

***Etat des lieux sur la situation de la Santé mentale
aujourd'hui à Bruxelles.***

**Olivier Gillis et Elise Mendes da Costa, Observatoire de la Santé et du Social
de Bruxelles-Capitale, février 2020.**

(ogillis@ccc.brussels - emendesdacosta@ccc.brussels)

**Texte rédigé pour les actes du Colloque de la Ligue bruxelloise francophone
pour la santé mentale du 9 décembre 2019 « *Gouverner le soin, soigner à
contrecourant. De la contradiction à la réalisation.* »**

Colloque « Gouverner le soin, soigner à contrecourant. De la contradiction à la réalisation. » Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale - 9 décembre 2019

Etat des lieux sur la situation de la Santé mentale aujourd'hui à Bruxelles

La présentation visait trois objectifs. En introduction, l'objectif était de présenter quelques éléments du contexte socio-économique bruxellois général dans la mesure où celui-ci est un déterminant important de l'état de la santé mentale des bruxellois. Dans un deuxième temps, ont été analysées et discutées quelques données pouvant donner un aperçu de l'état de la santé mentale des bruxellois. Enfin, sont présentés quelques résultats de l'étude qualitative « Parcours.Bruxelles », qui analyse l'organisation du système de la santé mentale en Région de Bruxelles-Capitale à partir des parcours des usagers ayant ou ayant eu des contacts avec des services de soins de santé mentale dans cette région.

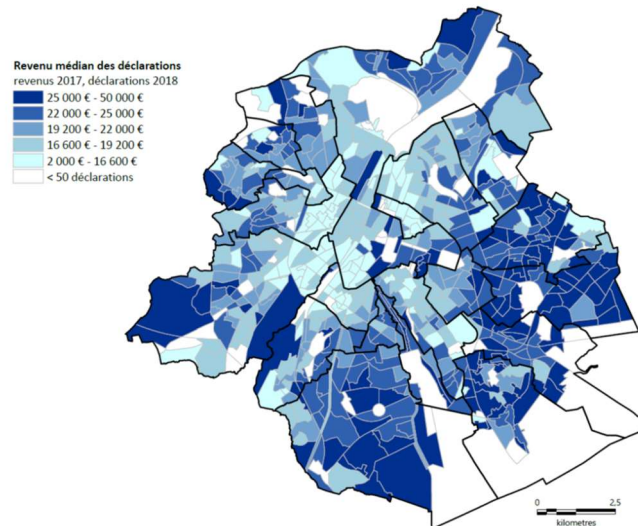
1. Contexte socio-économique bruxellois¹

Le **taux de risque de pauvreté** reste élevé en région bruxelloise et n'a pas évolué en 10 ans : un Bruxellois sur trois dispose d'un revenu inférieur au seuil de risque de pauvreté (1 187 € pour une personne isolée, 2 572 € pour un ménage composé de deux adultes et deux enfants). Au sein de la Région bruxelloise, le revenu médian des déclarations (annuel) varie de façon importante entre les communes : il est de 15 421 € à Saint-Josse-ten-Noode (ce qui représente le revenu médian le plus bas du pays à l'échelle communale) et atteint 25 833 € à Woluwe-Saint-Pierre. Les secteurs où les revenus médians sont les plus bas sont situés en grande partie au niveau du « croissant pauvre » (voir Carte 1).

Au sein de la zone du « **croissant pauvre** », se concentrent les groupes de population les plus défavorisés. Ces quartiers forment un croissant autour du centre-ville. Ce sont les quartiers historiquement ouvriers du 19^{ème} siècle situés dans le bas de Forest et allant jusqu'à Saint-Josse-ten-Noode. Cette zone concentre des logements plus vétustes, souvent de moindre qualité. Elle est habitée par un nombre relativement plus important de familles avec enfants.

¹ Sauf mention explicite, les données reprises dans la partie « Contexte bruxellois » sont issues du Baromètre social publié chaque année par l'Observatoire de la Santé et du Social : <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/publications/barometre-social>

Carte 1 : Revenu médian des déclarations, par secteur statistique, Région bruxelloise, revenus 2017



Source : SPF Economie – Statistiques fiscales 2018; cartographie : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

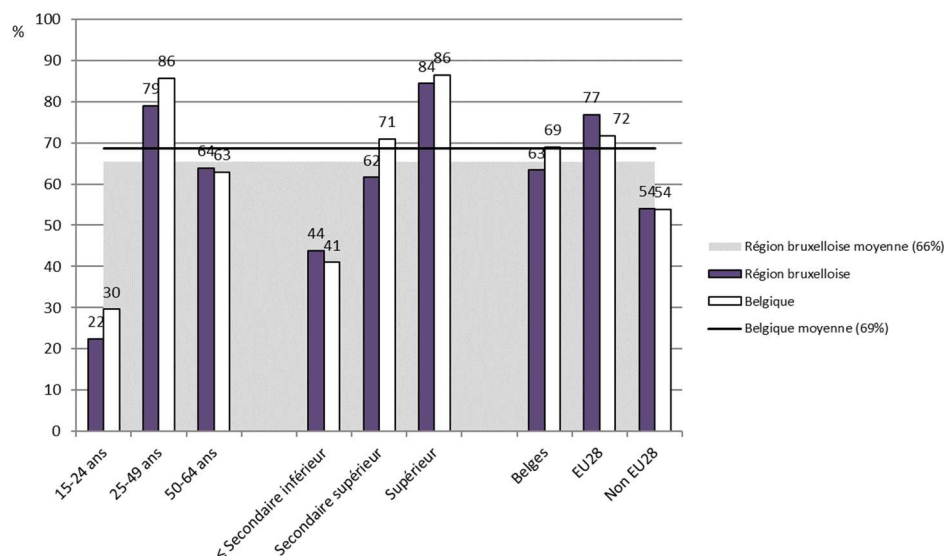
Percevoir des revenus décents et réguliers du **travail** constitue l'un des premiers remparts contre la pauvreté. À l'échelle de la Belgique, le taux de risque de pauvreté est en effet près de dix fois plus élevé parmi les personnes au chômage (49 %) que parmi les personnes qui travaillent (5 %)². Il existe des inégalités importantes d'accès à l'emploi en fonction de l'âge, du niveau de diplôme et de la nationalité. Les jeunes, les peu qualifiés et les personnes issues d'un pays non européen sont dans une situation particulièrement défavorable sur le marché de l'emploi en Région bruxelloise (voir Figure 1).

