



Appui



Observatoire



Recherche



Information



Concertation

Sondage des Services de Santé Mentale dans un contexte de réformes multiples

Pascal Minotte, Marie Lambert et Alexis Vanderlinden

Sous la direction de Christiane Bontemps

Mars 2017



Les objectifs de l'enquête et sa méthodologie

Le secteur de la santé mentale traverse une période de changements en matière d'organisation des soins. La réforme psy107 et la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents mobilisent actuellement l'ensemble des acteurs du secteur et orientent ce que sera l'offre dans les années futures. À ces réformes s'ajoutent d'autres « questions » qui font débat dans les services de santé mentale. Nous pensons notamment aux lois relatives à l'exercice de la psychothérapie et de la psychomotricité, mais aussi aux travaux en cours concernant le financement des SSM et à la révision du décret qui les encadre et enfin au « rapport KCE (265Bs) » sur l'organisation et le financement des soins psychologiques.

Dans ce contexte de « réformes multiples », il nous a paru intéressant de voir comment les services trouvent leur place dans ces changements et comment ils envisagent le futur. C'est pourquoi nous les avons tous contactés en leur proposant de répondre en équipe à un questionnaire comprenant deux axes principaux et sept items.

Le premier axe s'intéresse à la participation des SSM à la mise en place de la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents (que nous nommerons « la nouvelle politique enfants » dans la suite du document) et à leurs représentations et motivations concernant celle-ci. Concrètement, nous leur avons demandé :

1. À quelles réunions de mise en place du réseau avez-vous participé depuis 2015 ?
2. Avez-vous participé à la rédaction de documents dans ce contexte ? Avez-vous participé à l'amendement de textes ?
3. Avez-vous participé à des prises de décision ?
4. Qu'est-ce qui a motivé votre choix de participer ou non à telle ou telle partie du processus ?
5. Dans l'état actuel de vos connaissances sur ce qui se met en place, à quelles réunions et/ou actions concrètes du nouveau réseau pensez-vous participer dans le futur ? Dans quelles instances du réseau aimeriez-vous être présent ?

Le second axe de notre enquête s'intéresse de façon plus large à l'ensemble des réformes en cours et au contexte évoqué au début de ce chapitre, mais aussi à la façon dont les services voient leurs pratiques évoluer dans le futur. Ainsi, nous leur avons demandé :

6. Selon vous, qu'est-ce que les nouvelles politiques en matière de santé mentale (enfants, adolescents et adultes) vont changer dans votre manière de travailler ces prochaines années ?
7. Dans quel sens estimez-vous important qu'évoluent (ou non) l'offre et les pratiques que votre SSM propose dans les années à venir, tenant compte du contexte de réformes dans le champ de la santé mentale ?

Évidemment, vous aurez noté que « la nouvelle politique enfants » est encore en construction au moment de la rédaction de ce rapport et que la participation et les représentations des SSM vont évoluer dans les mois et les années futures. C'est la raison pour laquelle nous considérons ce sondage comme la première étape d'un processus longitudinal sur les moyen et long termes. Il sera intéressant de refaire un sondage dans un puis trois ou quatre ans afin de voir comment tout cela a progressé.

De plus, au-delà de la récolte de données, nous savions que le fait de demander aux équipes de répondre à ces questions après concertation allait amorcer chez celles-ci un processus de réflexion. Il va de soi que certaines équipes s'étaient déjà emparées de ces sujets avant notre

intervention, mais les réactions récoltées lors des interviews nous ont montré que nous avons été à l'origine d'une formalisation d'un travail de réflexion autour des changements en cours pour une proportion non négligeable de SSM.

Ainsi, les interviews ont été réalisées – de mai à novembre 2016 – par téléphone, auprès des directions administratives, à la manière d'un entretien semi-directif, après concertation de celles-ci avec leurs équipes. Les répondants ont été invités à s'exprimer librement sur un nombre limité de questions ouvertes (présentées au début de ce chapitre). Celles-ci ont été volontairement rédigées de façon très générale (surtout concernant le deuxième axe). Par exemple, nous n'avons pas explicitement fait référence aux travaux en cours concernant le financement des SSM et la révision du décret, au « rapport KCE » et aux lois relatives à l'exercice de la psychothérapie et de la psychomotricité. Ces différents points ont été abordés lorsque les services les mentionnaient. Notre objectif est de faire une photographie à une période donnée des représentations des services et des éléments de contexte qui font sens pour eux. Ainsi, certains SSM ont répondu en faisant référence de façon assez précise aux différents « dossiers » évoqués plus haut et d'autres ne les ont pas mentionnés ou n'en ont mentionné qu'une partie.

De cette façon, lorsque les services ont répondu aux deux questions concernant le futur de leurs pratiques (axe 2), elles ont mentionné explicitement les thématiques suivantes :

- Le psy107 (63%)
- La nouvelle politique enfants (58%)
- Le rapport KCE (48%)
- La loi relative à l'exercice de la psychothérapie (36%)
- Le financement des SSM (13%)
- La révision du décret SSM (6%)
- La loi relative à l'exercice de la psychomotricité (6%)

Après avoir été retranscrites, les interviews ont été analysées avec l'aide d'un logiciel (Nvivo 11). Ainsi, lorsqu'une « catégorie sémantique » est mentionnée, celle-ci est associée à un pourcentage qui renseigne sur la proportion de services ayant évoqué l'idée en question. Par exemple, la réforme « psy107 » a été évoquée par 40 SSM sur 64, c'est-à-dire 63% des services. Le lecteur peut ainsi facilement se faire une représentation de l'importance de la catégorie en question. Évidemment, si la réforme psy107 a été évoquée par 63% des participants, cela ne nous dit rien des 37% qui n'ont pas mentionné cette réforme. De la même façon, nous pourrions voir dans ce rapport que 30% des services redoutent le développement d'une approche managériale de la santé mentale. Concernant les 70% qui n'ont pas mentionné cette idée, nous ne savons pas s'ils redoutent cette approche. Nous savons juste que cette idée n'a pas été mentionnée par ces équipes au moment où ils ont imaginé le futur du service. De plus, notons également qu'un même service pourra évoquer plusieurs des catégories sémantiques mentionnées dans les sous-chapitres de ce rapport de telle sorte que la somme des pourcentages s'y rapportant n'est pas nécessairement égale à 100.

Enfin, il est intéressant de constater que nous avons été soumis à un dilemme au moment de la rédaction de ce rapport. En effet, nous avons dans un premier temps pensé présenter les résultats dans l'ordre des questions. Cependant, il nous est rapidement apparu que ce ne serait probablement pas la meilleure façon de rendre compte de ce que nous avons pu percevoir des représentations et préoccupations des services. Nous avons donc décidé de débiter l'analyse des résultats en relayant les inquiétudes massivement évoquées par ceux-

ci. Nous avons fait ce choix pour deux raisons. Tout d'abord, ces idées ont été, quantitativement parlant, les plus mobilisées par les SSM lors des interviews. Ensuite, elles apportent des éléments de compréhension importants pour appréhender la façon dont les services accueillent les changements actuels.

