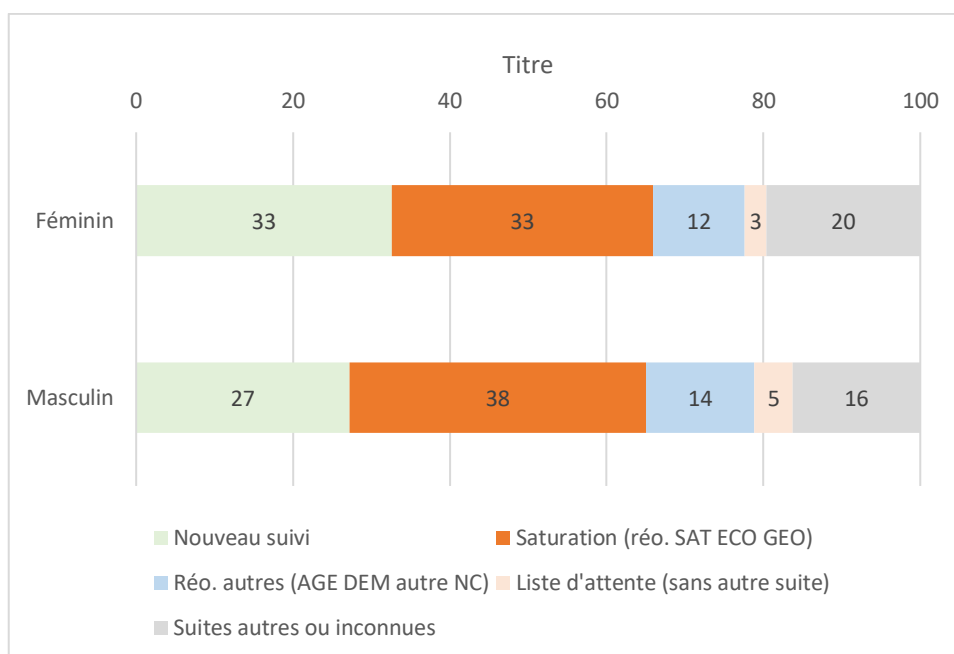


5.1.5. Devenir des demandes selon le genre

À la première lecture, les femmes apparaissent moins impactées que les hommes par les difficultés d'accès aux soins en SSM liés à la saturation de l'offre. Comparativement aux hommes, celles-ci ont 1,2 fois plus de chance de se voir proposer un nouveau suivi (+20%) et un petit peu moins de risque de se voir réorientées pour des motifs liés à la saturation (-12%).

Figure 14 - Devenir des demandes selon le genre (%)

n=1854 demandes documentées parmi 2602 demandes enregistrées par 18 services entre octobre 2022 et février 2023
(complétion : 71%)



5.1.6. Devenir des demandes selon la catégorie d'âge et le genre

Mais ce que nous lisons comme un effet de genre pourrait en réalité être lié à l'âge : nous avons vu qu'au sein de la catégorie d'âge enfant, les garçons sont plus présents que les filles, et inversement pour les adolescent·es et les adultes. Or, ce sont également les enfants qui présentent les difficultés d'accès les plus prononcées, relativement aux autres catégories d'âge.

Ainsi, une moindre accessibilité apparemment liée au genre masculin pourrait en réalité être liée à la saturation différenciée des équipes pour enfants et pour adultes. Est-ce le cas ? Non : nous avons analysé le devenir des demandes selon le genre au sein de chaque catégorie d'âge, pour neutraliser l'effet de l'âge sur le genre. Et nous observons alors un traitement différencié selon le genre au sein de chaque catégorie d'âge, qui tend à favoriser l'accès aux soins pour les femmes au détriment des hommes. Cette meilleure accessibilité féminine (relativement aux hommes) est plus marquée parmi les enfants et adolescent·es (RR = 1,28 et 1,3) que parmi les adultes (RR = 1,12).

Figure 15 - Devenir des demandes selon le genre parmi les enfants (approx. 0-9ans) (%)

n=224 demande documentées (genre) parmi les 259 demandes concernant des enfants enregistrées par 18 services entre novembre 2022 et février 2023

Complétion : 86%

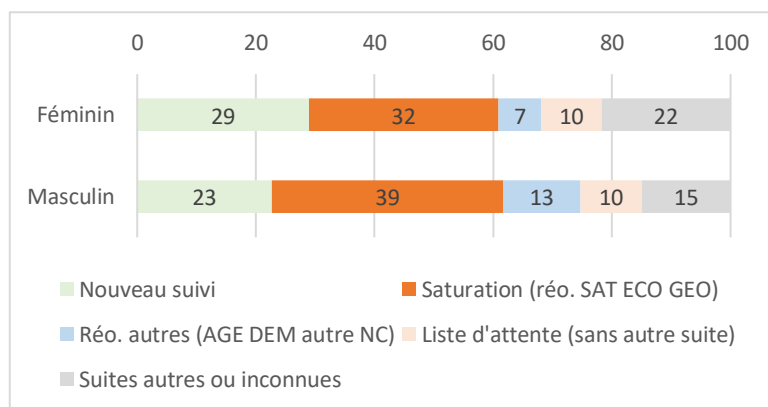
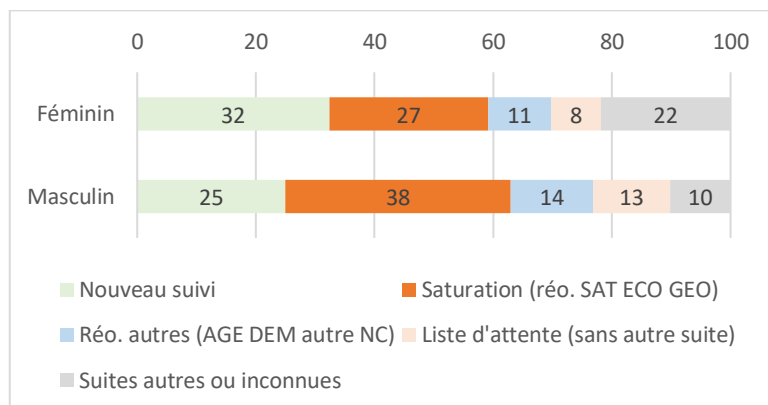


Figure 16 - Devenir des demandes selon le genre parmi les adolescent·es (approx. 10-17ans) (%)

n=250 demande documentées (genre) parmi les 282 demandes concernant des adolescent·es (âge connu) enregistrées par 18 services entre novembre 2022 et février 2023

Complétion : 89%

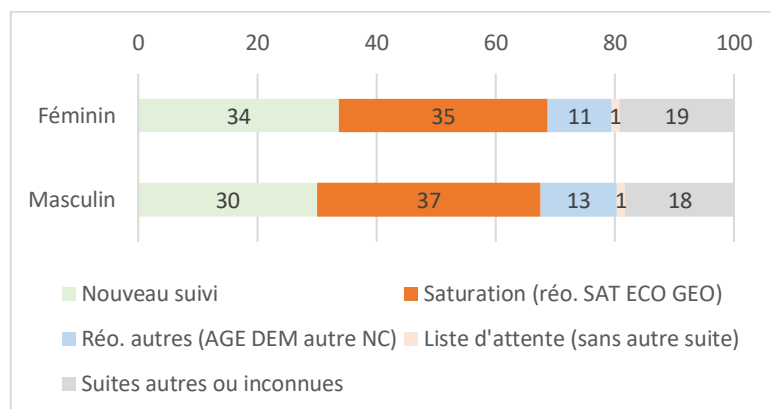


SATURATION II

Figure 17 - Devenir des demandes selon le genre parmi les adultes (approx. 18ans et +) (%)

n=1332 demande documentées (genre) parmi les 1453 demandes concernant des adultes (âge connu) enregistrées par 18 services entre novembre 2022 et février 2023

Complétion : 92%



Nous n'expliquons pas ce phénomène mais pouvons formuler certaines hypothèses. En particulier, si l'accessibilité différenciée selon la catégorie d'âge pouvait être liée à un degré de saturation différenciée des équipes pour enfants et pour adultes, l'accessibilité différenciée selon le genre refléterait plutôt des tendances relatives à la perception des demandes par les professionnel·les : dans un contexte de saturation de l'offre, les professionnel·les sont amené·es à choisir, parmi les demandes qui leur sont adressées, celles qui se verront proposer un nouveau suivi et celles qui devront être réorientées. Ces choix peuvent s'appuyer sur une pluralité de critères de jugement, formels et informels, explicites et implicites, cliniques, sociaux, etc. Perception du degré d'urgence de la demande, du caractère aigu de la situation à traiter, de la possibilité d'être (mieux) accueilli·e par d'autres professionnel·les, etc. Il est possible que les professionnel·les tendent davantage à percevoir les demandes féminines comme nécessitant un suivi, relativement aux demandes masculines.

5.2. Statut socio-professionnel

5.2.1. Répartition des demandes selon le statut socio-professionnel

Comment qualifier la population des personnes qui s'adressent aux SSM d'un point de vue socio-économique ? Sont-elles plutôt aisées ou plutôt précaires, relativement à la population générale ?

Pour traiter cette question, nous avons construit une échelle socio-économique à partir de quatre catégories décrivant la situation socio-économique des demandeur·ses, des personnes supposées les plus précarisées (« sans emploi et sans revenu ») aux personnes supposées plus aisées (« avec emploi et travaillant actuellement »), en passant par des niveaux intermédiaires (« avec emploi mais ne travaillant pas actuellement (maladie, pause etc.) » et « sans emploi mais avec allocations ou revenu de remplacement (chômage, CPAS, invalidité...) »). Deux autres catégories socialement plus hétérogènes ont été ajoutées : « Étudiant·e » et « Pensionné·e ».

Plusieurs avertissements méthodologiques s'imposent : tout d'abord, nous avons construit cet indicateur en tenant compte du contexte de l'enquête et de l'information qui semblait pratiquement disponible lors d'un premier contact avec un service, et non d'une information idéale (telle que le niveau de revenus par exemple). Malgré cela, le taux de réponse pour cet indicateur reste modeste (60% parmi les 18ans et plus). Mais nous devons garder à l'esprit que nous n'approchons alors qu'approximativement la dimension de « précarité » : un·e travailleur·se pauvre apparaîtra dans notre enquête comme supposément aisé, tandis qu'une personne temporairement au chômage et qui n'éprouve pas de difficultés financières apparaîtra supposément précaire.

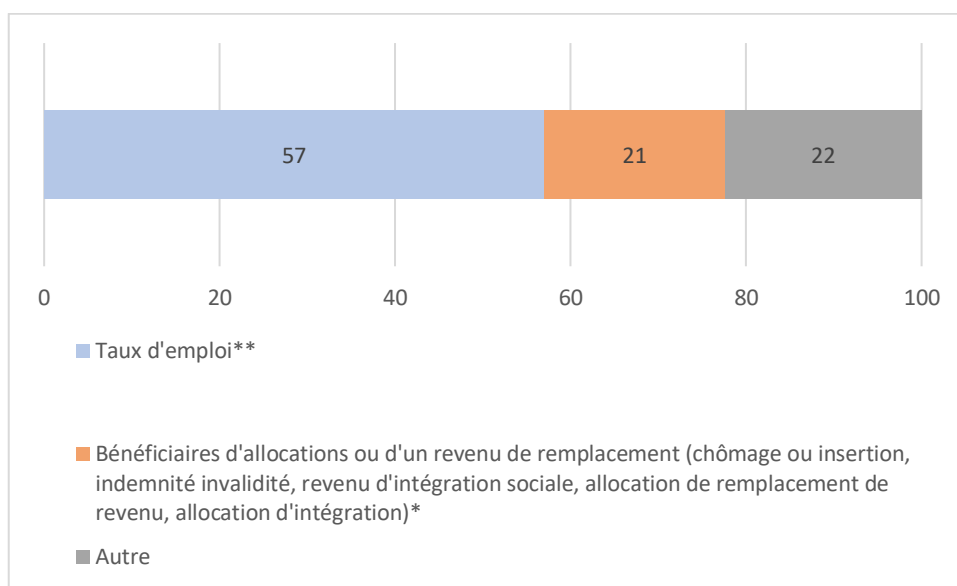
Ensuite, nous comparons la population des demandeur·ses en SSM (18ans et +) avec la population bruxelloise en général (18-64ans), mais les tranches d'âge ne se recouvrent que partiellement, de même que le territoire (il y a aussi des non-bruxellois qui s'adresse aux SSM), tandis que des personnes sans titre de séjour s'adressent aux SSM mais ne sont pas reprises dans les statistiques bruxelloises. Il y a également un décalage temporel : les demandes en SSM ont été recensées fin 2022 début 2023 tandis que les dernières données disponibles pour la Région Bruxelloise datent de 2021. Finalement, les catégories socio-économiques de notre indicateur ne correspondent que

SATURATION II

partiellement aux catégories disponibles via le Baromètre social bruxellois. Pour permettre une comparaison, qui restera assez grossière, des recoupements de catégorie sont nécessaires.

Pour des raisons méthodologiques, la comparaison sera nécessairement approximative. Mais les tendances sont suffisamment marquées pour nous autoriser un commentaire : globalement, il apparaît que parmi les personnes (adultes) qui s'adressent aux SSM on retrouve beaucoup moins de personnes actives qui ont un emploi (22% parmi les demandeur·ses en SSM contre 57% parmi les Bruxellois·es), et plus de personnes qui vivent d'un revenu de remplacement ou qui n'ont pas de revenu formel (55% parmi les demandeur·ses en SSM contre 21% parmi les Bruxellois·es).

Figure 18 - Répartition de la population bruxelloise (18-64ans) selon la situation socio-professionnelle (%)



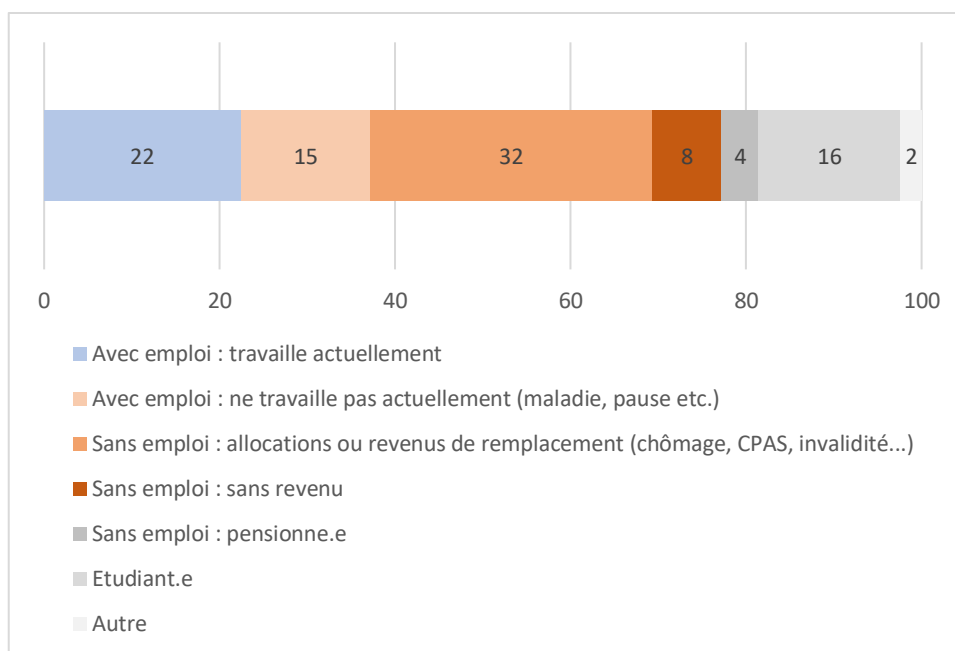
*Source : Baromètre social 2021 (Observatoire de la santé et du social), p.34

**Source : Baromètre social 2021 (Observatoire de la santé et du social), p.52

Figure 19 - Répartition des demandes selon la situation socio-professionnelle de la personne parmi les adultes (18ans et +) (%)

n=878 demandes documentées parmi 1453 demandes concernant des adultes (18ans et +) enregistrées par 18 services entre novembre 2022 et février 2023

Complétion : 60%



5.2.2. Devenir des demandes selon le statut socio-professionnel

Le statut socio-professionnel des demandeur·ses a-t-il une influence sur l'accès aux soins en SSM ? Si oui, laquelle ? La précarité est-elle plutôt un frein à l'accès au soin ou au contraire, les personnes supposées plus précaires ont-elles tendanciellement plus fréquemment accès aux soins que d'autres demandeur·ses ?