L'emploi constitue une bifurcation majeure dans le parcours des usagers, indépendamment de leur statut socio-économique. Les interactions entre santé mentale et emploi s'observent dans des circonstances diverses, à la fois sur le lieu de travail et dans le domaine du soin, et influencent tantôt le recours au système de la santé mentale, tantôt l'accès ou le retour à l'emploi. Ces interactions sont en outre associées à des dimensions sous-jacentes à l'emploi, tels que l'occupation, le réseau social, la valorisation et l'inclusion sociale³.

² SPF Economie – Statistics Belgium, EU-SILC 2018

³ Walker C., Nicaise P., Thunus S. 2019. *Parcours.Bruxelles : Evaluation qualitative du système de la santé mentale et des parcours des usagers dans le cadre de la Réforme Psy 107 en Région de Bruxelles-Capitale*. Observatoire de la Santé et du Social. Accessible via : <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/publications/parcoursbruxelles-evaluation-qualitative-du-systeme-de-la-sante-mentale-et>

Figure 1 : Taux d'activité par âge, niveau de diplôme et nationalité, Belgique et Région bruxelloise, 2018



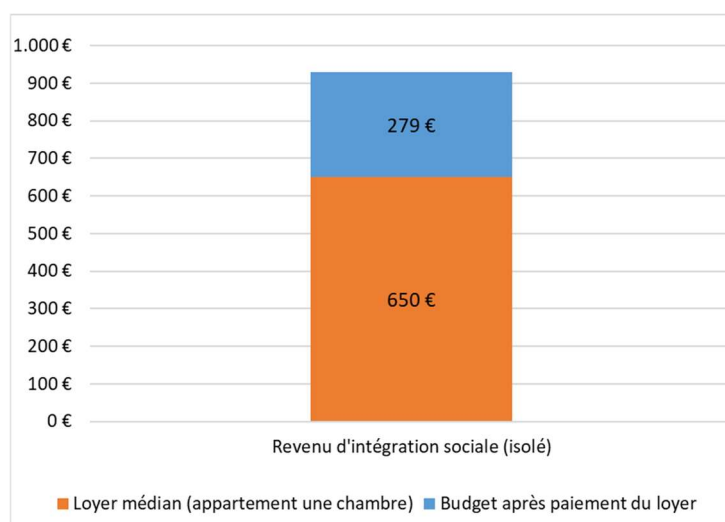
Source : SPF Economie - Statistics Belgium, Enquête sur les forces de travail; calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles pour la nationalité

Par ailleurs, un nombre important de Bruxellois font face à de grandes difficultés pour accéder à un **logement décent**. En région bruxelloise, le coût du logement est nettement plus important que dans les autres régions et villes du pays. À titre indicatif, si une personne isolée percevant le revenu d'intégration sociale devait payer le loyer médian pour un appartement une chambre en région bruxelloise (650 €), elle devrait consacrer en moyenne près de 70 % de son budget au loyer (sur le marché locatif privé), et il ne lui resterait qu'entre 250 € et 300 € pour l'ensemble de ses autres dépenses mensuelles. Il est à noter que la majorité des bruxellois est locataire : le pourcentage de logements loués est de 61 % en Région bruxelloise contre 34 % en Wallonie, 29 % en Flandre, et environ 50 % dans la plupart des grandes villes du pays.

Les difficultés en termes d'accessibilité au logement en Région Bruxelloise contribuent à la **saturation du système de la santé mentale**. Ces difficultés concernent des publics diversifiés et se répercutent sur le travail quotidien des professionnels de la santé mentale, en entravant la transition entre l'hôpital et les soins communautaires, la continuité des soins et la réinsertion sociale⁴.

⁴ Walker C., Nicaise P., Thunus S. 2019. *Parcours.Bruxelles : Evaluation qualitative du système de la santé mentale et des parcours des usagers dans le cadre de la Réforme Psy 107 en Région de Bruxelles-Capitale*. Observatoire de la Santé et du Social. Accessible via : <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/publications/parcoursbruxelles-evaluation-qualitative-du-systeme-de-la-sante-mentale-et>

Figure 2 : Part du loyer médian pour un appartement (une chambre) dans le budget d'une personne isolée qui perçoit le RIS, 2018



Source : SPP Intégration sociale; De Keersmaecker, 2019

2. La santé mentale des bruxellois en quelques chiffres : sources principales de données⁵

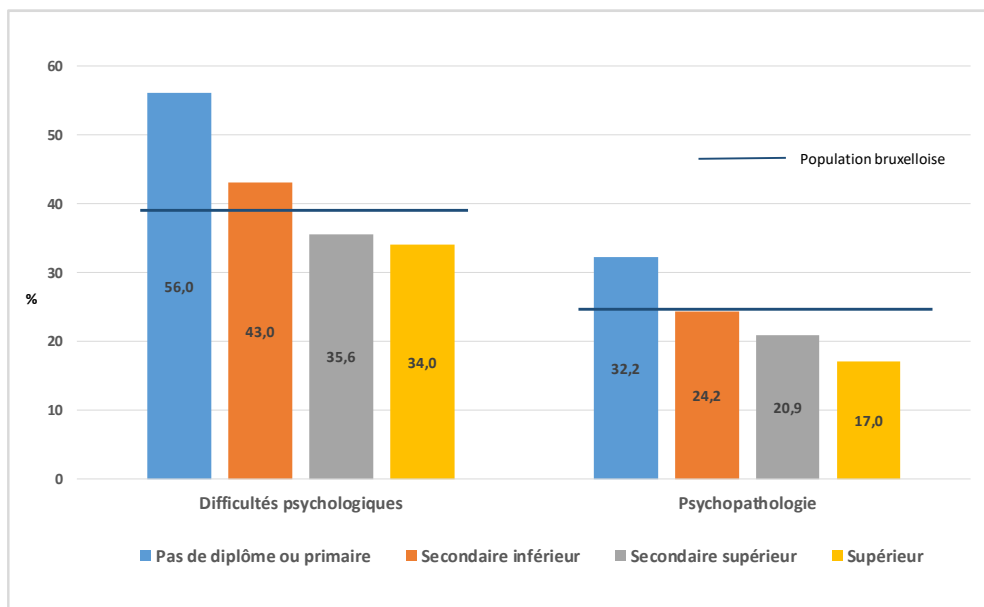
Différentes sources de données, qu'il s'agisse de données d'enquête, de données administratives, ou de facturation, sont disponibles et peuvent fournir de l'information sur la santé mentale des bruxellois. Lors du colloque, nous avons, sur base de quelques chiffres issus de certaines de ces bases de données, cherché à donner un aperçu de l'état de la santé mentale des bruxellois. Les limites de ces données ont également été discutées.