Les données récoltées

La quasi-totalité des SSM a répondu à notre sollicitation. Par ailleurs, la majorité d'entre eux (80%) a répondu après concertation avec l'ensemble de l'équipe (tableau 1). Pour les autres répondants (17%), ce sont les directeurs administratifs (DA) et/ou thérapeutiques (DT) qui ont répondu sans concertation en réunion d'équipe. Notons à ce sujet qu'il s'agit d'une thématique régulièrement débattue dans certains services de telle sorte que certains DA et/ou DT se sentaient en capacité de refléter la sensibilité de leurs équipes sans pour autant se concerter une nouvelle fois avec elles.

Réponses concertées avec l'ensemble de l'équipe ou non	
En équipe	80,0%
Uniquement DA et/ou DT	16,9%
Info non disponible	3,1%

Tableau 1 : Proportion des interviews dont les réponses ont été concertées avec l'ensemble de l'équipe (N=64)

Pour l'analyse des résultats concernant l'implication dans la mise en place de « la nouvelle politique enfants », nous avons retiré les SSM qui se disent peu concernés parce qu'ils ne reçoivent presque exclusivement que des adultes.

En résumé, sur les 65 DA sollicités, 64 ont répondu. Parmi ceux-ci, 5 se sont dits peu concernés car « orientés adultes ». Au final, les données chiffrées sur l'implication des SSM dans la mise en place des réseaux de « la nouvelle politique enfants » concernent 59 SSM (axe 1 du questionnaire).

Type de SSM	
SSM « orientés adultes »	5
Équipe généraliste	40
SSM avec équipe "enfants"	19
Total général	64

Tableau 2 : Spécificité des SSM qui ont répondu en fonction de la population "enfants – adolescents"

Pour l'analyse des questions de l'axe 2 concernant la façon dont les services envisagent le futur, nous avons repris les réponses des 64 SSM interviewés.

Un futur inquiétant pour beaucoup de services (86%)

Au moment de se projeter dans le futur, les services ont principalement évoqué des craintes par rapport à celui-ci. Les nombreux changements en cours ou en perspective inquiètent beaucoup d'entre eux. Nous avons organisé ces préoccupations en catégories sémantiques (nodes) que nous présentons en ordre décroissant en fonction de leur occurrence.

Notez qu'il est important de garder à l'esprit que ces catégories sont constituées au départ des représentations des répondants, indépendamment de toute référence au caractère objectivement fondé de celles-ci.

Le manque de moyens pour accompagner les changements (56%)

« Encourager le partenariat avec le réseau, c'est positif. Si on se replie sur soi-même, on va s'étouffer. Mais le nerf de la guerre, c'est toujours le même : le manque de personnel et de subsides. La demande est grande, mais l'équipe est trop petite. Difficile de donner du temps en plus du travail avec les patients pour se mobiliser, pour aller à l'extérieur, etc. On manque de moyens pour travailler de manière optimale. Donc on se centralise sur les patients. »

Beaucoup de services évoquent un trop-plein de travail avec des files d'attente qui ne diminuent pas (voire qui s'allongent), des réunions de réseaux qui se multiplient, un travail « hors les murs » qui se développe, etc. L'idée que les SSM n'ont pas et/ou n'auront pas les moyens pour répondre aux attentes revient ainsi régulièrement. Celle-ci est renforcée par l'anticipation d'un besoin accru en offre ambulatoire lié au mouvement de « dépsychiatisation » à l'œuvre. Il est à noter que la plupart des services adhèrent à celui-ci, mais ils remarquent dans la foulée que ce mouvement devrait s'accompagner de nouveaux moyens pour les SSM.

Cette inquiétude est particulièrement portée par les petites structures qui n'ont pas d'autres sources de financement que le subside accordé par la Wallonie. Certains services sont dépendants des rentrées financières des consultations « classiques » notamment pour leurs frais de fonctionnement. Pour ceux-ci, la diminution des consultations au profit des concertations de réseau implique une diminution des rentrées liées à ces consultations et une mise en danger du service. Il faut ajouter à cela que certains constatent une paupérisation de leur patientèle (point développé plus loin). De plus en plus de bénéficiaires demandent un tarif préférentiel ce qui a aussi un impact financier. Dans ce contexte, un positionnement est partagé par la grande majorité des services : ils donnent priorité à leur mission première c'est-à-dire aux consultations et à la clinique.

Par ailleurs, les SSM observent que les grosses structures comme les hôpitaux ont plus de moyens pour faire face aux attentes grandissantes en matière de travail administratif et de réunions de concertation. C'est une des raisons pour lesquelles ils estiment avoir moins de poids dans les négociations liées à la définition et l'implémentation des nouvelles politiques. Une fois encore, expliquent-ils, ce sont les hôpitaux qui vont « rafler la mise ».

En résumé, les petites structures sont désavantagées dans le contexte actuel (27%) et certains regrettent que les moyens affectés aux nouveaux réseaux n'aient pas été utilisés pour soutenir celles-ci.

De plus, certains services craignent d'être obligés de privilégier certaines façons de travailler (les prises en charge en groupe, par exemple) pour des raisons plus économiques que cliniques.

Une critique de la formalisation des réseaux et de la transversalité (52%)

La critique de fond la plus souvent formulée par les services au sujet des nouvelles politiques en santé mentale concerne la formalisation du réseau. Comme nous l'avons déjà mentionné, les SSM travaillent en réseau depuis longtemps et certains d'entre eux ne voient pas la nécessité de formaliser davantage ce travail. Ce point de vue s'accompagne d'un certain nombre d'arguments :

- Certains craignent une forme de rigidification et de « formatage » des pratiques. Les services ne voudraient pas « systématiser la réponse réseau » et « faire du réseau une religion ». Ils revendiquent l'ouverture à une pluralité de modèles d'interventions : « Tout patient n'est pas à inscrire dans le réseau et le réseau ne peut s'inviter dans toutes les situations. »
- Certains craignent qu'une formalisation trop importante du réseau empêche le patient de constituer son propre réseau et qu'il se voit imposer des services et une trajectoire auxquels il n'adhère pas. Les SSM ne veulent pas « être imposés » au patient et à son réseau (certains observent ce phénomène dans le cadre du 107, par exemple). De la même façon, ils ne veulent pas se voir imposer des patients - ou imposer une urgence par rapport à des patients - par le réseau.
- Le recours régulier au réseau et à une plus grande transversalité pose également des questions éthiques aux services, principalement concernant le secret professionnel partagé. Certains SSM insistent sur le fait qu'ils veulent rester un lieu où se déposent des choses difficiles à dire qui ne seront pas partagées ailleurs (voir également à ce sujet le point sur l'identité des SSM). Dans la continuité de ce raisonnement, des services questionnent l'utilité de la présence de certains partenaires et critiquent une tendance à « trop de transversalité », d'autant que tous les acteurs ne sont pas soumis aux mêmes règles de confidentialité. Un autre exemple concerne le diagnostic chez les enfants et les adolescents. Il est important que les partenaires du réseau comprennent que le diagnostic n'est pas quelque chose de figé lorsqu'on travaille avec un public jeune. « Il faudra être prudent et pédagogique lorsqu'on se servira du diagnostic pour communiquer. »
- De plus, des services se demandent si tous les partenaires du réseau « joueront le jeu ». Un climat de confiance n'est pas toujours installé entre les services. Par exemple, un patient avec des problèmes psychiatriques qui sera orienté vers un SSM après sa sortie de l'hôpital pourra-t-il être rapidement repris par ce dernier en cas de décompensation ?
- Des services remarquent que le travail en réseau augmente le risque de stigmatisation des patients inclus dans ceux-ci à la fois à cause du partage de certaines informations à leur sujet au sein de ce réseau, mais aussi parce que l'inclusion dans le réseau - tout comme dans certaines institutions - est généralement liée au caractère « lourd » de leur situation. L'analyse des trajectoires de prise en charge des situations complexes a montré à quel point il pouvait être problématique d'être porteur de l'étiquette de « situation difficile », voire « jeune incasable ».
- D'autres encore voient dans la formalisation du réseau une cause de la multiplication des réunions au détriment des consultations.