Les résultats du recensement indiquent que, relativement aux demandes des personnes qui ont un emploi et travaillent, les demandes des personnes supposées plus précaires ont davantage de chances d'être acceptées et moins de risque d'être réorientées en raison du manque de disponibilité (saturation). On observe en fait un gradient d'accessibilité qui évolue dans le sens contraire de notre gradient social : plus les personnes sont supposées précarisées, plus grande sera leur chance de se voir proposer un suivi et plus faible sera leur risque de voir leur demandée réorientée en raison de la saturation.

SATURATION II

Ainsi, une personne qui a un emploi mais ne travaille pas actuellement (maladie, pause etc.) a eu 1,13 fois plus de chances de se voir proposer un nouveau suivi qu'une personne qui a un emploi et travaille actuellement. Pour les personnes sans emploi et bénéficiant d'allocations ou de revenus de remplacement, cette « chance relative » était de 1,14 fois. Cette chance relative atteint 1,49 fois pour les personnes identifiées comme sans emploi et sans revenu. Inversement, le risque relatif d'être réorienté en raison du manque de disponibilité (saturation) lorsqu'on a un emploi mais ne travaille pas n'est que 0,86 fois (14% plus faible) celui des personnes qui ont un emploi et travaillent. Ce risque relatif d'être réorientée par manque de disponibilité est encore plus faible pour les personnes sans emploi et bénéficiant d'allocations ou d'un revenu de remplacement (0,79 soit 21% plus faible), et surtout pour les personnes identifiées comme sans emploi et sans revenu (0,48 soit 52% plus faible).

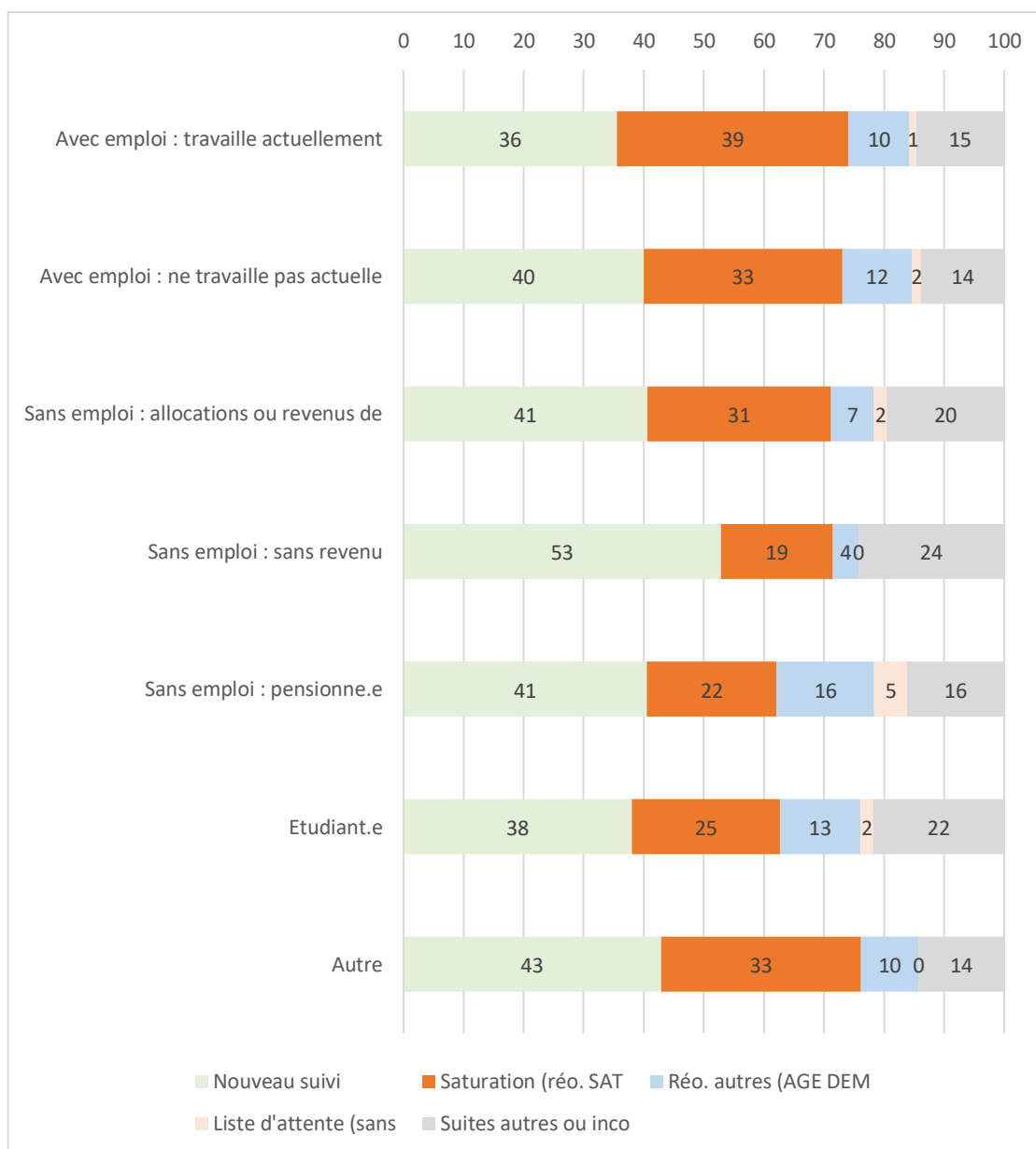
Notons finalement que les pensionné·es et les étudiant·es avaient également plus de chances de se voir proposer un suivi que les personnes qui ont un emploi et travaillent (respectivement 1,14 et 1,07), et relativement moins de risque de se voir réorienté·es par manque de disponibilité (respectivement 0,56 et 0,64).

SATURATION II

Figure 20 - Devenir des nouvelles demandes selon le statut socio-professionnel de la personne parmi les adultes (18ans et +) (%)

n=878 demandes documentées (statut socio-professionnel) parmi 1453 demandes concernant des adultes (18ans et +) recensées par 18 services

Complétion : 60%



Ces résultats peuvent être interprétés d'au moins deux manières : d'une part, ils indiquent que les services tendent à se montrer plus accessibles aux personnes supposément plus précaires, en particulier aux personnes sans emploi et sans revenu formel. Dans un contexte de manque de disponibilité, les SSM privilégieraient ainsi les publics jugés plus fragiles sur le plan socio-économique. D'autre part, nous constatons

également que les personnes qui ont un emploi et travaillent constituent le groupe socio-professionnel le plus défavorisé en termes d'accès aux soins en SSM. Cela peut simplement constituer la contrepartie de la discrimination positive des demandeur·ses jugé·es plus précaires, mais il peut aussi y avoir un effet d'inaccessibilité spécifique pour les personnes qui travaillent, et en particulier pour celles qui travaillent à temps plein sachant que la plupart des plages d'ouverture des SSM correspondent aux horaires de bureau.

La tendance à favoriser l'accès aux soins et à limiter les effets de la saturation pour les publics supposés plus précaires s'observait déjà en 2020-2021 lors du 1^{er} recensement.

5.3. Langue et interprétariat

La langue peut constituer un obstacle à l'accès aux soins. Tous les services ayant participé au recensement disposent de thérapeutes francophones, et certains s'expriment dans d'autres langues nationales ou étrangères – en particulier dans les services bicommunautaires et dans ceux qui se sont spécialisés dans l'accueil d'un public d'origine étrangère. Lorsque le·la thérapeute et le·la bénéficiaires ne s'expriment pas aisément dans la même langue, les services peuvent solliciter un·e interprète.

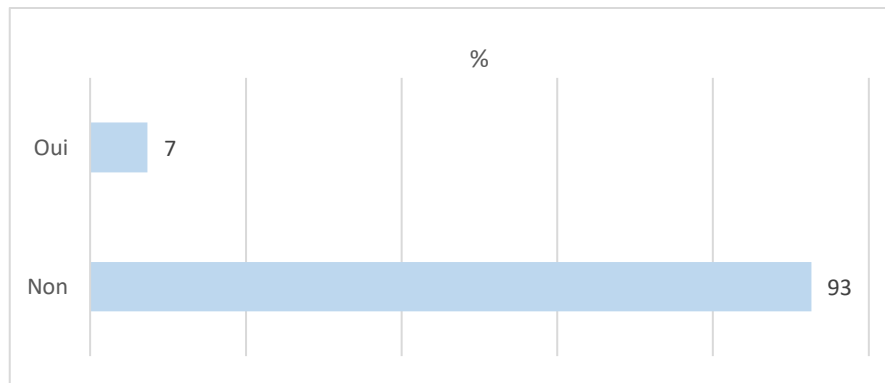
5.3.1. Répartition des demandes selon la nécessité de recourir à un·e interprète

Parmi les demandes recensées, la nécessité de recourir à un·e interprète a été identifiée dans 7% des cas, ce qui représente 109 demandes. Ces cas reflètent donc les situations où le·la bénéficiaire ne parle ni le français ni une autre langue parlée par un·e thérapeute polyglotte disponible. Notons que 57% des demandes ont été documentées à ce sujet, un taux de complétion qui reste acceptable mais plus faible que pour d'autres variables.

Figure 21 - Répartition des demandes selon la nécessité ou non de recourir à un·e interprète (%)

n=1474 demandes documentées parmi 2602 demandes enregistrées par 18 services entre novembre 2022 et février 2023

Complétion : 57%



5.3.2. Devenir des demandes selon la nécessité ou non de recourir à un·e interprète

La nécessité de recourir à un·e interprète constitue-t-elle un obstacle dans l'accès aux soins en SSM ? Pour répondre à cette question, comparons le devenir des 109 demandes identifiées comme nécessitant le recours à un·e interprète à celles ne le nécessitant pas.

On observe alors une accessibilité légèrement inférieure pour les demandes nécessitant le recours à un·e interprète (30% se voient proposer un suivi) relativement à celles qui ne le nécessitent pas (32% se voient proposer un suivi). La « chance relative » (risque relatif) de se voir proposer un nouveau suivi lorsqu'un·e interprète est nécessaire, comparée aux cas où ce n'est pas nécessaire, vaut 0,96. Ce qui est assez proche de 1, situation de parfaite égalité.

En revanche, si la part des demandes réorientées (quel que soit le motif de réorientation) tourne autour de 47% dans les deux cas (avec ou sans interprète), les motifs de réorientation invoqués sont différents : parmi les demandes nécessitant le recours à un·e interprète, les motifs de réorientation liés au manque de disponibilité sont moins souvent invoqués (28% contre 35%), et inversement pour les « autres » motifs de réorientation liés au contenu de la demande ou à des catégories résiduelles

SATURATION II

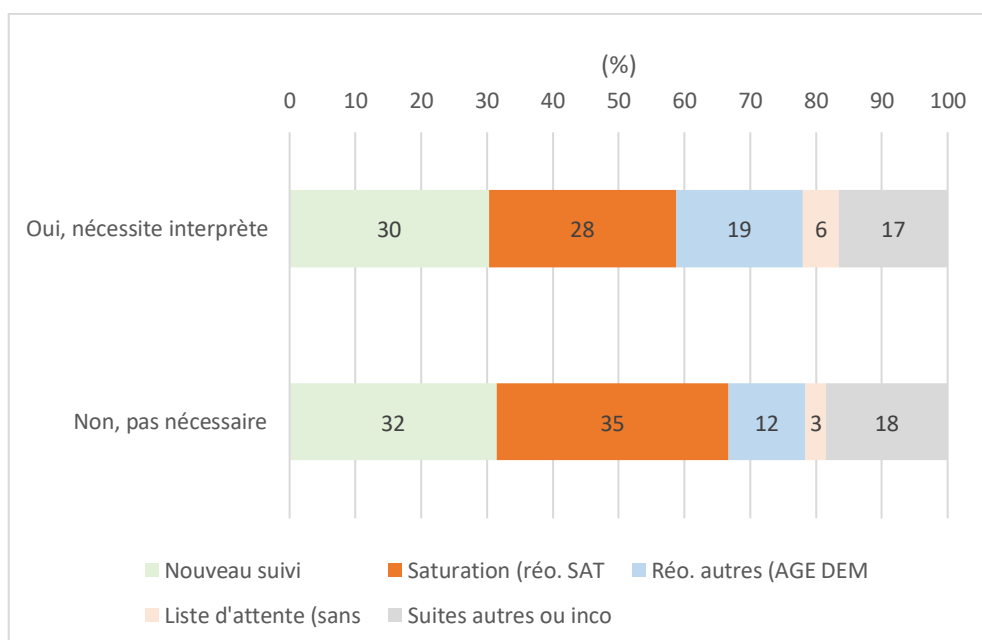
(19% contre 12%). Cela suggère qu'une part des demandes nécessitant le recours à un-e interprète seraient bien réorientées *parce qu'elles sont différentes des autres* et non uniquement en raison du manque d'une disponibilité général. Autrement dit, il pourrait y avoir une marge d'adaptation possible, dans le chef des services, pour faire davantage de place à ces demandes particulières, comme ils le font pour les demandes relatives à des publics précarisés sur le plan socio-économique.

Figure 22 - Devenir des demandes selon la nécessité ou non de recourir à un-e interprète

n=1474 demandes documentées parmi 2602 demandes enregistrées par 18 services entre novembre 2022 et février

2023

Complétion : 57%



5.4. Fonction(s) professionnelle(s) sollicitée(s)

Les SSM sont des services composés d'équipes pluridisciplinaires : secrétaires-accueillant-es, psychologues, (pédo)psychiatres et assistant-es sociaux-les collaborent dans l'accompagnement des bénéficiaires. En outre, certaines équipes sont également composées de logopèdes, psychomotricien-nnes, thérapeutes du développement... Si la plupart des services différencient ainsi les fonctions professionnelles au sein des équipes, certains s'organisent selon un modèle plus égalitaire ou communautaire impliquant une moindre différenciation des statuts et des fonctions, identifiant la

plupart des travailleurs à une fonction commune de « travailleur·se psychosocial·e ». Par facilité de lecture, nous avons regroupé toutes les fonctions professionnelles identifiées dans le cadre du recensement en quatre grandes catégories. Les secrétaires-accueillant·es n'y sont pas présent·es car, en règle générale, on ne leur attribue pas de suivi.

Fonctions professionnelles	Catégories de fonctions professionnelles
Assistant·e social·e	→ Catégorie sociale
Psychiatre	→ Catégorie psychiatrique
Pédopsychiatre	
Psychologue	→ Catégorie psychologique
Travailleur·se psychosocial·e	
Logopède	→ Catégorie autre
Psychomotricien·ne	
Thérapeute du développement	
Autre	

Les fonctions professionnelles sollicitées par les personnes qui demandent un suivi ont été documentées de deux manières distinctes dans le cadre du recensement : lors du premier contact avec le·la demandeur·se d'une part, et lors de l'amorce d'un nouveau suivi d'autre part.

5.4.1. Répartition des demandes selon la ou les fonctions professionnelles sollicitées lors du 1^{er} contact

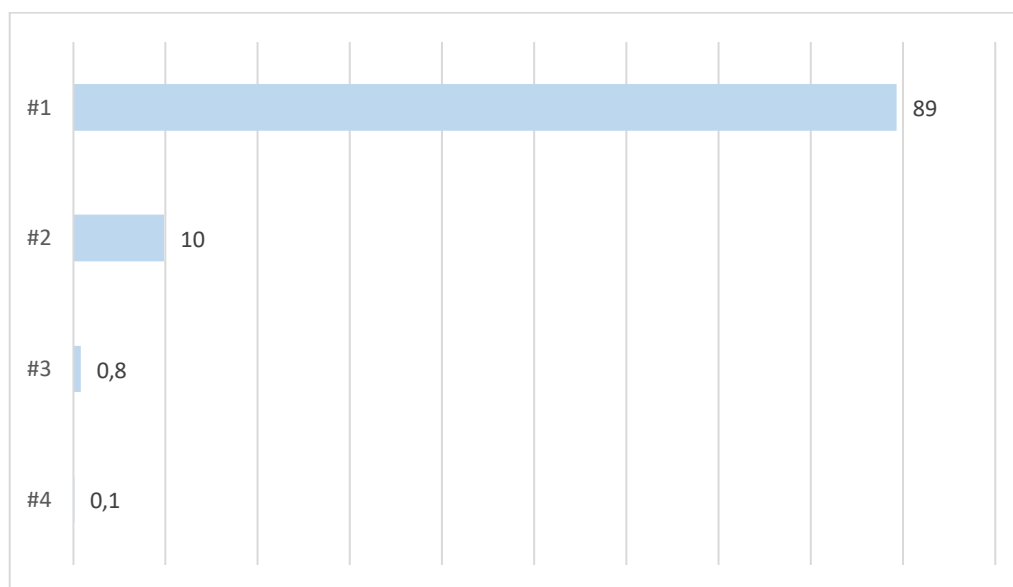
La fonction professionnelle sollicitée lors du premier contact correspond, en principe, à ce qui est explicitement demandé par le·la bénéficiaire lorsqu'il contacte le service, ou éventuellement à ce que l'accueillant·e déduit du récit global de la demande. Cette variable concernait donc l'ensemble des demandes enregistrées et en pratique, elle a été fort bien documentée (2414 demandes documentées, soit un taux de complétion de 92%).