L'enquête de santé par interview (Sciensano), enquête transversale, réalisée à intervalles réguliers depuis 1997, fournit une description de l'état de santé de la population dans son ensemble (état de santé, déterminants de santé, prévention, ...), et récolte des informations sur le bien-être et la santé mentale. Les chiffres de l'édition de 2018 de l'enquête concernant le bien-être et la santé mentale n'étaient pas encore disponibles lors du colloque, ce sont donc les chiffres de 2013 qui ont été présentés⁶. Les données de cette enquête montrent, entre autres, que la part de la population bruxelloise âgée de 15 ans ou plus présentant des difficultés psychologiques témoignant d'un certain mal-être ou d'une pathologie mentale probable, augmente à mesure que le niveau d'instruction du ménage diminue, et ce également après prise en compte de l'âge et du sexe des personnes (figure 3).

⁵ Pour la partie 2, différentes références ont été utilisées. La liste de celles-ci est reprise à la fin du texte.

⁶ Les chiffres de l'Enquête de santé de 2018 concernant le bien-être et la santé mentale sont disponibles depuis le 28 janvier 2020.

Figure 3 : Pourcentage de la population (15 ans et plus) qui présente des difficultés psychologiques (score GHQ ≥ 2), ou une psychopathologie (score GHQ ≥ 4), selon le niveau de diplôme* (chiffres standardisés), Région bruxelloise, 2013**



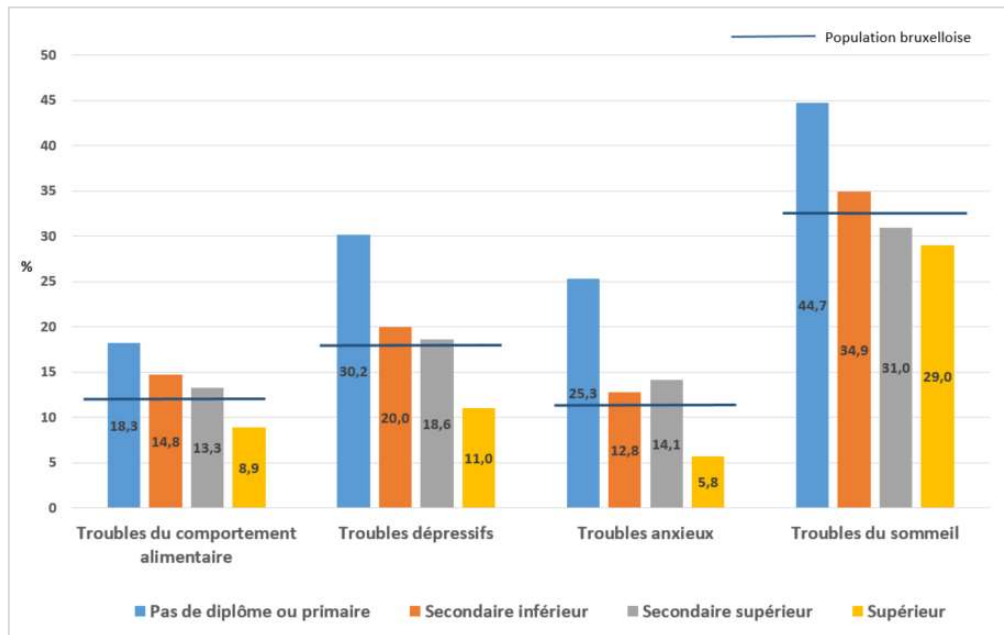
* Niveau de diplôme le plus élevé du ménage

** Standardisation pour le sexe et l'âge (population de référence européenne, 2013)

Source des données : Sciensano, Enquête de santé par interview, 2013 ; Calculs : Observatoire de la Santé et du Social, Bruxelles

On observe la même tendance pour les troubles du comportement alimentaire, les troubles dépressifs et les troubles du sommeil (figure 4). Pour les troubles anxieux, des différences selon le niveau d'instruction sont également observées, leur fréquence étant la plus élevée chez les personnes issues de ménages dont le niveau de diplôme le plus élevé est au maximum un diplôme du niveau primaire, et la plus basse chez les personnes issues de ménages dont le niveau de diplôme le plus élevé est un diplôme de l'enseignement supérieur (figure 4).

Figure 4 : Pourcentage de la population (15 ans et plus) présentant des symptômes compatibles avec certaines affections psychologiques spécifiques, selon le niveau de diplôme* (chiffres standardisés), Région bruxelloise, 2013**



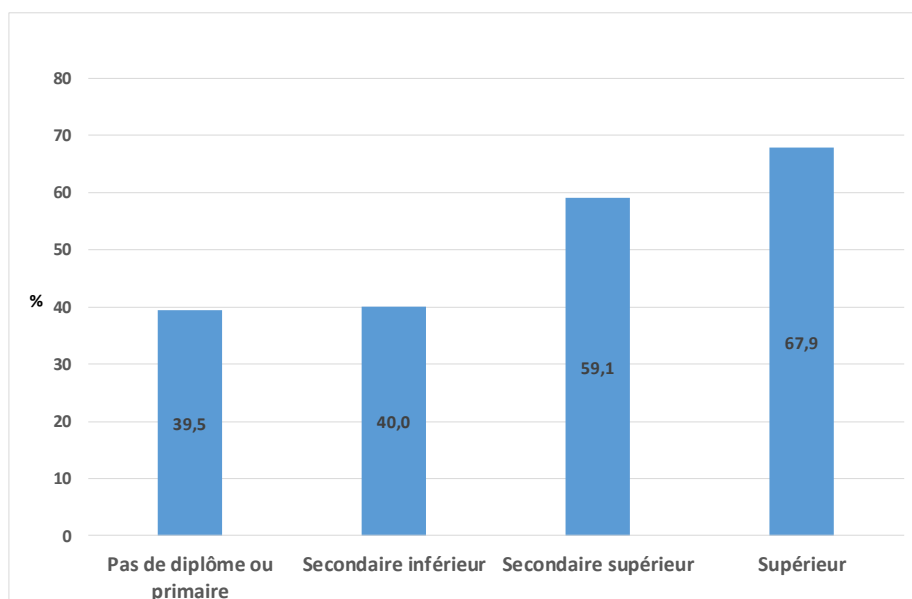
* Niveau de diplôme le plus élevé du ménage