Notons que les craintes évoquées par certains services se sont construites au départ de leur expérience de la réforme psy107. Or, en fonction des services et des réseaux 107 auxquels ils appartiennent, cette expérience s'avère rassurante ou confirme leurs inquiétudes. À ce sujet, l'idée qui revient le plus souvent est que le projet 107 n'a pas fondamentalement changé les choses pour eux.

Fin des SSM ? Remise en question de leur identité ? (48%)

Comme nous avons déjà pu le remarquer dans d'autres recherches, l'intensification et/ou la formalisation du travail en réseau met en tension la question de l'identité des services qui y participent. Notamment parce qu'il demande à chacun de réaffirmer ses limites. Les SSM n'échappent pas à ce questionnement. Par ailleurs, en plus de la formalisation du travail en réseau, d'autres signaux sont de nature à questionner les services sur leur identité, c'est notamment le cas du rapport du KCE.

La question de l'identité des SSM s'est déclinée de différentes façons :

- Les services se demandent s'ils pourront rester des services généralistes qui accueillent des situations tout venant, y compris des situations qui ne sont pas adressées par le réseau (voir chapitre sur l'évolution des demandes).
- Comme nous l'avons déjà mentionné, la transversalité pourrait remettre en question une certaine éthique de travail à cause d'une utilisation trop large de la notion de secret partagé. Le SSM doit rester un lieu où les bénéficiaires peuvent déposer des choses qui ne sortiront pas du service (« un jardin secret », « un lieu à part » ...).
- Pour certains, l'indifférenciation des services est un des risques de la transversalité. Une équipe conclut par cette formule : « l'importance d'une identité différenciée et respectée ».
- Certains ont peur qu'ils ne puissent plus continuer à proposer une clinique du cas par cas et une offre diversifiée (cf. approche managériale et médicalisée de la santé mentale). Cette inquiétude concerne également la possibilité de continuer à faire des suivis au long cours avec des situations chroniques.
- Plusieurs services ont évoqué l'importance de pouvoir maintenir leur positionnement en première et en deuxième ligne. Ils craignent d'être cantonnés en deuxième ligne dans le futur (cf. rapport KCE) et, par exemple, de n'accueillir que les demandes qui leur sont orientées par le réseau.
- Certains insistent sur le fait que les SSM ne sont pas et ne doivent pas devenir des services d'urgence.

Enfin, au-delà du questionnement sur l'identité des services, c'est leur existence même dans le futur qui est questionnée par certains, notamment parce qu'ils craignent les conséquences d'une réforme de leur mode de financement. De plus, des SSM redoutent que, dans le cas d'une application des recommandations du KCE - et donc de l'intervention de l'INAMI dans le remboursement des prestations - la Wallonie arrête de les financer, ce qui empêcherait le travail des SSM tel qu'il existe actuellement (pluridisciplinaire notamment) et les mettraient en concurrence avec des services non agréés. L'idée que les SSM de petite taille (privés et non adossés) sont particulièrement fragiles par rapport à ces questions est fréquemment évoquée.

Une approche médicalisée de la santé mentale (39%)

Une proportion importante de services redoute la généralisation d'une certaine approche de la santé mentale, de plus en plus médicalisée, basée sur le modèle hospitalier et qui modéliserait les soins psychiques sur le même pattern que les soins somatiques. Ici aussi, il

est très fréquemment fait référence au « rapport KCE » et à ses propositions (la façon dont celles-ci ont été comprises), c'est-à-dire une prise en charge basée sur un diagnostic qui définirait via prescription par un médecin un nombre de séances déterminé à l'avance. Encore une fois, il s'agit de la crainte de perdre en liberté et en diversité, mais aussi d'y perdre son identité au profit de pratiques qui se rapprocheraient plus de « l'extra-hospitalier », du « para-hospitalier » et de la « psychiatrie » que de la « santé mentale ». Plus précisément, ces craintes évoquent certaines dimensions du travail des SSM comme :

- L'analyse de la demande dont certains craignent qu'elle soit court-circuitée par la prescription de soins via un médecin extérieur au service,
- La durée du suivi qui pourrait se voir « prescrit » au détriment des suivis de longue durée.
- La liberté clinique et thérapeutique pourrait être mise à mal au bénéfice d'approches orientées « evidence based ».
- Le lien thérapeutique à propos duquel certains estiment qu'il n'est pas pris en compte par un dispositif tel qu'il est proposé par le rapport KCE.
- La réponse individualisée (au cas par cas) pourrait ne plus être garantie pour chaque bénéficiaire.

Dans le même ordre d'idées, la crainte de « l'hospitalocentrisme » est parfois évoquée concernant les adultes et la réforme psy107. Cette tendance ne relèverait pas nécessairement d'une volonté politique, mais plutôt du déséquilibre dans le rapport de force entre institutions. En effet, les hôpitaux ont plus de moyens pour répondre aux appels à projets liés aux nouvelles politiques et aux exigences administratives de celles-ci.

Enfin, certains services ont le sentiment que le nord du pays veut imposer une façon de travailler qui ne tient pas compte de la sensibilité wallonne en matière de soins psychiques.

À travers ces craintes, on peut également entendre une critique de la société contemporaine et l'aspiration à un retour à des valeurs et une approche humanistes de la santé mentale.

Une évolution des situations et des demandes (34%)

Concernant les situations et les demandes reçues par les services, beaucoup de SSM ont mentionné spontanément une évolution des situations accueillies (34%) : Ils évoquent « des familles plus déstructurées » dans « des situations qu'on peut qualifier de complexes » et « de plus en plus de précarité » tant matérielle que symbolique. Pour certains, la clinique est devenue « plus sociale » qu'avant.