SATURATION II

Pour 11% des demandes, plusieurs fonctions professionnelles sont d'emblées sollicitées dès le premier contact. Il s'agit alors généralement de 2 fonctions sollicitées (10%), rarement 3 ou 4 (0,8% et 0,1%). Les 2414 demandes documentées sont ainsi à l'origine de 2683 sollicitations.

Figure 23 - Répartition des demandes selon le nombre de fonction(s) professionnelle(s) sollicitée(s)

n=2414 demandes documentées (fonction(s) professionnelle(s) sollicitée(s)) parmi 2602 demandes enregistrées par 18 services entre novembre 2022 et février 2023
Complétion : 92%

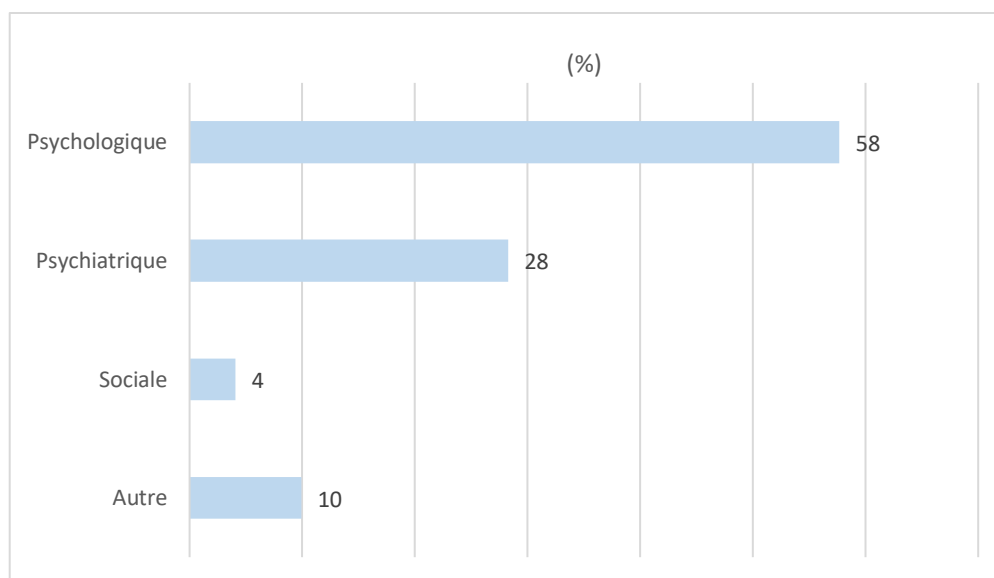


Quelles sont les fonctions professionnelles les plus sollicitées ? Nous pouvons répondre à cette question à partir des données du recensement, mais il conviendra d'interpréter ces résultats au regard de la manière dont les données sont produites. La majorité des 2683 sollicitations concerne la catégorie psychologique (58%), plus d'un quart concerne la catégorie psychiatrique (28%), seules 4% des sollicitations concernent la catégorie sociale et 10% les autres fonctions professionnelles.

Figure 24 - Répartition des sollicitations selon la fonction professionnelle sollicitée lors du 1^{er} contact (%)

n=2683 sollicitations émanant de 2414 demandes documentées (fonction professionnelle) par 18 services entre novembre 2022 et février 2023

Complétion : 92%



À la première lecture, on s'étonnera de la faible part des demandes adressées à la fonction sociale. Celle-ci représente plus d'un quart de la force de travail (ETPs) du financement cadre des SSM agréés par la COCOF (28%) – et même un tiers si l'on exclut la fonction d'accueil qui n'est en principe pas sollicitée par des nouvelles demandes (33%). Mais elle ne se voit sollicitée que par seulement 4% des demandeur·ses. Cela reflète probablement deux phénomènes : d'une part, la plupart des personnes contacteraient un SSM pour une demande « psy » et ne sauraient pas nécessairement *a priori* qu'un accompagnement social y est possible, même lorsqu'il apparaîtrait nécessaire. La fonction sociale serait ainsi rarement sollicitée par le·la demandeur·se dès le premier contact. Les résultats de notre enquête qualitative soutiennent cette hypothèse. Par ailleurs, on observe également via le recensement que la fonction sociale est plus souvent attribuée à l'amorce d'un nouveau suivi (après analyse de la demande) qu'elle n'est sollicitée par le·la demandeur·se dès le premier contact. D'autre part, la fonction sociale interviendrait plus souvent en complément ou pour prendre le relais d'un suivi psychologique ou psychiatrique déjà en cours, lorsqu'une problématique sociale est soulevée par un·e collègue. Ainsi, la fonction sociale serait

SATURATION II

moins concernée par les demandes et par les nouveaux suivis, sans que cela n'interroge son intégration dans le travail pluridisciplinaire en SSM.

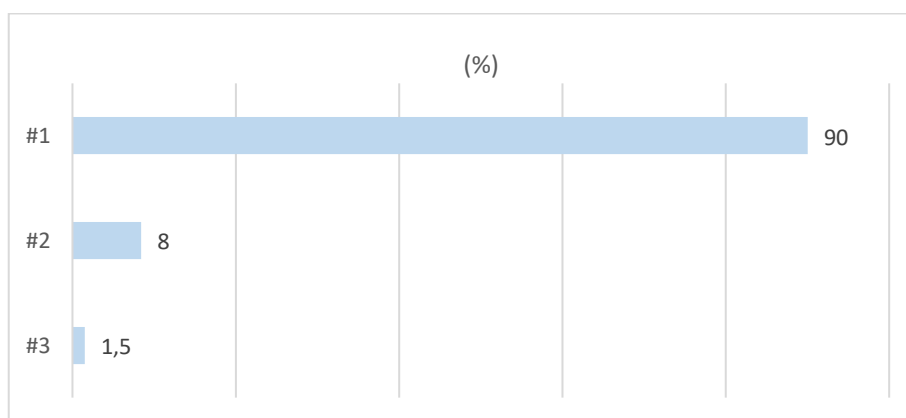
Les deux catégories de fonction « psy » (psychologues et (pédo)psychiatres) apparaissent logiquement les plus sollicitées lors du premier contact, et la catégorie psychologique est sollicitée environ deux fois plus que la catégorie psychiatrique, ce qui correspondrait à peu près à la part relative de ces deux fonctions dans la force de travail des SSM.

5.4.2. Répartition des nouveaux suivis selon la ou les fonctions professionnelles attribuées à l'amorce du suivi

C'est un des principaux résultats du recensement : seules 638 des 2602 demandes enregistrées se sont vu proposer un suivi (25%). Parmi elles, la ou les fonctions professionnelles attribuées au bénéficiaire pour son suivi ont été documentées dans 73% des cas. Certains suivis impliquent d'emblée l'attribution de plusieurs fonctions professionnelles, c'est-à-dire que le suivi débute d'emblée avec, par exemple, un·e psychiatre et un·e assistant·e social·e. On observe ainsi que 10% des suivis impliquent deux fonctions professionnelles distinctes et moins de 1,5% impliquent trois fonctions.

Figure 25 - Répartition des nouveaux suivis selon le nombre de fonction(s) professionnelle(s) attribuée(s)

*n=463 nouveaux suivis documentés parmi 638 nouveaux suivis enregistrés par 18 services
entre novembre 2022 et février 2023
Complétion : 73%*

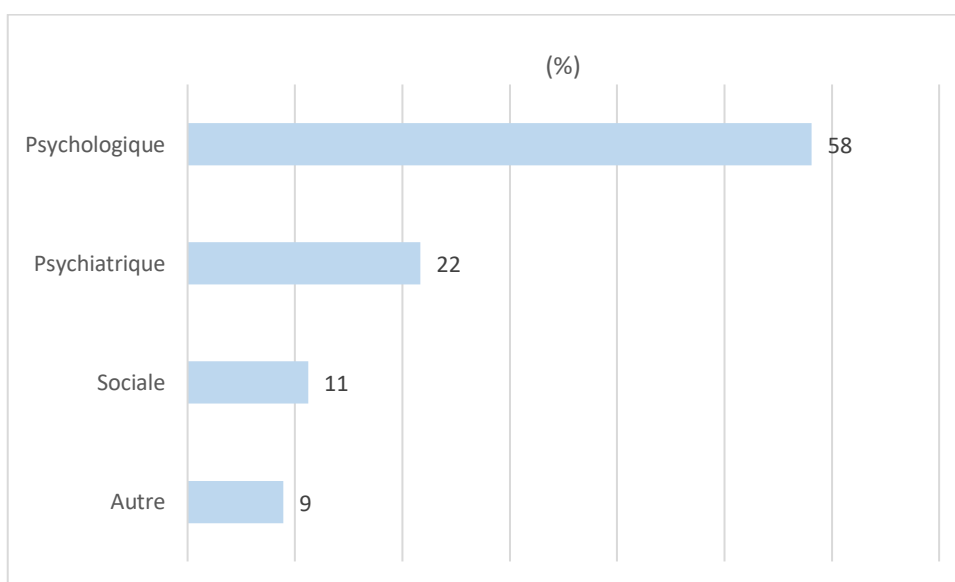


Ainsi, 463 nouveaux suivis documentés ont donné lieu à 516 « attributions » de fonctions professionnelles. La ou les fonctions professionnelles attribuées lors de l'amorce d'un suivi ne correspondent pas nécessairement à celle(s) été sollicitée(s) par le·la demandeur·se lors du premier contact : entre la formulation initiale de la demande et l'amorce d'un suivi, la demande est dépliée, analysée, travaillée, discutée, et peut parfois être redirigée vers une autre fonction professionnelle au sein du même service.

Quelles sont les fonctions professionnelles qui se voient attribuer le plus de nouveaux suivis ? La catégorie de fonction psychologique représente 58% des attributions. La fonction (pédo)psychiatrique est concernée dans 22% des cas, puis les catégories de fonction sociale (11%) et autres (9%).

Figure 26 - Répartition des attributions selon la fonction professionnelle attribuée lors de l'amorce d'un nouveau suivi

*n=516 attributions émanant de 463 nouveaux suivis documentés (fonction professionnelle) par 18 services
entre novembre 2022 et février 2023
Complétion : 73%*



Nous le disions précédemment dans ce chapitre, la fonction sociale qui intervient plus fréquemment dans le cadre d'un suivi en cours plutôt qu'à l'amorce d'un nouveau suivi apparaît ici sous-représentée. Elle est malgré tout près de 3 fois plus présente dans les

SATURATION II

attributions de nouveau suivi qu'elle ne l'était dans les sollicitations par les demandeur·ses dès le premier contact (11% contre 4%).

En revanche, la fonction psychiatrique, qui représentait 28% des sollicitations lors du premier contact, ne représente ici plus que 22% des attributions des nouveaux suivis. Plusieurs hypothèses peuvent être formulées : il est possible que les demandeur·ses sollicitent un·e (pédo)psychiatre dans des cas qui, après analyse de la demande, apparaissent plutôt destinés à une autre fonction professionnelle au sein du service. Il est également possible que la fonction psychiatrique soit davantage saturée que d'autres fonctions, et que les demandes qui lui sont adressées aient moins de chance d'aboutir à la proposition d'un suivi. Cette dernière hypothèse ouvre la question des différences dans le devenir des demandes selon qu'elles sollicitent telle ou telle fonction professionnelle. Et nous allons le voir, oui, la catégorie de fonction psychiatrique apparaît davantage touchée par le manque de disponibilité.

5.4.3. Devenir des demandes selon la fonction professionnelle sollicitée

Une demande initialement adressée à un·e (pédo-)psychiatre aurait-elle plus ou moins de chance de se voir proposer un suivi qu'une demande sollicitant un·e psychologue ou un·e assistant·e social·e par exemple ? Certaines fonctions professionnelles actives en SSM apparaissent-elle davantage saturées que d'autres ?

Oui. Si nous prenons comme référence la fonction psychologique dont les résultats en termes de devenir des demandes sont assez proches de la moyenne, la fonction psychiatrique apparaît comme moins accessible : seule 1 demande sur 5 (21%) qui sollicitent un·e psychiatre ou pédopsychiatre se voit proposer un suivi, contre plus d'une demande sur 4 (27%) lorsqu'un·e psychologue est sollicité·e (RR=0,8). Le risque de voir sa demande réorientée en raison du manque de disponibilité est, quant à lui, bien plus important : cela concerne 45% des demandes de suivi psychiatrique contre 36% des demandes de suivi psychologique (RR=1,78).

Aux demandes réorientées en raison du manque de disponibilité s'ajoutent celles réorientées car le service ne dispose plus de psychiatre au sein de son équipe. En effet, si tous les SSM doivent en principe disposer d'au moins un·e (pédo)psychiatre, la forte

pénurie qui touche cette fonction professionnelle en général, et les conditions salariales défavorables aux psychiatres en SSM relativement à d'autres cadres de travail, rend très difficile le recrutement et le remplacement des médecins qui arrivent en fin de carrière en SSM. Concrètement, durant le recensement, plusieurs services ont indiqué réorienter des demandes de suivi psychiatriques car ils n'avaient plus de psychiatre. Ce motif de réorientation n'ayant pas été prévu dans le cadre du recensement, ces demandes ont été identifiées comme « Réorientées pour un motif autre » et non comme un reflet de la saturation. C'est une limite méthodologique qui conduit à sous-estimer le degré de saturation de la fonction psychiatrique.

L'analyse des résultats pour les autres fonctions professionnelles doit être plus prudente. La fonction sociale apparaît moins concernée par la saturation : près d'une demande de suivi social sur deux (48%) se voit proposer un suivi et 13% se voient réorienter en raison du manque de disponibilité. Cette fonction souffrirait donc aussi d'un manque de disponibilité mais dans une moindre mesure que les autres. Cependant, l'interprétation de ces résultats est plus délicate : nous l'avons vu, la fonction sociale est en fait rarement sollicitée dès le premier contact et intervient plus fréquemment dans le cadre de suivis déjà en cours. Dès lors, notre méthode de mesure de la saturation à partir des suites données aux demandes de suivi est moins pertinente pour cette fonction. Il faudrait en effet prendre en compte parallèlement la disponibilité des assistant·es sociaux·ales pour relayer ou appuyer des collègues dans le cadre de suivis en cours, ce qui n'a pas été documenté dans le cadre du recensement. On peut en fait se demander si la saturation prend la même forme dans le travail social que dans les suivis psychologiques : ces derniers sont souvent marqués par une certaine régularité, et la disponibilité d'un·e psychologue peut se traduire par la possibilité d'accepter des nouveaux patients. Un accompagnement social, en revanche, est souvent plus irrégulier et alterne, pour le suivi d'un·e même patient·e, des périodes d'accompagnement intense et d'autres plus calmes, des rendez-vous planifiés avec le·la patient·e et des démarches socio-administratives en son absence... Ainsi, la saturation dans le travail social en SSM pourrait aussi se traduire par un manque de temps pour accomplir ces démarches. Finalement, les résultats du recensement indiquent également une plus grande proportion de devenir « autre » (plus difficiles à qualifier) pour cette fonction professionnelle, ce qui complique également l'interprétation des résultats.

