

Données et perspective de la santé mentale à Bruxelles.

Lydwine Verhaegen, Docteur en Sociologie

(Lydwine Verhaegen, docteur en sociologie, observe le monde de la santé mentale depuis une trentaine d'années. Elle est l'auteur de diverses recherches tant d'ordre sociologiques, de santé publiques et d'épidémiologie sur cette question. Entre autres, sa recherche sur les Perspectives de la Politique Bruxelloise de Santé mentale a servi de préalable au Décret réorganisant les services de santé mentale francophones en Région Bruxelloise (1995).

I .INTRODUCTION

L'article présenté ci dessous est issu d'une intervention réalisée au sein de la Commission Santé du Parlement Bruxellois ce 8 juin 2005 en tant que sociologue et auteur entre autres de l'étude « Perspective de la Politique de santé mentale » initiée par les ministres Jean-Louis Thys et Jos Chabert au début de la Région bruxelloise en 1989-1990, étude qui a servi de préalable au décret « Santé mentale » du 12 avril 1995.

Nous avons continué depuis notre rôle d'observateur de la santé mentale, mettant à jour dans la mesure du possible les données rassemblées alors.

Après un bref descriptif du cadre général, dans lequel nous nous situons aujourd'hui, nous rappellerons de manière plus concrète quelques indicateurs sociaux plus précis relatifs à la Région et en lien avec la santé mentale avant de donner quelques résultats pertinents de l'étude « Santé mentale » de 1990 et enfin quelques données disponibles et structurelles relatives la santé mentale bruxelloise pour 2005. Même si la situation a évolué et que de nouvelles institutions comme les habitations protégées et les maisons de soins psychiatriques sont apparues, les grandes caractéristiques et conclusions de l'étude Santé Mentale Bruxelles sont toujours valables aujourd'hui. Nous faisons état également de nouvelles données relatives à la santé mentale.

Nous commencerons dès lors donc par vous citer l'extrait d'un article paru dans « Le Monde » du 20 mai rédigé par Jean Kervadoué, professeur d'économie et gestion des services de santé au CNAM, et rappelant **le lien entre cohésion sociale et espérance de vie**.

Il rappelle que c'est bien le système politique et social qui imprime sa marque.

Une médecine à la pointe du progrès n'est pas toujours synonyme de bonne santé et demeure à l'évidence incapable de compenser les effets des conditions de vie.

Les pays qui offrent à leur population la plus longue espérance de vie à la naissance (le Japon, la Suède) se trouvent être aussi ceux où la différence de revenus entre classe sociale est la plus faible. Etudes après études, il a été démontré que tout ce qui favorisait la cohésion sociale contribuait à la croissance de l'espérance de vie. La sociale démocratie est donc bonne pour la santé.

Ce préambule situe le cadre de l'article qui suit.

On ne peut parler de la santé mentale de la Région Bruxelloise et de l'augmentation de la souffrance psychique aujourd'hui indépendamment des cadres sociaux qui la composent.

C'est pourquoi, brièvement avant de voir les données spécifiques « santé mentale », il importe de rappeler quelques indicateurs sociaux qui sont autant de facteurs de risques.

II. CADRES SOCIAUX DE LA REGION BRUXELLOISE :

1. Ainsi la composition des ménages :

La taille des ménages bruxellois a diminué avec le temps et est plus petite à Bruxelles que dans le reste du pays.

Le **nombre d'isolés a augmenté** à Bruxelles ; l'isolement est un facteur de risque bien connu pour la santé mentale. En 2005, 25 % des Bruxellois habitent seuls ; 28 % à Liège, 19 % à Charleroi et 22 % pour Anvers et Gand.

Parallèlement, on assiste à **l'augmentation des familles monoparentales** à Bruxelles (en 1991 10,6 % ; en 2003 : 12,9 %) (Wallonie : 15,3 % et Flandre : 10,4 %).

2. Le taux de chômage général en janvier 2005 est de 20,9 % (19,5 % d'hommes, 22 % de femmes). En Wallonie, il est de 18,2 % et en Flandre de 8,5 %. Signe de gravité, il est quasi équivalent pour les hommes et les femmes à la différence des autres régions de Belgique. Les autres régions regroupent néanmoins ville et campagne.

Le chômage frappe plus les populations les plus jeunes (33 %) et 30 % des personnes de nationalité non européenne, 30 % des Bruxellois âgés de 20 à 29 ans ont un faible niveau de qualification, diplôme inférieur à celui de l'enseignement secondaire supérieur. Le taux est de 50 % plus élevé que le taux moyen pour la Belgique (20 %). On connaît bien l'impact du niveau d'instruction sur la santé des gens.

Le rapport « Pauvreté à Bruxelles » conclut à une augmentation de la pauvreté à Bruxelles.

De plus en plus de Bruxellois perçoivent un revenu trop faible pour mener une vie conforme à la dignité humaine.

Autre indice : le nombre de **personnes qui dépendent d'une allocation minimum octroyée par le CPAS ou dans le cadre de la GRAPA** était de 5,1 % fin 2001.

Le nombre de ménages qui perçoivent un RIS ou un revenu équivalent à cette allocation a augmenté de 6,6 % entre 2001 et 2002.

Le 5 janvier 2003, 7,6 % des Bruxellois de plus de 65 ans dépendaient d'une allocation minimum.

11,2 % de la population majeure pouvaient prétendre à une intervention majorée de l'assurance de soins de santé.

Le problème du surendettement est plus important également à Bruxelles : 6,7 % des Bruxellois de plus de 18 ans sont enregistrés à la Centrale de crédits aux particuliers de la Banque Nationale alors que la moyenne belge est de 5 %.

L'augmentation spectaculaire du prix du logement en est une des causes essentielles.

Ces chiffres donnent une indication du nombre minimum de personnes qui, dans la Région de Bruxelles-Capitale, sont confrontés à des difficultés financières et à de la précarité, génératrice de souffrances psychiques.