Dans ce contexte, une partie des services (29%) estime qu'il est important de donner la priorité à certaines situations en fonction de leur complexité (celles qui demandent une intervention pluridisciplinaire) et/ou de leurs revenus (celles qui ont moins de moyens financiers pour consulter dans le privé). Précisons à ce sujet que la plupart des services qui donnent la priorité aux situations « les plus lourdes » aiment conserver des situations plus légères qui sont considérées comme des « respirations » dans le travail des intervenants.

Ceci étant, ce positionnement n'est pas partagé par tous les SSM et d'autres insistent pour garder leur dimension généraliste et n'effectuer aucune discrimination, fut-elle « positive » (26%).

Au sujet des demandes, les SSM évoquent les points suivants :

- Certains services craignent (ou constatent déjà¹) un afflux de demandes liées aux nouveaux réseaux, aux équipes mobiles et plus généralement au processus de dépsychiatisation qui augmente les besoins en prises en charge ambulatoires. Cette inquiétude est liée au fait que les SSM sont déjà saturés par les demandes et ont du mal à résorber leurs files d'attente. Remarquons que le processus de dépsychiatisation inquiète notamment les services qui vivent en zones rurales. Certaines régions sont pauvres en activités qui permettent de trouver des alternatives à l'hospitalisation et de « socialiser et narcissiser les patients ».
- Comme nous l'avons déjà mentionné, des services craignent également que l'organisation future des soins de santé mentale ne cantonne les SSM dans un seul type de situations là où ils ont vocation à être généralistes. Les SSM auront-ils la possibilité dans le futur d'accueillir des patients qui ne sont pas envoyés par le réseau ? Beaucoup estiment (avec regret ou non) que, dans le futur, il est probable que les SSM accueillent principalement des situations complexes qui nécessitent de l'interdisciplinarité.
- À la lecture du rapport KCE, certains redoutent la mise en place d'une offre psychothérapeutique à deux vitesses. D'une part, les riches qui auront un accès direct à la psychothérapie et de l'autre les pauvres qui devront passer par des bilans et un contrôle pour pouvoir bénéficier de soins.

Ce constat sur l'évolution des demandes questionne non seulement les nouvelles politiques, mais aussi l'évolution de la société. Les situations qui parviennent aux services semblent être plus complexes, ancrées dans une précarité sociale, économique et symbolique qui dit quelque chose de notre époque et du rôle d'amortisseur de la misère sociale et économique qui est parfois joué par le secteur de la santé mentale.

Des craintes liées à certaines professions (33%)

Ces craintes se polarisent autour de deux thématiques. D'une part, les nouvelles lois qui encadrent l'exercice de certaines professions comme celle de psychothérapeute et de psychomotricien (17%). Par exemple, certains SSM emploient des assistants en psychologie et se demandent quelle sera leur place dans le futur. Ils se posent la même question concernant les assistants sociaux qui ont une formation de psychothérapeute et qui exercent la psychothérapie depuis de nombreuses années.

D'autre part, la difficulté de trouver des psychiatres et des pédopsychiatres qui veulent travailler en SSM (17%), peu attractif financièrement par rapport aux hôpitaux. Certains services constatent qu'il est paradoxal de limiter le nombre d'agrément de psychiatres alors qu'il en manque. Ce manque risque de se faire ressentir d'autant plus dans le futur. En effet, s'il est louable de limiter tant que possible les séjours à l'hôpital comme le prévoient les nouvelles politiques, cela demande parallèlement un refinancement des services ambulatoires qui doivent prendre le relais, notamment en leur donnant les moyens d'assurer les suivis « psychiatriques ».

Une approche managériale de la santé mentale (30%)

Globalement, les services ont le sentiment d'avoir bénéficié d'un respect important de leur liberté thérapeutique. Nombre d'entre eux ont cependant le sentiment que cette liberté est en

¹ Les témoignages des services concernant leur expérience de la réforme Psy107 varient. Certains expliquent que le 107 n'a rien changé pour eux à ce sujet et d'autres qu'ils ont vu arriver un afflux de demandes suite à la mise en place du réseau.

danger notamment à cause d'une « approche managériale » de la santé mentale qui tendrait à s'imposer. Cette crainte s'organise autour de quelques idées clés :

- Une augmentation du travail administratif au détriment du travail clinique et une augmentation des dispositifs de contrôle au détriment de la liberté du thérapeute et du patient.
- Une tendance au formatage et à la rigidification des pratiques cliniques qui seraient ainsi subordonnées à des logiques administratives et financières. Par exemple, la crainte d'une limitation de la durée de prise en charge des bénéficiaires ou encore d'une perte dans la diversité de l'offre soins font partie des conséquences évoquées lors de l'enquête.
- La crainte d'une pression exercée sur les services - une instrumentalisation, estiment certains - pour qu'ils définissent avec le patient un projet auquel ils n'adhèrent pas. C'est notamment ici une logique qui viserait la réinsertion à tous crins (remise au travail, recherche de logement, etc.) qui est dénoncée. « Nous ne sommes pas dans le « travaillons vite et remettons les gens au travail ». » Ou encore, « actuellement, on ne demande plus l'aide, mais le contrôle des personnes en difficulté. »
- La crainte d'une référence grandissante à « la rentabilité », à « l'efficacité » et à la « rationalisation » au détriment des patients et du travail thérapeutique.

Cette tendance managériale serait palpable dans le vocabulaire utilisé, dans les formations proposées, dans les documents administratifs à remplir, dans les avis d'expertises publiés. À ce sujet, c'est le rapport KCE qui est souvent mentionné en exemple.

Les conséquences de cette tendance se feraient principalement sentir auprès des bénéficiaires les plus déstructurés avec lesquels le travail prend du temps et se soumet difficilement à des objectifs à court terme.

Finalement, c'est la crainte de voir mis à mal les fondements de l'identité et de l'éthique des SSM qui s'exprime ici de façon plus ou moins explicite.

Des questionnements liés aux niveaux de pouvoir (14%)

Des SSM s'étonnent de l'interventionnisme du Fédéral à certains moments du processus de construction des réseaux dans le cadre de « la nouvelle politique enfants » (par exemple, le droit de regard sur les personnes engagées).

Certains services expriment le désir d'être soutenus par le pouvoir régional dans le contexte d'un rapport de force un peu déséquilibré « La ministre De Block s'occupe des hôpitaux, et nous, SSM, l'ambulatoire, la santé, on n'a rien. »

Implication des SSM dans « la nouvelle politique enfants »

Nous venons de le voir, les SSM sont inquiets, ils redoutent un certain nombre d'évolutions. Cependant, cela ne les a pas empêchés de s'impliquer de façon importante dans la mise en place de « la nouvelle politique enfants » puisque **64.4% des services déclarent avoir participé à une ou des réunions d'organisation du réseau** et de ses programmes d'activités (tableau 4). Une proportion d'entre eux a participé à beaucoup de réunions. Par ailleurs, ils ont été nombreux également à signer la déclaration d'intention (tableau 3).