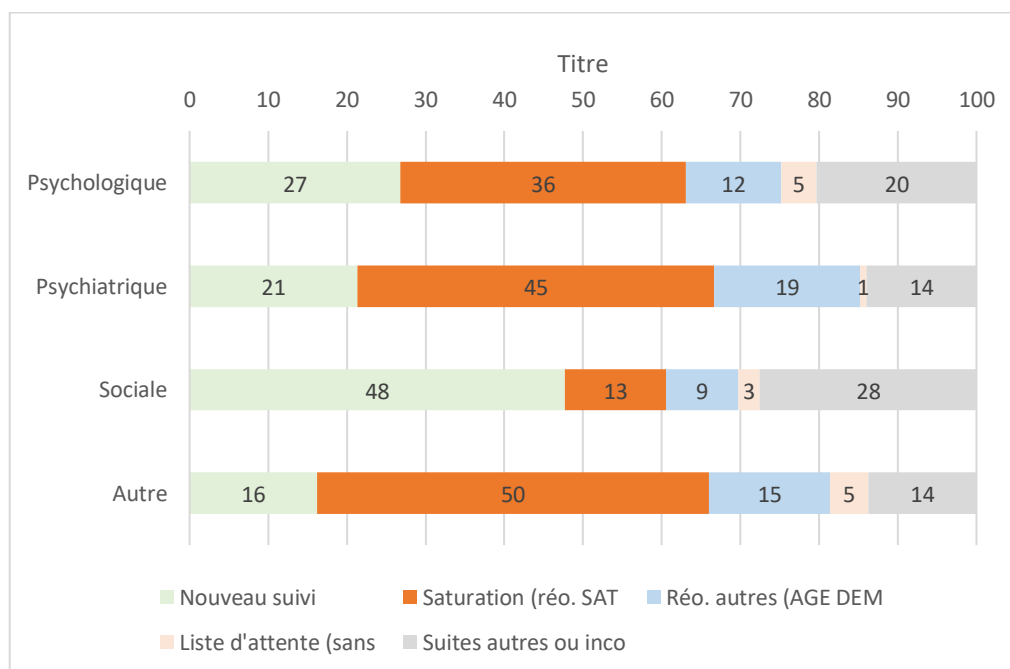
SATURATION II

Enfin, la catégorie professionnelle « autre », qui regroupe les sollicitations des logopèdes, psychomotricien·nes et thérapeutes de développement, mais aussi des catégories résiduelles (autre, non pertinent, etc.), apparaît relativement moins accessible et plus saturée que les psychologues, psychiatres et travailleur·ses sociaux·ales. Ce sont principalement les 113 demandes adressées aux logopèdes (9% de nouveaux suivis, 61% de réorientations liées à la saturation) et les 92 demandes sollicitant un·e psychomotricien·ne (9% de nouveaux suivis, 58% de réorientations liées à la saturation) qui souffrent d'une très faible accessibilité et d'un criant manque de disponibilité. Une accessibilité détériorée pour ces fonctions professionnelles qui s'adresse généralement aux enfants, qu'il convient dès lors de lire également au regard d'une plus forte saturation des équipes pour enfants en général.

Figure 27 - Devenir des demandes selon la fonction professionnelle sollicitée lors du 1er contact (%)

n=2683 sollicitations émanant de 2414 demandes documentées (fonction professionnelle) par 18 services entre novembre 2022 et février 2023

Complétion : 92%



5.5. Complexité de la demande : grande dépendance, antécédents de suivi et contenu thématique de la demande

Les SSM, en tant que services pluridisciplinaires spécialisés dans les problématiques de santé mentale, sont réputés accueillir une diversité de publics et de problématiques, du « tout venant » jusqu'aux situations présentant un tableau clinique plus complexe : patient·es chroniques avec des antécédents de suivi psychiatrique, patient·es présentant des difficultés dans plusieurs aspects de leur vie (santé mentale, santé somatique, accès aux droits sociaux, addictions, etc.), patient·es présentant un diagnostic aigu... S'il peut apparaître intéressant de mieux connaître la population des personnes qui s'adressent aux SSM sur un plan clinique (diagnostic, besoins exprimés, antécédents de suivi, etc.), et d'analyser l'accessibilité des services sous cet angle, documenter ces dimensions n'est pas simple. Il faut en effet garder à l'esprit que tout recueil de données donne lieu à des pratiques concrètes visant à produire l'information dans un contexte local marqué par ses propres règles, valeurs et attentes socialement légitimes. Il n'est ni possible, ni même souhaitable, de tout documenter.

5.5.1. Objectiver la « complexité clinique » des demandes ?

Aurait-il été possible de décrire la population des demandeur·ses en SSM sur un plan diagnostic via ce recensement ? Les professionnel·les n'ont pas pour habitude d'attribuer un diagnostic clinique aux patients dès le premier contact avec le service ni même après quelques rendez-vous. D'après notre connaissance des services, dans la pratique clinique de la plupart des thérapeutes exerçant en SSM, le diagnostic est manié comme une hypothèse qui oriente le travail thérapeutique et doit rester soumis à révision. Il peut dès lors apparaître problématique de l'inscrire dans un dossier dès le premier accueil d'un patient, voire ultérieurement. Par ailleurs, les catégories diagnostiques mobilisées en santé mentale restent hétérogènes, et il n'est pas rare que plusieurs professionnel·les attribuent aux mêmes cas des diagnostics différents. Pour toutes ces raisons, nous n'avons pas cherché à documenter une dimension psychopathologique à travers l'usage de catégories diagnostiques dans le cadre du recensement.

SATURATION II

Trois autres voies ont cependant pu être explorées pour rendre compte du degré de complexité des demandes : le contenu thématique de la demande et son caractère uni- ou multidimensionnel, les antécédents de suivi psychologique ou psychiatrique, et la mise sous tutelle de la personne via un·e administrateur·rice de biens ou de la personne.

Ce dernier indicateur devait nous permettre d'identifier des situations de grande dépendance, le recours à un·e administratrice de bien ou de la personne étant réservé aux situations où la perte d'autonomie de la personne est entérinée par la justice au point de restreindre ses droits et responsabilités. Dans le cadre du recensement, cet indicateur n'a cependant été documenté que dans 24% des cas, ce qui est très faible. Seules 18 demandes ainsi documentées concerneraient des personnes ayant actuellement un·e administrateur·rice de bien ou de la personne (3%). Ces résultats nous apparaissent difficilement exploitables.

Les antécédents de suivi psychologique ou psychiatrique ont également été documentés dans le cadre du recensement. Le taux de complétion est de 34%, ce qui reste faible et rend cet indicateur peu fiable. *Lorsque cette dimension a été documentée*, des antécédents ont été identifiés dans trois quarts des cas (74%). Les plus souvent, il s'agissait d'antécédents de suivi ambulatoire uniquement (59%) et, dans 15% des cas documentés, des antécédents de suivi hospitalier ont été rapportés (pour moitié des antécédents hospitaliers uniquement, et pour moitié des antécédents hospitaliers et ambulatoires). Seul un quart des demandes (26%) a été documenté comme n'ayant aucun antécédent.

En raison d'un trop faible taux de complétion, nous préférons ne pas étudier la saturation des services sous l'angle de ces deux premiers indicateurs. Mais une troisième voie a été explorée et produit des résultats plus exploitables : l'étude du contenu thématique de la demande. Nous inspirant de l'échelle « Camberwell Assessment of Need » (CAN 2^{ème} édition)¹⁷, nous avons élaboré une liste restreinte de 10 domaines de la vie dans lesquelles les bénéficiaires peuvent rencontrer des difficultés.

¹⁷ <https://www.researchintorecovery.com/measures/can/downloadcan/>

SATURATION II

1) Se loger et/ou manger à sa faim
2) Entretenir son habitation et/ou hygiène personnelle
3) Relations sentimentales, vie sexuelle et/ou violences domestiques
4) Amitiés et contacts sociaux
5) Consommation d'alcool, drogues et/ou médicaments
6) Accès aux droits sociaux
7) Lire, écrire et/ou naviguer sur Internet
8) Santé physique
9) Détresse psychologique
10) Idées suicidaires ou vouloir se faire du mal

Nous avons considéré que cet indicateur ne pourrait pas être complété par les professionnel·les directement à l'issue du premier contact car, à ce stade, l'information sur le contenu thématique de la demande reste généralement peu précise. En revanche, il nous est apparu plus plausible que ce contenu thématique puisse être documenté par le·la thérapeute à l'issue du premier rendez-vous, à l'amorce d'un nouveau suivi. Les thérapeutes ont ainsi été invité·es à identifier un ou plusieurs domaines de la vie dans lequel ou lesquels leur patient·e a manifesté des difficultés ou des besoins.

5.5.2. Répartition des nouveaux suivis selon les domaines de besoin

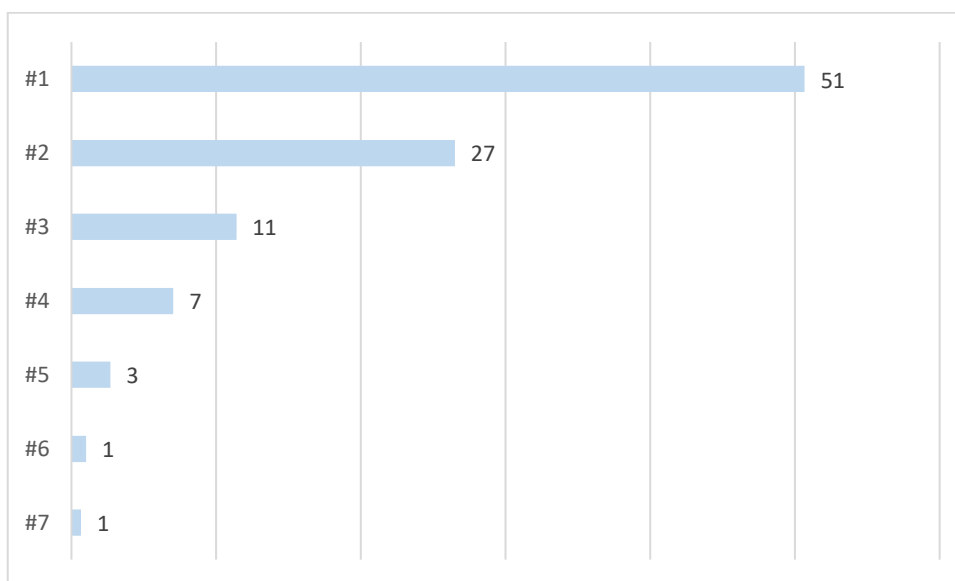
Cet indicateur a été complété pour 298 demandes parmi les 577 demandes qui se sont vu proposer un suivi et pour lesquels l'absence du·de la patient·e au 1^{er} rendez-vous n'a pas été rapportée. Le taux de complétion est de 52%, ce qui implique une certaine prudence dans l'interprétation des résultats. Dans la moitié des cas (49%), plusieurs types de difficultés ont été identifiés. Et dans plus d'un cas sur cinq (22%), trois domaines de difficulté ou plus ont été identifiés.

Figure 28 - Répartition des nouveaux suivis selon le nombre de domaines de besoin ou difficulté manifestés par le·la patient·e à l'amorce du suivi (%)

SATURATION II

*n=298 nouveaux suivis documentés parmi 577 nouveaux suivis sans absence du-de la patient·e au 1er rendez-vous
enregistrés par 18 services entre novembre 2022 et février 2023*

Complétion : 52%



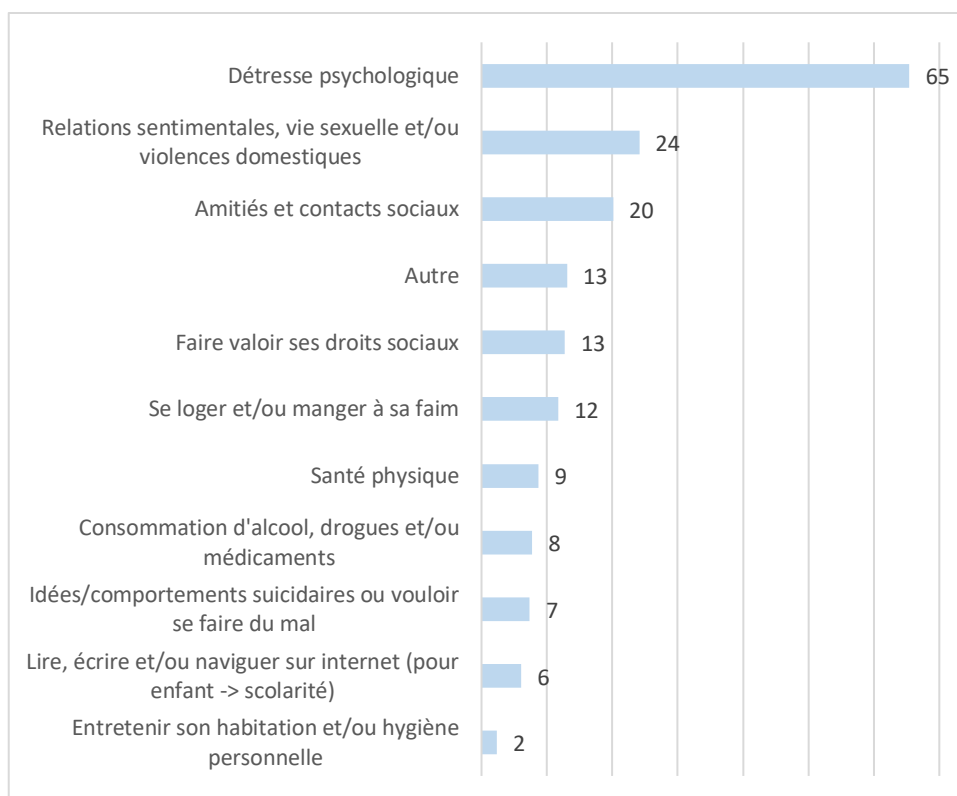
Sans surprise, le domaine dans lequel la plus grande part des patient·es manifeste des difficultés ou des besoins relève de la « détresse psychologique » : 65% des demandes sont concernées. Mais d'autres contenus thématiques apparaissent plus significatifs : des difficultés relatives au logement ou à la grande précarité ont été identifiées dans 12% des cas, une consommation problématique d'alcool, de drogues et/ou de médicaments aurait concerné 8% des nouveaux suivis, tandis que des idées et/ou comportements suicidaires, ou le désir de se faire du mal aurait été identifié dans 7% des nouveaux suivis.

SATURATION II

Figure 29 - Pourcentage des nouveaux suivis concernés par chaque domaine de besoin ou de difficulté

n=535 "difficultés" identifiées au sein des 298 demandes documentées parmi les 577 demandes qui se sont vu proposer un nouveau suivi et pour lesquels le-la bénéficiaire n'a pas été enregistré-e comme absent-e au 1er rendez-vous

Complétion : 52%



5.5.3. Devenir des demandes selon leur « complexité »

Les demandes supposées plus « complexes » ont-elles davantage de chances de se voir proposer un nouveau suivi, relativement à d'autres considérées comme moins complexes ?

Nous avons envisagé précédemment différentes dimensions qui peuvent suggérer la complexité d'un suivi : hypothèses diagnostiques, antécédents de suivi, grande dépendance... Finalement, seules les données relatives au contenu thématique des nouveaux suivi sont apparues exploitables. Mais pour étudier l'accessibilité des services, il est nécessaire de considérer l'ensemble des demandes reçues par les services, et non uniquement celles qui aboutissent à un suivi. Pour ce faire, nous avons

SATURATION II

cherché à recueillir une information relative au contenu thématique de la demande *dès le premier contact* avec le service. Mais à ce stade de l'accueil d'une demande, les informations restent souvent très parcellaires. Nous avons dès lors adapté le formulaire de recensement en limitant la documentation de la « complexité » de la demande à un choix binaire : la demande semble-t-elle s'inscrire strictement dans une thématique de santé mentale, ou porte-t-elle d'emblée sur une multiplicité de domaines (santé, droits sociaux, logement, addictions, etc.) ? 1556 demandes ont ainsi été documentées (taux de complétion : 60%), 86% de celles-ci ont été identifiées comme s'inscrivant strictement dans des thématiques de santé mentale et 14% comme relevant d'une multiplicité de thématiques. Cette statistique, nous le disions, reste biaisée par le manque d'informations disponibles dès le premier contact. Nous pouvions nous attendre à voir davantage de demandes identifiées comme « complexes » ultérieurement, lors de l'amorce d'un suivi – et c'est bien le cas. Mais ces statistiques restent intéressantes pour étudier les différences d'accessibilité des services pour les demandes *identifiées comme plus complexes dès le premier contact* relativement aux autres.