A Bruxelles, les ménages doivent faire face à davantage de problèmes financiers que dans le reste du pays. Plus de 25 %, soit un quart des Bruxellois, vivent dans un ménage où aucun travail rémunéré n'est exercé.

4. **Sur le plan démographique**, la Région de Bruxelles-Capitale connaît une évolution démographique différente des autres régions. L'accroissement de population y était le plus rapide, c'est la seule région où on assiste à **un rajeunissement de population**.

Mais en 2002, le nombre d'enfants pour lesquels des prestations familiales garanties ont été versées a augmenté de manière spectaculaire ; au moins 2,3 % des enfants âgés de 0 à 19 ans vivent dans un ménage confronté à de graves difficultés financières. Soit 8 fois plus qu'en Flandre et 3,5 fois plus qu'en Wallonie. **40 % soit deux enfants bruxellois sur cinq vivent dans un ménage dont aucun des membres n'exerce un travail rémunéré.**

5. Enfin, en termes **d'inégalités sociales de santé** plus précise et en ce qui concerne l'accessibilité aux soins de santé, en 2001, **23 % des Bruxellois** appartenaient à un ménage dont la personne de référence a dû **renoncer à des soins de santé** pour des raisons financières (taux moyen en Belgique : 10 %). Les données récentes de l'enquête de santé (janvier 2006) confirment la persistance de ce phénomène.

Voici le cadre posé en relation avec ce que l'on sait de la relation entre la santé et la cohésion sociale qui montre qu'il faut dépasser le débat sectoriel « santé mentale » et l'ouvrir vers le social, l'emploi, le logement.

Maintenant, revenons plus précisément aux résultats de l'étude politique de santé mentale à Bruxelles.

III. CARACTERISTIQUES DE LA PSYCHIATRIE BRUXELLOISE

A. « Perspectives de la politique de santé mentale bruxelloise »

En Belgique, on constate globalement deux tendances en psychiatrie. On assiste aujourd'hui, d'une part, à **sa médicalisation croissante (recours aux actes techniques) et, d'autre part, au développement de la psychiatrie ambulatoire (multiplication des consultations en cabinet privé, en services de santé mentale, en hôpital)**. Les deux tendances sont plus dans un rapport de complémentarité que d'opposition. Par région, on remarque des différences et la psychiatrie bruxelloise, objet de l'étude, se démarque de celle des autres régions sur plusieurs points. Après un bref résumé, nous les examinons successivement par secteur.

Bruxelles se démarque des autres régions par différentes caractéristiques. Parmi les principales, notons que plus que tout autre ville de Belgique, la capitale a intensément développé son réseau psychiatrique ambulatoire. A titre de comparaison, on retrouve plus de centres conventionnés INAMI (47%) et de services de santé mentale (1 siège pour 32.000 habitants) en Région Bruxelloise qu'en Wallonie (respectivement 40,6% et 1 siège pour 41.000 hab.) et qu'en Flandre (12,4 % et 1 siège pour 72.000 hab.). On observe également à Bruxelles une durée de séjour moyenne plus courte dans les hôpitaux psychiatriques que dans les autres Régions. On notera enfin que Bruxelles dispose d'une offre hospitalière moindre et d'un taux d'admission plus élevé que dans les autres Régions.

1. Au point de vue hospitalier

Tout d'abord la psychiatrie hospitalière bruxelloise, composée à la fois des hôpitaux psychiatriques et des services psychiatriques en hôpital général, se caractérise par une **offre moindre hospitalière**. Le phénomène s'explique par le fait qu'il existait à Bruxelles un déficit de lits existants par rapport aux lits programmés.

Les Bruxellois (surtout âgés de 15 à 59 ans) sont **plus fréquemment hospitalisés à l'hôpital psychiatrique** que les Wallons et les Flamands. Le taux brut d'hospitalisation pour 1000 habitants était en 1988 de 4.4 à Bruxelles, de 3.2 en Wallonie et 3.5 en Flandre. La différence entre la Région bruxelloise et les autres Régions résulte en partie du fait qu'en Flandre et qu'en Wallonie, l'hospitalisation de longue durée existe encore alors **qu'à Bruxelles, le taux plus élevé d'admissions cache en partie des réadmissions. Le turn over est plus élevé**. De plus, le taux d'admission dans un hôpital psychiatrique varie considérablement de commune à commune sans qu'aucune signification immédiate ne puisse être attachée à ces chiffres. S'agit-il de réadmissions ? Certaines communes servent-elles de refuges aux anciens psychiatisés ? La disparité des « besoins » selon les territoires est un phénomène connu en psychiatrie. A ce propos, on peut se demander également si la différence des taux d'admission en hôpital psychiatrique plus élevée à Bruxelles ne traduit pas aussi, soit des besoins qui seraient plus importants en région bruxelloise, soit une politique différente de gestion des hospitalisations, soit encore une accessibilité plus importante. Ces trois phénomènes peuvent d'ailleurs coexister et se renforcer mutuellement.

La durée moyenne de séjour dans les hôpitaux psychiatriques était plus courte à Bruxelles qu'en Flandre ou en Wallonie. Elle l'est toujours aujourd'hui. On observe depuis 1987 une réduction de la durée moyenne de séjour et une augmentation du nombre d'admissions. Ces deux phénomènes s'expliquent probablement l'un par l'autre dans une large mesure. Comme nous l'avons déjà suggéré, ce serait en partie les mêmes patients qui sortent et qui rentrent.

Une offre hospitalière surtout basique moindre, un taux d'admission par habitant plus élevé et une durée moyenne de séjour plus courte témoignent d'une pratique psychiatrique bruxelloise différente de celle des autres régions.

Cette différence de pratique est donc, entre autres, liée à une différence dans l'offre de soins et ne reflète pas nécessairement une différence dans de besoins. Nous y reviendrons.