SSM qui ont signé la déclaration d'intention	
Oui	84,7%
Non	3,4%
Info non disponible ²	11,9%

Tableau 3 : Pourcentage des SSM qui ont signé la déclaration d'intention (N=59)

Participation à une ou des réunions de mise en place du réseau et des PA	
Oui	64,4%
Non	28,8%
Info non disponible	6,8%

Tableau 4 : Pourcentage des SSM qui ont participé à au moins une réunion de mise en place du réseau (N=59)

Une différence s'observe entre les provinces concernant la participation, mais celle-ci ne doit pas être surestimée. En effet, assez logiquement, la proportion de SSM qui a participé à des réunions du réseau est moins forte dans les provinces où ceux-ci sont plus - voire beaucoup plus - nombreux. Ainsi, le taux de participation varie de 50% à 80% en fonction des provinces et le nombre absolu de SSM qui participent dans chaque Province est compris entre 4 et 15 SSM par réseau. Nous noterons également que la participation de certains services, notamment les services provinciaux, n'est pas toujours évidente à classer. En effet, ceux-ci sont parfois représentés par un responsable administratif qui chapeaute plusieurs SSM. De cette façon, ils participent indirectement à travers leurs représentants, mais ne sont pas nécessairement impliqués directement dans les différents groupes de travail du réseau. À ce stade, il nous semble intéressant de distinguer deux dimensions concernant l'information que nous transmet le taux de participation des SSM aux réunions du réseau.

- D'une part, cela semble confirmer que la « sensibilité » des SSM est représentée dans les réunions des nouveaux réseaux en construction.
- D'autre part, cela nous renseigne également sur l'implication de chaque SSM dans la nouvelle politique. Concernant cette question, les différences de pourcentages observées dans les différentes provinces ont probablement un sens.

Dans le cadre de notre analyse, nous avons essayé de distinguer les différents types de réunions auxquels les SSM ont participé. Cependant, ces distinctions ne sont pas toujours faciles à opérer notamment parce que chaque réseau a planifié et nommé différemment ses réunions et que les catégories en question ne sont pas étanches. Tenant compte de ces limitations, nous pouvons dire que :

² Il est arrivé à différentes reprises que la personne interrogée ne soit pas en possession de certaines informations, suite à un retour de congé maladie de longue durée, par exemple.

- **62.7% des SSM déclarent avoir participé à une ou des réunions que nous pourrions appeler de « construction générale du réseau »**, souvent des réunions de l'assemblée des partenaires et/ou du comité de réseau.
- **37.3% des SSM déclarent avoir participé à une ou des réunions concernant les « Programmes d'activités » (PA)**. L'écart de participation entre les deux catégories de réunions s'explique notamment par le fait que les réunions de mise en place des PA sont apparues un peu plus tard dans le processus. Certains services ont expliqué s'être beaucoup impliqués au début du processus pour se rendre compte après quelque temps qu'ils ne pourraient pas suivre la cadence effrénée des réunions.
- **28.8% des services n'ont participé à aucune réunion d'organisation du nouveau réseau** (voir tableau 4).

Afin de compléter ces données, nous avons également demandé aux services s'ils avaient participé à la rédaction de documents et aux prises de décisions. À cette question, **35.6% des SSM nous ont répondu qu'ils avaient participé à la rédaction de documents et 40.7% à des prises de décisions**. Comme on peut le voir dans les tableaux 6 et 7, certains estiment avoir participé à ces deux dimensions du processus, mais indirectement. Il s'agit, par exemple, des services représentés par un responsable administratif qui ne fait pas partie du personnel du service.

Participation à la rédaction de documents	
Non	44,1%
Oui	35,6%
Indirectement	13,6%
Info non disponible	6,8%

Tableau 5 : Pourcentage des SSM qui ont participé à la rédaction de documents dans le cadre de la mise en place des réseaux et de leurs PA (N=59)

Participation à la prise de décisions	
Oui	40,7%
Non	39,0%
Indirectement	13,6%
Info non disponible	6,8%

Tableau 6 : Pourcentage de SSM qui déclarent avoir participé à certaines prises de décisions concernant la constitution du réseau et des PA (N=59)

Enfin, nous avons demandé aux services s'ils envisageaient de détacher un ou des membres de leur personnel dans l'équipe mobile de leur réseau. À cette question, 10.2% des services nous ont répondu par l'affirmative et 8.5% des services nous ont dit y avoir pensé dans un premier temps puis avoir renoncé.

L'implication des services dans le futur

Enfin, nous avons demandé aux services comment ils imaginaient leur participation future dans les réunions de mise en place et de coordination des réseaux de la nouvelle politique enfant. À ce sujet :

- 36% répondent par l'affirmative en évoquant des niveaux d'implication différents. Parfois il s'agit de maintenir sa participation au Comité de réseau, parfois de participer à un ou plusieurs groupes de travail, etc. Certains services sont en questionnement

concernant les réunions et groupes de travail dans lesquels il est intéressant pour eux de s'impliquer.

- 40% ne savent pas encore répondre. Notamment parce qu'ils attendent, par exemple, « de voir plus clair sur ce que deviendra ce réseau » et si celui-ci répondra à leurs attentes.
- 20% des services expliquent qu'ils ne participeront pas à des réunions futures. Cependant, il ne faut pas mal interpréter ces chiffres. En effet, dans la très grande majorité des cas, ces services précisent qu'ils collaboreront très volontiers avec les acteurs du réseau (comme ils l'ont toujours fait pour la plupart). C'est la participation à d'autres réunions que celles concernant leurs patients qui est ici exclue. De plus, la création de synergies avec les nouvelles équipes qui se constituent (soins de crise, soins assertifs, etc.) est aussi mentionnée par beaucoup comme une marque d'implication en dehors de la participation à ces réunions.

Parfois, la participation d'un ou plusieurs services est remise en question par des conflits dans le réseau local et/ou avec les instances fédérales.

Les facteurs influençant la participation des SSM à la construction des réseaux de « la nouvelle politique enfants »

Tout d'abord, constatons qu'au départ de la question ouverte : « *Qu'est-ce qui a motivé votre choix de participer ou non à telle ou telle partie du processus ?* », ce sont surtout des critiques et des facteurs de démotivation qui ont été exprimés par les services. La raison principale tient probablement dans l'inquiétude générale que nous évoquons plus haut. Ceci étant, nous nous concentrerons dans un premier temps sur les facteurs de motivation (les incitants) pour ensuite nous pencher sur les facteurs de démotivation (les freins).

Les incitants

Répondre à une injonction de la hiérarchie (29%)

Parmi les motivations évoquées par les SSM pour participer à la construction de la nouvelle politique, le fait d'y être obligé (de le ressentir comme tel) par les pouvoirs subsidiant est régulièrement mentionné (14%). Certains précisent cependant dans la foulée qu'ils y auraient participé même s'ils n'y avaient pas été contraints.

D'autres mentionnent le fait que la décision de participer a été prise par leur « PO » (12%).