** Standardisation pour le sexe et l'âge (population de référence européenne, 2013)

Source des données : Sciensano, Enquête de santé par interview, 2013 ; Calculs : Observatoire de la Santé et du Social, Bruxelles

Tandis que la fréquence des troubles dépressifs augmente à mesure que le niveau de diplôme diminue, la relation s'inverse concernant la part de la population bruxelloise de 15 ans et plus rapportant une dépression dans les 12 derniers mois et ayant suivi une psychothérapie, cette proportion étant plus basse chez les personnes d'un niveau d'instruction plus faible (figure 5).

Figure 5 : Part de la population (15 ans et plus) souffrant d'une dépression qui a suivi une psychothérapie, selon le niveau de diplôme* (chiffres standardisés), Région bruxelloise, 2013**



* Niveau de diplôme le plus élevé du ménage

** Standardisation pour le sexe et l'âge (population de référence européenne, 2013)

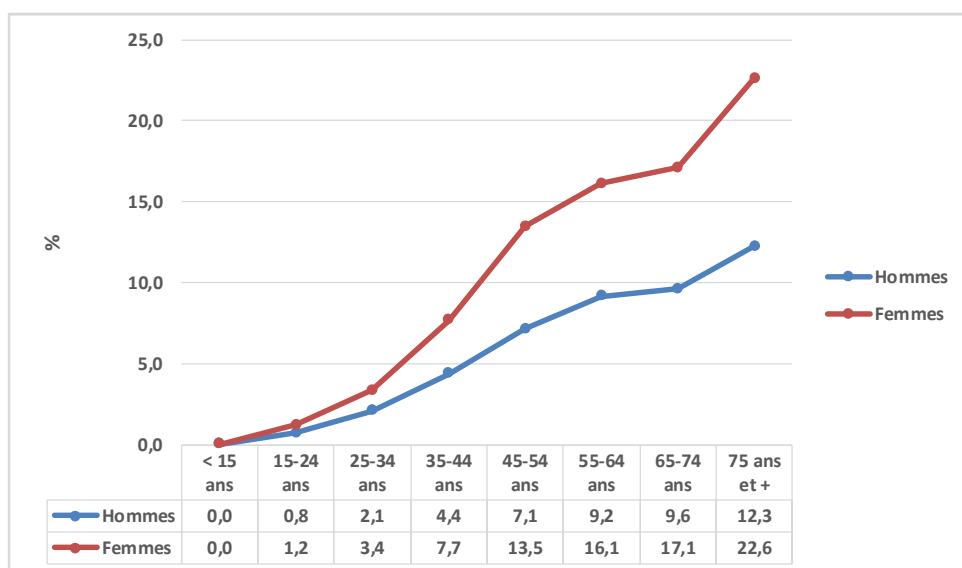
Source des données : Sciensano, Enquête de santé par interview, 2013 ; Calculs : Observatoire de la Santé et du Social, Bruxelles

L'enquête de santé par interview est une source riche d'informations sur l'état de santé, informations non déductibles sur la base de données administratives et de facturation. Les données de cette enquête présentent néanmoins certaines limites, entre autres le fait que celle-ci ne couvre pas tous les types de publics, dont les personnes non enregistrées au Registre National. Elle ne tient également pas compte des personnes vivant en institutions de soins (à l'exception des maisons de repos ou des maisons de repos et de soins pour personnes âgées). Ainsi, les informations fournies par l'Enquête de santé concerneraient des problèmes de santé plus « courants », et moins des pathologies plus sévères, comme des troubles psychotiques par exemple ; et ses résultats pourraient conduire à une sous-estimation de la prévalence réelle des problèmes de santé mentale. De même, l'utilisation, pour l'estimation de la fréquence des problèmes de santé mentale, d'instruments de dépistage et des réponses subjectives des personnes à différentes questions, peut aussi mener à une légère sous-estimation de ce type de problèmes.

L'Agence Intermutualiste (AIM) dispose des données administratives et de facturation des soins et des médicaments remboursés pour toute personne bénéficiant de l'assurance maladie obligatoire en Belgique. Sur base de ces données, nous pouvons notamment observer qu'en 2016, 6.4% de la population bruxelloise a consommé des antidépresseurs à une dose supérieure ou égale à 90 DDD⁷, c'est-à-dire une dose correspond à un traitement de 3 mois. Cette proportion est plus élevée chez les femmes (8.4%) que chez les hommes (4.3%), et augmente graduellement avec l'âge (figure 6).

⁷ DDD : « defined daily dose » = « dose journalière définie » ou « dose journalière usuelle d'un médicament, pour son indication majeure, chez un adulte de 70 kg » - c'est la dose d'entretien qui est considérée (pas la dose initiale du traitement) et elle concerne l'usage thérapeutique et pas l'usage prophylactique. (Cf. <http://www.afphb.be/doc/afphb/grtr/gga/DDAdoc.pdf> (dernière consultation le 1/12/2019))

Figure 6 : Proportion de personnes consommant des antidépresseurs (>= 90 DDD) selon l'âge et le sexe – Bruxelles - 2016



Source des données : Agence Intermutualiste (AIM) ; Calculs : Observatoire de la Santé et du Social, Bruxelles