Les taux d'occupation des hôpitaux bruxellois sont inférieurs aux taux observés dans l'ensemble du pays, quelque soit le type de services. Il n'y avait pas encombrement du système hospitalier psychiatrique bruxellois en 1988.

Enfin, **Bruxelles n'est pas une entité close sur elle-même.** En 1988, 25 % des patients bruxellois étaient soignés dans un hôpital psychiatrique de province tandis que 19 % de la clientèle des hôpitaux psychiatriques bruxellois se composaient de patients domiciliés en dehors de l'agglomération. L'enquête – patient révèle que 36 % de la clientèle des services psychiatriques situés en hôpital général sont domiciliés en dehors de Bruxelles. Cette attraction résulte du manque de structures hospitalières en Brabant wallon, du caractère universitaire de plusieurs services et de la situation de ceux-ci à la périphérie de l'agglomération. Il y a en effet à Bruxelles un grand nombre

de lits universitaires en hôpital général de même qu'un grand nombre neuropsychiatres (24 % de ceux-ci sont domiciliés à Bruxelles en 1990).

2. Au point de vue des centres conventionnés INAMI

47 %, soit 352, des places conventionnées INAMI (adultes et enfants) sont localisées à Bruxelles, 40,6 %, soit 304, en Wallonie et 12,4 %, soit 92, en Flandre. Lorsqu'on ne retient que les places adultes, 71 %, n = 334, des places sont à Bruxelles, 13 %, soit 63, en Wallonie et 16 %, soit 74, en Flandre. **Bruxelles se caractérise donc par un beaucoup plus grand de places surtout adultes.** Ceci est le résultat d'un phénomène historique : les conventions INAMI ont été créées dans la mouvance du mouvement anti-psychiatrique et celui-ci a été plus développé à Bruxelles que dans les autres régions.

3. Au point de vue des services de santé mentale

Il va en de même pour les services de santé mentale. La densité des services de santé mentale est plus élevée à Bruxelles que dans les autres régions. A Bruxelles, on compte un siège pour 32.000 habitants, en Wallonie, un siège pour 41.000 habitants, en Flandre, un siège pour 72.000 habitants. **Les services de santé mentale sont plus nombreux là où les hôpitaux psychiatriques sont moins présents et vice-versa.** Faut-il y voir un lien ? Cette question mériterait une analyse de type historique plus approfondie.

4. Profil des patients fréquentant les différentes institutions psychiatriques

Enquête – patient 1216 – échantillon représentatif.

L'étude réalisée ici est une **analyse de l'offre** et non une analyse de la demande ou du besoin de soin. Dans cette perspective, nous avons effectué une enquête sur les clientèles des différents types d'institutions qui composent l'offre. Cette enquête – patient 1216 nous renseigne à la fois sur les profils des patients et sur le fonctionnement des institutions. A nouveau, nous répétons et avons vérifié auprès des professionnels, les conclusions de l'étude restent valables dans les grandes lignes.

Nous avons constaté que les profils des patients d'hôpitaux psychiatriques sont différents de ceux des services psychiatriques d'hôpitaux généraux et que les patients de services de santé mentale sont différents des patients d'hôpitaux psychiatriques. Il faudrait rajouter les habitations protégées et les maisons de soins psychiatriques.

Plus précisément, on constate que **deux profils s'opposent : celui des patients des services psychiatriques d'hôpitaux généraux et des services de santé mentale d'une part, celui des patients des hôpitaux psychiatriques et des services d'hospitalisation partielle et des services conventionnés INAMI d'autre part.**

En service psychiatrique d'hôpital général et en service de santé mentale, on retrouvait plus de femmes, mariées, vivant avec leur conjoint avec un niveau d'études moyen ou supérieur. Ces patients sont **plus nombreux que les autres à être intégrés dans le circuit de l'emploi** et dès lors, moins nombreux à dépendre de la sécurité sociale. Ils souffrent surtout de **troubles dépressifs** (en service de santé mentale, il souffrent aussi de troubles anxieux et psychologiques). Ils ont un **passé psychiatrique peu important**, fait en majorité de contacts avec la psychiatrie depuis moins de cinq ans et d'un faible

nombre d'hospitalisations en psychiatrie¹. Cependant, en service de santé mentale, 40 % des patients sont déjà passés par l'hôpital psychiatrique ; en services psychiatriques d'hôpital général, 65 % sont déjà passés par l'hôpital psychiatrique également. Ils sont envoyés dans ces services plutôt par le généraliste que par le psychiatre. Notons encore qu'en service psychiatrique d'hôpital général, ils sont le plus souvent renvoyés à domicile ou suivis en consultation.

En hôpital psychiatrique et en service d'hospitalisation partielle ou service conventionné INAMI, on observe une proportion plus importante d'hommes, célibataires et vivant seuls ou en institution. Leur niveau d'études est moyen ou inférieur. En hôpital psychiatrique, ils appartiennent en majorité à la **classe ouvrière**. La moitié d'entre eux est **invalidé et bénéficiaire d'allocations d'invalidité**. Au total, les $\frac{3}{4}$ bénéficient d'une intervention de la sécurité sociale. Seul un patient sur cinq travaille régulièrement. Ils sont dès lors plus **pauvres** que les précédents : 80 % d'entre eux ont un revenu équivalent à moins de 30.000 francs belges par mois. Par ailleurs, ils souffrent surtout de **troubles psychotiques** et ont souvent un passé psychiatrique marqué par des **contacts anciens avec la psychiatrie** et par de nombreuses hospitalisations. Ils sont plutôt envoyés par les psychiatres et à l'issue de l'hospitalisation, ils sont maintenus en institution. En hôpital psychiatrique, ils sont très peu suivis en consultation.