La volonté de s'intégrer dans le nouveau réseau (25%)

Les SSM et tout particulièrement ceux qui suivent des enfants et des adolescents travaillent en réseau depuis longtemps. C'est pourquoi beaucoup de services participent à la construction du nouveau réseau avec la volonté explicite de s'y intégrer. Ils veulent être inclus dans le réseau, créer des synergies, connaître les personnes qui le constituent... Certains services évoquent le fait de continuer le travail en réseau et de le formaliser, parfois de l'intensifier et/ou de l'élargir à d'autres partenaires.

Se sentir concerné (24%)

Le fait pour un service de se sentir concerné est évidemment une motivation clé qui explique sa participation à la mise en place du nouveau réseau. Celle-ci est d'ailleurs évoquée par 53% des services pour expliquer leur participation (24%) ou leur non-participation (27%).

Ceux qui se sentent concernés expliquent leur motivation à participer par le fait qu'ils accueillent (parfois beaucoup) des situations d'enfants et/ou d'adolescents. C'est particulièrement le cas de certains services reconnus dans leurs réseaux respectifs pour leur expertise concernant ce public cible. Pour les SSM comme pour les personnes, le sentiment d'être concerné, la reconnaissance par les pairs et l'implication font système dans une dynamique vertueuse.

Parfois, la motivation en question peut se décliner de façon plus précise à travers un intérêt clinique et/ou stratégique pour telle ou telle thématique. Par exemple, tel service qui prévoit de proposer la candidature d'un membre de son personnel pour intégrer l'équipe mobile participe au groupe de travail sur les engagements des équipes mobiles. Tel autre service voit un intérêt à intégrer le groupe de travail « soins de longue durée », mais pas le groupe de travail « TDHA », car ils ont peu de situations de ce type...

La volonté de comprendre et d'influencer les changements en cours (20%)

Une autre motivation fréquemment évoquée par les services est la volonté de se tenir informés, mais aussi et surtout de prendre part aux décisions et, ainsi, de ne pas subir les changements, mais d'en être acteur : « faire entendre sa voix », « défendre le secteur ».

L'enthousiasme de certains professionnels (7%)

La motivation d'un service tient parfois plus particulièrement à « l'enthousiasme » (7%) d'un membre de l'équipe par rapport à la nouvelle politique et plus globalement aux dynamiques de réseau. Ce sont généralement les directeurs thérapeutiques et/ou les directeurs administratifs qui sont mentionnés à ce sujet. Notons que ce dernier facteur est à mettre en lien avec les autres, dans la mesure où on peut penser que l'enthousiasme dont il est question repose sur d'autres facteurs mentionnés dans ce chapitre.

Les freins

Après avoir évoqué la façon dont les services expliquent leur motivation à participer à la mise en place du réseau de « la nouvelle politique enfants », nous ne pouvons faire l'impasse sur les facteurs de démotivation évoqués par les SSM, d'autant que ceux-ci ont tenu beaucoup de place dans leurs réponses. Nous en avons déjà évoqué quelques-uns à travers le chapitre sur les inquiétudes des services au début de ce rapport. C'est dans la foulée de ces questionnements que des services se demandent si les nouvelles politiques qui se mettent en place ne sont pas qu'une étape vers une transformation plus radicale de l'offre de soins en santé mentale. Ceux-ci se montrent très prudents dans leur participation, car ils disent ne pas savoir à quoi ils s'engagent exactement.

À ces différents points se joignent des critiques et des contraintes qui, selon les services, ont constitué des freins à leur participation :

Une critique des aspects organisationnels et administratifs (56%)

Une partie importante des critiques exprimées par les SSM porte sur des aspects organisationnels et administratifs. L'élément le plus souvent mentionné à ce sujet concerne le caractère lourd et confus du processus en général et des premières réunions du réseau naissant (24%). Mais comment pourrait-il en être autrement au regard de l'ampleur des objectifs et du nombre de partenaires impliqués ? Ce sentiment de flou désigne parfois de façon assez précise certains aspects :

Le statut et le financement du personnel détaché dans les équipes mobiles (22%).

Par exemple, les services - et plus particulièrement les petits services - n'ont pas la trésorerie suffisante pour avancer l'argent nécessaire au détachement d'un membre de leur personnel. De façon plus générale, l'idée que les « petits services » sont désavantagés revient régulièrement. Par ailleurs, ces craintes sont à comprendre dans un contexte plus large d'incertitude (dans le vécu des services en tous les cas) concernant le financement des SSM.

Le statut juridique du réseau (10%)

En effet, le fait que celui-ci ne puisse pas se constituer en ASBL a longtemps été un point central dans les craintes vécues par les services. Ceux-ci se sont demandé, par exemple, quelles conséquences cela allait avoir sur la responsabilité des professionnels engagés dans le cadre de ces nouveaux réseaux.

Le rythme des réunions (10%)

Par ailleurs, une autre critique porte sur le rythme imposé par les autorités fédérales. Ce ressenti de certains services est à mettre en lien avec l'aspect chronophage du processus et l'impression de flou (beaucoup de réunions, beaucoup de mails...) éprouvés par certaines équipes. Les réseaux et les coordinateurs ont dû faire beaucoup de choses en peu de temps.

Une difficulté à s'organiser et à décider (3%)

Parfois (plus rarement) aussi, il est question de la difficulté des réseaux en construction à prendre des décisions. À ce sujet, il est parfois fait référence à un problème d'organisation, mais aussi au rapport de force entre services et secteurs. Concernant ce point, certains services ambulatoires évoquent le fait qu'ils ont moins de poids dans ce type de négociation que les hôpitaux, ce qui les rend parfois peu audibles.

Temps et priorités (54%)

Ce point rejoint le chapitre sur « le manque de moyens pour accompagner le changement » évoqué au début du rapport. La participation des services est souvent limitée, voire parfois empêchée, parce qu'ils sont obligés de tenir compte de leurs priorités (généralement le suivi des patients) et de leurs moyens. Certains services se sont impliqués au début du processus de mise en place du réseau pour ensuite se désinvestir faute de temps. Ils ne s'attendaient pas à ce qu'il y ait autant de réunions. Comme nous l'avons déjà évoqué plusieurs fois, ce sont surtout les SSM de petite taille qui manquent de moyens pour participer à ces réunions.

Ne pas se sentir concerné (27%)

Certains services nous ont expliqué ne pas se sentir concernés par les thématiques de certaines réunions du réseau en construction, ce qui ne veut pas dire qu'ils ne se sentent pas concernés par le travail de réseau en général. Globalement, il est fréquent que les SSM pondèrent leur participation aux réunions du nouveau réseau proportionnellement au nombre de situations d'enfants et d'adolescents qu'ils suivent. Parmi ceux-ci, on trouve des SSM qui expliquent avoir peu de suivis d'enfants par rapport aux suivis d'adultes. Ils se sentent moins concernés et moins experts que les équipes « spécialisées enfants ». Pour cette raison, leur implication est moins forte.