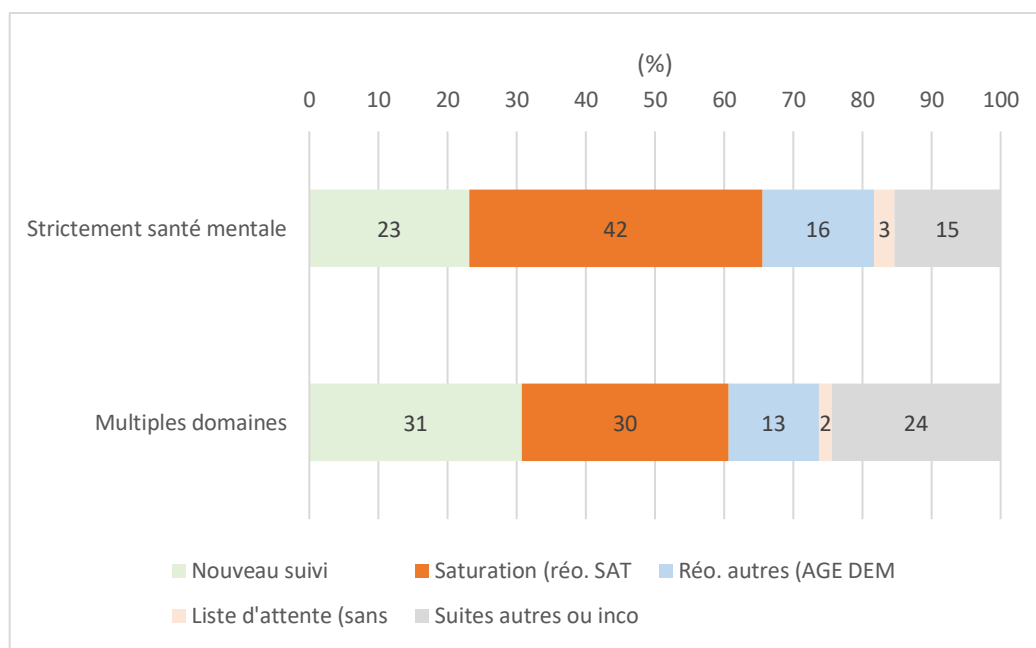
Les demandes identifiées dès le premier contact comme plus « complexes » (ayant un contenu thématique multiple : santé, droits sociaux, logement, addictions...) ont-elles plus de chances de se voir proposer un nouveau suivi ? La réponse est « oui » : avec un taux de suivi de 31% contre 23% pour les autres (soit un risque relatif de 1,33), ces demandes ont également moins de risque de subir les effets de la saturation (30% de ces demandes ont été réorientées par manque de disponibilité, contre 42% pour les autres, soit un risque relatif de 0,7).

SATURATION II

Figure 30 - Devenir des demandes selon la complexité du contenu thématique identifié dès le premier contact (%)

n=1556 demandes documentées parmi 2602 demandes enregistrées par 18 services entre novembre 2022 et février 2023

Complétion : 60%



Cela reflète probablement une prise en compte de la complexité des demandes par les professionnel·les lorsqu'il s'agit de « prioriser » certaines demandes dans un contexte de saturation de l'offre.

5.6. Énonciation de la demande

Lorsqu'un service est contacté pour une demande de suivi, il peut l'être par la personne concernée par la demande, mais également par un·e proche (parent·e, conjoint·e, ami·e, etc.) ou par un·e professionnel·le (médecin généraliste, enseignant·e, autre professionnel·le en santé mentale, etc.). Nous ne parlons pas ici de la personne qui oriente le·la bénéficiaire, mais bien de la personne qui contacte le service et énonce la demande.

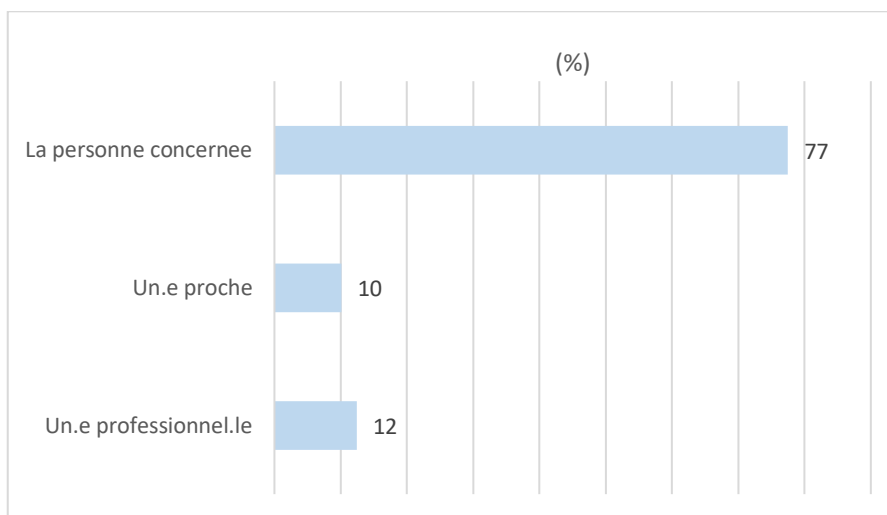
5.6.1. Répartition des demandes selon l'énonciateur·rice

Parmi les demandes concernant des adultes (18ans et +), c'est la plupart du temps la personne concernée qui énonce la demande (77% des cas), et on observe de manière assez attendue une situation inverse parmi les enfants ou les adolescent·es : le·la mineur·e concerné·e contacte lui-même ou elle-même le service dans seulement 10% des cas, c'est en fait le plus souvent un proche qui appelle (64%) ou un·e professionnel·le (26%). Notons que cette variable a été fort bien documentée : 95% des formulaires pour lesquels la catégorie d'âge est connue ont été documentés à ce sujet.

Figure 31 - Répartition des demandes selon l'énonciateur·rice de la demande (qui contacte le service ?) parmi les adultes (18ans et +) (%)

n=1377 demandes documentées parmi 1453 demande concernant des adultes (18ans et +) enregistrées par 18 services entre novembre 2022 et février 2023

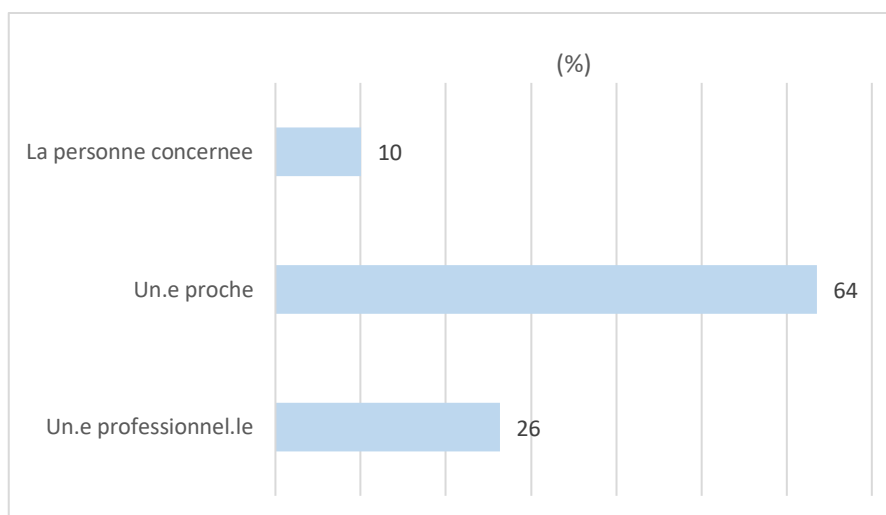
Complétion : 95%



*Figure 32 - Répartition des demandes selon l'énonciateur·rice (qui contacte le service ?)
 parmi les enfants et adolescent·es (0-17ans) (%)*

*n=516 demandes documentées parmi 541 demandes concernant des enfants et adolescent·es (0-17ans) enregistrées par
 18 services entre novembre 2022 et février 2023*

Complétion : 95%



5.6.2. Devenir des demandes selon l'énonciateur·rice

Certains tiers, qu'il s'agisse de proches ou de professionnel·les, peuvent avoir le sentiment que les demandes qu'ils portent pour autrui ne sont pas suffisamment entendues. Auraient-elles effectivement moins de chance d'aboutir à la proposition d'un suivi, que les demandes qui sont énoncées par les personnes concernées elles-mêmes ?

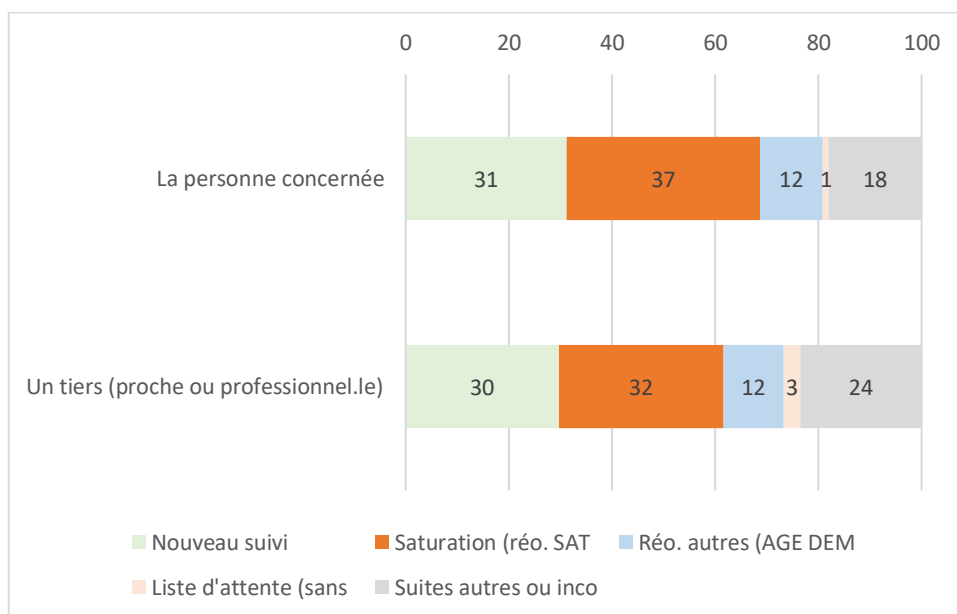
Parmi les adultes, on observe en fait peu de différence d'accessibilité selon l'énonciateur·rice de la demande : la part des demandes qui se voient proposer un nouveau suivi tourne autour de 30%, que ce soit la personne elle-même qui formule la demande ou un tiers. La part des demandes réorientées en raison du manque de disponibilité apparaît légèrement moins importante pour les demandes énoncées par un tiers (32% contre 37%), mais cette différence doit être lue au regard de la part des devenir « autres » qui varie inversement, dans les mêmes proportions (24% contre 18%) : les demandes adressées par un tiers sont en fait plus souvent laissées sans suite, ou ont une suite qu'il est plus difficile de documenter.

SATURATION II

Figure 33 - Devenir des demandes selon l'énonciateur·rice de la demande parmi les adultes (18ans et +) (%)

n=1377 demandes documentées parmi 1453 demandes concernant des adultes (18ans et +) enregistrées par 18 services entre novembre 2022 et février 2023

Complétion : 95%



Parmi les enfants et adolescent·es, la situation est différente : on observerait parmi cette catégorie d'âge une meilleure accessibilité lorsque la personne concernée contacte elle-même le service. Mais l'interprétation de ces résultats est délicate à plus d'un titre : d'abord, la faible proportion des demandes énoncées par la personne elle-même nous conduit à mener une analyse sur un (trop) faible effectif (n=52). Ensuite, l'énonciateur·rice de la demande parmi les enfants et adolescent·es varie en fonction de l'âge : c'est logiquement plus souvent les adolescent·es que les jeunes enfants qui portent eux-mêmes leur demande, or, nous avons aussi observé que les enfants sont davantage concerné·es par les difficultés d'accès que les adolescent·es. Pour ces différentes raisons, ce résultat nous apparaît peu fiable et nous préférons dès lors nous limiter à analyser cette variable au sein de la catégorie d'âge adulte.

5.7. Trajet de soin et orientation de la demande (« envoyeur »)

Comment les personnes qui adressent une demande à un SSM ont-elles identifié ce service ? Comment se sont-elles orientées dans le réseau des professionnel·les de l'aide et du soin ? Qui, finalement, les a « envoyées » ou dirigées vers un SSM ? Ces questions peuvent être éclairées finement à partir des récits des bénéficiaires, pour mieux comprendre les logiques subjectives qu'ils et elles déploient pour solliciter de l'aide (ou être poussé·es à le faire), mais aussi pour mettre en évidence les compétences et la ténacité nécessaires pour s'orienter et dépasser ou non les divers obstacles rencontrés. Nous avons réalisé ces analyses qualitatives dont les résultats sont également publiés par la Ligue¹⁸.

Le recensement apporte à cet endroit un regard complémentaire : il permet de rendre compte de tendances structurelles dans ces cheminements vers l'aide et le soin. Mais il faut alors se contenter d'une information moins précise.

Concernant le cheminement vers le soin, le recensement permet d'en rendre compte de manière limitée en documentant l'« envoyeur », c'est-à-dire l'agent qui a orienté le·la bénéficiaire vers le service. Une demande n'est pas toujours orientée par un tiers : elle peut relever d'une initiative personnelle et de recherches qui n'impliquent pas le recours à un tiers (recherche sur internet, retour vers un service déjà fréquenté dans le passé, etc.). Lorsque la demande a été orientée par un tiers, nous distinguons les cas où ce tiers est un parent ou un·e proche d'une part, des cas où ce tiers est un·e professionnel·le d'autre part. Parmi ces professionnel·les nous avons distingué 8 grandes catégories qui regroupent les envoyeurs les plus fréquents : les autres services de santé mentale (il arrive qu'un SSM redirige un·e demandeur·se vers un autre SSM), les psychologues conventionné·es dans le cadre des « Soins psychologiques de première ligne » (PPL), les autres professionnel·les de la santé mentale (ni SSM, ni PPL, il s'agit par notamment des hôpitaux psychiatriques, des équipes mobiles, etc.), les médecins généralistes, les autres professionnel·les du monde médical, les professionnel·les des services sociaux ou liés à l'emploi ou à l'intégration, les professionnel·les du milieu scolaire et finalement les professionnel·les de l'aide juridique. À ces catégories s'ajoutent, pour les centres multi-agrégés, les demandes

¹⁸ Voir notamment Susswein, R., Jenet, M., & Boulanger, M., « La proximité et les soins de santé mentale ambulatoires », *La Revue Nouvelle*, 2024/2 n°2, pp.49-63.

SATURATION II

orientées « en interne » (par un autre service du même centre), et enfin la catégorie résiduelle « autre ». La variable « envoyeur » a été documentée pour 88% des demandes, ce qui constitue un très bon taux de complétion.

5.7.1. Répartition des demandes selon l'envoyeur et le type d'orientation

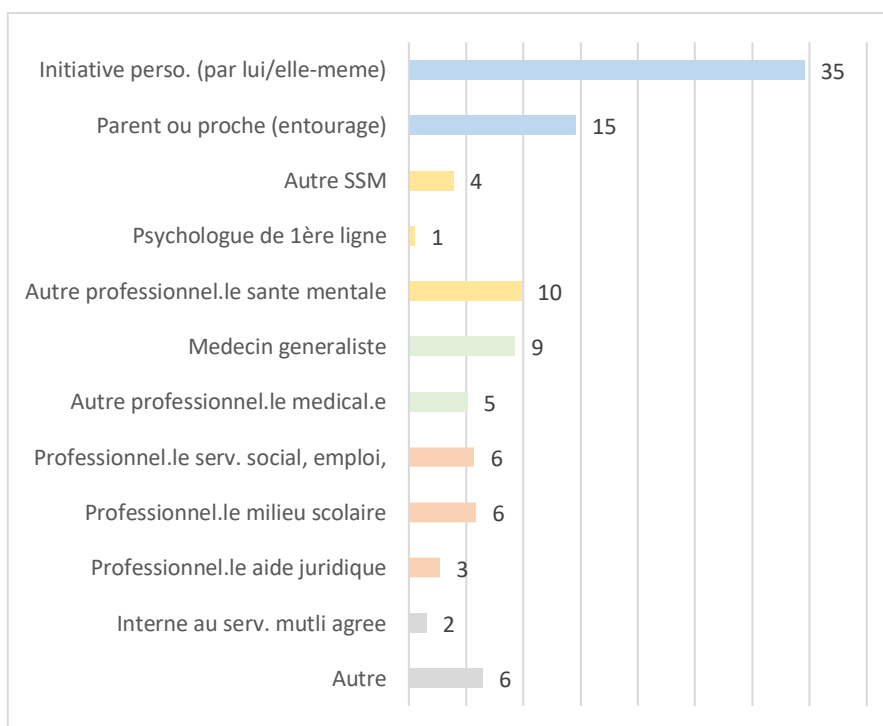
Parmi l'ensemble des demandes documentées, la moitié (49%) relève d'une initiative personnelle ou du conseil d'un proche, et l'autre moitié (51%) a été orientée par un-e professionnel-le. Ces dernières sont partagées en 3 grandes catégories dont la fréquence est comparable : l'ensemble des professionnel-les de la santé mentale (14%), l'ensemble des professionnel-les de la santé (14%) et les professionnel-les d'autres domaines (social, scolarité, justice...) (14%). De manière générale, les deux catégories de professionnel-les les plus représentées parmi les envoyeurs professionnels sont les « autres professionnel-les de la santé mentale » (ni SSM, ni PPL) (10%) et les médecins généralistes (9%).