(Une analyse plus approfondie a montré l'existence de deux profils dans cette population psychiatrique et au diagnostic de psychose : une population de patients chroniques, invalides et depuis longtemps en psychiatrie, une population au contact plus récent avec la psychiatrie et dépendante du CPAS. Ces derniers semblent correspondre à ce qu'on appelle aujourd'hui les YAPS : les Young adults chronics. Nous en reparlerons plus loin)

L'analyse de ces profils démontre l'existence de deux groupes de patients dans les institutions bruxelloises : une population plus « légère² » en service psychiatrique d'hôpital général et service de santé mentale, au contact plutôt récent avec la psychiatrie et au passé hospitalier peu important ; une population « lourde » en hôpital psychiatrique et en service d'hospitalisation partielle ou en service conventionné INAMI, au contact ancien avec la psychiatrie et au passé hospitalier important.

5. Les soins pour patients chroniques

Qui sont-ils ?

L'enquête – patients montre que **les $\frac{3}{4}$ des patients de l'échantillon fréquentant les services psychiatriques ne travaillent pas**. Aujourd'hui on les retrouve aussi en maison de soins psychiatriques et en habitations protégées.

En hôpital psychiatrique, 10 % des patients seulement travaillent et en service d'hospitalisation partielle ou service conventionné INAMI, 18 % des patients travaillent.

¹ Dans une recherche consacrée à la morbidité différentielle psychiatrique publique adulte, N. Quemada et F. Casadebaig constatent également des relations significatives entre les différents groupes de catégories diagnostiques et les différences socioculturelles qui vont dans le même sens que celles constatées dans la présente recherche. Cf. N. Quemada et F. Casadebaig, « Morbidité psychiatrique et niveau socioculturel », *Social Psychiatry*, 15, 1980, pp. 145-155.

² Les termes de « léger » et de « lourd » que nous avons choisis d'utiliser ont ici une signification particulière. Ils résument un ensemble de caractéristiques aussi bien psychiatriques (passé psychiatrique, diagnostic) que sociales (classes sociales, mode de vie). Il ne faudrait donc surtout pas s'attacher à une définition clinique de ces adjectifs car c'est précisément au niveau des diagnostics que des cliniciens pourraient discuter le choix des termes. Le patient dépressif hospitalisé en phase aiguë en service A est bien sûr lourd cliniquement. Mais ceci est hors du propos de cette étude.

Dans ces deux dernières institutions, 70 % des patients dépendent de la Sécurité sociale par l'intermédiaire d'allocations dont principalement l'allocation de maladie/invalidité et du CPAS. En service de santé mentale et en service psychiatrique en hôpital général, deux patients sur cinq dépendent financièrement de la Sécurité sociale.

Cette situation de non-travail et de dépendance vis-à-vis de la Sécurité sociale explique le très faible niveau de revenus des patients (67 % gagnaient moins de 30.000 francs belges par mois en 1990). Ceci confirme l'hypothèse déjà vérifiée dans d'autres travaux, à savoir que malgré la médicalisation de la psychiatrie perceptible aujourd'hui à différents niveaux (implantation de nouveaux services en hôpital général, développement de la psychiatrie biologique, développement d'une pratique calquée sur la médecine), **la psychiatrie est loin d'en finir avec des pratiques d'assistance** et aujourd'hui moins que jamais. (cfr L. Verhaegen, Les Psychiatries, médecine de pointe ou d'assistance. Ed Cabay. 1985)

En effet, le profil socioéconomique et clinique des patients traduit le lien étroit et la causalité circulaire qui existe entre la pauvreté, maladie mentale et service de psychiatrie. Ce profil et cette relation bien connus ont été analysés par divers auteurs. Ces auteurs constataient également une position défavorisée à plus d'un titre des patients psychiatriques. L'infériorité est marquée tout d'abord sur un plan professionnel. Les patients sont invalides, inactifs ou insérés à des niveaux bas et précaires. Cette même infériorité est marquée sur le plan familial et social ensuite. Une indemnité plus ou moins définitive de malade mental détermine un ensemble d'exclusions sur le plan des décisions, des responsabilités, voire même la rupture ou l'absence de liens sociaux, familiaux et affectifs. Ainsi l'enquête révèle qu'un tiers des patients d'hôpital psychiatrique et d'hospitalisation partielle en service conventionné INAMI vivent seuls et qu'un tiers vivent en institution. Plus de la moitié sont célibataires.

Ces observations s'inscrivent dans le cadre plus général de l'impossibilité ou de l'extrême difficulté d'intégration ou de réintégration du pauvre dans la société, et du renforcement de la fonction de l'hôpital psychiatrique comme lieu de traitement des déviants et des marginaux. **De toutes les maladies, la maladie mentale si individuelle soit elle, est celle qui depuis toujours entretient les rapports les plus étroits et les plus sensibles avec l'ordre social et aujourd'hui plus que jamais.**

Où sont-ils

Alors que d'un côté la psychiatrie se médicalise, de l'autre elle est plus que jamais confrontée au social.

Ceci nous amène à examiner avec plus de précision la situation des patients « lourds » en grande partie institutionnalisés. On les retrouve surtout en service T d'hôpital psychiatrique et en service d'hospitalisation partielle ou service conventionné INAMI. et aujourd'hui également en habitations protégées et maisons de soins psychiatriques. En psychiatrie hospitalière, nous avons constaté que deux types de situations s'opposent. On retrouve d'une part les services A avec une faible durée de séjour et une forte médicalisation de la prise en charge et d'autre part les services T avec une longue durée moyenne de séjour et une faible médicalisation de la prise en charge. Or les patients de services T sont les patients les plus « lourds » souffrant de troubles psychotiques, bipolaires et d'assuétudes. L'évolution naturelle de ces pathologies est de longue durée et les patients souffrant de ces troubles nécessitent de ce fait des soins continus en relation avec le contexte social afin d'éviter la chronification de la maladie.

