

INSTITUT WALLON POUR LA SANTE MENTALE



L'offre adressée aux enfants et aux adolescents dans les Services de Santé Mentale de la Région wallonne

Synthèse

Chargé de recherche : Pascal Minotte
Direction : Christiane Bontemps

Octobre 2008



RÉGION WALLONNE

Avec le soutien du Cabinet du Ministre de la Santé,
de l'Action sociale et de l'Égalité des Chances

Table des matières

Introduction.....	3
L'âge des consultants	6
Les délais d'attente	10
L'origine de la démarche	13
Les prestations	16
L'état du dossier en fin d'année et la durée des suivis	20
Les activités d'information, de prévention et de recherche	21
Pour terminer, quelques constats et quelques pistes.....	22

Je tiens à remercier tout particulièrement les Services de Santé Mentale qui m'ont ouvert leurs portes et qui m'ont consacré une partie de leur temps précieux. Je remercie également les membres du comité d'accompagnement pour leurs judicieux conseils ainsi que tous ceux qui, de près ou de loin, m'ont aidé à rédiger ce travail.

Introduction

À l'origine, l'objectif de ce travail était d'effectuer un « état des lieux¹ » de l'offre adressée aux enfants et aux adolescents par les services de santé mentale. Le projet était ambitieux, d'autant plus qu'une nouvelle sollicitation de l'ensemble des services n'était pas souhaitable, ceux-ci étant surchargés de travail. Très rapidement, l'idée d'utiliser le matériel déjà à disposition s'est imposée comme une évidence. Ce matériel (les rapports d'activités) n'allait probablement pas répondre à l'ensemble de nos questions, tant s'en faut, mais, comme cela se confirmera par la suite, il allait permettre d'amorcer des pistes de réflexion. Et c'est donc avec l'accord de la Région wallonne, qui était par ailleurs à l'initiative de cette recherche, que nous avons pu travailler sur base des rapports d'activités de l'année 2006 (les plus récents disponibles à l'époque).

À ce stade, il semble important de relayer le questionnement qui fut le nôtre et qui vous taraude peut-être déjà. Comment rendre compte d'une réalité complexe, nuancée et de pratiques cliniques du cas par cas à travers des chiffres ? En quoi les rapports d'activités traduisent-ils la richesse des interventions et, tout simplement, la réalité de terrain ? Les chiffres sont-ils là pour justifier d'une activité ou pour la comprendre ? Ces chiffres sont-ils fiables ?

Tout d'abord, notons que les services ont pris la peine de remplir les différentes fiches à l'origine du rapport d'activité, et donc de consacrer un temps substantiel à celles-ci, il serait pour le moins illogique de ne pas en tenir compte au moment de réaliser un état des lieux. Il s'agit d'un préalable évident que celui de voir de quelles données nous disposons² et ce qu'il est possible d'en tirer en terme d'information pertinente. Rappelons qu'il s'agit actuellement de la seule source récurrente d'information recueillie dans les SSM. Il s'agissait donc de se retrousser les manches pour poigner dans la « matière » (une suite de tableaux Excel) et voir s'il était possible de s'en servir...

Nous avons vite constaté des problèmes dans l'encodage des données qui les rendent parfois difficiles à exploiter, parfois peu fiables. Néanmoins, dans la majorité des cas, des tendances peuvent être dégagées grâce à la quantité des encodages. Cependant, un item n'est pas l'autre et pour chaque résultat il convient de se demander ce qui pourrait remettre en question cette fiabilité. Par exemple, certaines rubriques des fiches sont sujettes à interprétations ou encore elles font rarement l'objet d'un encodage systématique, car trop contraignant. Les résultats qui les concernent sont donc à relativiser.

Mais venons-en au problème de fond. En imaginant qu'il soit possible de sortir quelques données chiffrées qui puissent présenter une certaine fiabilité : à quoi peuvent-elles servir ? En quoi rendent-elles compte de la pratique (de l'activité, de l'offre) des services de santé mentale ? À cette question, l'IWSM répond que ces chiffres peuvent servir à poser des questions et que c'est déjà beaucoup. À eux seuls, ils constituent une source relativement limitée d'information signifiante, mais lorsque nous les utilisons non plus comme source de réponses, mais comme origine d'un questionnement, ils alimentent sensiblement la réflexion.

Prenons l'exemple « classique » du délai d'attente. Les rapports d'activités permettent de calculer le temps écoulé entre le « premier contact » pris par l'utilisateur, le « premier rendez-vous » et le « début

¹ Notion « fourre tout », mais dont la souplesse est finalement fort pragmatique.

² Moyennant l'accord de la Région wallonne évidemment.

de la prise en charge » de celui-ci. Il s'agit d'une question importante, fréquemment relayée par les services eux-mêmes, par les usagers et par les partenaires du réseau. Les délais d'attente pour intégrer un service de santé mentale sont souvent jugés trop longs. Nous avons donc calculé les délais entre le premier contact et le premier rendez-vous ainsi que celui entre le premier contact et le début de la prise en charge, et ce, par « territoires » (Région wallonne, Provinces, Arrondissements). Les chiffres obtenus (discutés plus loin dans ce rapport), examinés sans autre forme de contextualisation, ne nous disent rien ou pas grand-chose. Il s'agit de « valeurs centrales », autour desquelles se disperse très largement l'ensemble des données encodées et qui correspondent à autant de situations particulières. L'intérêt de ces résultats réside dans le fait qu'ils ouvrent un questionnement qui pourra faire lien avec des aspects qualitatifs et pratiques... C'est ainsi que nous avons estimé que cette question des délais d'attente ne pouvait s'appréhender correctement qu'en ayant une bonne connaissance des modalités d'accueil et des procédures d'admission des services. Un travail autour de cette question est donc programmé dans les mois qui viennent (cf. encart 3, p.10). L'idée est de :

- Voir quelles sont les procédures mises en place par chaque service pour accueillir la demande ?
- Faire connaître, avec l'accord du service, les initiatives innovantes sur cette question,
- Voir en quoi les modalités d'admission influencent les modalités d'encodage
- Récueillir l'avis des services sur la question des délais d'attente auxquels ils sont confrontés...

Parallèlement et complémentaires à cela, d'autres questions vont s'initier au départ des résultats obtenus : comment expliquer les différences de délais d'attente parfois importantes entre arrondissements ? Indépendamment des territoires, y a-t-il des fonctions au sein des services qui sont particulièrement saturées en demandes ? Etc.

La synthèse que nous vous proposons ici est donc pensée comme une succession de pistes pour de possibles investigations qui pourront permettre de faire dialoguer le quantitatif et le qualitatif sans nécessairement les opposer. L'Institut Wallon pour la Santé Mentale peut se voir comme un lieu de réflexion dans lequel cohabitent et s'enrichissent mutuellement théorie et pratique, quantitatif et qualitatif, approche « sociologique » et clinique du cas par cas.

Notez qu'une commission thématique animée par les membres de l'IWSM a pour thème la question du lien (de l'interface) entre recherche et pratique, entre travaux quantitatif et clinique (cf. encart 2, p.8).

Les résultats qui vont suivre sont donc le fruit d'un **travail sur les rapports d'activités, le « Cadastre des services de santé mentale – 2007³ » et des interviews**. Nous n'avons malheureusement pas eu le temps de rencontrer l'ensemble des Services de Santé Mentale, loin de là, mais nous en avons rencontré dans les différentes Provinces. Nous avons également ciblé prioritairement les services « Art. 10 », mais pas uniquement.

³ « Cadastre des services de santé mentale – Région wallonne – 2007 » rédigé sous la direction de Madame Brigitte BOUTON de la Direction du Contrôle et de l'Inspection. Celui-ci fournit une information sur l'offre agréée (P.O., sièges, missions spécifiques, effectifs en ETP, etc.) en R.W. en 2007.

Les résultats obtenus concernent donc exclusivement les SSM agréés par la Région wallonne en 2006. Les données disponibles sont traitées et comparées principalement par territoires et par classes d'âges. De cette façon, les résultats sont présentés par Provinces et par arrondissements administratifs. Notons, en guise de remarque, que les découpages administratifs ne correspondent pas nécessairement à l'inscription géographique des dynamiques de réseaux. Néanmoins, dans le cadre d'un travail ambulatoire, et donc ancré dans une réalité locale, l'échelle des arrondissements semble se montrer pertinente⁴. Nous pouvons formuler l'hypothèse selon laquelle les services situés en périphérie de ville ont tendance à attirer une population locale, alors que les services du centre-ville « ratissent » plus largement. En milieu rural, l'offre étant moins abondante, les consultants sont parfois contraints d'effectuer des déplacements importants pour se rendre dans le service le plus proche (cette contrainte peut s'avérer rédhibitoire, surtout s'ils n'ont pas de voiture).

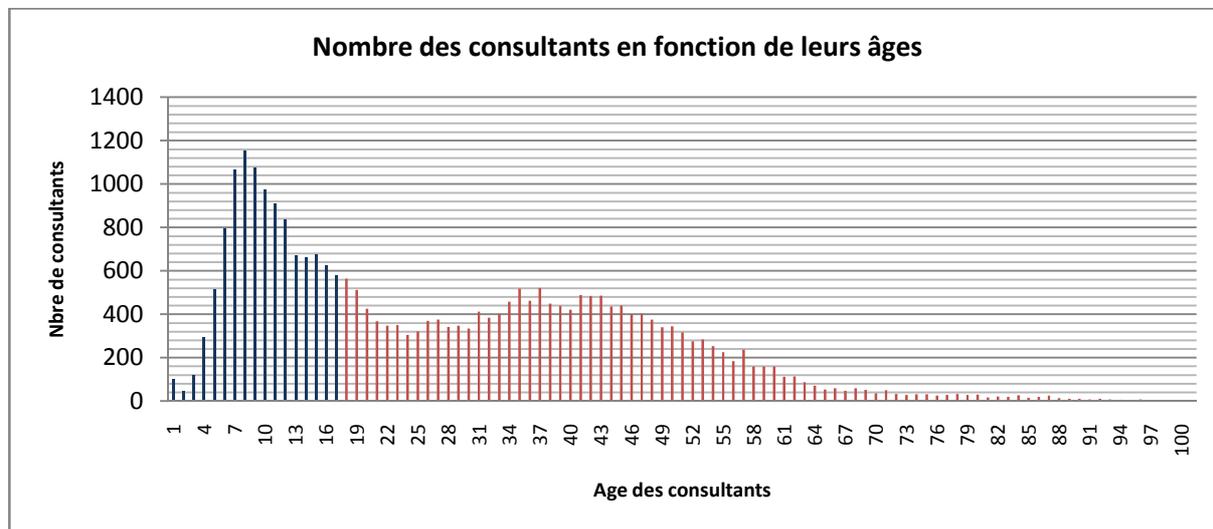
De la même façon, nous pouvons penser que les services qui développent une offre plus spécifique reçoivent une population plus dispersée géographiquement. Ces hypothèses mériteraient d'être évaluées statistiquement.