Figure 34 - Répartition des demandes selon l'envoyeur (%)

n=2281 demandes documentées parmi 2602 demandes enregistrées par 18 services entre novembre 2022 et février

2023

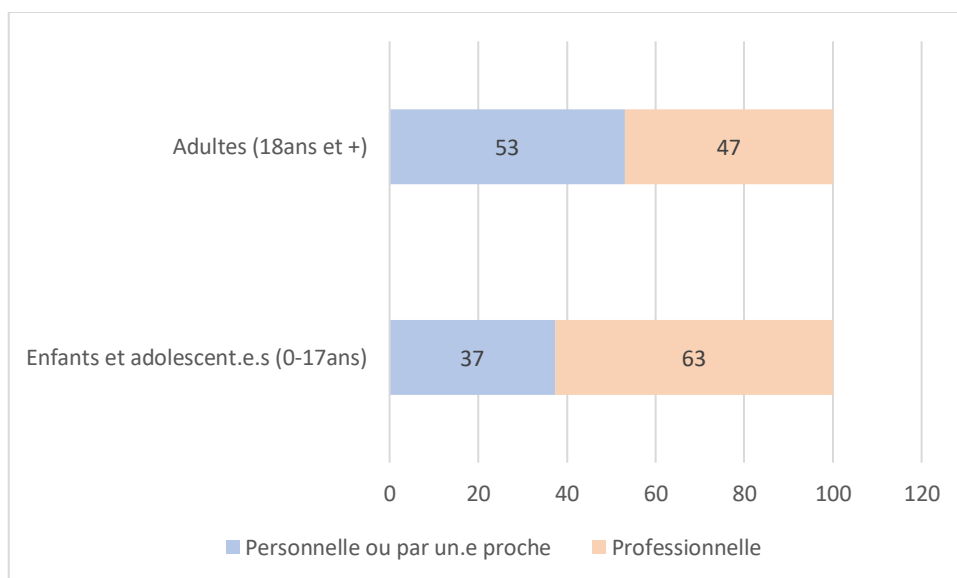
Complétion : 88%



Les deux catégories professionnelles les plus représentées en moyenne (autres professionnel·les de la santé mentale et médecins généralistes) sont également les plus représentées parmi les demandes concernant des adultes (respectivement 8% et 12% des demandes). En revanche, parmi les demandes concernant des enfants et adolescent·es (0-17ans), les envoyeurs professionnels les plus représentés sont les professionnel·les du milieu scolaire et les autres professionnel·les de la santé mentale (respectivement 18% et 13% des demandes). Mais surtout, la répartition des demandes selon le type d'orientation (d'initiative personnelle ou par un proche d'une part, ou par un·e professionnel·le d'autre part) est assez différente selon la catégorie d'âge : parmi les adultes, l'orientation personnelle ou par un·e proche domine légèrement (53%), tandis que parmi les publics enfant et adolescent, l'orientation par un·e professionnel·le domine plus largement (63%).

*Figure 35 - Répartition des demandes selon le type d'orientation (catégorie d'envoyeur)
parmi chaque catégorie d'âge (%)*

*n=1779 demandes documentées (catégorie d'âge et envoyeur) parmi 2602 demandes enregistrées par 18 services entre
novembre 2022 et février 2023
Complétion (catégorie d'âge et envoyeur) : 68%*



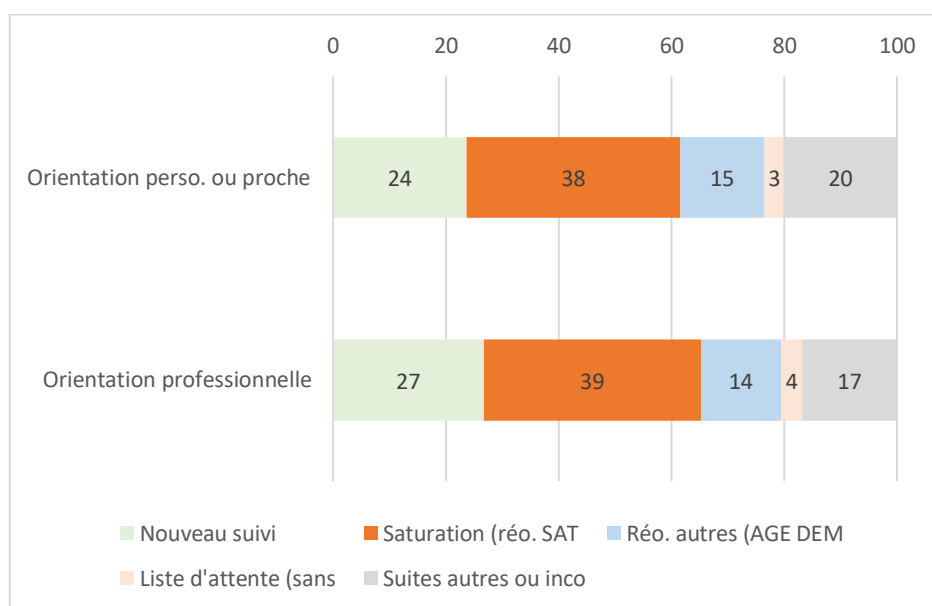
5.7.2. Devenir des demandes selon le type d'orientation

Les demandes orientées par un·e professionnel·le ont-elles eu davantage de chances de se voir proposer un suivi que les demandes relevant d'une initiative personnelle du·de la demandeur.se, éventuellement conseillé·e par un·e proche ? Globalement, les différences ne sont pas très marquées. L'orientation par un·e professionnel·le apparaît seulement légèrement faciliter l'accès à un suivi en SSM (27% contre 24%, soit un risque relatif de 1,13), et presque aucune différence n'apparaît en termes de réorientation induites par la saturation du secteur. Mais ces résultats globaux cachent des différences selon les catégories d'âge.

Figure 36 - Devenir des demandes selon le type d'orientation (catégorie d'envoyeur) (%)

n=2281 demandes documentées parmi 2602 demandes enregistrées par 18 services entre novembre 2022 et février 2023

Complétion : 88%



Parmi les demandes concernant des adultes, les demandes orientées par un·e professionnel·le ont été proportionnellement plus nombreuses à se voir proposer un nouveau suivi que les demandes auto-référées (35% contre 29%, soit un risque relatif de 1,23), et la part des demandes réorientées en raison du manque de disponibilité était, elle, légèrement inférieure (35% contre 38%, soit un risque relatif de 0,91).

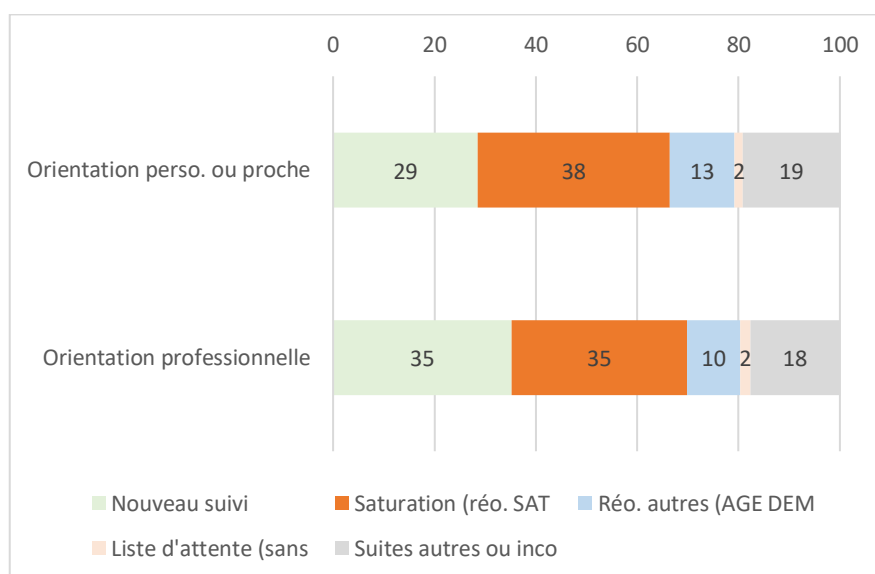
SATURATION II

Parmi les demandes concernant des enfants et adolescent-es en revanche, une tendance inverse est observée, quoique dans une moindre mesure. Mais la lecture est ici rendue plus délicate par la forte variation des devenir « autres » (celle-ci représentent 24% des suites données aux demandes auto-référées contre 13% des suites données aux demande envoyées par un-e professionnel.le), qui peut biaiser la comparaison des taux de saturation.

Figure 37 - Devenir des demandes selon le type d'orientation (catégorie d'envoyeur) parmi les adultes (18ans et +) (%)

n=1299 demandes documentées parmi 1453 demandes concernant des adultes (18ans et +) enregistrées par 18 services entre novembre 2022 et février 2023

Complétion : 89%

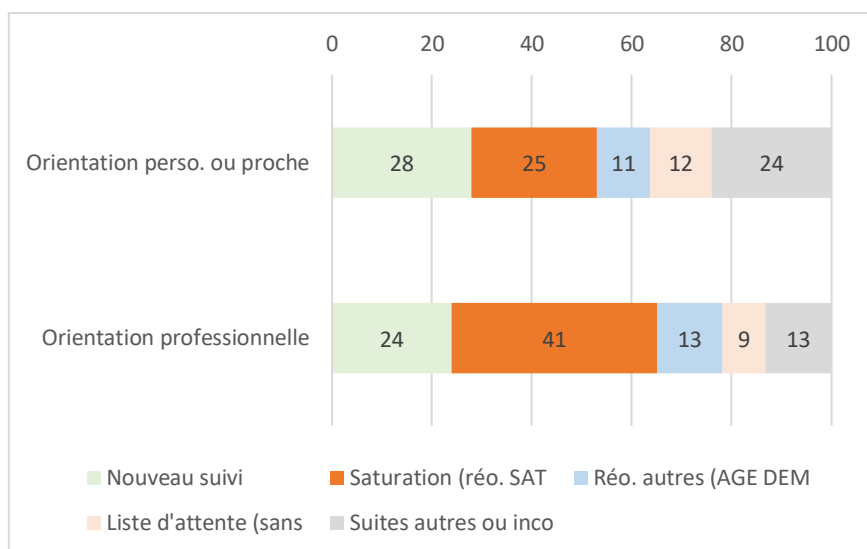


SATURATION II

Figure 38 - Devenir des demandes selon le type d'orientation (catégorie d'envoyeur) parmi les enfants et adolescent·es (0-17ans) (%)

n=480 demandes documentées parmi 541 demandes concernant des enfants et adolescent·es enregistrées par 18 services entre novembre 2022 et février 2023

Complétion : 89%



L'interprétation en termes de causalité doit cependant rester prudente : le fait d'avoir été orienté·e par un·e professionnel·le facilite-t-il en soi l'accès aux SSM ? La mention d'un envoyeur professionnel joue-t-elle un rôle dans la présentation de la demande et son degré d'importance apparent ? On pourrait tout aussi bien soutenir l'hypothèse selon laquelle les demandes orientées par des professionnel·les partagent certaines tendances qui, par ailleurs, facilitent l'accès au soin, comme les demandes orientées par des professionnel·les du milieu scolaire qui, tendanciellement, pourraient davantage s'inscrire dans des attentes de « contrôle social » de la part de ces professionnel·les (gérer des comportements perturbateurs en classe) que dans une attente de soin de la part de l'enfant. Des données qualitatives complémentaires seraient nécessaires pour mieux comprendre les processus sous-jacents.

Ces hypothèses nous conduisent aussi à formuler une nouvelle question : parmi les demandes orientées par des professionnel·les, l'accessibilité au SSM varie-t-elle selon la catégorie de professionnel·le envoyeur ? Pour répondre à cette question, analysons les devenir des demandes orientées par les six principaux envoyeurs professionnels, et

SATURATION II

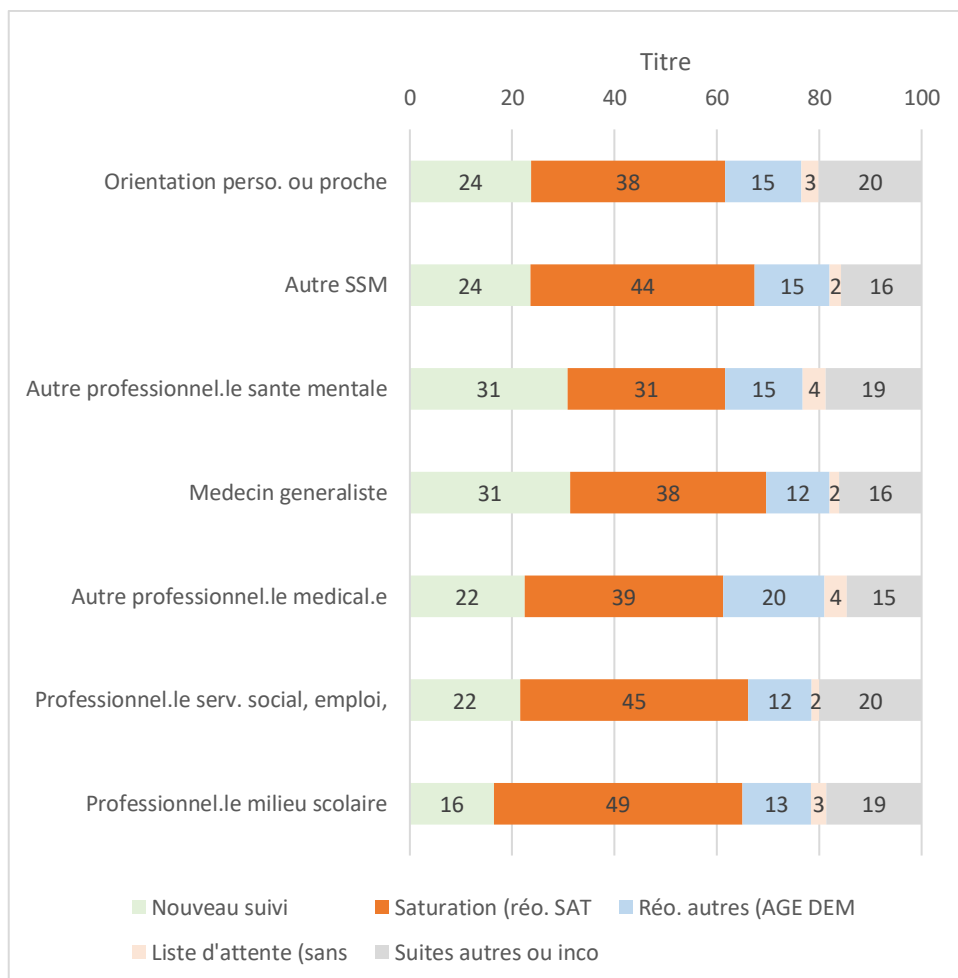
comparons-les aux suites données aux demandes auto-référées (relevant d'une orientation personnelle du bénéficiaire, ou de son orientation par un·e proche).

Nous observons alors une certaine hétérogénéité parmi les différents envoyeurs. En particulier, les demandes qui ont connu le meilleur taux d'acceptation sont celles orientées par un·e « autre professionnel.le de la santé mentale » (ni SSM, ni PPL, par exemple : hôpitaux, équipes mobiles, etc.) et celles orientées par un·e médecin généraliste. Ces demandes ont en effet eues environ 1,3 fois plus de chances de se voir proposer un nouveau suivi que les demandes auto-référées, et elles n'ont pas non plus connu un plus grand risque de se voir réorientées en raison de la saturation (ce risque est même bien moindre pour les demandes orientées par d'autres professionnel·les de la santé mentale). Inversement, les demandes orientées par des professionnel·les du milieu scolaire ont le taux d'acceptation le plus faible (16% contre 24% pour les demandes auto-référées, soit un risque relatif de 0,69) et le taux de réorientation pour motif de saturation le plus élevé. Se combinent en fait ici des effets liés à l'âge (l'envoyeur scolaire est bien plus présent parmi les demandes pour enfants, et ceux-ci constituent la catégorie d'âge la plus exposée à la saturation) et les effets propres de l'envoyeur (même parmi les demandes concernant des enfants, l'envoyeur scolaire garde un « désavantage » en termes d'accessibilité).