L'étude a montré que les patients souffrant de ces trois pathologies sont envoyés surtout à l'hôpital psychiatrique où les professionnels disposent de peu de moyens pour s'occuper d'un suivi à long terme et pour travailler avec les familles. Ainsi, le noyau dur de la psychiatrie, le plus difficile à traiter, avec le risque de chronicité le plus élevé, l'est encore plus de par son institutionnalisation car il est envoyé là où les médecins et paramédicaux sont moins nombreux. C'est ainsi que l'on assiste à la mise en place de filières de relégation de soins. Il ne s'agit pas de mettre en cause la qualité du travail des membres du personnel. Comment peut-on être efficace si l'on hérite de cas lourds et de moyens réduits ?

Si l'hôpital est le lieu principal d'hébergement des patients chroniques, il n'est pas la seule institution à les prendre en charge. Le secteur ambulatoire a 10 % de sa clientèle qui est une population chronique, soignée principalement en dehors des structures d'hébergement. Ceci démontre qu'une population chronique peut, en phase non aigüe être suivie en ambulatoire.

En effet, la population chronique pèse très lourd dans la prise en charge pour plusieurs motifs

- il s'agit essentiellement de patients psychiatriques, c'est-à-dire les patients les plus « lourds », les plus difficiles à traiter aujourd'hui encore et à propos desquels des études ont démontré que les coûts étaient plus élevés ;
- le cas échéant, la durée d'hospitalisation de ces patients est longue. Ils sont hospitalisés principalement en service T (et aussi aujourd'hui en maison de soins psychiatriques et habitations protégées)dont nous avons pu constater le coût élevé. En termes de coût direct, ces patients coûtent cher ;
- leur exclusion du marché de l'emploi et leur dépendance par rapport à la Sécurité Sociale constituent un coût indirect majeur .

6. la définition d'une politique au niveau des services de santé mentale

Historiquement, l'absence d'une réelle politique de planification des services de santé mentale et leur caractère d'organisations à projets (qui se sont créés autour de la santé et de l'éducation aux environs de mai 1968) ont conduit à **une hétérogénéité totale** de ce champ institutionnel. On retrouve cette hétérogénéité tant au niveau de **la taille des équipes**, que **du type de clientèle, et des modèles théoriques** que nous avons appelés leur « vocation spécifique », c'est-à-dire leur créneau d'activité (prévention primaire, secondaire, tertiaire, postcure, consultations, ...). Notons néanmoins que leur clientèle se distingue de celle des hôpitaux psychiatriques en ce sens qu'elle est globalement moins marquée et sur un plan social et sur un plan psychiatrique, même s'ils prennent en charge un pourcentage élevé de psychotiques (20 % de leurs patients étaient psychotiques).

La définition des interventions se fait davantage à partir de critères internes au service (desiderata des professionnels), qu'à partir de critères externes tels que les besoins des populations ou l'imposition d'un modèle par les pouvoirs publics.

En termes de santé publique, les services de santé mentale assurent seuls deux types de spécialités non concurrentiels avec les spécialistes travaillant en privé, à savoir la **prévention et la prise en charge du psychopathologique lourd**. Les activités de prévention primaire, secondaire et tertiaire et les activités de formation permettent une couverture de soins plus grande que ne peut le faire la seule consultation. Le soutien et la

formation des intervenants de première ligne permettent d'atteindre des gens qui, autrement ne fréquenteraient pas un service de santé mentale.

Une analyse plus approfondie de la clientèle a permis de constater l'existence de la relative cohérence de trois groupes de patients, basée sur la pathologie. Les différences entre les services l'emportent sur les ressemblances. Les services de santé mentale ne sont pas plus homogènes par leur clientèle que les autres composantes.

Les services du groupe 1 à plus haut taux de psychotiques ont une population plus lourde sur le plan socioéconomique et psychiatrique.

Les services du groupe 2 ne sont pas très homogènes si ce n'est sur le plan de la pathologie. La dissemblance du groupe est due surtout au fait que l'un des deux est un service pour immigrés. Cela a des conséquences sur le plan de ses caractéristiques sociales.

Et enfin, le service du groupe 3, universitaire, se dégage des autres à la fois par la pathologie, le niveau socioéconomique plus élevé des patients, le haut taux de patients mariés et qui arrivent seuls en consultation.

Ils sont plus nombreux cependant à être passés par l'hôpital psychiatrique.

Peu d'homogénéité donc parmi ces services, malgré quelques profils qui se dégagent.

Il est à répéter que les professionnels des services de santé mentale s'occupent également de patients dits « lourds » (dont une importante proportion de psychotiques) et qui ont un passé d'hôpital psychiatrique.

Deux idées reçues à revoir donc :

- a. les services de santé mentale s'occupent aussi de patients lourds ;**
- b. les services de santé mentale sont en relation avec le secteur hospitalier psychiatrique.**

7.La coordination et la collaboration entre institutions

Bien qu'elle existe plus aujourd'hui qu'hier, **la collaboration entre les institutions bruxelloises était et reste problématique.** Grâce à l'étude, nous avons vu qu'un patient sur cinq envoyé dans un service de santé mentale l'était, soit par un hôpital psychiatrique, soit par un service psychiatrique en hôpital général. Les services d'urgence ont à ce titre une importance toute particulière dans le paysage bruxellois, surtout aujourd'hui depuis la loi de Mise en observation de 1990. Des relations de collaboration sont établies entre les services de santé mentale, les services d'urgence psychiatrique, les services d'hospitalisation partielle et les services conventionnés INAMI. Ceci témoigne d'une meilleure collaboration que par le passé. Les interviews réalisées et l'observation effectuée dans les services de santé mentale ont montré que ces collaborations sont avant tout une question de relations interpersonnelles et qu'elles requièrent toujours du temps.

Que faire pour améliorer la collaboration ?

Les réseaux santé et la coordination entre niveaux d'interventions sont une réponse.

Les conventions écrites entre institutions sont dans l'ensemble restées lettre morte. Par contre, à partir du terrain et des rencontres de praticiens se sont nouées des relations entre professionnels des divers types d'institutions et des échanges de personnel se sont mis sur pied.