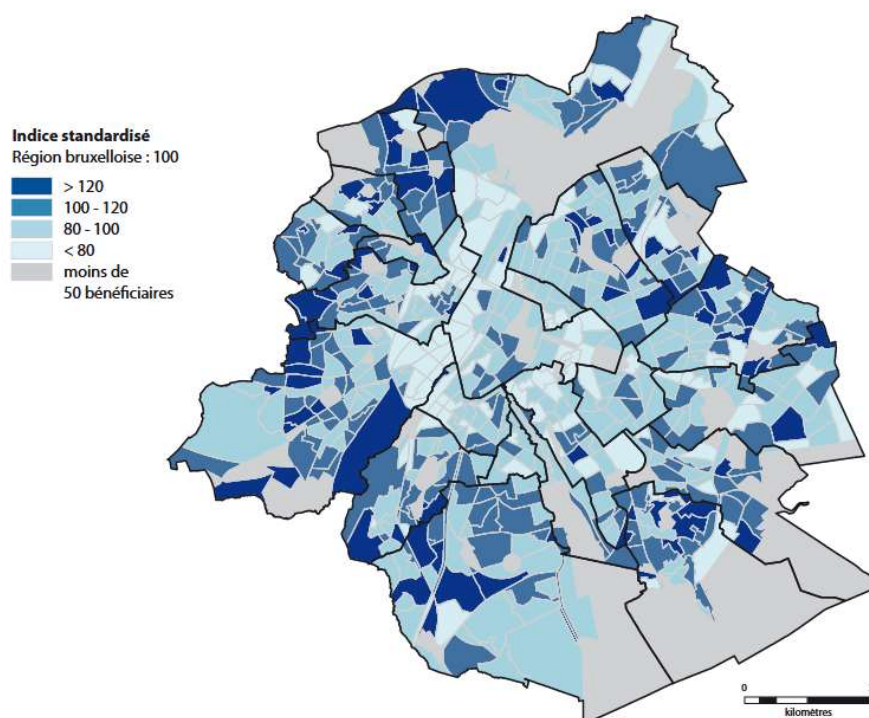
Sur base des données de l'AIM, ont aussi été construites, dans le cadre d'un dossier sur les inégalités sociales de santé de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale⁸, différentes cartes représentant la distribution géographique, à Bruxelles, par secteur statistique⁹, de différents indicateurs de santé. Lorsqu'on examine la carte présentant le recours aux antidépresseurs par secteur statistique à Bruxelles en 2016 (carte 2), on voit ressortir le croissant pauvre de Bruxelles dans un sens contraire à ce qui était attendu, à savoir que la consommation d'antidépresseurs y est moins élevée que ce qu'on observe en moyenne pour la région bruxelloise. Dans le reste de la région, la situation est variable et le recours aux antidépresseurs ne suit pas la même distribution géographique que celle des revenus.

⁸ Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. *Tous égaux face à la santé à Bruxelles ? Données récentes et cartographie sur les inégalités sociales de santé*. Commission communautaire commune, Bruxelles, 2019. Accessible via : https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/dossiers/dossier_2019-2_inegalites_sociales_sante.pdf

⁹ Le secteur statistique est le niveau géographique, l'unité territoriale, le(la) plus fin(e) au niveau du(de la)quel(le) les analyses peuvent être faites.

Carte 2 : Recours aux antidépresseurs, standardisé par âge et sexe, Région bruxelloise, 2016

Population de référence : tous les bruxellois

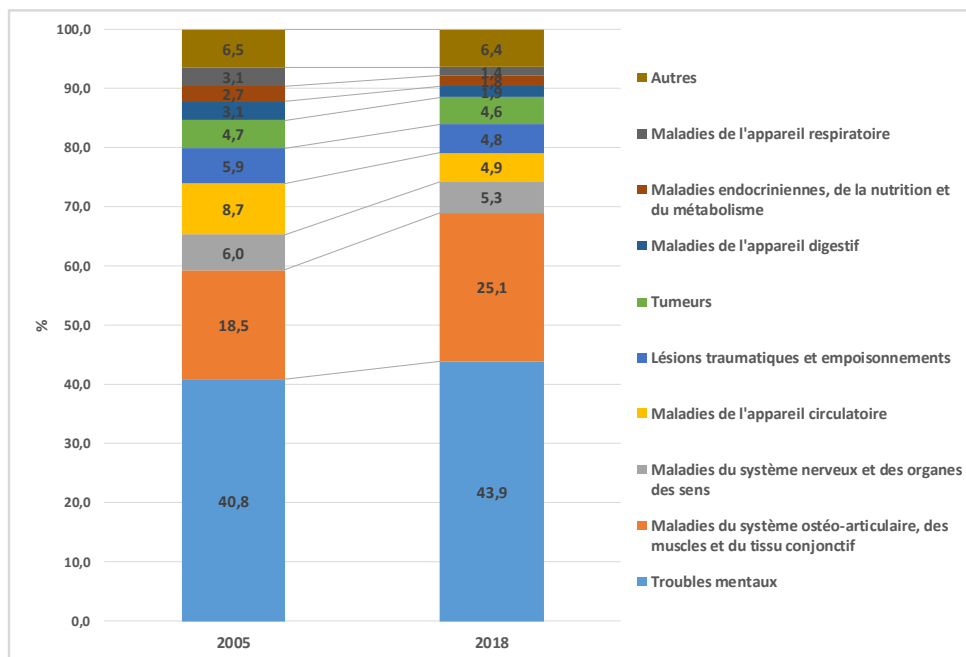


Source : Agence InterMutualiste ; Cartographie : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

Les données de l'AIM sont des données relativement exhaustives pour Bruxelles, couvrant en effet 93.3% de la population inscrite au Registre National en 2016. De plus, ces données, qui sont des données de remboursement, sont des données assez objectives, et permettent par ailleurs des analyses au niveau des quartiers et des secteurs statistiques. Elles présentent cependant certaines limitations. On peut notamment citer le fait que l'AIM ne dispose en effet pas des données pour les personnes non affiliées à l'assurance maladie obligatoire, comme les personnes en situation de séjour irrégulière par exemple. Elle n'a pas non plus de données pour les personnes non traitées ou prises en charge pour une pathologie, ou pour les personnes qui ignorent être malades. Par ailleurs, les données de l'AIM, données de consommation de soins, ne sont pas toujours un bon indicateur de la prévalence de certains problèmes de santé.

L'Institut National d'Assurance Maladie Invalidité (INAMI) dispose, entre autres, d'informations sur le nombre de personnes qui ont bénéficié d'indemnités d'invalidité, ainsi que sur la « cause » de cette invalidité. Ces chiffres concernent les personnes qui sont en incapacité de travail suite à une maladie ou un accident pour une durée de plus de 12 mois, et pas les incapacités de travail de courte durée (moins d'un an). Ces données nous montrent que les troubles mentaux sont la cause la plus fréquente d'invalidité chez les salariés ; ils représentent en 2018 près de 45% des cas d'invalidité dans cette catégorie de travailleurs (figure 7).