La synthèse qui vous est proposée est largement « subjective » dans la mesure où elle contient certains éléments de réflexion et non l'ensemble du travail. Celui-ci comporte en réalité une centaine de tableaux qui, pour une part, ne permettent pas nécessairement de rebondir sur un questionnement porteur.

⁴ Point de vue confirmé lors des entretiens.

L'âge des consultants

Il s'agit d'une question déjà abordée à plusieurs reprises et qui fait partie de l'analyse des données démographiques, sociales et cliniques⁵ réalisée à partir des fiches « épidémio ». Les résultats que nous obtenons (graphique 1⁶) confirment ceux des autres travaux⁷.



Graphique 1 : Nombre de consultants en fonction de leurs âges en Région wallonne en 2006, tous SSM confondus. N = 28146

Il existe certaines tendances globales systématiquement observées :

- Peu de consultations concernant des enfants de moins de 3 ans ;
- Proportionnellement beaucoup de consultations concernant les enfants en âge d'être à l'école primaire. Les premières années d'apprentissage de la lecture et de l'écriture correspondent à un pic de fréquentation.
- Les adolescents sont moins représentés que les enfants, mais néanmoins plus représentés en général que les plus de 18 ans.
- Il y a plus de garçons qui consultent chez les enfants, cette tendance s'inverse progressivement avec l'augmentation de l'âge des consultants de telle sorte que plus de femmes consultent chez les adultes.
- Comme pour les moins de 3 ans, les plus de 60 ans consultent très peu.

⁵ LORIES G. et BARUFFOL E. (2004), *ANALYSE DES DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES, SOCIALES ET CLINIQUES*, Université de Louvain-la-Neuve.
LORIES G. et BARUFFOL E. (2005), *ANALYSE DES DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES, SOCIALES ET CLINIQUES*, Université de Louvain-la-Neuve.

⁶ Graphique 1 qui pourrait également être interprété en terme de génération, sachant que « consulter un psy » n'a pas la même connotation en fonction des générations concernées...

⁷ BONTEMPS C. (1988), *LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE DANS LA COMMUNAUTÉ FRANÇAISE DE BELGIQUE : DES CHIFFRES SUR L'OFFRE ET LA DEMANDE*, Confédération francophone des ligues de santé mentale en Belgique. LIGUE WALLONNE POUR LA SANTE MENTALE (2002), *CADASTRE DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE EN RÉGION WALLONNE – ÉTUDE EXPLORATOIRE*.

Notons que la répartition des âges des consultants varie en fonction des Provinces, mais reste assez proche de la répartition constatée sur l'ensemble de la Région wallonne où les moins de 18 ans représentent 42 % des consultations dans lesquelles moins d'1 % des consultants ont moins de 3 ans, 27 % ont entre 3 ans et 11 ans et les 14 % restant entre 12 et 18 ans. Si nous ne considérons que les SSM Art. 10, les proportions entre ces différentes classes d'âge ne varient pas, mais ce sont alors 88 % de moins de 18 ans qui fréquentent ces services.

Comme nous l'avons remarqué, les 3-11 ans constituent la tranche d'âge proportionnellement la plus représentée dans les SSM. Il est logique que l'école, comme premier lieu de socialisation (obligatoire) pour l'individu, soit aussi le premier révélateur des difficultés vécues par ce dernier. C'est ainsi que les troubles du comportement et les troubles de l'apprentissage sont autant de portes d'entrée vers les services de santé mentale.

Concernant cette tranche d'âge, l'offre apportée par les services est riche en propositions (mais semble manquer cruellement d'effectifs, malheureusement) : thérapie individuelle, familiale, groupes thérapeutiques, thérapie à média, thérapie du développement, psychomotricité, logopédie, etc. Notons bien que, et c'est important, ce qui fait la richesse de ces différentes « offres » en SSM est qu'elles peuvent s'appuyer sur l'apport de la pluridisciplinarité et envisager ainsi le consultant dans sa globalité. Cette remarque est probablement particulièrement importante pour les enfants. Dans ce cadre, la logopédie ou la psychomotricité sont souvent des « portes d'entrée » allant permettre l'évocation de problèmes psychoaffectifs et familiaux...

Notons qu'il y a très certainement un lien à faire entre la fréquentation importante des enfants de cet âge et le nombre conséquent de prestations logopédiques ainsi que le fait que l'école soit à l'origine de la majorité des demandes d'aide pour cette tranche d'âges.

Parmi les questions que soulèvent ces chiffres, notons le peu de fréquentations des moins de 3 ans⁸. Certaines hypothèses peuvent être formulées à ce sujet. Nous pouvons penser qu'avant un certain âge, les problèmes sont plus difficiles à repérer pour un non-spécialiste, mais également que si ceux-ci sont repérés, les parents peuvent être tentés de penser qu'ils sont transitoires et finiront par passer. D'autant plus que, tant qu'un enfant reste « gérable », la consultation de professionnels est souvent postposée. Enfin, nombreux sont les thérapeutes qui se sentent démunis par rapport à ce type de suivi spécifique qui concerne souvent le lien et la relation mère - enfant.

Les groupes de réflexion « 0 to 3 » sont nés, au départ du groupe « épidémio », de ces constats. Certains cliniciens voient dans cet outil « diagnostic » (0 to 3) une façon intéressante d'appréhender ces demandes et d'objectiver les progrès réalisés lors du travail thérapeutique. D'autres craignent un appauvrissement de la clinique si une utilisation trop systématique de cet outil venait à être prescrite et y préfèrent notamment une appréhension plus psychodynamique de l'enfant et de la relation.

Les réponses apportées par les services à la « question » du jeune public sont diverses et ne concernent pas uniquement les outils comme le 0 to 3. Des dispositifs spécifiques sont parfois mis en place par les équipes qui sont obligées de penser différemment leur clinique lorsqu'elle s'adresse aux très jeunes enfants. C'est ainsi que le développement de partenariats avec « la première ligne » (l'ONE, par exemple) et la possibilité laissée aux thérapeutes de se déplacer dans les milieux de vie est une des caractéristiques fréquentes de ces dispositifs, souvent inspirées des travaux d'Esther Bick sur l'observation du nourrisson.

Un travail de recherche plus approfondi à ce sujet sera réalisé par l'équipe du Gerseau de Braine-l'Alleud en collaboration avec l'Institut Wallon pour la Santé Mentale (cf. encart 1). Notons

Encart 1

À l'initiative de la Région wallonne, le Centre de Guidance de Braine l'Alleud et l'Institut Wallon pour la Santé Mentale sont partenaires dans la mise en œuvre d'une « recherche-action » portant sur l'intervention clinique en milieu de vie adressée aux enfants et aux adolescents.

Le point de départ de ce travail est le projet mis en œuvre par le Centre de Guidance de Braine l'Alleud depuis 2000 et appelé « Le Gerseau » qui propose un service ambulatoire de consultation sur le(s) lieu(x) de vie pour les enfants de 0 à 6 ans, en collaboration avec le réseau médico-social. Ce travail fut récompensé par le prix Julie Renson en 2006.

Soucieux d'élargir la réflexion à d'autres acteurs de la santé mentale, nous avons décidé d'organiser un groupe de travail portant sur ce sujet. L'objectif est ici de pouvoir échanger sur les pratiques, les expériences ainsi que les réflexions théorico-cliniques amenées par chacun afin de nous enrichir mutuellement et de produire un document de synthèse comprenant des recommandations et/ou, plus modestement, des pistes de travail.

Pour ce faire, nous pensons soumettre au groupe des thèmes transversaux à la santé mentale dans son ensemble afin de voir les éléments de réponse qu'apporte une clinique hors les murs en fonction des différents contextes d'intervention.

*Ces questions, éminemment contemporaines, sont celles de la **précarité** et de la **complexité**. Deux termes qui peuvent qualifier adéquatement nombre de situations rencontrées par les centres et qui questionnent souvent l'efficacité des dispositifs classiques.*

Ces questions feront office de portes d'entrée pour laisser se déployer la réflexion autour des demandes formulées par les usagers et des dispositifs qui y répondent.

Info. : p.minotte@iwsmb.be

⁸ Il est d'ailleurs probable que la fréquentation des enfants de moins de 1 an (encodé 0) ait été surévaluée, le nombre 0 étant parfois utilisé « par défaut » lors de l'encodage.

néanmoins dès à présent que cette façon d'appréhender la clinique diffère beaucoup du modèle classique dans lequel un consultant est reçu seul dans le cadre d'un tête-à-tête avec le thérapeute au sein du service. Elle nécessite souvent de sortir hors des murs et a donc un coût supérieur, ce qui est un des principaux freins cités par les équipes. Ces dernières sont déjà débordées et doivent définir des priorités, lorsqu'elles décident de se déplacer en extérieur, elles renoncent en même temps à répondre à d'autres demandes... De plus, le travail réalisé en milieu de vie nécessite que soient déterminés clairement le rôle et les missions de celui qui l'exécute (dans un cadre clair). C'est ainsi que les suivis en dehors du centre sont parfois abandonnés, car les cliniciens ont le sentiment que « ce n'est pas leur place ». Bref, il s'agit là d'une pratique innovante et pertinente lorsqu'elle est bien pensée et financée. Elle reste actuellement peu fréquente en Service de Santé Mentale.

Enfin, de façon plus générale, une constatation fait l'unanimité chez les intervenants du secteur de l'enfance : les situations auxquelles ils sont confrontés à l'heure actuelle sont de plus en plus complexes et chaotiques, que ce soit en terme de « structure familiale », de cumul des problématiques, de gravité psychopathologique ou encore des modalités de réponses à mettre en place (cf. encart 1 et 2). Dans ce contexte, il devient urgent d'envisager les réponses à développer en amont, pour prévenir tant que faire se peut les catastrophes auxquels assistent parfois, impuissants, les intervenants du secteur. Nous pouvons penser que la promotion d'un travail centré sur la petite enfance et la relation précoce aux parents pourrait s'avérer intéressante à tous les niveaux.

Encart 2

Lors de l'Assemblée Générale du 16 juin 2008, quatre commissions thématiques ont été choisies par les représentants des membres de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale. Pour rappel, celles-ci sont des « groupes de travail » autour de thématiques définies tous les 6 mois comme prioritaires et destinées à inscrire la transversalité dans un processus continu de réflexion en lien direct avec les thèmes travaillés par l'IWSM.

*C'est ainsi qu'une **commission « pédopsy »** s'est mise en place.*

Pour définir les « sous-thèmes » de la commission, nous sommes partis du constat, relayé par l'ensemble des secteurs impliqués dans la prise en charge des enfants et des adolescents, de la complexification croissante des situations rencontrées. Les acteurs de terrain parlent souvent de « déglingue psychosociale » et de « situations chaotiques »

Durant les 6 premiers mois de vie de cette commission, et peut-être au-delà, les sous-thèmes abordés sont les suivants :

Qu'est-ce que cette « complexité » dont on parle ? Comment peut-on la définir ou la décrire ? Comment se traduit-elle dans le vécu et la pratique de chaque secteur, de chaque type de services ? Chaque membre du groupe pourra apporter ses réflexions à ce sujet.