IV. QUELQUES DONNEES ACTUELLES.

On assiste aujourd'hui à une **transformation qualitative et quantitative de la demande** c'est-à-dire une augmentation de ce qu'on nomme aujourd'hui la souffrance psychique en relation avec l'accroissement de la précarité et de l'exclusion d'une frange de plus en plus importante de la population d'une part, et l'augmentation de la responsabilité de l'insécurité personnelle, la montée des exigences d'autonomie personnelle et de l'individualisme contemporain d'autre part. (cfr. Alain Ehrenberg. La fatigue d'être soi.- Dépression et Société. Ed.Odile Jacob 1998 , Robert Castel L'insécurité sociale Ed. du Seuil 2003.).

Il ne faudrait **pas psychiatriser la santé mentale** pour autant. Nous n'allons pas rentrer ici dans un débat sur ce que recouvre les notions de souffrance psychique et de santé mentale qui semblent être devenues parmi les principaux points de repères de l'individualisme contemporain et de la condition humaine.

Cependant nous sommes d'accord avec Alain Ehrenberg quand il dit que ces deux notions symbolisent les transformations qu'a connu la psychiatrie en une trentaine d'années et aussi la société. C'est à dire que le périmètre d'action de la psychiatrie s'est considérablement élargi, l'hétérogénéité des « problèmes » qu'elle traite aussi en même temps que de très nombreux acteurs ont pris place dans ce domaine. Ces problèmes ont pris une importance inédite s'attirant toutes sortes de noms, d'étiquettes : dépression, stress post traumatique, addiction, attaque de panique, passage à l'acte, impulsion suicidaire violent, pathologie de l'exclusion, souffrance psycho-sociale, etc...

C'est certains que les murs de l'asile sont tombés où ont toujours peu existé en Région Bruxelloise mais il semble que parallèlement, un ensemble très protéiforme de souffrances s'est mis à sourdre de partout et trouve une réponse dans la santé mentale. on est manifestement rentré dans une période de redistribution générale des cartes qui nécessite une clarification parce qu'on ne sait pas où on en est dans ces questions de souffrances et de santé mentale.

Il est peut être utile de rappeler ici les propos de G. Klerman qui faisait remarquer que **l'augmentation de l'utilisation des services de santé mentale ne devait pas être interprété comme un reflet de l'augmentation de l'incidence et de la prévalence en santé mentale :**

« The epidemiologic data indicate that the prevalence of mental illness particularly the psychotic and more severe forms, appears to have remained fairly constant over the past 150 years, adjusted for the changing age distribution of the population...Mental services are actually used and are potentially legitimate for the following populations.

1. A « core » group of people with definable mental disorders exists- approximately 15% of the population- within this core, there is an inner core of patients with chronic mental illness and extensive social disability... Most of the prevalence is accounted for by alcoholism, anxiety states and depression.

However the greatest degree of social impact derives from schizophrenia, dementing psychoses of old age and drug abuse.

.... The majority of the 15% of persons with mental disorders are seen in the health care system.

2. This is a group of individuals who cope with various adverse life events and who experience distressing emotional symptoms but not necessarily a definable and diagnosticable mental illness. Moreover, people coming with these stressful events make greater use of the health care system and increase their use of alcohol, tobacco and various sedative.

3. Those with problems of living who have the desire to enhance their personal happiness and satisfaction.

Within this definition there is no limit to the number of persons for who some form of psychotherapy might be appropriate.”

En attendant d’approfondir ces questions, nous nous proposons d’examiner des données empiriques qui sont autant d’indicateurs qui nous intéressent dans le cadre de la santé mentale en Région Bruxelloise

A. Sur le plan épidémiologique,

On constate l’importance des troubles psychiques visibles tels qu’ils ont été observés dans le cadre de l’enquête de santé, enquête sur les besoins en population générale non institutionnalisée.

En effet, selon l’Enquête de Santé 2004, **en Région bruxelloise, un pourcentage d’individus plus important que dans les autres régions à savoir 31 %** des personnes présentent des **difficultés psychologiques** et pour **16 % de la population, il s’agit de problèmes plus sévère** de santé mentale mesurés à l’aide du GHQ (proportion moindre qu’en 1997, (Belgique : 24 % , 13 %), (Wallonie : 30 %, 15 %) (Flandre : 21 % , 12 %).

Les **femmes sont plus nombreuses** à présenter des difficultés psychologiques que les hommes, respectivement 28 % et 21 %.

Quel que soit les troubles mentaux envisagés, les femmes sont plus souvent concernées que les hommes surtout pour ce qui est de la dépression. Les hommes souffrent plus de problèmes d’assuétude.

Le bien-être psychologique ne varie pas en fonction de l’âge (bien que si on regarde l’âge et le sexe, les hommes de 25-34 ans et de 65-74 ans constituent deux groupes d’âge plus critiques pour les difficultés psychologiques).

On observe la présence du **gradient socioéconomique**, phénomène bien connu dans la littérature : les troubles de santé mentale sont plus concentrés dans les couches les moins scolarisées de la population .

Notons que le mal-être psychologique, critère moins sévère, touche toutes les couches de la population, quel que soit le niveau de scolarisation.

Le **degré d’urbanisation** du milieu de vie n’est pas lié au développement des troubles de la santé mentale, si ce n’est que Bruxelles se démarque par rapport aux grandes villes et aux zones moins urbanisées par un mal-être plus fréquent (dépression chez les femmes) et une prise plus importante de tranquillisants (psychotropes).

En ce qui concerne les jeunes, l’enquête de la région de Bruxelles-Capitale menée en 2002 montre que 45 % des adolescents scolarisés à Bruxelles déclarent avoir souffert de troubles psychologiques tels que la dépression, agressivité, nervosité et/ou troubles du sommeil au moins une fois par semaine au cours des six derniers mois. Les filles sont

plus nombreuses à souffrir de tels problèmes que les garçons et particulièrement les filles fréquentant l'enseignement technique et professionnel (64 à 67 % d'entre elles présentent ces troubles).