Figure 7 : Répartition (en %) des causes d'invalidités – salariés – Bruxelles – 2005-2018



Source des données : INAMI

Le Résumé Psychiatrique Minimum (RPM), recueil de données obligatoire pour l'ensemble des patients admis en hôpital psychiatrique (HP), dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux (SPHG), dans les initiatives d'habitations protégées (IHP) et dans les maisons de soins psychiatriques (MSP), est une base de données riche en différentes informations, notamment sur le nombre de séjours, le nombre de lits agréés, les durées de séjour, Comme on le voit dans le tableau 1, le nombre de séjours total de bruxellois (à et en dehors de Bruxelles) en HP, SPHG, IHP et MSP fluctue selon les années, mais augmente globalement entre 2007 et 2018. Le nombre de séjours en SPHG a augmenté, ainsi que le nombre de séjours en IHP ; tandis que le nombre de séjours en HP a diminué, de même que le nombre de séjours en MSP où on observe une légère diminution. En parallèle, entre 2007 et 2018, le nombre de lits agréés a augmenté de 25% dans les SPHG et les IHP, tandis qu'il a diminué d'environ 10% dans les HP et les MSP.

Tableau 1 : Nombre de séjours psychiatriques des Bruxellois (à et en dehors de Bruxelles), total et par type d'institution, 2007 à 2018 – répartition du nombre de lits agréés dans les établissements psychiatriques à Bruxelles, 2èmes semestres 2007 et 2018

	Hôpitaux psychiatriques (HP)	Services psychiatriques des hôpitaux généraux (SPHG)	Initiatives d'Habitations Protégées (IHP)	Maisons de Soins Psychiatriques (MSP)	Total
Nombre de séjours psychiatriques des Bruxellois, à et en dehors de Bruxelles, total et par type d'institution, 2007 à 2018					
2007	4 048	5 089	595	311	10 043
2008	3 915	4 846	582*	318	9 661*
2009	3 936	5 014	578	331	9 859
2010	4 210	5 252	577*	339	10 378*
2011	4 164*	5 214	604*	325	10 307*
2012	3 950*	5 214	584*	355	10 103*
2013	3 901*	5 006	601*	198*	9 706*
2014	3 555	5 413	648	304	9 920
2015	3 482	6 028	696	292	10 498
2016	3 536	6 551	734	306	11 127
2017	3 629	7 137	732	357	11 855
2018	3 626	7 501	753	284	12 164
Répartition du nombre de lits agréés dans les établissements psychiatriques à Bruxelles, deuxièmes semestres 2007 et 2018					
2 ^{ème} semestre 2007	890 (40,9 %)	566 (26,0 %)	464 (21,3 %)	257 (11,8 %)	2 177
2 ^{ème} semestre 2018	803 (34,6 %)	711 (30,6 %)	580 (25,0 %)	230 (9,9 %)	2 324
Evolution 2007-2018	-9,8%	+ 25,6%	+ 25%	-10,5%	+ 6,8%

* Données non communiquées par certaines institutions -> sous-estimation du nombre de séjours

Source des données: RPM, Service public fédéral Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire, et environnement, et Commission communautaire commune ; Calculs : Observatoire de la Santé et du Social, Bruxelles – analyses préliminaires

Lorsque l'on prend en compte l'ensemble des séjours psychiatriques de Bruxellois (à et en dehors de Bruxelles) dans les 4 types d'institutions considérés, les 3 diagnostics les plus fréquemment rapportés sont 1) la schizophrénie et autres pathologies psychotiques, 2) les troubles liés à l'absorption de substances (alcool, drogues et médicaments), 3) la dépression (tableau 2). Selon le type d'institution, les 3 diagnostics les plus fréquents peuvent varier (tableau 2).

Tableau 2 : Top 3 des diagnostics* les plus fréquents (en %) des séjours psychiatriques des Bruxellois, à et en dehors de Bruxelles, selon le type d'institution, 2018

	Total (11 495)	Hôpitaux psychiatriques (HP) (3 225)	Services psychiatriques des hôpitaux généraux (SPHG) (7 248)	Initiatives d'Habitations Protégées (IHP) (740)	Maisons de Soins Psychiatriques (MSP) (282)
Schizophrénie & autres pathologies psychotiques	33,6 (n°1)	41,8 (n°1)	24,5 (n°2)	68,7 (n°1)	80,9 (n°1)
Troubles liés à l'absorption de substances (alcool, drogues, médicaments)	20,9 (n°2)	17,6 (n°2)	24,9 (n°1)		
Dépression	16,2 (n°3)	10,1 (n°3)	19,9 (n°3)	9,5 (n°2)	6,7 (n°2)
Troubles de la personnalité				8,0 (n°3)	
Troubles de l'enfance et de l'adolescence					3,6 (n°3)

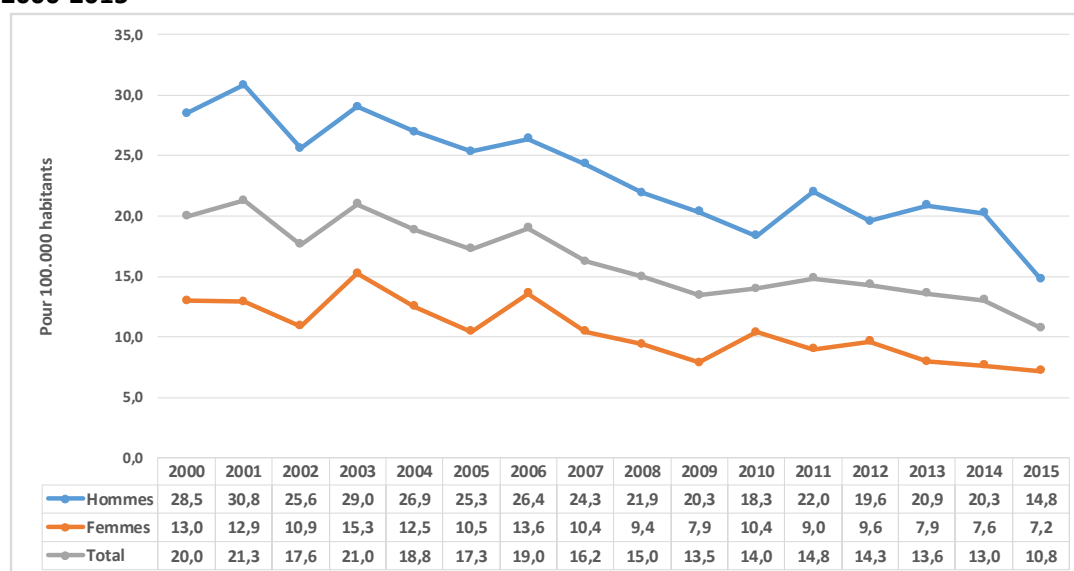
*Diagnostic : classification DSM-IV

Source des données : RPM- SPF Santé Publique ; Calculs : Observatoire de la Santé et du Social, Bruxelles – analyses préliminaires