Que pourrait-on valoriser comme travail en amont qui permette de limiter les dégâts ? Les professionnels sont souvent amenés à travailler avec des adolescents ou des enfants dont les difficultés prennent racines très précocement dans leur parcours affectif et relationnel. Il est donc logique de se poser la question de la « prévention », car il est parfois très difficile d'apporter du « mieux-être » à ces jeunes lorsqu'ils sont plus âgés...

Quels sont les dispositifs inventés pour répondre à cette complexité ? L'offre classique est parfois bousculée par ces situations, elle peut se sentir impuissante et démunie. Il est intéressant de se pencher sur les nouvelles façons de travailler et de coopérer entre services pour répondre à ces nouvelles données. C'est ainsi que certaines institutions se déplacent sur le milieu de vie, d'autres inscrivent d'emblée le suivi du patient dans une collaboration avec d'autres acteurs aux mandats complémentaires (AAJ, santé mentale, justice, etc.), etc.

Info : p.minotte@iwsmb.be

*Notons qu'une autre **commission appelée « interface »** va se pencher sur le lien délicat et complexe entre « recherche et terrain », entre « quantitatif et qualitatif » dans le cadre de la santé mentale en Wallonie.*

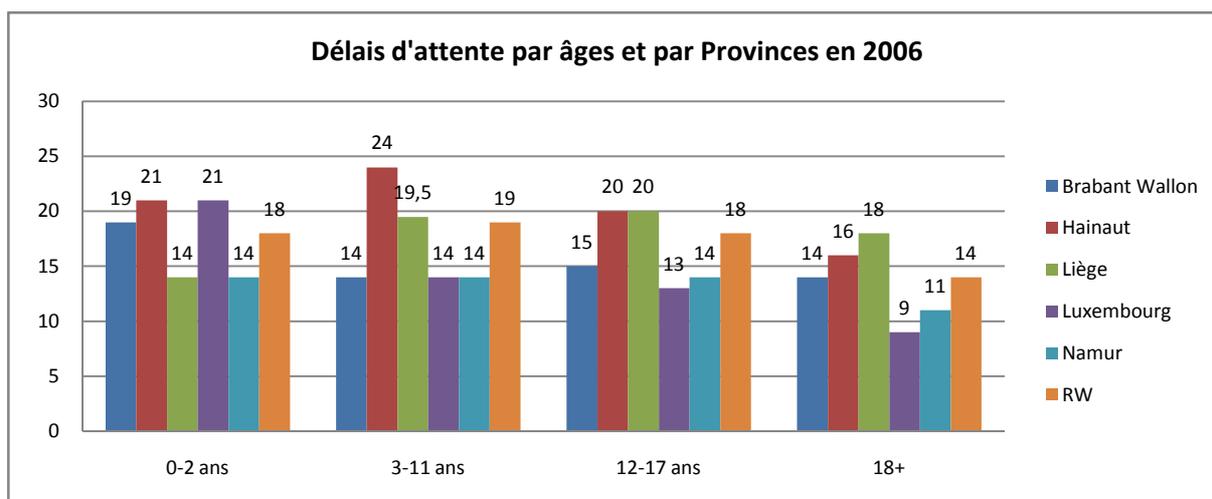
Info : m.viaene@iwsmb.be

Les délais d'attente

Il est généralement admis que le délai d'attente pour entamer un suivi en SSM est long. Lorsque l'on interroge les autres services partenaires comme les services de l'Aide à la Jeunesse, par exemple, le délai d'attente est une des réponses les plus souvent citées pour expliquer les entraves à l'orientation des usagers vers les SSM. Cette question touche donc de près celle de l'accessibilité aux soins ainsi que celle de la gestion des situations de crises et des « urgences » qui se pose régulièrement dans les débats qui animent les équipes et les réseaux. Les données que nous avons pu traiter permettent d'apporter certains repères chiffrés. Nous avons ici choisi le délai s'écoulant entre la première prise de contact du consultant et le premier rendez-vous. Néanmoins, la grande disparité des valeurs encodées à ce sujet nous amène à inviter le lecteur à les prendre avec précaution. Les résultats présentés sont surtout là pour être comparés entre eux, ils n'ont pas une vocation « prédictive » du temps d'attente dans telle ou telle situation. De plus, nous avons rencontré des difficultés liées à de nombreux encodages « aberrants ». C'est ainsi que certains délais d'attente étaient négatifs, laissant penser que les personnes étaient reçues avant de l'avoir demandé... Ou encore, beaucoup de délais sont égaux à 0, c'est-à-dire que la personne est reçue le jour même de son premier contact. Sauf erreur, il s'agit là d'une pratique relativement marginale en SSM. C'est la raison pour laquelle nous avons décidé, lors du traitement des données, de systématiquement retirer les valeurs négatives et égales à zéro, ainsi que les valeurs supérieures à 6 mois. De cette façon, si nous nous sommes privés de quelques situations exceptionnelles et bien encodées, nous avons surtout éliminé une grosse proportion des encodages aberrants. L'indicateur que nous nous proposons de comparer ici est la médiane des valeurs récoltées, c'est-à-dire la valeur centrale de la distribution de données qui permet d'éliminer l'influence des valeurs extrêmes auxquelles la moyenne est beaucoup plus sensible.

C'est ainsi que, en Région wallonne, toutes catégories d'âges confondues, le délai médian est égal à **16** jours (le délai moyen est lui égal à 26 jours). Autrement dit, dans 50 % des situations, les consultants ont attendu 16 jours ou moins et dans 50 % des situations les consultants ont attendu 16 jours ou plus avant d'être reçus pour un premier entretien. Notons qu'à la suite de ce premier entretien, en fonction du fonctionnement des services, un délai d'attente peut encore exister avant la prise en charge effective de la situation. En effet, certains services tentent de répondre rapidement au premier contact par une première rencontre qui permet de clarifier la demande, apaiser une éventuelle crise et réorienter la personne si nécessaire. Potentiellement, l'attente pourra encore être longue après cette première entrevue.

Il convient ici d'insister sur le fait que **les valeurs obtenues sont probablement dépendantes des modalités d'accueil**, et donc des procédures mises en place par les services, et des modalités d'encodage qui leur sont associées. Un travail complet sur les délais d'attente devrait pouvoir en tenir compte (cf. encart 3).



Graphique 2 : délais d'attente en jours en fonction de la tranche d'âge et de la Province en 2006 tous SSM confondus, sans les Missions Spécifiques. N=19195

Une analyse plus détaillée par tranches d'âges et par territoire permet de déceler des différences.

Il serait absurde de décréter de façon absolue qu'il s'agit là de temps d'attentes globalement satisfaisants ou non, suffisamment court ou non. Un délai qui pourrait être beaucoup trop long, voire dangereux dans telle situation, pourrait être justifié, voire utile, dans telle autre. Il faut cependant avoir à l'esprit qu'un nombre substantiel de délais sont largement au-delà des médianes présentées.

Notons également que les témoignages du terrain sont unanimes à ce sujet, les services sont submergés par les demandes et ne savent pas y répondre avec autant de promptitude qu'ils le désirent.

Notons que, lorsque nous calculons le délai entre le premier contact et le début de la prise en charge, nous obtenons des résultats très proches du délai entre le premier contact et le premier rendez-vous. Il n'est donc pas évident que tous les services voient un intérêt à distinguer premier rendez-vous et début de la prise en charge.

Enfin, lorsque nous comparons les délais d'attente entre les SSM « généralistes » et les SSM Art. 10, ceux-ci sont systématiquement plus élevés en SSM Art. 10.

Il semble qu'il y a là matière à investigation. Nous pouvons penser que les SSM Art.10 développent une offre différente, plus « spécifique », qui amène des demandes en nombre plus élevé et parfois plus « spécifiques » elles aussi. Nous pouvons également imaginer qu'ils sont plus facilement identifiés par les différents intervenants, notamment les professionnels des réseaux, et donc plus fréquemment sollicités (?).

Généralement, les équipes considèrent qu'il y a très peu de situations « urgentes », les exemples les plus souvent cités lors des interviews sont des situations d'enfants en danger ou d'adolescents ayant des idéations suicidaires avec un risque important de passage à l'acte. Il existe plus fréquemment des situations de crises. Parfois, il s'agit de situations qui deviennent insupportables pour les consultants à un moment donné (et font crise), mais dans lesquelles ces derniers vivent en fait depuis longtemps. Beaucoup de services prévoient alors des permanences, généralement téléphoniques, assurées par

Encart 3

Les délais d'attente et les modalités d'accueil
 Comme souvent, les données chiffrées concernant les délais d'attente ne nous renseignent que très partiellement sur la réalité du terrain. En effet, chaque service a son fonctionnement propre concernant la gestion des nouvelles demandes, de l'attente des consultants avant leur prise en charge, ainsi que des crises et des urgences. Il s'agit là de procédures régulièrement discutées en réunion d'équipe. L'IWSM a l'intention, dans les mois qui viennent, d'effectuer un recensement de l'ensemble des initiatives à ce sujet, afin de les diffuser et de permettre aux équipes de nourrir leurs réflexions. Ce travail devrait se faire en collaboration avec l'ATSMA.

Info : p.minotte@iwsmb.be

un intervenant psychosocial. Cet espace de dialogue, très rapidement accessible, est l'occasion d'apaiser la crise et d'évaluer le caractère d'urgence. Certaines équipes prévoient systématiquement des plages horaires libres dans les agendas afin de pouvoir y insérer une situation nécessitant une intervention rapide.

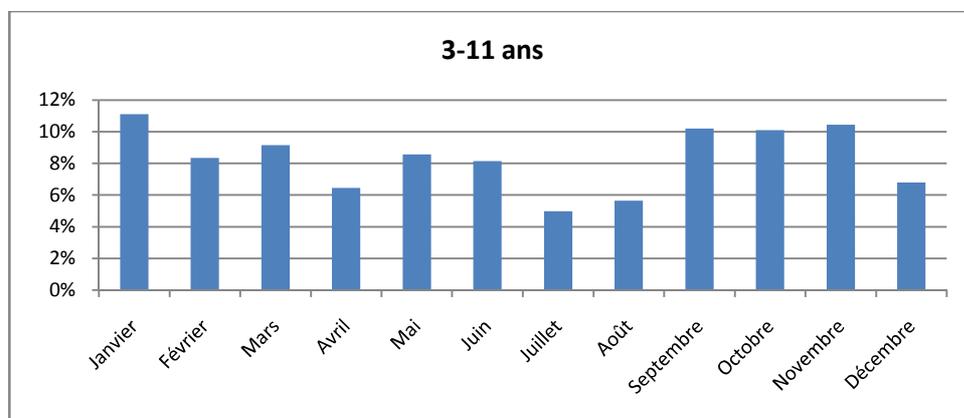
Indépendamment du caractère d'urgence de la situation, certains services prévoient de rappeler systématiquement à intervalles fixes, les consultants en attente d'un suivi. En plus de l'effet apaisant et de la création d'un lien positif entre le service et le consultant, cette méthode permet de « dégonfler » la file d'attente au fur et à mesure.