10 % des adolescents scolarisés à Bruxelles déclarent avoir pris des médicaments psychotropes au cours des mois écoulés.

Des psychiatres français signalaient récemment « l'explosion des troubles psychologiques chez les jeunes où l'évolution des pathologies addictives (drogue, nourriture, alcool) sont très nettes au point de supplanter les pathologies névrotiques. »

Plus de dépendance, de violence, de tentative de suicide, qui selon un psychiatre ne sont pas étrangères à la complexité du modèle familial. Séparations précoces, recombinaison importante, crise de l'autorité parentale ... : autant de facteurs qui tendent à faire disparaître les repères éducatifs et les cadres, qui pour un adolescent, sont très structurants. Le psychiatre note que les vrais conflits d'autorité qui caractérisaient autrefois la crise d'adolescence cèdent aujourd'hui la place au conflit de dépendance. Au lieu de claquements de portes ou de coups de gueule, l'adolescent intériorise sa colère ou l'exprime par l'anorexie, la boulimie, les tocs.

B. Autres indicateurs de la santé mentale

L'augmentation impressionnante du nombre **d'expertises psychiatriques et demandes de mise en observation** en relation avec la loi du 26 juin 1990 est significative d'une problématique urbaine. On est passé de 903 dossiers ouverts au Parquet de la Région de Bruxelles en 2001 à 1.811 dossiers en 2004, soit le double et pour 2005, on est déjà à une augmentation de 30 % par rapport à la même période en 2004.

Les dossiers reprennent le total des mises en observation qui aboutissent ou non ou des dossiers ouverts pour demander une enquête sur la santé mentale de la personne.

A titre illustratif, à l'unité de crise des urgences psychologiques de Saint Luc, environ 2/3 des demandes d'expertises en vue d'une mise en observation n'aboutissent pas, tout simplement parce que les personnes pour qui elles sont demandées n'entrent pas dans les critères tels que définis par la loi de 1990.

Ceci ne montre pas nécessairement une augmentation des troubles liés à la santé mentale mais indique bien un **malaise urbain**, et un recours à la psychiatrie plus systématique à des besoins qui ne trouvent pas de solutions ailleurs.

Ceci ne signifie pas simplement que le besoin a doublé mais on peut faire l'hypothèse d'un changement de pratiques et qu'un recours plus systématique à cette mesure est en relation avec l'augmentation de l'intolérance des familles, de la société et d'autres facteurs, comme la médicalisation des problèmes sociaux entre autres ;.

Déjà on voyait dans les chiffres de 1994 le phénomène de porte tournante (réadmissions à répétition) des patients psychiatriques car les professionnels n'ont pas le temps de développer des solutions à la sortie de l'hôpital étant donné l'imposition des normes trop courtes de durées de séjour.

« Ces chiffres sont aussi peut-être le reflet d'une société moins tolérante à l'égard de la maladie mentale. Les gens supportent beaucoup moins bien la maladie de leurs proches, la pression des familles pour l'hospitalisation est devenue très forte, » souligne le chef de

service de l'Hôpital Sainte Anne à Paris qui constate une augmentation impressionnante des mesures d'internements d'office à Paris.

« Les troubles sur la voie publique sont beaucoup moins bien tolérés qu'avant, les gens sont beaucoup plus facilement hospitalisés ».

Mais en même temps, de nombreux psychiatres français et belges signalent qu'ils n'ont plus l'occasion de soigner la psychose. Les durées de séjour sont trop courtes surtout à Bruxelles et les professionnels n'ont pas le temps d'aménager la sortie qui se prépare avec les différents intervenants. Le suivi des patients hors des murs pose aussi souvent question.

C. Ainsi les chiffres des dépenses recueillies par le **Département Recherche et Développement des Mutualités Chrétiennes** sur leur population (40 % de population belge) sont éloquentes à propos des dépenses INAMI en psychiatrie et médecine hospitalière.

En 2003, en Région Bruxelloise, on observe une **sous consommation pour le prix de la journée en hôpital psychiatrique** (-28,19%) en dessous des dépenses qui peuvent être escomptées après standardisation cad compte tenu du profil de risque de la population de membres MC. (Flandre : +17,85 % ; Wallonie : -29%).

On observe également une **sous consommation pour le prix de journée en maison de soin psychiatrique et habitation protégée** (Bruxelles : -14,20% ; Flandre : +17,85% ; Wallonie : -44,26%)

C'est donc dans les régions où l'enquête de santé signale les taux les plus élevés de troubles psychiatriques que les dépenses INAMI en hospitalisation psychiatrique sont moindres par habitant.

De même, les **dépenses de soins à domicile par habitant sont moindres** à Bruxelles (-59,51%) (Wallonie -56,15%, Flandre +8,87%). On soigne plus à domicile en Flandre.

Par contre, à Bruxelles, **la surconsommation se situe essentiellement dans le prix de la journée d'hospitalisation** (hôpital général : +25,55%), MRS et MRPA (+13,23) et les prestations techniques à l'hôpital. (Flandre : -2,52% ; Wallonie : 3,58%)

Offre psychiatrique hospitalière moindre, soins à domicile moindre, médecine hospitalière générale avec beaucoup d'actes techniques, ambulatoire plus important, tissu associatif très dense (10.000 associations répertoriées à Bruxelles tous domaines confondus) : la Région Bruxelloise se différencie des autres régions.

D. Souffrance psychosociale ou maladie mentale ?

Différents indicateurs de demande de mise en observation témoignent l'augmentation de la demande où il convient de distinguer ce qui relève de la maladie mentale et ce qui relève de la souffrance psychique en lien avec ce que nous savons (cfr supra les travaux d'Alain Ehrenberg et les indicateurs socio-épidémiologique) à travers les indicateurs de mal-être qui montre que **moins que jamais la psychiatrie en a fini avec l'assistance** qui

prend de nouvelles formes aujourd'hui indépendamment de la prise en charge de la maladie mentale stricto sensu.