De plus, le fait de se sentir excentré géographiquement, en dehors de l'épicentre supposé de la dynamique du réseau en construction, est une raison aussi évoquée par certains services. Pour ceux-ci, le fait de disposer d'un réseau local peu étoffé les amène à penser qu'ils ne sont pas concernés par la mise en place du réseau ou, en tous les cas, que leur participation est plus compliquée (ne fût que par la durée des déplacements) et leurs « bénéfices » moindres (on ne fera pas souvent appel à eux).

Enfin, Certains SSM estiment ne pas avoir les compétences nécessaires pour rendre « productive » leur participation à certaines réunions. Il s'agit ici essentiellement des réunions concernant les thématiques plus administratives, juridiques ou comptables, par exemple. Ces pourquoi certains services estiment ne pas être concernés et « perdre leur temps » lorsqu'il ne s'agit pas de thématique « clinique ». Globalement, beaucoup de SSM pensent ne pas avoir leur place dans des réunions concernant des aspects « administratifs », non pas uniquement parce qu'ils n'y ont pas d'expertise, mais aussi parce qu'ils considèrent que c'est une perte de temps préjudiciable à leurs bénéficiaires (cf. chapitre sur le manque de moyens).

Participation indirecte et délégation (20%)

Des services n'ont pas participé directement aux réunions de mise en place du réseau, mais ils y ont été représentés de façon plus ou moins formalisée (par un supérieur administratif extérieur à l'équipe, par un autre service, etc.). Par ailleurs, certains étaient tenus informés des avancements du réseau dans d'autres lieux comme, par exemple, des groupes initiés par les plates-formes. Or, pour quelques services, l'important est avant tout d'être informé et non de prendre part aux débats.

Certains services expliquent qu'ils ont confiance dans les autres SSM pour représenter un point de vue commun et ne se sentent donc pas tenus de participer aux réunions ou à certaines réunions (12%). La possibilité d'être représenté et tenu informé par d'autres SSM est particulièrement présente dans la province du Hainaut puisque 27% des services de cette province ont avancé cet argument. Probablement est-ce lié au fait que le Hainaut est la seule province dans laquelle les SSM se rencontrent régulièrement lors d'une réunion ad hoc (avec les coordinateurs de plate-forme et la coordinatrice du réseau) afin d'être informés et de se concerter.

Ça ne va pas changer grand-chose (17%)

Nombreux sont les SSM qui ont souligné le fait que les services qui travaillent avec des enfants et des adolescents se sont organisés en réseau depuis longtemps. Ils sont ainsi quelques-uns à ne pas voir l'utilité de la création d'un nouveau réseau. Comme nous l'avons expliqué en début de rapport, certains redoutent d'ailleurs un « excès de formalisation ».

Parmi ceux qui ne voient pas l'utilité d'un nouveau réseau, on retrouve surtout des services qui avaient déjà formalisé des collaborations dans différents contextes (tel service évoque « Un jardin pour tous », tel autre un réseau de services locaux partageant une même philosophie de travail ou encore tel autre un accord de collaboration avec un hôpital voisin...).

Des enjeux stratégiques et politiques au niveau local (14%)

En fonction des territoires concernés, certaines questions « stratégiques » se posent avec plus ou moins d'intensité. Par exemple, des services ont le sentiment de ne pas avoir été suffisamment informés et d'avoir été ainsi tenus à l'écart des processus de décision. Ce sentiment est parfois exacerbé par la perception d'une forte concurrence entre les services, ce qui est parfois évoqué comme un facteur de motivation ou un frein à la participation. De la même façon, le sentiment partagé par beaucoup de SSM de ne pas faire le poids face aux grosses structures comme les hôpitaux est plus présent dans certains réseaux que dans d'autres.

Le découpage géographique des réseaux (7%)

Une autre critique concerne le découpage géographique des réseaux qui, pour certains, ne correspond pas à leur réalité de terrain (7%). Le territoire pris en compte par les réseaux leur semble trop large par rapport à leurs habitudes de travail et aux « bassins de soins ».

En fonction des priorités définies par le PO (3%)

Pour certains services, les injonctions de leurs PO ont compliqué leur participation à la construction de la nouvelle politique (3%). C'est notamment le cas lorsque les PO ont exigé que la priorité soit donnée aux consultations et aux situations cliniques en attente.

Le refus de certains professionnels (3%)

Comme pour l'enthousiasme évoqué dans les incitants, le refus de la part d'un membre de l'équipe a été mentionné comme un frein à la participation du service. Ce sont généralement les directeurs thérapeutiques et/ou les directeurs administratifs qui sont mentionnés à ce sujet. Notons que ce dernier facteur est à mettre en lien avec les autres, dans la mesure où on peut penser que le refus dont il est question repose sur d'autres facteurs mentionnés dans ce chapitre.

Des points positifs et des espoirs (63%)

Nous avons vu au début de ce rapport que les services étaient inquiets concernant leur futur. Ça ne les a cependant pas empêchés d'évoquer des projets et des espoirs pour les années à venir. Le deuxième axe de notre enquête porte sur ceux-ci. Ainsi, qu'il s'agisse de la réforme « psy107 » et de « la nouvelle politique enfants », plus de la moitié des SSM (63%) ont formulé des attentes positives.

Le développement des collaborations en réseau (34%)

Certains services soulignent l'intérêt de développer les collaborations et une meilleure connaissance mutuelle des acteurs du réseau, un langage commun, des outils communs (le PSI, par exemple) et une meilleure « articulation » entre les services. Certains services voient positivement l'élargissement du réseau à travers plus de transversalité.

Si le développement des collaborations est parfois évoqué au sujet d'une ouverture à la transversalité, il l'est aussi concernant les collaborations entre SSM. L'idée d'une mutualisation des ressources des SSM d'un même territoire à travers une collaboration sur base volontaire est parfois mentionnée.

Certains évoquent également l'intérêt du développement des collaborations afin d'éviter « le morcellement et la discontinuité » dans la prise en charge des patients, notamment dans les situations de jeunes dit « incasables » ou « complexes ».

Le rôle positif de la fonction de liaison et la place qu'elle pourra prendre dans les nouveaux réseaux sont mentionnés à plusieurs reprises.

Le développement des collaborations avec les médecins généralistes fait également partie des espoirs de certains services.

Accessibilité des ressources (11%)

Certains services espèrent que des projets comme la réforme psy107 permettront aux SSM et à leurs patients d'avoir un accès plus rapide aux hôpitaux et à des psychiatres extérieurs aux services (sachant que certains services n'en ont pas en interne), notamment via les équipes mobiles. De façon générale, ce type de projet permet d'avoir plus de relais pour les situations les plus complexes et les situations de crise.

Les équipes mobiles sont des dispositifs intéressants (9%)

Les équipes mobiles permettent la prise en charge de situations par rapport auxquelles les SSM ont peu de solutions. Elles rendent possible un accompagnement ambulatoire plus « contenant » pour certaines personnes et familles en difficultés. Elles peuvent aider les services à maintenir le contact avec certaines familles. De façon générale, elles permettent d'améliorer l'accessibilité aux soins.