Notons cependant que, certains SSM sont à ce point débordé par les demandes que les dispositifs qu'ils mettent en place ne permettent pas de désengorger une file d'attente qui ne fait que s'allonger. Il arrive alors qu'ils réorientent systématiquement certains types de demandes vers d'autres services.

En fonction des services, les délais d'attente très longs concernent plus particulièrement certains types de professionnels. Les pédopsychiatres sont les plus concernés par cette difficulté, c'est généralement vers eux que les délais d'attente sont les plus longs. Néanmoins, ils ne sont pas les seuls concernés, loin de là.

Certains professionnels insistent sur le fait que les demandes relatives aux bébés doivent pouvoir être reçues le plus rapidement possible. En effet, deux mois d'attente pour un enfant de 3 mois n'ont généralement pas la même portée que pour un enfant de 6 ans...

Il existe également des périodes de l'année durant lesquelles les demandes affluent. Le graphique 3 l'illustre. Les mois de janvier, de septembre, octobre et novembre sont visiblement plus « courus » par les consultants.



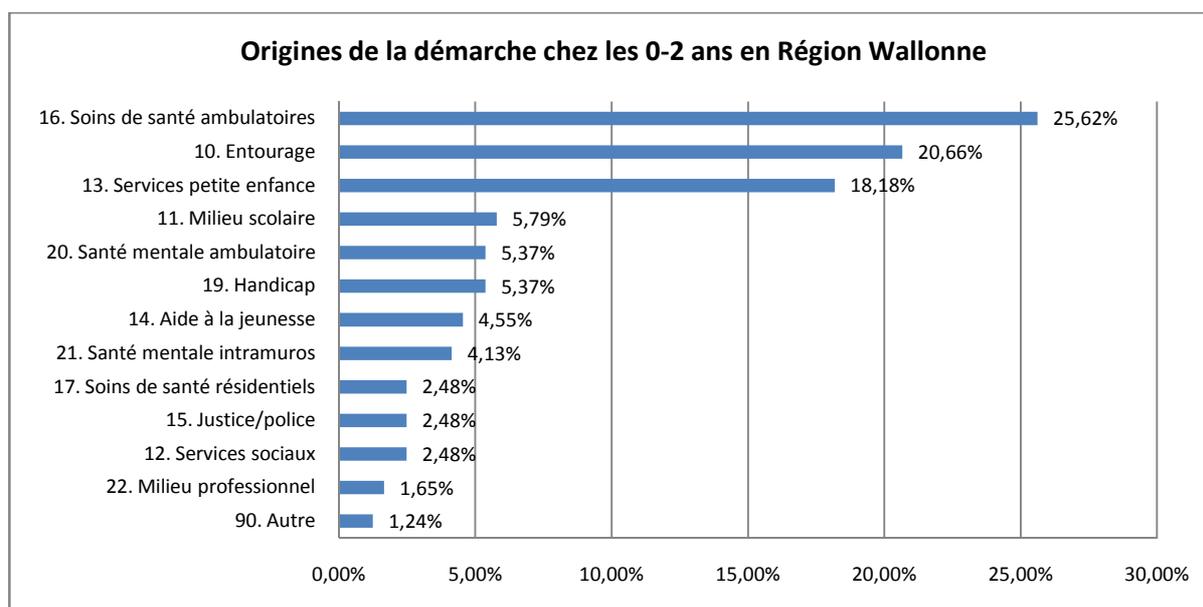
Graphique 3 : fréquence du premier contact des consultants en fonction des mois de l'année 2006 chez les 3-11 ans en Région wallonne. N = 6178

L'origine de la démarche

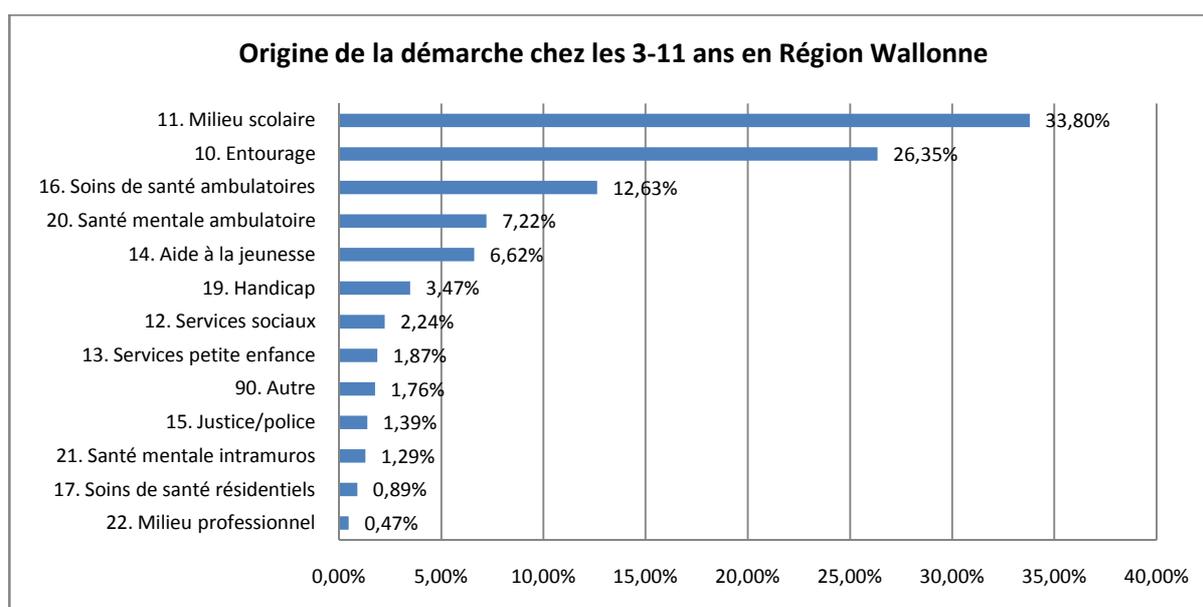
Quels sont les personnes ou les services qui ont orienté, contraint ou simplement influencé le consultant dans sa démarche, quelle que soit la nature de cette dernière ?

Nous avons choisi de vous montrer la répartition des origines de la démarche en fonction des tranches d'âges chez les 0-17 ans ainsi qu'un comparatif par Provinces pour les « pourvoyeurs » les plus importants.

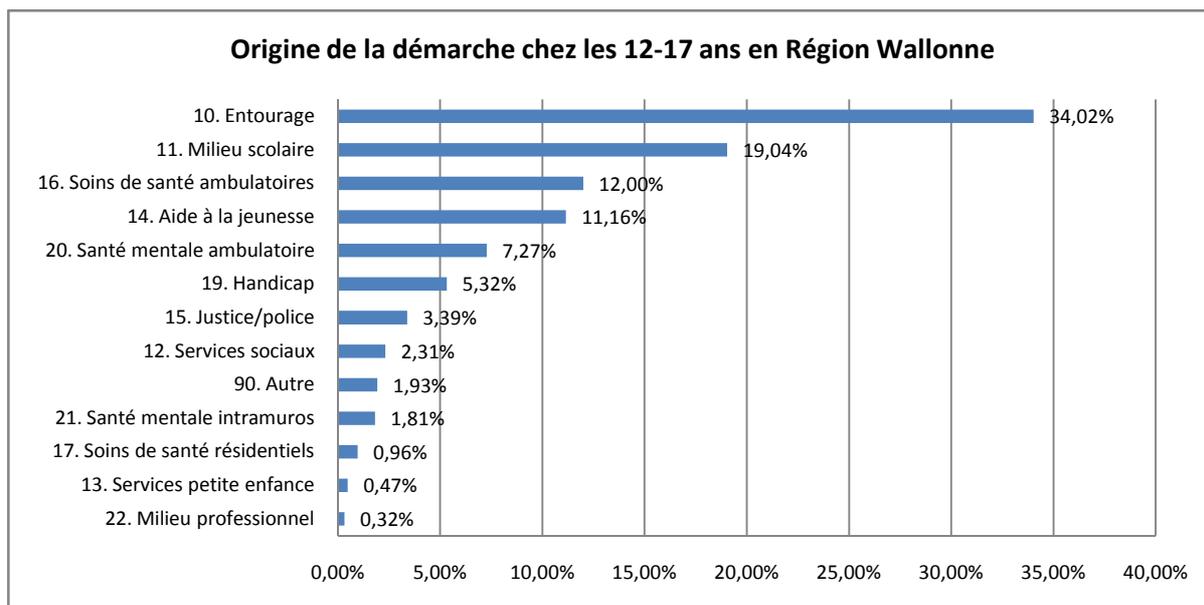
Les graphiques ne reprennent pas les encodages 0000 qui correspondent aux situations où la démarche n'est influencée par personne (l'item est donc « sans objet »). En effet, l'encodage du 0000 est très rarement fait, le plus souvent un vide est laissé dans la case. Celui-ci ne nous permet pas de savoir s'il est volontaire ou s'il s'agit d'un oubli.



Graphique 4: origine de la démarche chez les 0-2 ans en Région wallonne en 2006. N=242

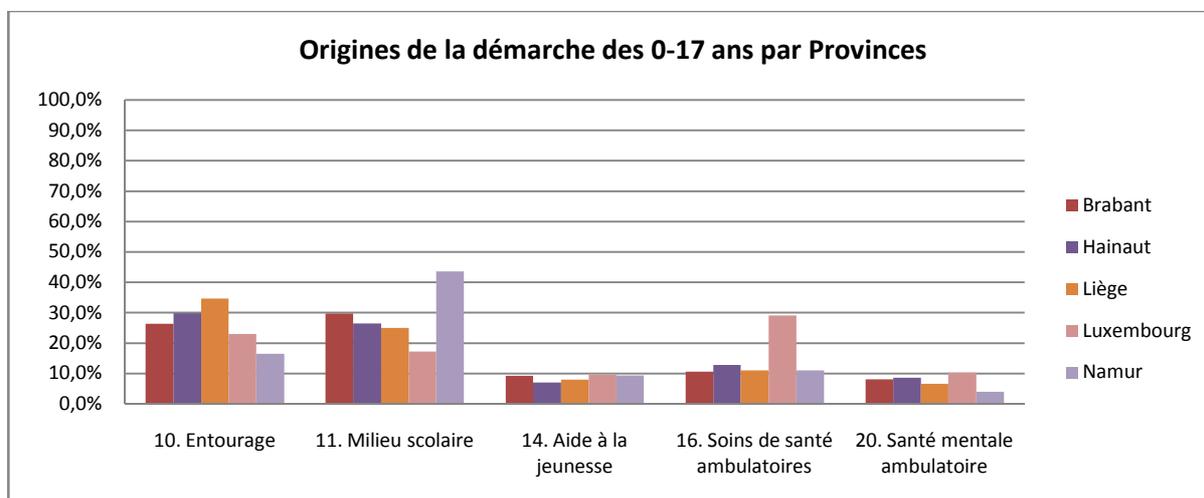


Graphique 5: origine de la démarche chez les 3-11 ans en Région wallonne en 2006. N=7054



Graphique 6 : origine de la démarche chez les 12-17 ans en Région wallonne en 2006. N=3424

En fonction de la tranche d'âge concernée, nous pouvons définir des « pourvoyeurs » clés. Pour les **0-2 ans**, nous retrouvons les soins de santé ambulatoires, l'entourage et les services petite-enfance. Pour les **3-11 ans**, assez logiquement le milieu scolaire prend largement le relais, suivi par l'entourage et les soins de santé ambulatoires. Enfin, chez les **12-17 ans**, l'entourage est largement prépondérant, suivi par le milieu scolaire, les soins de santé ambulatoire et l'Aide à la jeunesse.