Si les données disponibles dans le RPM sont intéressantes à différents égards, certaines limites à celles-ci doivent être soulignées. Notamment, l'objectif premier du RPM n'est pas la récolte de données épidémiologiques; il s'agit plutôt d'un enregistrement réalisé à des fins d'organisation et de financement des institutions. De plus, on peut aussi s'interroger sur la qualité des données concernant les diagnostics, diagnostics par ailleurs encodés selon la classification DSM-IV¹⁰, possédant également différentes limites et dont l'utilisation est questionnée.

Les bulletins statistiques de décès doivent être remplis pour chaque décès survenu en Belgique. Ceux-ci comportent différentes informations, notamment sur la cause du décès. En 2015, 115 décès par suicide ont été enregistrés parmi les bruxellois, dont 76 hommes et 39 femmes. Cela correspond à un taux de mortalité global standardisé (ou « corrigé ») pour l'âge de 10,8 décès/100.000 habitants. Les taux standardisés de mortalité par suicide fluctuent d'une année à l'autre mais diminuent de manière globale depuis le début des années 2000 (figure 8). Pour l'ensemble des bruxellois, et pour les hommes et les femmes considérés séparément, ils ont diminué de près de moitié entre 2000 et 2015, et sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes (figure 8).

Figure 8 : Evolution des taux standardisés* de mortalité par suicide des bruxellois, selon le sexe, 2000-2015



* Taux standardisés pour l'âge (population de référence européenne 2013)

Source des données : bulletins statistiques de décès ; Calculs : Observatoire de la Santé et du Social, Bruxelles

Ces données sur les décès par suicide doivent être interprétées avec certaines réserves, notamment l'intentionnalité de l'acte n'est pas toujours facile à déterminer avec certitude et pour certains décès la cause reste incertaine, certains suicides peuvent être « masqués » en accidents, ou encore il peut être problématique dans certaines conditions, dans certains milieux de déclarer que la cause de décès est un suicide.

¹⁰ DSM-IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux –version IV

En guise de conclusion, différentes bases de données (données d'enquête, données administratives, données de facturation) ont été explorées et permettent d'avoir un aperçu de la santé mentale des Bruxellois. Il faut noter que d'autres sources de données existent, comme par exemple les données de la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale concernant les services de santé mentale agréés par la COCOF, ou celles d'autres enquêtes (comme l'enquête HBSC¹¹), et celles-ci peuvent compléter l'image présentée ci-avant.

Les différents chiffres présentés lors du colloque sont issus de bases de données dont les objectifs diffèrent et ne sont pas toujours en premier lieu un objectif épidémiologique. De plus, ces bases de données comportent différentes limites. Notamment, les personnes les plus vulnérables et plus à risque de problèmes de santé mentale, dans des formes plus sévères également, ne sont pas forcément incluses dans ces bases de données. On peut par exemple rappeler la non prise en compte dans les données de facturation rassemblées par l'AIM des personnes non inscrites à l'assurance maladie-obligatoire, des personnes n'ayant pas eu recours aux soins, ou la non considération dans l'Enquête de santé des personnes non inscrites au Registre National, comme les personnes sans domicile fixe, ou des personnes institutionnalisées.

De nombreux facteurs, en dehors du domaine de la santé mentale, comme l'emploi, le logement, ou le réseau social par exemple, influencent celle-ci; et cette multifactorialité doit être prise en compte lorsque l'on s'intéresse à cette thématique. Si les données que nous avons présentées fournissent des informations sur différents aspects de la santé mentale, elles ne permettent pas de considérer ensemble l'influence de ces différents facteurs sur la santé mentale.

Enfin, même si les différentes données présentées apportent des informations, il est essentiel pour pouvoir donner du sens, de l'humanité à ces chiffres, pour pouvoir mieux les comprendre, de connaître les expériences, le vécu des personnes elles-mêmes, de leurs proches, ou encore des professionnels impliqués, d'où l'intérêt et l'importance de combiner à cette approche quantitative, chiffrée, une approche qualitative.

3. Au-delà des chiffres, développer l'analyse qualitative : l'exemple du projet de recherche « Parcours.Bruxelles »¹²

Le projet « Parcours.Bruxelles » analyse l'organisation du système de la santé mentale en Région de Bruxelles-Capitale à partir des parcours des usagers ayant ou ayant eu des contacts avec des services de soins de santé mentale dans cette région. Il interroge les collaborations inter-organisationnelles réelles se développant en Région Bruxelloise suite à la réforme 107, à partir des parcours des usagers. Il analyse les pratiques professionnelles, la nature et les déterminants des collaborations entre les services de santé mentale et avec d'autres services de première ligne, sociaux et culturels. Il illustre l'influence de ces pratiques et de ces relations sur les parcours des usagers, notamment en termes d'inclusion, d'exclusion, de continuité et de discontinuité du soin. « Parcours.Bruxelles » met finalement des voies d'amélioration en avant. Celles-ci concernent les relations avec la sphère

¹¹ « Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) »

¹² Walker C., Nicaise P., Thunus S. 2019. *Parcours.Bruxelles : Evaluation qualitative du système de la santé mentale et des parcours des usagers dans le cadre de la Réforme Psy 107 en Région de Bruxelles-Capitale*. Observatoire de la Santé et du Social. Accessible via : <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/publications/parcoursbruxelles-evaluation-qualitative-du-systeme-de-la-sante-mentale-et>

politique, dans la sphère professionnelle des soins de santé mentale, et avec les sphères du social, de l'emploi et du logement.