De la même façon, la collaboration avec les équipes mobiles permet que certaines situations soient moins lourdes à porter pour les thérapeutes, car ils se sentent moins seuls. Les équipes mobiles constituent un relais supplémentaire pour les situations les plus lourdes.

Par ailleurs, les équipes mobiles permettent de diminuer le temps d'hospitalisation, d'éviter les décrochages et les décompensations aiguës par une intervention rapide.

La qualité des orientations (8%)

La formalisation du réseau va peut-être permettre que les situations qui parviennent aux SSM soient mieux ciblées en fonction de leurs spécificités. Les demandes seront peut-être aussi mieux formulées.

Ces nouveaux réseaux donnent plus de visibilité au travail des SSM (3%)

Certains services évoquent le fait que la constitution des nouveaux réseaux oblige les SSM à donner plus de visibilité à leur travail et permet aux autres services de mieux les connaître.

La dépsychiatisation (3%)

Certains services soulignent le bien-fondé du désir de diminuer les temps d'hospitalisation et, plus globalement, le bien-fondé du mouvement de dépsychiatisation.

La mise en place de formation (2%)

Les formations qui seront mises en place par les réseaux pour mieux faire face à certaines situations sont mentionnées comme un point positif.

Quelle orientation donner au travail des services de santé mentale dans le futur ?

Nous avons demandé aux services comment ils aimeraient faire évoluer leur travail dans les années qui viennent. Les questions posées étaient ouvertes et les services ont saisi cette opportunité pour formuler leurs inquiétudes par rapport au devenir des services. Ainsi, beaucoup ont insisté sur le fait que, avant tout, ils espéraient pouvoir conserver ce qui fait l'identité des SSM et maintenir la spécificité de leur offre ambulatoire. Par ailleurs, plusieurs services ont également souligné qu'ils ont des idées d'évolution, mais qu'ils manquent de moyens pour les mettre en œuvre. C'est une des raisons pour lesquelles, si certains formulent des projets déjà amorcés ou en passe de l'être, d'autres évoquent des souhaits plus abstraits qu'ils pourraient mettre en œuvre moyennant plus de moyens.

Trois idées clés sont revenues fréquemment de la part des SSM concernant une évolution du travail dans le futur : développer un projet centré sur un public spécifique (23%), développer le travail « hors les murs » (17%) et développer le travail en groupe (17%). Par ailleurs, l'importance de développer des initiatives de type « club thérapeutique » est revenue régulièrement (11%).

Notons que nous ne reviendrons pas ici sur le développement des collaborations déjà mentionné plus haut.

Cibler un public spécifique (23%)

Près d'un quart des services évoque la possibilité de développer un projet, à côté de leur « clinique généraliste », autour d'un ou de plusieurs publics spécifiques. Parfois, il est question de prioriser le traitement des demandes en fonction de ces publics. Les publics cibles mentionnés sont les suivants :

- Les situations dites « complexes », les « incasables » et/ou « les situations psychiatriques » (6%)
- La petite enfance et la relation mère - bébé (6%)
- Un public précarisé (5%)
- Les personnes en situation de handicap mental (3%)
- Les personnes âgées (2%).

Développer les « dispositifs collectifs » (17%)

Qu'il s'agisse de groupes de parole ou de thérapie de groupe, plusieurs services ont mentionné leur envie de développer ce type d'initiatives.

Développer le travail « hors les murs » (17%)

Une proportion relativement importante de services mentionne le travail « hors les murs » comme piste qu'ils aimeraient développer dans le futur.

Enrichir l'offre en intégrant de nouvelles orientations théoriques (13%)

Certains services font référence à un élargissement de l'offre, à sa diversification en termes d'approche thérapeutique (thérapie brève, co-intervention, etc.)

Créer un club thérapeutique (11%)

L'intérêt de créer plus de structures telles que les clubs thérapeutiques a été mentionné par plusieurs services.

Travailler sur l'analyse des demandes et la réactivité du service (8%)

Si beaucoup de SSM insistent sur le fait qu'ils ne sont pas des services d'urgence et qu'ils ne doivent pas le devenir, certains estiment intéressant qu'ils puissent développer un dispositif d'analyse de la demande qui permette d'être plus réactif et de libérer du temps pour les « urgences ». Ils évoquent également le fait de travailler les relais qui permettent de diminuer les listes d'attente. Pour certains services, cette réactivité se décline aussi dans une disponibilité spécifique pour les équipes mobiles et les situations amenées par celles-ci. Néanmoins, le désir de travailler la question de la demande ne se formule pas par tous les services sur le thème de la réactivité. Il est parfois juste question d'une « meilleure analyse de la demande » et de « prendre plus de temps pour travailler cette demande dès qu'elle se présente ».

Autres

D'autres projets et/ou envies ont été évoqués, mais dans une moindre proportion :

- Développer un travail de prévention (5%)
- Développer les activités de formation, vis-à-vis des acteurs de première ligne notamment (3%).
- Travailler la question des articulations avec l'hôpital (suivis post-hospitalisation, suivis en appartements supervisés, etc.) (2%).

Table des matières

Les objectifs de l'enquête et sa méthodologie	3
Les données récoltées	5
Un futur inquiétant pour beaucoup de services (86%)	6
1. Le manque de moyens pour accompagner les changements (56%)	6
2. Une critique de la formalisation des réseaux et de la transversalité (52%)	7
3. Fin des SSM ? Remise en question de leur identité ? (48%)	8
4. Une approche médicalisée de la santé mentale (39%)	8
5. Une évolution des situations et des demandes (34%)	9
6. Des craintes liées à certaines professions (33%)	10
7. Une approche managériale de la santé mentale (30%)	10
8. Des questionnements liés aux niveaux de pouvoir (14%)	11
Implication des SSM dans « la nouvelle politique enfants »	12
L'implication des services dans le futur	13
Les facteurs influençant la participation des SSM à la construction des réseaux de « la nouvelle politique enfants »	15
Les incitants	15
Les freins	16
Des points positifs et des espoirs (63%)	19
1. Le développement des collaborations en réseau (34%)	19
2. Accessibilité des ressources (11%)	19
3. Les équipes mobiles sont des dispositifs intéressants (9%)	19
4. La qualité des orientations (8%)	20
5. Ces nouveaux réseaux donnent plus de visibilité au travail des SSM (3%)	20
6. La dépsychiatisation (3%)	20
7. La mise en place de formation (2%)	20
Quelle orientation donner au travail des services de santé mentale dans le futur ?	21
1. Cibler un public spécifique (23%)	21
2. Développer les « dispositifs collectifs » (17%)	21
3. Développer le travail « hors les murs » (17%)	21
4. Enrichir l'offre en intégrant de nouvelles orientations théoriques (13%)	21
5. Créer un club thérapeutique (11%)	21
6. Travailler sur l'analyse des demandes et la réactivité du service (8%)	22
7. Autres	22
Table des matières	23