Graphique 7 : comparaison des 4 principales origines des consultations en SSM en fonction des Provinces de la Région wallonne en, 2006. N=10720

Pour le graphique 7, afin d'effectuer une comparaison par Provinces sans être noyés d'informations, nous avons retenu uniquement les 5 « origines » principales. C'est ainsi que nous pouvons identifier quelques différences entre Provinces. Par exemple, il semble que le milieu scolaire soit particulièrement présent comme « approvisionneur » dans la Province de Namur avec près de 44 % des demandes faites pour les 0-17 ans. La tendance inverse s'observe dans la Province du Luxembourg où ce sont les soins de santé ambulatoires qui sont ici particulièrement actifs comme pourvoyeurs. Lorsque nous y regardons de plus près les données récoltées, ce sont les médecins

généralistes qui se sont montrés des intermédiaires des services particulièrement actifs dans cette Province en 2006.

Il serait intéressant d'étudier les « mécanismes » du passage de la « première » à la « seconde » ligne. Par exemple, il nous a souvent été rapporté, lors des interviews, que la présence d'un pédopsychiatre dans l'institution favorise l'émergence de « collaborations » (ou à tout le moins de demandes) avec les médecins généralistes. Ceux-ci allant plus volontiers adresser leur patient à un confrère là où d'autres les adressent à un « service ».

Encart 4

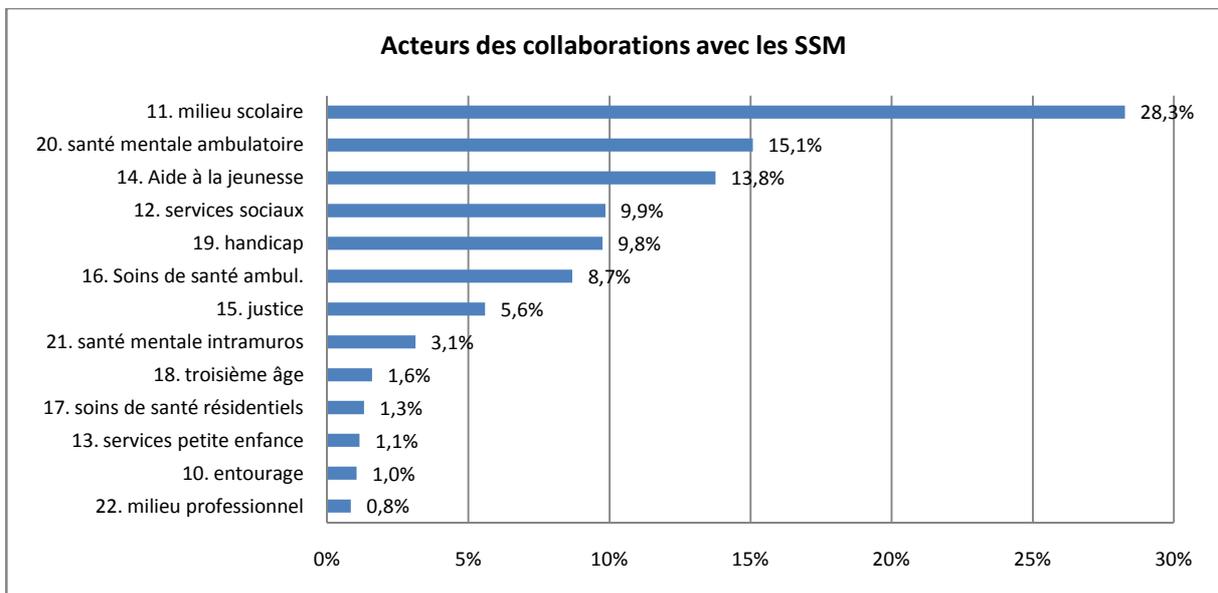
Recherche « Réseaux »

Notons à ce sujet les rapports de recherche « Travail en réseau en santé mentale » et « Enquête par questionnaire sur le travail en réseau en service de santé mentale en Région wallonne » réalisés par Isabelle Deliege, chercheuse à l'IWSM.

Info. : i.deliege@iwsmb.be

Nous pouvons mettre ces résultats en parallèle avec ceux obtenus pour l'analyse des « collaborations » encodées dans le volet « prestations » des rapports d'activités. Le graphique 8 nous permet d'observer que les acteurs des collaborations avec les SSM sont les mêmes que ceux impliqués dans « l'origine de la démarche » des consultants, ce qui est logique. Par exemple, le milieu scolaire arrive en tête dans les deux cas. Par contre, nous pouvons penser que certains « secteurs » ont une habitude plus grande du travail en réseau et/ou une plus

grande nécessité de par leur mandat à collaborer avec les autres services. C'est ainsi que la santé mentale ambulatoire et l'Aide à la jeunesse se retrouve en deuxième et troisième position, dépassant ainsi les soins de santé ambulatoire, pourtant à l'origine de beaucoup de démarches. Par exemple, un médecin généraliste sera fréquemment à l'origine d'une démarche, mais ne sera pas nécessairement amené à collaborer avec les SSM pendant la durée du suivi.

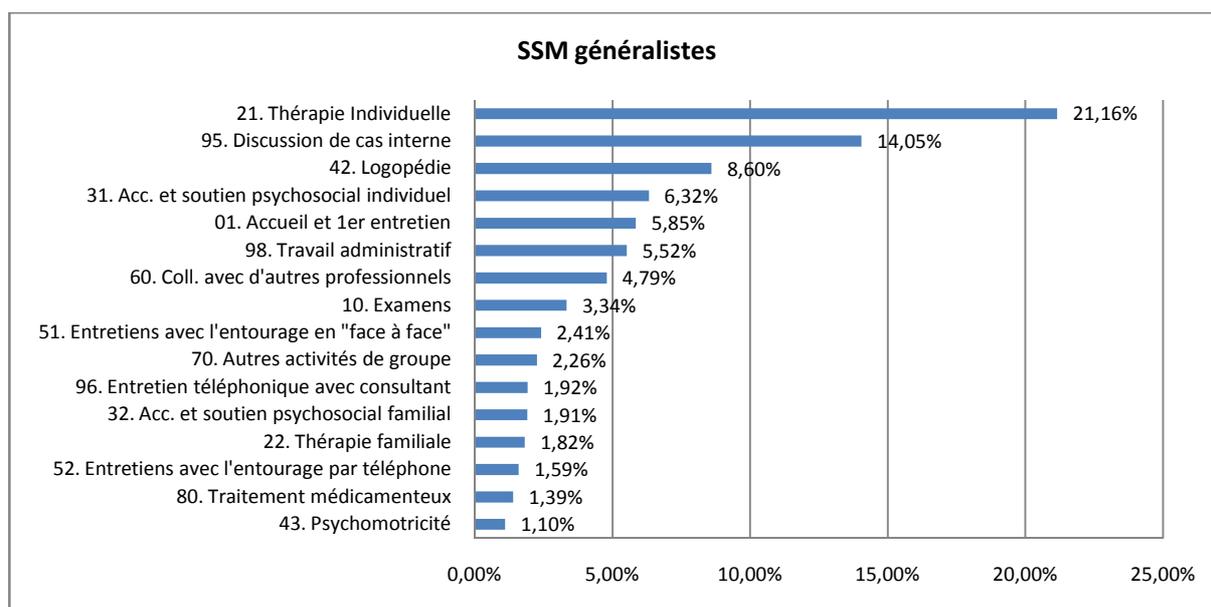


Graphique 8 : acteurs des collaborations avec les SSM en 2006. N = 3846

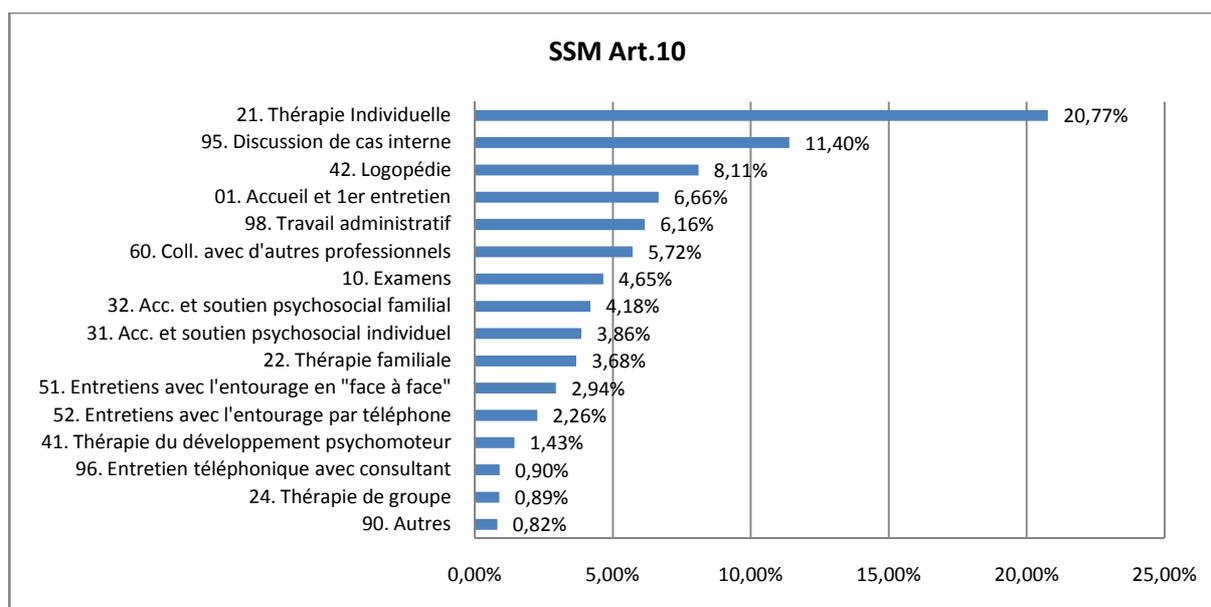
Les prestations

Nous nous sommes penchés sur les prestations des rapports d'activités 2006. Notons à ce sujet que les différents types de prestations représentent un « volume temps » variable et ne sont pas comparables entre elles. En effet, un encodage « thérapie individuelle » ne va pas correspondre en terme de temps écoulé à une « discussion de cas interne » ou un « entretien par téléphone »... Il convient d'avoir ceci à l'esprit lorsqu'on compare les « volumes d'activités ».