Dans la foulée des travaux de G. Klerman et d'autres épidémiologistes, une large étude européenne a récemment montré que les taux de prévalence de maladie mentale restaient stables(cfr The State of Mental Health in The European Union)

Aussi, on peut se demander si c'est à la psychiatrie ou à la santé mentale de répondre à ce malaise urbain qui se pose en amont de la société. En France, l'épidémiologiste Viviane Kovess affirme que la surcharge des hôpitaux est liée au fait qu'ils accueillent des problèmes médico-sociaux.

Faut-il comprendre que le médico-social ne fait plus partie de la médecine hospitalière. Le modèle assistanciel décrit dans l'ouvrage « Les psychiatres, médecins de pointe ou d'assistance ? », (1985 L. Verhaegen) s'est généralisé. Les analyses historiques de la psychiatrie ont toujours démontré le rapport de proximité psychiatrie – société.

Ne faut-il pas essayer de répondre à tout le moins à ce phénomène-là, là où se posent les problèmes, dans la société avant d'offrir une réponse médicalisée qui institutionnalise dès lors ces problèmes.

Une des réponses à cette souffrance psycho-sociale se trouve plutôt **dans la coordination et la mobilisation des instances de proximité où naissent les problèmes (social, logement, police en relation avec les intervenants psy. cfr données supra sur les cadres sociaux de la région Bruxelloise)**

Il faut dépasser le débat sectoriel et renforcer la formation psychologique des différents intervenants de première ligne plutôt que de créer de nouvelles structures (y compris la formation des médecins généralistes à la santé mentale).

Bruxelles est bien équipée même s'il y a une offre psychiatrique hospitalière moindre, l'offre ambulatoire et associative est importante à la fois variée et pointue (plus important que nos voisins français).

(Par rapport à la maladie mentale, il subsiste qu'il faudrait néanmoins **évaluer ce qu'il en est actuellement de la prise en charge de la psychose au sein de la Région.**)

Il faut renforcer **le soutien et la coordination de proximité dans la communauté** en cas de rupture ou de crise avant de médicaliser (dans un second temps si nécessaire). A long terme, ce travail préventif dans la communauté coûte d'ailleurs moins cher et sur ce plan, la Région Bruxelloise est bien dotée. Le développement des réseaux santé et réseaux sociaux est une piste intéressante (cfr note du Ministre R Demotte), à condition, en Région Bruxelloise, de tenir compte de la spécificité de cette dernière(offre hospitalière moindre et ambulatoire plus important) où les réseaux sont plus locaux, intersectoriels et proches de la population sur un petit territoire.

Ainsi , **au niveau de la souffrance psycho-sociale, les réseaux santé sont des réponses pragmatiques organisées à cette forme de crise urbaine. Ils coordonnent différents niveaux d'instances. Ils correspondent à des regroupements de professionnels qui interviennent dans la santé mentale à des titres divers et se fait dans la construction de réponses aux questions rencontrées par les professionnels sur le terrain.**

Ils fédèrent les moyens et les connaissances disponibles en partant d'analyses locales.

Bibliographie

1. Bruffaerts R., Bonnewyn A., Van Oyen H., Demarest ST., Demyttenaere K. 2003 Prévalence des troubles mentaux dans la population belge. Résultats de l'European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESMED) in Revue Med .Liège 58 :12.741-750
2. Castel, R.,2003 L'insécurité sociale, Paris Edition du Seuil 95p
3. Cornelis, K., Analyse Régionale des dépenses de santé en 2003 : Nuances quant aux différences brutes de consommation ; Juin 2005 in MC- Informations N°218 P3-10
4. De Munck J. et alii, 2003, Santé mentale et citoyenneté, Gent Academia Press , 180p
5. Erhenberg, A., 1998, La fatigue d'être soi, paris , Ed Odile Jacob, 318 P
6. Erhenberg, A., Lovell, A. , 2001, La maladie mentale en mutation, Paris Ed. Odile Jacob 311p.
7. Erhenberg,A., 2004, Les changements de la relation normal-pathologique. A propos de la souffrance psychique et de la santé mentale. In Esprit Mai 2004 5, pp 133-156 .
8. Institut scientifique de la santé Publique. Section Epidémiologie . 2006. Enquête de santé par Interview Belgique 2004
9. Jeammet, P.2005 La dépendance à l'environnement : une approche psychopathologique des troubles du comportement des adolescents.
10. Quemada, N, Casadebaig, F.,1980, Morbidité psychiatrique et niveau socioculturel, Social psychiatry, 15, 1980, pp 145-155.
11. Klerman, G.L., 1985, Trends in Utilization of mental Health Services, Perspectives for health services research medical care, Vol 23, n°5, pp 589-591
12. Kovess, V. et alii, 2005, The state of mental Health in European Union – Health Consumer Protection –public health.
13. Observatoire de la Santé de Bruxelles- Capitale, 2004, Tableau de bord de la Santé. Région de Bruxelles- Capitale. Commission Communautaire Commune
14. Piette D., Prévost .M., Boutsen, M., De Smet.P., Levêque A., Barette M., la santé et le bien être des jeunes d'âge scolaire. Quoi de neuf depuis 1994 ? ULB. Ecole de santé Publique ? Unité de Promotion Education santé 2003
15. Verhaegen L., 1985, Les psychiatries, Medecine de pointe ou d'assistance, Louvain la Neuve, Ed . Cabay 300P
16. Verhaegen L. ,1991 Perspectives de la politique bruxelloise de santé mentale, LBFSM, Bruxelles 344p
- 17 Verhaegen. L., Deykin E. Y., Sand E.,1994, Depressive symptoms and employment status among Belgian adolescents in Rev. Epidem.et Santé Publ. 1994, 42, 119-127