Dans cette partie, nous présentons quelques éléments de la recherche « Parcours.Bruxelles » en lien avec les questions de collaboration au sein du système de la santé mentale bruxellois. Celui-ci est décrit comme riche et diversifié. L'accès aux services de soins est cependant problématique pour les raisons suivantes : complexité du système, manque de ressources en hospitalisation et à destination de publics spécifiques, et caractère aléatoire et négocié des orientations au sein du système et de l'accès aux services.

Le système est perçu comme **complexe** par les professionnels, les usagers et les proches. Cette complexité renvoie à une imprécision ou une méconnaissance des rôles remplis par les services de soins. Pour les usagers et leurs proches, cette complexité constitue un obstacle important en termes d'accès aux soins. Au niveau des professionnels, elle est à l'origine de difficultés d'orientation ou d'orientations inappropriées au sein du système de la santé mentale.

Les modalités d'adressage entre les services de soins ont une dimension **aléatoire et négociée** qui accentue les difficultés d'accès et les problèmes d'orientation au sein du système de la santé mentale. Premièrement, les critères d'admission dans les services ne sont pas interprétés de manière homogène au sein du système. Cette variabilité d'interprétation, parmi les professionnels, cause des problèmes d'orientation. Deuxièmement, étant donné la complexité et le manque de connaissance du système, les orientations proposées reposent principalement sur le réseau individuel et/ou organisationnel des professionnels : si « les possibles » sont nombreux, leur utilisation est donc limitée. Enfin, étant donné le manque de ressources adaptées aux besoins de certains publics, la rigidité des cadres institutionnels et les interprétations variables des critères d'admission, des stratégies informelles se développent afin de permettre l'accès aux soins, parmi lesquelles des procédures de mise en observation avec consentement de l'utilisateur.

Les professionnels du système de la santé mentale bruxellois estiment que la **collaboration** est nécessaire étant donné les caractéristiques du public de la santé mentale, en particulier la complexité des situations et la temporalité des parcours. La collaboration est cependant insuffisante. Les conséquences du manque de collaboration sont des ruptures fréquentes dans les parcours des usagers, particulièrement dans la transition entre l'hôpital et l'ambulatoire. Trois causes principales sont identifiées :

- Une « méconnaissance des possibles », c'est-à-dire des ressources disponibles dans le réseau global ;
- Une forme de « dépendance au sentier », en vertu de laquelle les collaborations sont limitées à un environnement proche ou à un réseau institutionnel existant ;
- Différentes cultures professionnelles et une grande diversité des conceptions de la santé mentale, qui influencent les relations des professionnels entre eux et leur ouverture par rapport aux outils de collaboration – ces outils n'étant pas neutres et véhiculant à leur tour des idéologies professionnelles spécifiques.

Les résultats de cette recherche mettent en avant une demande explicite des professionnels pour une **systématisation des pratiques d'intervision et d'immersion inter-organisationnelle**. Les usagers circulent, et pour comprendre et apporter des réponses appropriées à leurs problèmes et parcours complexes, les professionnels expriment le souhait de circuler également. Ces pratiques permettent d'améliorer les liens et favoriser la confiance entre les professionnels. La multiplication des connexions entre les services est essentielle pour que le système de soins, qui est riche et diversifié, puisse

s'articuler de manière flexible et créative face à chaque demande. C'est la force des liens faibles : une multitude de liens interpersonnels et flexibles favorisant l'interconnaissance et l'ajustement mutuel, devrait nécessairement accompagner la formalisation des réseaux, sans quoi celle-ci mène à l'exclusion des usagers les plus vulnérables.

Enfin, les immersions interservices contribuent à la formation, en permettant aux professionnels d'expérimenter d'autres pratiques de soins dans d'autres contextes ; à l'innovation, par le partage des pratiques professionnelles ; et à la dé-stigmatisation des publics avec lesquels les professionnels n'ont pas l'habitude de travailler. Les pratiques d'immersion interservices et les interventions participent enfin au changement des cultures professionnelles, qui entravent parfois fortement la collaboration.

Références

- (1) Sciensano. *Enquête de Santé*. Site de l'enquête : <https://his.wiv-isp.be/fr/SitePages/Accueil.aspx>
- (2) Mistiaen P., Cornelis J., Detollenaere J., Devriese S., Farfan-Portet MI, Ricour C. *Organisation des soins de santé mentale pour les adultes en Belgique*. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE report 318Bs. D/2019/10.273/49. Accessible via : <https://kce.fgov.be/fr/organisation-des-soins-de-sant%C3%A9-mentale-pour-les-adultes-en-belgique>
- (3) IWEPS. *Indicateurs statistiques. Etat de santé*. 2019. Accessible via : <https://www.iweps.be/indicateur-statistique/etat-de-sante/>
- (4) Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. *Tous égaux face à la santé à Bruxelles ? Données récentes et cartographie sur les inégalités sociales de santé*. Commission communautaire commune, Bruxelles, 2019. Accessible via : https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/dossiers/dossier_2019-2_inegalites_sociales_sante.pdf
- (5) Agence Intermutualiste (AIM). Site de l'Agence : <https://www.ima-aim.be/>
- (6) Conseil Supérieur de la Santé. *DSM (5) : Utilisation et statut du diagnostic et des classifications des problèmes de santé mentale*. Bruxelles : CSS ; 2019. Avis n°9360. Accessible via : https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/css_9360_dsm5.pdf
- (7) Mazina D., Hercot D., Englert M., Verduyck P., Deguerry M. *Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise – Invalidité*. Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Commission communautaire commune. Bruxelles 2016. Accessible via : <https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/tableaux-de-bord-de-la-sante-/2017-tbs-invalidite-bruxelles.pdf>
- (8) Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. *Baromètre social 2019*. Bruxelles : Commission Communautaire commune. https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/rapport-pauvrete/barometre-welzijnsbarometer/barometre_social_2019.pdf
- (9) Walker C., Nicaise P., Thunus S. 2019. *Parcours.Bruxelles : Evaluation qualitative du système de la santé mentale et des parcours des usagers dans le cadre de la Réforme Psy 107 en Région de Bruxelles-Capitale*. Observatoire de la Santé et du Social. Accessible via : <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/publications/parcoursbruxelles-evaluation-qualitative-du-systeme-de-la-sante-mentale-et>