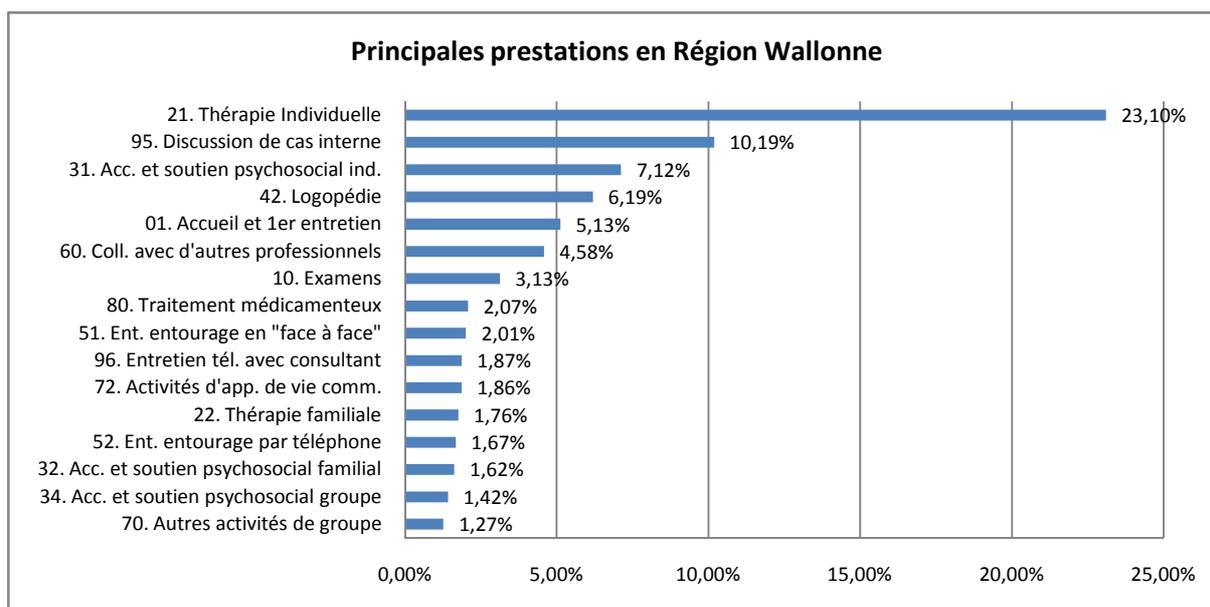
Les deux graphiques suivants reprennent les principales prestations dans les SSM « généralistes » et dans les SSM Art.10. Pour réaliser ceux-ci, nous avons un peu « triché » afin de les rendre plus lisibles en éliminant les postes représentant moins de 1 % de l'activité, mais aussi en supprimant les rendez-vous manqués et annulés.



Graphique 9 : classement des prestations encodées dans les SSM généralistes en 2006 en Région wallonne. N=158765



Graphique 10 : classement des prestations encodées dans les SSM Art.10 en 2006 en Région wallonne. N=61842



Graphique 11 : classement des prestations encodées dans les SSM en 2006 en Région wallonne. N = 416696

Tout d'abord, lorsque nous comparons les différents types de thérapies, nous pouvons constater que la thérapie individuelle reste la règle, quelle que soit la spécialité du SSM. Elle représente d'ailleurs 23,10 % du volume total des prestations, tous SSM confondus.

Les thérapies familiales sont finalement peu utilisées au regard du nombre d'intervenants formés à cette discipline et/ou se référant à la systémique dans leur pratique. Notons cependant que les thérapeutes qui travaillent avec les enfants sont souvent amenés à rencontrer les familles sans être dans un travail de thérapie familiale classique. L'encodage se fera alors à d'autres niveaux du rapport d'activités (par exemple, en 32 ou en 51). Mais il y a peut-être aussi ici un constat plus en profondeur à réaliser (ou en tous les cas intéressant à investiguer) concernant le décalage qu'il peut y avoir entre nos représentations théoriques et la pratique. Il s'agit là d'une question complexe et sensible qui pourrait faire l'objet d'un travail en soi.

Enfin, notons à ce sujet que l'on constate proportionnellement plus de thérapies familiales dans les SSM Art. 10 (3,68 %) que dans les SSM généralistes (1,88 %).

Les thérapies de groupes restent une pratique relativement peu fréquente, même si quelques initiatives intéressantes existent en Région wallonne. Il s'agit généralement de groupes organisés par tranches d'âges. Par exemple, 3 à 6 ans, 6 à 10 ans, adolescents... Ils sont le plus souvent proposés à des enfants ayant des inhibitions relationnelles qui rendent la thérapie en tête-à-tête laborieuse et/ou des enfants qui ont, au contraire, des problèmes d'impulsivité qui pourront être travaillés dans le groupe, etc. Les groupes thérapeutiques sont parfois utilisés comme solutions transitoires en attendant d'autres formes de prise en charge (les centres de jour ou l'enseignement spécial, par exemple). Les groupes peuvent également accueillir des jeunes enfants (par exemple, entre deux ans et demi et quatre ans) qui présentent des difficultés qui ne demandent pas la mise en place d'une thérapie individuelle, mais qui nécessitent une stimulation globale.

En fonction de l'âge des enfants, ces groupes prendront des formes différentes. C'est ainsi que chez les plus jeunes nous pourrions parfois parler de « groupes éducatifs » qui, s'ils n'ont pas nécessairement de visées thérapeutiques, ont des effets thérapeutiques. Ceux-ci comprendront, par exemple, des moments de discussion de groupe, la prise d'un goûter, la réalisation des devoirs, etc.

Notons que les équipes évoquent souvent une difficulté à maintenir ces groupes en place dans la mesure où il n'est pas facile de réunir un public relativement homogène de façon régulière. Bref, la

fréquentation n'est pas toujours au rendez-vous et l'activité a parfois du mal à tourner avec un effectif complet.

Enfin, certains de ces groupes se situent à l'interface des dimensions ludique, éducative, pédagogique et thérapeutique. Ils constituent parfois des « objets » originaux et non nécessairement « classables », mais souvent très intéressants dans l'ensemble du dispositif d'un service. Le travail en groupe est aussi parfois une porte d'entrée vers un travail individuel.

Les accompagnements et soutiens psychosociaux individuels constituent une part importante du travail. Les autres formes d'accompagnement et de soutien psychosocial sont moins utilisées et sont généralement liées à des activités plus spécifiques comme les clubs de jour, par exemple.

La logopédie constitue une part importante du travail effectué en SSM puisqu'elle représente 6 % du volume encodé toutes tranches d'âges et tous SSM confondus. Nous pouvons imaginer que cette proportion devient encore plus importante si nous envisageons uniquement les prestations adressées aux 3-11 ans. Le lien entre la forte fréquentation de cette tranche d'âge et l'importance de la logopédie en SSM peut être fait. Sans nous attarder sur cette question, nous pouvons néanmoins penser que l'histoire des « centres de guidances » permet probablement d'expliquer l'offre importante en logopédie.

Comme pour la psychomotricité, la logopédie exercée en service de santé mentale a ses caractéristiques dans la mesure où elle se nourrit et complète les éclairages des autres disciplines. Elle s'inscrit donc généralement dans une démarche et une appréhension du consultant plus globale que la simple rééducation.

La logopédie est décrite comme une « porte d'entrée » qui vient souvent en « première intention » dans les demandes des consultants (orienté par un enseignant ou un PMS, par exemple). Dans la majorité des cas, une prise en compte des aspects psychoaffectifs, relationnels et familiaux de la situation est nécessaire pour la voir évoluer. Seul un service pluridisciplinaire peut offrir cette possibilité.

La définition des limites du travail des logopèdes varie sensiblement en fonction des services. Les procédures imaginées permettent généralement de mieux articuler une appréhension globale du sujet. Par exemple, dans certains services, un psychologue est systématiquement présent lors du premier entretien avec la logopède et lors des moments de remise de résultats, afin de pouvoir plus facilement, si nécessaire, introduire un suivi psychologique.

Les personnes interviewées estiment que les demandes les plus fréquentes concernent les troubles de l'apprentissage (lecture, écriture et calcul) chez les enfants qui fréquentent l'école primaire. Viennent ensuite les troubles du langage, qui se manifestent généralement un peu plus tôt (enfants de 4 ans environ).

Beaucoup de demandes sont adressées en première intention aux services de santé mentale, mais il arrive également que les situations arrivent aux services après plusieurs séances en privés qui n'ont pas donné les résultats escomptés. Le travail de rééducation stricto sensu devant s'enrichir d'une approche pluridisciplinaire.

Les enseignants et les PMS sont des envoyeurs importants, parfois les médecins également.

Les thérapies du développement (psychomoteur)⁹ concernent les enfants entre 0 et 12 ans. Il existe une sorte de continuum dans les méthodes et les courants théoriques allant de la psychomotricité à visée strictement rééducative vers la thérapie du développement. Cette dernière est indiquée chez des enfants présentant des troubles à manifestation corporelle et/ou de la personnalité (troubles instrumentaux, dysharmonies évolutives, psychoses, ...). L'étendue de ces troubles révèle des altérations profondes de leur organisation mentale à partir d'un manque d'expériences du corps vécu et nécessite une prise en charge tenant compte de manière dynamique de tous les aspects du développement. Un espace transitionnel se construit, dans lequel les expériences perceptives et psychomotrices de l'enfant pourront s'intégrer pour lui permettre de construire son propre contenant mental et d'étoffer « son appareil à penser ». La pensée symbolique peut alors se développer à travers des scénarios fantasmatiques soutenus dans leur élaboration par le thérapeute (qui se réfère à la théorie psychanalytique).¹⁰

Comme la logopédie, la psychomotricité est une des « portes d'entrée » des services.

Les équipes qui travaillent avec les enfants et qui n'ont pas encore de thérapeute du développement ou de psychomotricien émettent fréquemment en entretien le souhait de pouvoir en intégrer. Ils pensent important (voire essentiel) de pouvoir s'adjoindre cette compétence dans le cadre de suivis d'enfants.

Les thérapies du développement psychomoteur et la psychomotricité représentent 0,99 % du volume total des activités, c'est la raison pour laquelle elles en sont pas présentes dans le graphique 11.

Notons l'importance de la thérapie du développement psychomoteur dans le Hainaut et sa faible représentation dans la Province de Liège et du Luxembourg. Ces différences sont probablement liées à l'essaimage des établissements de formation et à leur « zone d'influence ». C'est ainsi qu'à Namur, Charleroi et Bruxelles, plus de praticiens se reconnaîtront sous l'appellation « thérapeute du développement » et encoderont en conséquence. En Province de Liège, nous retrouverons, par exemple, plus de kinésithérapeutes ayant une formation complémentaire.

Par contre, l'ergothérapie est développée presque exclusivement dans la Province de Liège. Une partie importante de cet encodage est liée à l'activité de clubs de jour. Cette prestation s'exerce généralement en groupe, ce qui explique qu'elle soit quantitativement « vite volumineuse ».