SATURATION II

Figure 39 - Devenir des demandes selon l'envoyeur parmi les principaux envoyeurs professionnels (%)

n=2025 demandes auto-référées ou orientées par un des 6 principaux envoyeurs professionnels



5.8. Une accessibilité différenciée selon les publics et les types de demande : tableau synthétique

Le Tableau 8 ci-dessous synthétise les résultats présentés précédemment pour les deux principaux indicateurs : le taux d'acceptation et le taux de saturation. Rappelons que la notion de « risque relatif » (RR) permet de comparer le risque de survenue d'un événement dans un groupe étudié relativement à un groupe de référence (réf.). Pour chaque dimension étudiée, le groupe de référence est différent, il convient donc d'éviter toute comparaison entre des groupes définis par des dimensions différentes.

La première ligne du tableau se lit comme ceci : relativement aux adultes (18ans et +), les enfants (0-9ans) ont moins de chance de voir leur demande de soin acceptée par le service contacté. Cette chance vaut 0,7 fois celle des adultes, elle est donc 30% plus faible. Les enfants ont aussi légèrement plus de risque de voir leur demande réorientée en raison du manque de disponibilité du service. Ce risque vaut 1,05 fois celui des adultes, il est donc 5% plus élevé. L'âge (ou la catégorie d'âge) a été complété pour 77% des fiches de recensement, ces résultats sont donc plutôt fiables. Rappelons que pour les enfants adolescents, la saturation des services s'exprime aussi au travers d'une part importante de demandes restées en attente, ce qui n'apparaît pas dans le tableau synthétique.

SATURATION II

Tableau 8 - Tableau synthétiques des risques relatifs

Dimension (taux de complétion)	Groupe étudié	RR acceptation	RR saturation
Âge (77%)	Enfants (0-9 ans)	0.70	1.05
	Adolescent-es (10-17 ans)	0.82	0.98
	Adultes (18 ans +)	Réf.	Réf.
Genre (71%)	Femmes	1.20	0.88
	Hommes	Réf.	Réf.
Genre, parmi les enfants (86%)	Filles	1.28	0.82
	Garçons	Réf.	Réf.
Genre, parmi les adolescent-es (89%)	Jeunes femmes	1.30	0.70
	Jeunes hommes	Réf.	Réf.
Genre, parmi les adultes (92%)	Femmes	1.12	0.93
	Hommes	Réf.	Réf.
Statut socio-professionnel, parmi les adultes (60%)	Avec emploi : ne travaille pas actuellement (maladie, pause, etc.)	1.13	0.86
	Sans emploi : allocations ou revenus de remplacement (chômage, CPAS, etc.)	1.14	0.79
	Sans emploi : sans revenus	1.49	0.48
	Étudiant-es	1.07	0.64
	Avec emploi : travaille actuellement	Réf.	Réf.
Langue (57%)	Nécessite le recours à un-e interprète	0.96	0.81
	Interprète pas nécessaire	Réf.	Réf.
Spécialité demandée (92%)	(Pédo-)psychiatre	0.80	1.25
	Psychologue	Réf.	Réf.
"Complexité" de la demande (60%)	Contenu thématique multiple	1.33	0.70
	Uniquement psy	Réf.	Réf.
Énonciateur·rice de la demande, parmi les adultes (95%)	La personne concernée	1.05	1.17
	Une tierce personne proche ou professionnel	Réf.	Réf.
Type d'orientation, parmi les enfants et ados (0-17 ans) (90%)	Orienté-e par un-e professionnel·le	0.86	1.64
	Autoréfé·ré-e	Réf.	Réf.
Type d'orientation, parmi les adultes (18 ans et +) (89%)	Orienté-e par un-e professionnel·le	1.23	0.91
	Autoréfé·ré-e	Réf.	Réf.
Catégorie d'envoyeur (88%)	Autre professionnel·le santé mentale (ni SSM, ni PPL)	1.30	0.81
	Médecin généraliste	1.32	1.02
	Milieu scolaire	0.69	1.28
	Autoréfé·ré-e	Réf.	Réf.

6.Éléments de discussion : saturation des SSM et politiques publiques

6.1. La saturation des SSM persiste, voire s'aggrave...

Deux années après un premier recensement, l'enquête 2022-2023 confirme la forte saturation du secteur des SSM à Bruxelles. Seule une demande sur quatre se voit proposer un suivi, et cette faible accessibilité est bien liée au manque de disponibilité des services qui constitue de loin le premier motif de réorientation des demandes. Les données les plus récentes sont même moins favorables que celles recueillies en 2020-2021, reflétant une très probable aggravation de la saturation du secteur au cours des deux dernières années.

Dans ce contexte de saturation de l'offre, les professionnel·les de terrain sont régulièrement contraints de faire des choix parmi des demandes pourtant jugées « légitimes » – c'est-à-dire des demandes qui, de leur point de vue, auraient dû se voir proposer un suivi par leur service car elles nécessitent un accompagnement et elles correspondent à leurs missions et leurs compétences. Posés au cas par cas, ces « choix contraints » produisent à une plus grande échelle des effets structurels et dessinent des inégalités d'accès aux soins plus ou moins marquées pour certains publics ou pour certains types de demande.

Ainsi, les publics supposés les plus précaires sur le plan socio-économique (sans emploi et sans revenu formel) sont bel et bien confrontés au manque de disponibilité des services, mais voient leur accès aux soins facilité relativement aux personnes qui ont un emploi et travaillent. Le public supposé plus précaire est non seulement plus représenté parmi les personnes qui s'adressent aux SSM que parmi la population bruxelloise en général, mais ce public a également plus de chances de se voir proposer un suivi (+49%), et moins de risque de voir sa demande réorientée en raison de la saturation (-52%). Les demandes identifiées dès le premier contact avec le service comme des demandes plus « complexes » (dont le contenu thématique est multiple : santé, logement, droits sociaux, toxicomanie, etc.) ont également eu plus de chances de se voir proposer un suivi (+33%) et moins de risque d'être réorientées par manque de disponibilité (-30%), relativement aux demandes « monothématiques ». Ainsi semble se dessiner à une échelle plus macrosociologique les effets du positionnement éthique et clinique qui concrétisent la responsabilité sociale des

SSM, donnant une forme de priorité aux publics considérés plus précaires et aux demandes considérées plus complexes.

D'autres caractéristiques des demandes n'ont eu que peu d'effet sur l'accessibilité, comme le fait d'énoncer soi-même sa demande, relativement aux situations où un tiers contacte le service à la place de la personne concernée, qui ne facilite l'accès au soin que dans une faible mesure (+5%). Le fait de nécessiter le recours à un·e interprète a également un impact relativement faible sur l'accès au soin : -4% de chances de se voir proposer un suivi, relativement aux demandes ne nécessitant pas le recours à un·e interprète. On peut cependant s'interroger sur l'absence de discrimination positive à cet endroit, car le public nécessitant le recours à l'interprétariat pourrait voir son accès aux SSM facilité au même titre que les personnes précaires ou que les demandes plus complexes. Le fait que ce type de demande soit plus souvent réorienté car le service ne se considère « pratiquement ou cliniquement pas apte » à assurer un suivi laisse suggérer que ces demandes pourraient voir leur accès facilité si davantage de SSM s'investissaient à l'avenir dans les accompagnements avec interprète. Les demandes nécessitant le recours à un·e interprète ont tout de même représenté entre 4% et 7% de l'ensemble des demandes, dans un contexte bruxellois marqué par une forte mixité : plus d'un tiers de la population est de nationalité étrangère (37%)¹⁹.

Le type d'orientation de la demande – par un·e professionnel·le versus auto-référée – semble également jouer un rôle dans l'accès aux SSM, mais de manière différente selon la catégorie d'âge : parmi les demandes concernant des enfants ou adolescent·es (0-17ans), les demandes orientées par d'autres professionnel·les ont eu moins de chances de se voir proposer un suivi, relativement aux demandes auto-référées (-14%), tandis qu'on observe au contraire un effet positif du référencement professionnel pour les demandes concernant des adultes (+23%). Il apparaît par ailleurs des différences entre les catégories de professionnel·les envoyeurs : l'accessibilité aux SSM est moindre pour les demandes orientées par des professionnel·les du milieu scolaire (-31%), on observe en revanche une meilleure accessibilité pour les demandes orientées par des médecins généralistes (+32%) et les « autres professionnel·les de la santé mentale » (ni SSM, ni PPL) (+30%), relativement aux demandes auto-référées. Il reste cependant difficile de conclure à l'impact direct de l'envoyeur sur l'accessibilité. Il est en effet probable que l'envoyeur soit corrélé avec d'autres

¹⁹ Observatoire de la Santé et du Social e Bruxelles-Capitale, 2024, « Baromètre social 2023 », Bruxelles : Vivalis.brussels.

dimensions relatives au contenu des demandes qui peuvent avoir un impact plus direct sur l'accessibilité.

Enfin, une inégalité d'accès importante et structurelle est liée à l'âge des personnes : relativement aux adultes (18 ans et plus), les adolescent·es (10-17 ans) ont 18% de chances en moins de se voir proposer un suivi. La situation est encore plus dégradée pour les plus jeunes enfants (0-9 ans), qui ont 30% moins de chances de se voir proposer un suivi que les adultes. Dans un contexte où l'offre en SSM est segmentée entre des équipes ou départements spécialisés dans les publics enfants, adolescent·es et adultes, ces inégalités d'accès au soin selon la catégorie d'âge reflètent très certainement la plus forte saturation des équipes enfants et adolescents (et non des « choix » posés par les professionnel·les).

6.2. ...malgré les récentes réformes

Si les SSM disposent d'une certaine marge de manœuvre pour « gérer » les difficultés d'accès à leurs services, notamment en privilégiant certains types de demandes pour lesquels ils se considèrent plus indispensables, ils ne peuvent pallier seuls un manque de moyens structurel. Ces dernières années, la population bruxelloise a enduré la crise sanitaire de la Covid-19, une crise énergétique et une inflation des prix de la nourriture et de biens de première nécessité, une crise du logement abordable et un phénomène plus général de paupérisation. Si la santé mentale n'est pas réductible aux caractéristiques socio-économiques de la population, risque de pauvreté et détresse psychologique sont bel et bien corrélés. Outre le fait qu'elles sont plus à risque, les populations plus précarisées ont aussi moins fréquemment accès aux soins. Et lorsqu'elles se soignent, en matière de santé mentale, c'est plus souvent en ayant recours à des médicaments que via une psychothérapie²⁰.

Dans ce contexte, le renforcement des soins de santé mentale économiquement accessibles apparaît indispensable. Le gouvernement fédéral et le gouvernement bruxellois, qui se partagent différents aspects de la compétence de la santé sur le territoire bruxellois, ont agi en ce sens. Mais la persistance et la très probable aggravation de la saturation des SSM ces

²⁰ Gisle Lydia & al., « Santé mentale. Enquête de santé 2018 », Bruxelles : Sciensano ; Numéro de rapport : D/2020/14.440/3. Disponible en ligne : www.enquetesante.be

dernières années interroge les mesures prises : sont-elles suffisantes ? Sont-elles adéquates au regard des difficultés rencontrées sur le terrain ?

À la suite de la crise sanitaire de la Covid-19, le gouvernement fédéral a redoublé d'efforts pour mettre en œuvre la réforme des « Soins psychologiques de première ligne » (PPL). Inspirée par un rapport de l'organisme d'expertise fédérale (KCE)²¹, la réforme des soins psychologique de première ligne a été conçue pour apporter une première réponse rapide voire préventive aux personnes présentant un « trouble léger à modéré ». Dans un contexte national marqué par l'augmentation importante et durable du nombre de travailleur·ses en invalidité de longue durée – y compris pour des motifs psychologiques – la réforme vise à passer une convention entre l'assistance maladie (INAMI) et des psychologues – des indépendant·es pour la plupart – pour permettre le remboursement d'un certain nombre de séances pour les patient·es.

Augmenter l'offre de soins de santé mentale économiquement accessible est indispensable, mais le faire via le remboursement de séances chez des psychologues indépendant·es plutôt que via le refinancement des services de santé mentale ambulatoires existants, c'est opérer un changement de modèle d'une accessibilité universelle vers une accessibilité limitée aux assuré·es, d'une clinique en équipe pluridisciplinaire vers une clinique individuelle, et d'un financement de l'offre au coût réel vers un financement à l'acte.

Les SSM sont en effet accessibles à tout public, en ordre de mutuelle ou non, ponctuel ou non, ayant les moyens de payer un petit montant ou non. C'est possible car la majorité de leur financement est fixé par agrément et correspond presque aux coûts réels de fonctionnement de ces services. Le financement à l'acte du nouveau dispositif « PPL » limite l'accessibilité de ceux-ci aux publics en ordre de mutuelle et risque d'encourager les psychologues conventionné·es à travailler avec un public plus ponctuel (présent aux rendez-vous). En outre, le travail en équipe pluridisciplinaire en SSM permet des prises en charges globales, psychologiques mais aussi sociales et psychiatriques, et offre un accueil institutionnel et un cadre de travail collectif qui permet le suivi de patients plus complexes, plus difficiles à accueil dans le cadre d'une consultation privée. Enfin, si l'investissement du gouvernement fédéral dans les PPL a été massif, la mise en œuvre reste compliquée : à Bruxelles en mai 2023, un tiers (33%) du budget alloué au réseau PPL adulte restait non

²¹ Kohn, Laurence & al., « Modèle d'organisation et de financement des soins psychologiques », Health Services Research (HSR), Bruxelles. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), 2016, KCE Reports 265B.

dépensé, et plus de la moitié (57%) pour le budget du réseau enfants et adolescent-es²². La rencontre entre les financements, les psychologues conventionnées et les publics dans le besoin apparaît difficile, alors que dans le même temps, les SSM implantés de longue date ne parviennent pas à répondre aux nombreuses sollicitations provenant tant du public que des autres professionnel·les. On peut dès lors s'interroger sur le choix du gouvernement fédéral d'investir largement dans un nouveau dispositif de soins de première ligne quand l'offre ambulatoire existante est fortement sollicitée mais sous-financée.

Cette interrogation est d'autant plus forte qu'en 2009 déjà, le fédéral promouvait une politique de « désinstitutionnalisation » (moindre recours aux hospitalisations psychiatriques de longue durée dans le cadre de la Réforme dite « Psy 107 ») en s'appuyant implicitement sur les SSM pour prendre le relais de l'hôpital et des équipes mobiles, mais sans leur en donner les moyens. Une inaction souvent justifiée par le fait que le fédéral n'est pas compétent pour les SSM : ceux-ci relèvent des autorités régionales et, à Bruxelles, de la COCOF, de la COCOM et de la Communauté Flamande. Pourtant, sur le plan juridique, des transferts sont possibles²³.

Car au niveau Régional bruxellois, les moyens ne semblent effectivement pas suffisants. La COCOF, qui est compétente pour 80% des SSM à Bruxelles, a bien augmenté le financement cadre de ces services en 2020 (une augmentation planifiée avant la crise sanitaire) : +6% ETPs par rapport à l'année précédente. Si l'on rapporte la force de travail ainsi financée en SSM à la population bruxelloise (ETPs/cmh), on atteint en 2022 une couverture proche de celle observée 20 ans plus tôt. Certes, cela comble en partie le retard accumulé durant la période 2008-2019, mais cela ne permet pas de répondre à l'évolution de besoins de la population au cours des vingt dernières années. Par ailleurs, en l'absence d'une norme de croissance annuelle, le nombre d'ETPs/cmh va entamer un nouveau cycle descendant en raison de la croissance de la population bruxelloise.