Si nous nous penchons sur les SSM Art.10, la logopédie tient également le « haut du pavé », elle représente un peu plus de 8 % du volume total des activités encodées en 2006. Néanmoins, nous pouvons constater que le pourcentage de prestations logopédiques n'augmente pas proportionnellement au nombre d'enfants suivi en Art. 10 par rapport au nombre d'enfants suivis en SSM généraliste. Les SSM spécialisés « enfants » ne proposent pas plus de logopédie que les autres et développent donc leur spécificité dans d'autres activités.

Les discussions de cas internes et les collaborations avec d'autres professionnels représentent un volume important de prestations.

⁹ La dénomination actuelle est thérapie du développement.

¹⁰ Définition proposée par Madame Anne de Pierpont, formatrice à l'IFISAM.

Tout d'abord, constatons la difficulté d'encoder ce type d'activité et les différences qui existent entre personnes et entre services par rapport à ce type de prestation. Par exemple, encode-t-on systématiquement lorsqu'il y a eu échange autour d'une situation ou uniquement lorsqu'il y a eu officiellement réunion ?

Indépendamment de ces aspects techniques peu intéressants, le travail des services de santé mentale - et c'est probablement tout particulièrement vrai lorsqu'il s'agit de suivis d'enfants - se caractérise souvent par cet aspect d'interdisciplinarité et d'échanges. Les « équipes enfants » expriment souvent le fait que le travail en réseau s'impose souvent comme une évidence, ce qui ne veut pas dire qu'il est toujours facile. La complexité des situations qui se présentent aux intervenants à l'heure actuelle rend cette nécessité encore plus importante.

Que ce soit les discussions de cas interne ou les collaborations entre les professionnels, l'important est d'acter qu'il s'agit là d'une prestation en soi, importante pour le service et les consultants, qui prend une partie du temps des intervenants.

Les prestations « traitement médicamenteux » sont plus importantes en SSM « généralistes » qu'en SSM Art. 10. Les clubs de jours et les SSM recevant spécifiquement des adultes prescrivent plus, au vu de l'encodage (ce qui semble logique). À ce sujet, lors des interviews (que ce soit pour cette recherche ou dans d'autres contextes) des intervenants du secteur de l'enfance, que ce soit en santé mentale, dans les écoles ou dans l'Aide à la jeunesse, soulignent la médication de plus en plus fréquente des enfants et des adolescents. Ce constat ne concerne pas spécifiquement la pratique des services de santé mentale, mais est notamment relayé comme inquiétude par certains intervenants des services. Nous nous permettons de relayer ce point de vue, car il a fréquemment été cité comme sujet d'inquiétude et pourrait faire l'objet d'un travail de recherche mené par un service compétent en la matière.

Enfin, pour construire le graphique 11, nous avons volontairement exclu les encodages « rendez-vous annulés » et « rendez-vous manqués », pour ne pas les envisager en terme de « volume de travail presté »... Ils constituent néanmoins des données intéressantes puisque, si le nombre des rendez-vous manqués et annulés est comparé à la somme des prestations impliquant un rendez-vous avec un consultant, ce pourcentage s'élève à 16 % c'est-à-dire que, selon les chiffres des rapports d'activités, un rendez-vous sur 6 ou sur 7 est manqué ou annulé.

L'état du dossier en fin d'année et la durée des suivis

Nous retrouvons de nombreuses incohérences dans l'encodage lorsqu'il s'agit de dénombrer l'état des dossiers en fin d'année ou encore de calculer le temps des prises en charge. C'est ainsi que des items tels que « date de l'ouverture du dossier », « date du premier contact » ou encore « date du début de la prise en charge » sont, semble-t-il, remplis de différentes façons. Le problème vient principalement des dossiers « réactivés » qui correspondent aux suivis qui s'interrompent pendant une période, parfois longue, et reprennent ensuite. La notion de dossier « réactivé » interpelle par rapport à ses acceptions variables d'une équipe à l'autre. Il en a notamment été question lors des travaux relatifs à la refonte de la fiche épidémiologique. Nous pouvons ainsi imaginer que certains dossiers s'ouvrent et se ferment à différents moments sur des périodes s'étalant sur plusieurs années. Il n'est pas évident de rendre compte de cette réalité dans les rapports d'activités.

Les activités d'information, de prévention et de recherche

Il est compliqué de rendre compte de ce domaine d'activités des SSM à l'aide d'indicateurs chiffrés tant il est riche et tant chacune de ces activités se laisse difficilement résumer par un indicateur. Cette diversité et cette abondance expriment bien l'implication des SSM dans l'ensemble des réseaux médico-psychosociaux. Les activités dont le thème concerne « la petite enfance », « l'enfance » ou « l'adolescence » (encodage 11, 12 et 13) constituent 1/3 de l'ensemble des activités « d'information, de prévention et de recherche »¹¹. Pour résumer en quelques lignes, sans vouloir être exhaustifs, nous pouvons dire que les activités concernant le champ de l'enfance et de l'adolescence prennent différentes formes :

☞ De l'information, des formations, des supervisions, des « rencontres », s'adressant à des équipes PMS, ONE (TMS), SAJ, SPJ, des puéricultrices, des éducateurs de maison d'enfants, des instituteurs, les intervenants psychosociaux en général, etc.

☞ Des rencontres avec le public cible (enfants et parents) dans des lieux d'accueil comme les salles d'attente et les consultations de l'ONE, les Maisons ouvertes ou vertes, les écoles des devoirs, des espaces de jeux et de lecture de contes, des animations de quartiers, etc.

☞ Des réunions entre professionnels afin de coordonner le travail de réseau (ex. plate-forme psychiatriques), d'organiser une réflexion autour de certains thèmes (ex. le testing 0 to 3), d'échanger autour des pratiques (ex. groupe des logopèdes), des comités d'éthiques, etc.

☞ Des animations de prévention concernant les assuétudes, la violence, la maltraitance, etc.

☞ De la psychomotricité avec des groupes d'enfants.

☞ Des conférences, des colloques, des symposiums, etc.

☞ Des activités de soutiens à la parentalité au travers de groupes de paroles pour parents, par exemple.

☞ De la formation/information pour adultes « tout-venant », par exemple des cours de massage pour bébés.

☞ Des supervisions de stagiaires, de « mémorants », de professionnels, etc.

☞ Etc.

Les participants des activités développées par les SSM (tous SSM confondus) sont principalement des professionnels (79 %). Dans les 21 % restant, à destination des non-professionnels, 22 % concernent les 0-5 ans, 9 % les 6-12 ans, 10 % les adolescents¹².

¹¹ Néanmoins, ce qui concerne les moins de 18 ans ne se limite pas à celles-ci puisque, par exemple, la supervision des accueillantes de l'ONE peut être encodée en 23, « problématique liée aux activités professionnelles ».

¹² Pourcentage réalisé sans tenir compte de la fréquence ou de la durée des prestations. Il s'agit juste d'une évaluation à partir du nombre des activités renseignées.

Pour terminer, quelques constats et quelques pistes...

Comme nous l'avons annoncé au début de cette synthèse, nous n'allons pas, à ce stade, formuler de conclusions, ce serait contraire à l'esprit de ce travail. Nous nous sommes emparés de la matière première fournie par les rapports d'activités, enrichis de quelques interviews, pour formuler des constats qui ne pourront prendre sens que dans une investigation approfondie faisant appel à une analyse qualitative dans le cadre d'une collaboration avec les acteurs de terrain.

☞ Le personnel des Services de santé mentale, au même titre que les travailleurs de première ligne impliqués dans l'éducation et l'Aide à la jeunesse, a beaucoup à nous apprendre des effets divers des mutations profondes de notre société ces dernières décennies. C'est ainsi que **l'ensemble des intervenants interviewés témoigne d'une évolution dans la nature des situations qu'ils ont à gérer** actuellement. Certains « cas » rencontrés sont qualifiés de « chaotiques » :

- complexité et éclatement des structures familiales ;
- cadre familial en difficulté pour fixer des limites et se montrer « contenant » ;
- absence du père ;
- multiplication du nombre des intervenants dans un travail en réseau malaisé et parfois insatisfaisant, collaborations intersectorielles délicates (AAJ, justice) ;
- précarité aussi bien matérielle que relationnelle et affective ;
- des problèmes de violence et des addictions de plus en plus précoces ;
- des situations psychopathologiques de plus en plus sévères ;
- etc.

En parallèle de cela, beaucoup de professionnels témoignent de leur désir et de la nécessité qu'il y a à se former en continu pour pouvoir répondre à ces changements. Certains voient dans l'optimisation du travail en réseau une des principales réponses possibles à ces nouvelles données. Bref, il y a là tout un domaine à explorer patiemment afin d'aider les services à répondre à ces demandes extrêmement complexes. L'Institut Wallon pour la Santé Mentale développe ainsi certaines pistes de réflexion en lien avec ces constats du terrain, par exemple :

- Un groupe de travail sur la question de la prise en charge des mineurs présentant des troubles psychiatriques associés à des difficultés comportementales graves (passage à l'acte violent et/ou sexuel transgressif). (cf. encart 5)
- La Commission thématique « pédopsy » pose en première intention cette question « complexité et impasses ». (cf. encart 2)
- Une recherche-action menée en collaboration avec le service du Gerseau du SSM de Braine l'Alleud prévoit dans son dispositif la mise en place d'un groupe de travail traitant des questions de « précarité et complexité » en essayant de voir dans quelle mesure la clinique « en milieu de vie » permet de répondre à ces questions. (cf. encart 1)
- La recherche sur le « Travail en réseau en santé mentale » à propos de laquelle un rapport a été diffusé en octobre 2007 et son prolongement « Enquête et questionnaire sur le travail en réseau en Service de Santé Mentale en Région Wallonne. (cf. encart 4)

☞ En plus de la complexité des situations, il est apparu au fil des entretiens un certain nombre de carences dans l'offre adressée au moins de 18 ans et qui mettent les services en difficultés lorsqu'ils doivent gérer avec les familles une attente parfois très longue pour intégrer telle ou telle structure. C'est ainsi que les lieux d'accueil pour adolescents sont systématiquement évoqués. Notamment, le besoin en structure d'accueil pour adolescents en crise, ou encore des structures d'accueil pour enfants ou adolescents psychotiques, des lits K d'urgence, etc. L'objectif n'est pas ici de faire une liste exhaustive des manques, mais bien de souligner le fait que **le travail des services est souvent**

rendu compliqué à cause de ceux-ci. Ils sont parfois obligés de bricoler des solutions de fortune avec les moyens du bord. Les conséquences de ce constat peuvent s'avérer désastreuses dans certaines situations. C'est ainsi que les orientations s'effectuent souvent en fonction des places disponibles plus que des besoins du jeune. Celui-ci se trouve parfois, « en attendant » et pour longtemps, dans des services qui ne lui correspondent pas. La prise en charge peut s'en trouver morcelée, sans un « fil rouge » pour faire lien et sens.