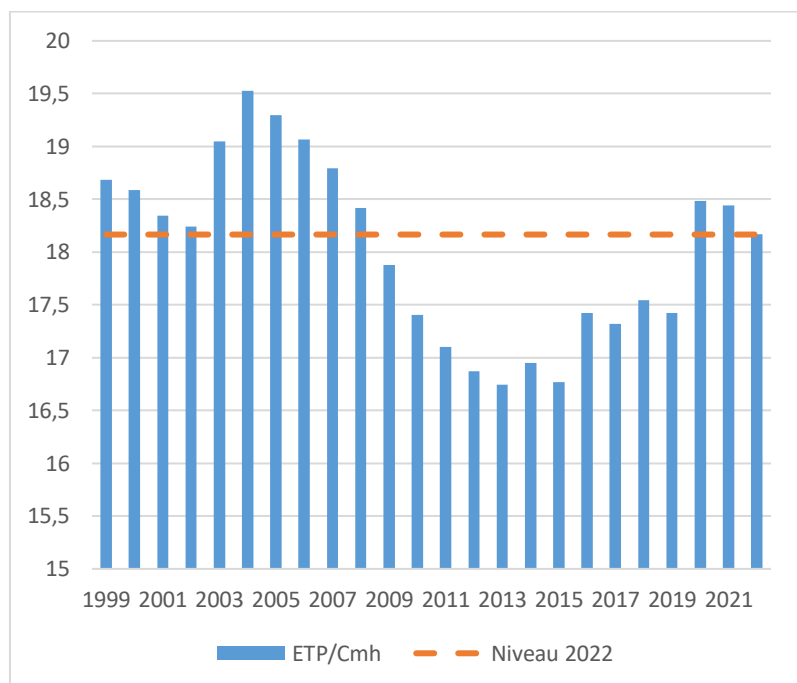
²² A l'heure de publier ce rapport, les 2 enveloppes sont bien davantage utilisées.

²³ 3 Voir Art.51 de la loi spéciale du 6 janvier 2014 sur la 6e réforme de l'Etat, insère l'article 49/7 de la loi spéciale du 16 janvier 1989 relative au financement des Communautés et des Régions.

SATURATION II

Figure 40 - Évolution du nombre d'ETPs financés par le cadre agréés CoCoF en SSM par 100.000 habitants en Région bruxelloise (31/12/1999 - 31/12/2022)

Source : Administration de la COCOF (ETPs) et Statbel (Population bruxelloise), nos calculs



Outre le financement cadre, Bruxelles a également répondu à la crise sanitaire par des financements ponctuels par projets, dont certains ont finalement été pérennisés après deux ans. Ces projets visaient à améliorer l'accès aux soins de santé mentale pour les publics qui en restent plus éloignés et qui ne vont pas spontanément frapper à la porte des professionnel·les. Deux types de dispositifs ont ainsi été financés : des « Lieux de lien » (lieux d'accueil à bas seuil d'accès se voulant non stigmatisant) et des dispositifs « mobiles » ou d'*outreaching* (consistant, pour les professionnel·les des SSM, à quitter leurs services pour aller vers des publics plus éloignés du soin). Ces initiatives ont présenté une réelle opportunité pour certains SSM de réaliser des projets souvent pensés en amont et qui manquaient de moyens pour être mis en œuvre. Sur le fond, ils ont bien permis de revaloriser l'offre en tenant compte des publics plus fragiles.

Certaines limites doivent toutefois être signalées : le financement par projet à court terme (deux fois 1 an) et dont l'acceptation ou la prolongation de financement a souvent été annoncée tardivement voire après la date prévue pour débiter l'action, a mis à mal aussi bien les services que leur personnel et leurs publics : lorsqu'un financement reste incertain, il faut préparer la fin du projet avec les bénéficiaires et le personnel, ce qui a des effets

délétères quand bien même le projet serait finalement reconduit. Le court-terme précarise les travailleur·ses et le rapport des bénéficiaires aux dispositifs de soin alors que les soins de santé mentale ont besoin de temps et de stabilité pour être déployés. Une autre difficulté avec le PRR a concerné la visée-même de l'appel à projet : s'il est louable de chercher à toucher un public éloigné du soin, il est apparu concrètement difficile de le faire quand l'offre de base n'est pas assurée. Que proposer aux personnes supposées dans le besoin et qui ne formulent pas de demande, lorsqu'une part importante des demandes formulées aux services ne peuvent être acceptées faute de disponibilité ? Cliniquement et éthiquement, il peut apparaître compliqué d'« aller vers » un public, d'ouvrir des questions et des problématiques, si derrière on ne peut assurer la continuité de l'accompagnement et du soin.

Si le PRR était une réponse formulée dans l'urgence de la crise sanitaire, le gouvernement bruxellois a également formulé des propositions pour l'avenir à plus long terme. Ainsi, depuis 2020 et plus concrètement à partir de 2023 se met progressivement en place le « Plan Social Santé Intégré » (PSSI). Celui-ci a pour but de réorganiser l'offre social-santé en région bruxelloise de manière plus « intégrée » et planifiée sur une base territoriale. Cette réforme propose des principes directeurs intéressants. Ainsi, le PSSI valorise par exemple l'idée selon laquelle l'accès au soin doit être universel, mais adaptée aux besoins spécifiques des publics (« universalisme proportionné »). Il est trop tôt pour commenter la mise en œuvre du PSSI. Cependant, à partir de ses textes fondateurs et d'enquêtes qualitatives que nous avons menées auprès des publics des SSM, nous pouvons interroger le primat de la « proximité » dont le PSSI est porteur. Promouvant une dynamique de territorialisation de l'offre, le PSSI en vient à concevoir l'accès aux soins presque exclusivement au prisme de la distance géographique. Or, les diverses logiques d'accès mobilisées par les demandeur·ses n'accordent que rarement une telle priorité à la proximité, en particulier dans un contexte de saturation de l'offre où leurs préférences doivent souvent être reconsidérées. Ici encore, pour les services comme pour les demandeur·ses, la saturation apparaît comme l'obstacle majeur pour accéder aux soins, et l'on peut regretter que cette problématique ne soit pas davantage prise en compte par l'actuelle réforme bruxelloise du champ socio-sanitaire.

Globalement, au niveau fédéral comme au niveau régional, les différentes réformes menées depuis une vingtaine d'années ne semblent pas à la hauteur des besoins qui s'expriment sur le terrain. Tandis que de nouveaux dispositifs sont mis en place, l'offre ambulatoire de base reste sous-financée et les nombreuses personnes qui s'adressent aux SSM bruxellois peinent à trouver une réponse à leurs demandes d'aide et de soin. La saturation des SSM complique

SATURATION II

fortement l'accès aux soins de santé mentale pour la population, et peut à terme alimenter le phénomène de non-recours au soin. Elle détériore également les collaborations intersectorielles, met en difficulté les travailleur·ses et menace à terme la qualité des soins. Au-delà des réformes à visée organisationnelle, il apparaît aujourd'hui urgent de revaloriser l'offre de base en SSM pour que ces services puissent à l'avenir rencontrer les besoins de la population.

7. Recommandations

Les difficultés d'accès aux soins de santé mentale ambulatoires à Bruxelles sont connues, documentées et objectivées. Elles résultent largement d'un déséquilibre entre une offre de soins insuffisante pour faire face à une demande croissante. Dans ce contexte, il apparaît nécessaire d'agir sur les deux pôles de la problématique : contenir et réduire les besoins en soins de santé mentale de la population, et augmenter l'offre de services qualitatifs et économiquement abordables.

7.1. Agir en amont sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé mentale

Contenir et réduire la demande, c'est agir préventivement pour limiter, en amont, la prévalence de problématiques de santé mentale rencontrées par la population. Pour cela, il faut **intégrer le souci de la santé mentale dans toutes les politiques et agir efficacement sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé mentale** : pauvreté, précarité sociale, exclusion, discriminations, isolement social, insalubrité des logements, manque de logements abordables, entraves dans l'accès aux droits, pression au travail, pollution atmosphérique et sonore, manque d'espaces verts... de nombreuses études soulignent les liens entre ces déterminants sociaux et environnementaux et le risque de développer des formes de souffrance psychique et des troubles psychologiques.

Ainsi, on observe des différences systématiques en matière de santé mentale entre des groupes de personnes ou des populations.

*« La prévalence des troubles anxieux et dépressifs et des pensées suicidaires diffère selon le groupe socio-économique : **on observe une prévalence de ces troubles plus élevée parmi les personnes de niveau socio-économique défavorisé** que parmi celles d'un niveau plus favorisé »²⁴*

Ce serait un non-sens de refinancer les soins de santé mentale tout en cherchant à réaliser des économies dans d'autres domaines qui conduiraient à une dégradation des conditions de vie de la population. Une politique de santé mentale cohérente doit intégrer cette vision transversale et sur le long terme.

²⁴ Portail officiel du service public fédéral belge « Vers une Belgique en bonne santé » <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/inegalites-de-sante/inegalites-en-sante-mentale>

7.2. Refinancer structurellement le secteur des SSM : 180 ETPs supplémentaires pour ramener le taux de saturation sous le seuil de 5%

Il est urgent de refinancer le champ de la santé mentale et le secteur des SSM en particulier, pour endiguer la saturation structurelle de ces services. L'objectif doit être de ramener le taux de saturation du secteur des SSM à un niveau conjoncturel de maximum 5%, et limiter le temps d'attente à maximum deux semaines.

À partir des données administratives et des données d'enquête disponibles pour les SSM agréés par la Cocof pour l'année 2022, nous estimons qu'il **faudrait environ 180 ETPs supplémentaires pour ramener le taux de saturation sous les 5%.**²⁵

Le refinancement du secteur doit être durable, prévisible et programmé. Il doit permettre la création de nouveaux services agréés, en particulier dans les zones les moins desservies de la région et où les besoins apparaissent les plus importants. La programmation doit être réalisée en concertation avec le secteur. Le refinancement doit viser plusieurs axes : renforcer le travail d'accompagnement individuel et familial, permettre une plus grande mobilité pour aller vers le public, appuyer les autres acteurs qui travaillent avec le public et sont confrontés aux problèmes de santé mentale, mener davantage d'actions collectives, communautaires et de prévention.

Le refinancement devrait se faire en deux temps : sur le court et moyen terme, il convient de **rattraper le retard d'investissement accumulé** au cours des précédentes décennies afin d'améliorer significativement l'accessibilité des services. Sur le long terme, l'adoption d'une **norme de croissance** (en plus de l'indexation sur l'inflation) doit permettre de tenir compte de l'évolution démographique et de l'évolution des besoins de la population, et permettre au secteur des SSM de mieux répondre à leurs missions – en ce compris la mission de prévention.

Un monitoring de l'accessibilité des services pourra être mis en place pour mesurer annuellement le niveau réel d'accessibilité du secteur.

Nous recommandons d'éviter le recours à des financements ponctuels par projets qui engendrent incertitude et insécurité pour les professionnel.le.s comme pour les bénéficiaires.

²⁵ Nous arrivons à cette estimation en tenant compte du nombre d'ETPs actifs en SSM, du nombre moyen de nouveaux suivis par ETP par an, et du nombre annuel de demandes uniques réorientées en raison de la saturation. Ce dernier indicateur est obtenu à partir des résultats de l'enquête « Saturation II » (2021-2022), généralisés à l'ensemble des SSM Cocof et à un période d'une année, en tenant compte de la possibilité de doublons parmi les demandes enregistrées. Cette estimation repose sur des hypothèses et doit être considérée comme un ordre de grandeur plutôt que comme une statistique empirique précise.

7.3. Lutter efficacement contre la pénurie de psychiatres et pédo-psychiatres : améliorer l'attractivité de la profession et aligner les revenus des (pédo-)psychiatres en SSM avec ceux du secteur hospitalier

Les SSM connaissent actuellement une pénurie de psychiatres et pédopsychiatres qui va s'aggraver dans les prochaines années. Ce phénomène résulte à la fois d'un manque d'attractivité de la spécialisation en psychiatrie relativement à d'autres spécialités médicales, et en cela la pénurie concerne l'ensemble du champ de la santé mentale. Mais cette problématique est particulièrement aigue dans le secteur des SSM agréés par la Cocof en raison des barème salariaux, fixés par agrément, qui sont particulièrement bas comparativement aux secteurs hospitaliers ou même aux SSM wallons.

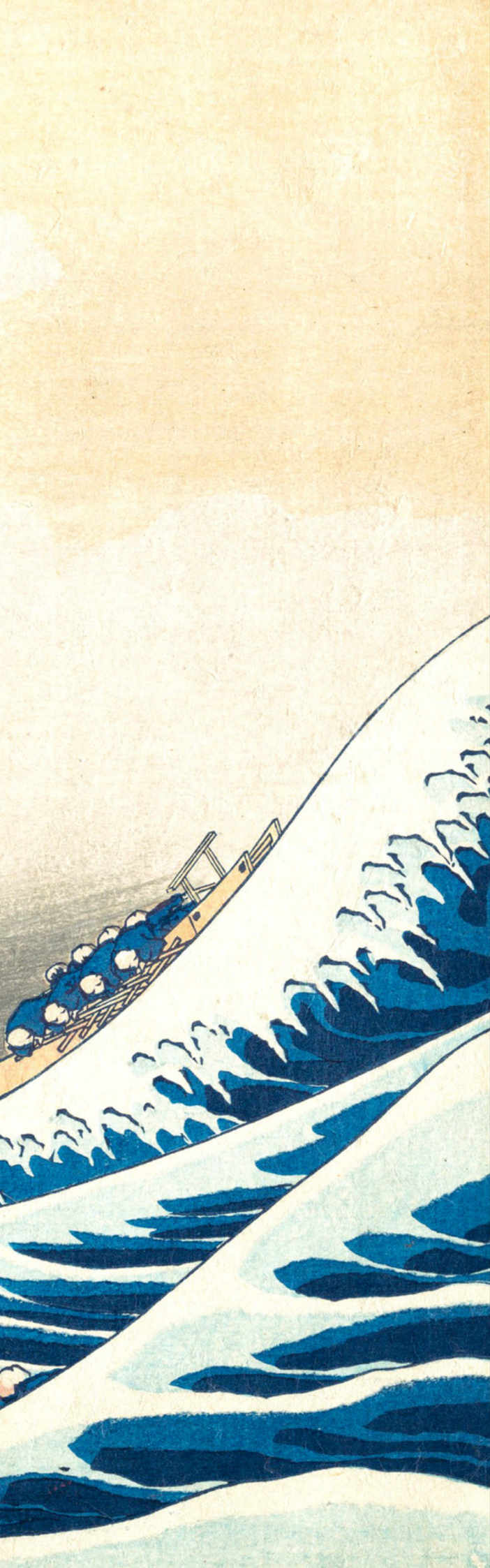
Lutter contre cette pénurie nécessite donc des mesures sur le long terme visant notamment l'attractivité de la spécialisation psychiatrique et la visibilisation des SSM comme lieu de stage et d'engagement. Mais aussi, dans l'urgence, une revalorisation du barème salarial des psychiatres en SSM pour aligner leurs revenus sur ceux de leurs homologues exerçant à l'hôpital.

7.4. Soutenir les SSM dans l'amélioration de leurs dispositifs d'accueil: pour la reconnaissance d'une fonction d'accueil clinique

Le Décret ambulatorio prévoit que chaque SSM dispose, parmi son personnel, d'une fonction de « secrétaire accueillant ». Cette fonction est financée à un barème correspondant à un niveau d'étude CESS (enseignement secondaire supérieur).

Nous recommandons de donner la possibilité aux SSM d'engager pour cette fonction du personnel formé à l'accompagnement social et/ou à la psychothérapie (niveau d'étude bachelier ou master), et d'ajuster le financement de cette fonction en ce sens. Cela doit faciliter l'exercice de l'accueil du public dans sa dimension clinique, et d'un accompagnement psychosocial des demandes dans leur réorientation le cas échéant.

Le financement de cette fonction d' « accueil clinique » doit être suffisant pour permettre une accessibilité du service durant l'ensemble de ses heures d'ouvertures – y compris les temps de pause du personnel – et durant toute l'année – y compris les congés du personnel.



L'accès à des soins de santé mentale de qualité et économiquement abordables est un droit fondamental consacré en 1948 par la Déclaration Universelle des Droits Humains, formulé deux ans plus tôt dans la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, et réaffirmé à plusieurs reprises dans le droit belge. Au-delà d'être un droit, c'est également une valeur démocratique et une exigence éthique. Pourtant, la mise en œuvre de ce principe reste problématique, notamment en Région Bruxelloise. C'est ce qu'indiquait encore récemment le rapport *Parcours.Bruxelles*, décrivant l'accès aux soins de santé mentale à Bruxelles comme *difficile, aléatoire et négocié*. Certains publics apparaissent particulièrement exclus. Il y aurait plus généralement un *manque de ressources face à une demande croissante*. Quelle est, aujourd'hui, l'ampleur de ces difficultés d'accès aux soins de santé mentale en Région bruxelloise ? Quels mécanismes structurels font obstacles à l'accès aux soins ? Finalement, tous les publics sont-ils concernés de la même manière par ces difficultés d'accès ?



LIGUE BRUXELLOISE POUR
LA SANTÉ MENTALE

Éditeur responsable : Yahyâ H. SAMII

| Octobre 2025 |

www.lbsm.be