Le travail en réseau est ici encore souvent évoqué pour arriver à « faire le mieux possible malgré tout ». Les travaux réalisés à ce sujet¹³ montrent les difficultés de communication et de collaboration entre les secteurs impliqués dans le suivi et la prise en charge des enfants. Les missions, les objectifs, les responsabilités et surtout les représentations des uns et des autres varient sensiblement. Il est probable que plus d'interpénétration entre secteurs doit être favorisée. Néanmoins, nous pouvons légitimement nous demander si le « Réseau » n'est pas porteur de trop d'attentes ? Les collaborations entre services peuvent constituer une des réponses, mais probablement pas la seule.

Le développement des pratiques de réseau, dans le cadre de collaborations autour de situations cliniques par exemple, a le mérite de mettre en question (en tension) de façon continue la place de chaque acteur dans le dispositif d'offre. Même si cette question n'est pas nouvelle (évidemment), l'intensification des collaborations et des interactions la « démocratise » en quelque sorte. Chaque rencontre entre services est l'occasion d'un questionnement, plus ou moins conscient et explicite, sur son identité, son mandat, sa fonction... Il s'agit probablement là d'un effet majeur et positif du « réseau boom », nous allons vers une meilleure connaissance de nous-mêmes et des autres.

Encart 5

Groupe de travail sur la question des mineurs présentant des troubles psychiatriques associés à des difficultés comportementales graves (passages à l'acte violent et/ou sexuel transgressif).

Lancé le 19 juin 2008, ce groupe qui réunit une vingtaine de participants issus de la santé mentale et de l'Aide à la Jeunesse, va se pencher sur les recommandations déjà formulées dans d'autres groupes et recherches pour en tirer ses propres conclusions au regard de la situation actuelle. Où en est-on actuellement concernant ces prises en charge complexes ? Quelles recommandations prioritaires pouvons-nous pointer ? Quelles initiatives intéressantes peuvent être mises en valeur ?

Ce groupe se réunit tous les deux mois et circule dans les différentes institutions des participants. Il est également l'occasion de créer des contacts entre institutions.

*En parallèle de ce groupe, en collaboration avec la Plate-forme Namuroise de Concertation en Santé Mentale, des séances de travail sur **la prise en charge en matière d'assuétudes chez les jeunes** ont été planifiées : quels sont les besoins ? Quelles réponses existent ? Quels espaces sont à créer ?*

Info. : p.minotte@iwsmb.be

¹³ Voir notamment le travail de Luc Blondieau « Un adolescent, sa famille, des intervenants... un vrai défi ». Rapport gratuit publié par le Conseil d'Arrondissement de l'Aide à la Jeunesse de Namur et la Plate-forme Namuroise de Concertation en Santé Mentale en juin 2005.

Les services de santé mentale sont au cœur de ce processus. Il existe un nombre important de pistes de travail et de questionnements à ce sujet. Parmi les plus « classiques » : jusqu'à quel point faut-il formaliser les réseaux et les fonctions de ses acteurs ? À partir de quand les mesures favorisant les démarches de réseau risquent de les scléroser et d'annihiler leur potentiel créatif ? Comment construire un cadre et des moyens financiers qui facilitent sans prescrire l'uniformisation ? Comment faire en sorte que le patient soit le vrai bénéficiaire de tout cela ? Comment faire en sorte que les réseaux s'organisent autour du patient et de ses intérêts plus qu'autour d'autres contraintes (administratives, affinitaires, structurelles, etc.) ? Comment favoriser des collaborations constructives et motivantes entre intervenants de secteurs différents ? Comment dépasser les conflits et les clivages intersectoriels ? Quelles sont les questions éthiques posées par les réseaux et les réponses apportées par les différents acteurs ? Etc. (cf. encart 7)

☞ Si nous nous sommes intéressés spécifiquement au Service de Santé Mentale Art.10, c'est en nous questionnant sur ce qui caractérise une « offre » adressée spécifiquement aux enfants et aux adolescents. En quoi se distingue-t-elle d'une offre « généraliste » ?

Il semble difficile, à travers le prisme des rapports d'activités, de pointer des différences majeures entre les SSM Art.10 et les autres (si ce n'est l'âge des consultants). Il faut dire que l'article 10¹⁴ n'a d'autre vocation que de permettre au SSM de déroger à l'obligation d'accueillir toute demande pour se concentrer sur les enfants et les adolescents. Il ne stipule aucune autre condition et, encore moins, ne prescrit des pratiques.

Nous noterons, concernant ces services, proportionnellement moins de prestations logopédiques¹⁵ et un peu plus de thérapies familiales et d'examen. Il est évident que les services « généralistes » et les services « Art. 10 » ne constituent pas des catégories homogènes et que chaque SSM développe des projets et une façon de travailler qui lui est propre. Il y a cependant un intérêt à se demander s'il se dégage des éléments communs dans l'offre et/ou dans la façon de travailler des services qui proposent une offre spécifique « enfants ». Dans cet ordre d'idée, il serait probablement intéressant d'investiguer la question de ce que nous appellerons les « offres pointues ou spécifiques » comme

Encart 6

Recherche sur les collaborations dans le champ de la santé mentale des enfants et des adolescents sur le territoire de la Plate-Forme de Concertation en Santé Mentale des Régions du Centre et de Charleroi.

Mené par l'IWSM pour la PFCCC, ce travail, qui s'étale sur deux ans et s'adresse à une centaine de structures, s'attache plus précisément à :

- identifier et caractériser l'offre des institutions actives sur le territoire de la Plate-forme dans le champ de la santé mentale (ou qui ont une activité en lien avec le secteur de la santé mentale) et qui s'adressent aux enfants et/ou aux adolescents (de 0 à 18 ans). L'objectif est de rédiger un répertoire de ces institutions et d'identifier les carences en équipement ;

- identifier les collaborations existantes entre les institutions, avec pour objectif d'analyser ces interactions.

Les résultats permettront aussi et surtout d'interpeller les autorités compétentes quant aux lacunes dans la prise en charge des enfants et des adolescents.

Info : m.viaene@iwsmb.be

¹⁴ Art. 10 du décret du 4 avril 1996 organisant l'agrément et le subventionnement des services de santé mentale : Le service de santé mentale peut, à titre exceptionnel et moyennant un agrément mentionnant cette particularité, se spécialiser dans la prise en charge d'enfants et d'adolescents.

¹⁵ Moins si on ramène les résultats à la proportion d'enfants qui fréquentent les services.

les demandes d'expertises, par exemple. Concernant cette question, seuls certains services acceptent ce type de demandes qui sont lourdes en terme d'implication, de responsabilités et de volume de travail.

☞ Concernant l'âge des consultants, comme nous l'avons déjà souligné, la faible fréquentation des moins de 3 ans pose question lorsque nous savons qu'un nombre important des problématiques les plus sévères prennent racines dans les toutes premières années de vie. Il ne faut pas se montrer utopiste et imaginer tout prévenir, mais il semblerait cohérent de promouvoir des dispositifs en adéquation avec nos connaissances sur l'étiologie des troubles. La construction des liens précoces entre un enfant et sa famille est déterminante dans son devenir. Les

Encart 7

« Passager du réseau ? », c'est le thème choisi pour les prochains « **Etats Généraux de la Santé Mentale** ». Programmés en novembre et coordonnés par l'IWSM, ils seront l'occasion de faire le point sur le travail en réseau et la place réservée aux usagers dans ce cadre. Vous avez été nombreux à nous faire des propositions pour alimenter la réflexion, échanger les initiatives et interroger les pratiques, avec, au final, un programme qui se construit sur base de vos préoccupations. L'invitation est lancée... Rendez-vous le vendredi 28 novembre prochain au Palais des Congrès à Namur.

écueils éventuels à cette étape de la vie peuvent avoir des conséquences funestes pour l'individu alors qu'un travail thérapeutique, au dire des spécialistes, peut donner de très bons résultats et modifier conséquemment et positivement une trajectoire de vie. Sortir le plus vite possible des impasses relationnelles et amorcer des dynamiques (cercles) « vertueuses » est probablement la meilleure réponse à apporter aux lourdes pathologies du lien dont les professionnels constatent l'augmentation. Mais travailler dans ce sens pose d'autres questions... Qu'en est-il de la demande (de son absence) des bénéficiaires ? Quelles offres proposer pour les bébés et les jeunes enfants qui suscitent des demandes ? À partir de quand est-on dans le contrôle social ? Quelles sont les initiatives déjà en place et à valoriser et soutenir ? Qu'est-ce que les services de santé mentale peuvent imaginer comme offre spécifique ?

☞ De façon plus générale, en lien avec le chapitre précédent, il serait intéressant de confronter les représentations étiologiques dominantes et les pratiques dominantes dans le champ curatif de la santé mentale. Une hypothèse pourrait être qu'il existe un hiatus entre les deux. D'un côté, des représentations partagées par beaucoup de professionnels mettent l'accent sur l'importance déterminante des premières années de vie et du contexte relationnel et familial et de l'autre une offre qui concerne principalement les enfants à partir d'un certain âge et dans laquelle le travail individuel domine. Il s'agit évidemment d'un raisonnement « à la grosse louche », mais qui n'est pas sans intérêt...

☞ Comme nous l'avons déjà dit, la question de l'offre adressée aux enfants et aux adolescents dans les services de santé mentale ne peut se traiter uniquement par des chiffres. Il faudrait, idéalement, appréhender et rendre compte de la diversité des pratiques et des initiatives tout en faisant apparaître ce qui est commun à tous ou partagé par une partie. C'est ainsi que nous sommes forcés d'osciller entre le quantitatif et le qualitatif. De la même façon, pour comprendre une offre, il faut pouvoir la situer dans son contexte. C'est à cette seule condition que nous pouvons en déterminer la pertinence. Dès lors, il nous apparaît important de souligner l'intérêt qu'il y a à développer une meilleure connaissance des différents territoires, des populations, des réseaux et sous réseaux qui les traversent. Les données récoltées dans ce rapport n'ont de sens que dans un « biotope » psycho-médico-social, lui-même inclus dans un contexte social, économique, culturel et politique (et épidémiologique) plus large. Tous ces éléments étant en interrelation entre eux et ne pouvant être isolés les uns des autres que très artificiellement. C'est pourquoi il est intéressant de tendre vers une appréhension de cette complexité si l'on veut donner sens aux données récoltées. Il y a donc probablement beaucoup à apprendre d'approches centrées sur la bonne connaissance de dynamiques locales dans ce qu'elle peut avoir d'universel, mais aussi de singulier. Cette démarche passe inévitablement par une appréhension transversale du dispositif d'aide en santé mentale. (cf. encart 6)

Nous avons essayé de rendre compte de quelques résultats qui nous semblaient intéressants, obtenus à partir des rapports d'activités et d'interviews de services et d'acteurs de terrain, en laissant une large part aux questionnements.

Si l'aspect quantitatif de ce travail est terminé, il se prolonge maintenant sous une forme différente au travers notamment de groupes de travail que nous avons pu évoquer dans les encarts ci-dessus.

Nous tenons finalement à affirmer notre disponibilité et notre ouverture à l'écoute des avis et des témoignages suscités par la lecture de ce rapport où par les questions qu'il soulève.