

# Malaise urbain et psychiatrie à Bruxelles

Une précarité plus importante qu'ailleurs, une cohésion sociale moindre, un statut cosmopolite de grande ville, un mal-être psychologique important, un nombre d'hospitalisations en psychiatrie plus élevé que dans les autres Régions avec une offre hospitalière moindre, mais un réseau ambulatoire important et un recours aux urgences en constante croissance, voilà ce qui caractérise la Région bruxelloise. Face à ces déterminants sociaux, et même en défendant l'idée que les patients les plus vulnérables sur le plan psychique ne pourront être inclus dans ce processus de réhabilitation, il faut soutenir les pratiques qui leur permettent de passer d'une situation passive à une position active par des méthodes consistant à développer leurs capacités d'être l'agent de leur propre changement. Mais pour cela, il faut que les politiques sociales les soutiennent dans le développement de leurs capacités et capabilités (en matière de santé, d'emploi, de formation et de logement). C'est l'ensemble des défis auxquels doit faire face la réforme de la psychiatrie en articulation avec les autres acteurs des secteurs social et de la santé.

LYDWINE VERHAEGEN ET GÉRALD DESCHIETÈRE

L'hospitalisation est encore trop souvent la seule solution envisagée pour répondre à la souffrance psychique et à la maladie mentale. La Belgique n'est devancée que par Malte dans le classement des pays européens qui dispose du plus grand nombre de lits psychiatriques. Depuis les années 2000, cette place s'est vue confirmée à mesure d'un mouvement de désinstitutionalisation qui n'a pas trouvé en Belgique le même écho que chez nos voisins. C'est la raison pour laquelle, en 2009, a été entamée une réforme de la psychiatrie qui pri-

vilégie une prise en charge du patient dans son milieu de vie via la dynamique de réseaux de soins financés par le « gel des lits psychiatriques ».

L'article 107 de la loi de financement des hôpitaux donne son nom à cette réforme qui s'articule autour de cinq fonctions qui doivent être coordonnées. La première se centre autour de la prévention et de la promotion de la santé mentale; elle concerne surtout la prise en charge ambulatoire et le partenariat à intensifier entre les médecins généralistes et les services de santé men-

tale de première ligne. La création d'équipes mobiles, le dispositif innovant de cette réforme, permet d'envisager le maintien à domicile de patients jusqu'alors hospitalisés (fonction 2). La troisième fonction soutient et développe une mission de réinsertion sociale des patients. Les deux autres fonctions reprennent les missions de traitement résidentiel, temporaire et intensif (secteur hospitalier) et à visée plus permanente pour la fonction 5 (habitations protégées ou les appartements supervisés). La coordination des cinq fonctions est un objectif essentiel de la réforme.

La réforme dépasse donc le seul cadre de la désinstitutionnalisation pour répondre aux défis futurs: l'inclusion sociale des « patients psychiatriques » avec leur réinsertion dans la vie ordinaire et la déstigmatisation des patients souffrant de troubles psychiques, en insistant sur la place des usagers et des proches dans l'organisation de la réforme et des soins.

On vise donc l'autonomie du patient, mais à l'instar des politiques d'insertion, la norme d'autonomie se montre exigeante quand elle s'exerce sur des individus fragilisés qui vivent en ville. La réforme de la psychiatrie exige de repenser les politiques sociales dans la mesure où les sociologues, notamment ceux de l'école de Chicago dans les années 1920, ont montré qu'il existe un lien entre cohésion sociale et santé mentale. Les pays qui offrent à leur population la plus longue espérance de vie à la naissance (le Japon, la Suède) sont aussi ceux où la différence de revenus entre classes sociales est la plus faible. De nombreuses études démontrent que tout ce qui favorise la cohésion sociale contribue à la croissance de l'espérance de vie (Wilkinson et Marmot, 2004). 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. C'est bien le système politique et social qui

imprime sa marque: la social-démocratie est bonne pour la santé.

On ne peut parler de la santé mentale dans la Région bruxelloise et de l'augmentation de la souffrance psychique sans évoquer les cadres sociaux qui la composent. C'est pourquoi il importe de rappeler brièvement quelques indicateurs sociaux, qui sont autant de facteurs de risques, avant d'examiner les données spécifiques de la « santé mentale ».

## La vie à Bruxelles

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

Au 1<sup>er</sup> janvier 2010, elle comptait officiellement 1 089 538 habitants (526 787 hommes et 562 751 femmes). Plus encore, les projections démographiques prévoient un « city boom », soit 170 000 à 200 000 Bruxellois de plus pour la période 2007-2020. La population bruxelloise continue de rajeunir alors que celle des autres Régions vieillit: en 2010, l'âge moyen est de 37,8 ans en Région bruxelloise contre 41,8 ans en Flandre et 40,4 en Wallonie.

Bruxelles est aussi une ville où la population s'internationalise fortement. En janvier 2010, la population de nationalité étrangère représente 30,0 % de la population même si ce chiffre ne rend pas bien compte de la diversité d'origine et de culture. Près de deux tiers des non-Belges sont européens (environ 10 % d'entre eux viennent d'un des douze nouveaux pays membres). Ensuite, les Marocains sont les plus nombreux (plus de 10 % des personnes étrangères).

La taille des ménages a diminué avec le temps et est plus réduite à Bruxelles que dans le reste du pays. Le nombre d'isolés y a augmenté (l'isolement est un facteur de risque bien connu pour la santé mentale). En 2008, à Bruxelles, 23,7 % des hommes et 25,6 % des femmes vivent seuls et près d'une femme sur dix (9,4 %) est monoparentale (1,5 % des hommes).

En 2010, le taux de chômage de la Région était en moyenne de 17,4 %, soit le double de celui de la Belgique (8,4 % au niveau national, 5,2 % en Flandre et 11,5 % en Wallonie). Signe de gravité: il est quasi équivalent pour les hommes et les femmes, à la différence des autres Régions de Belgique qui regroupent néanmoins villes et campagne. Il varie, en outre, fortement selon les quartiers. Le taux de chômage de longue durée (plus d'un an) est, par ailleurs, le plus élevé à Bruxelles où il est de 9,7 % contre 1,9 % en Flandre et 6,3 % en Wallonie. Le chômage dans la capitale frappe au premier chef les populations les plus jeunes (33,5 % en 2009), dépassant le taux de 40 % dans les quartiers du « croissant pauvre », c'est-à-dire le centre de Bruxelles, le bas de Saint-Gilles, de Molenbeek et Schaerbeek, les Marolles, Laeken.

Les personnes dont le niveau d'instruction est faible sont davantage exclues du marché du travail, et cette exclusion a des répercussions sur leur santé. En Région bruxelloise, un garçon sur cinq et une fille sur six (entre 18 et 24 ans) ont quitté l'école sans diplôme de l'enseignement secondaire supérieur.

Le rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2011 (« Baromètre social ») conclut à une augmentation de la pauvreté à Bruxelles. Bruxelles est la Région où la part de la population vivant sous le seuil de pauvreté est la plus élevée. Près de 33 % des Bruxellois (28,3 % en 2007) n'arrivent que difficilement à joindre les deux bouts,

soit plus que dans le reste du pays. En 2010, 21,3 % de la population bénéficiaient de l'intervention majorée dans le cadre de l'assurance des soins de santé. À Bruxelles, un enfant sur quatre et un adulte sur cinq vivent dans un ménage n'ayant aucun revenu du travail. Un enfant bruxellois a quatre fois plus de risques d'être dans cette situation qu'un enfant flamand.

D'autre part, la distribution des revenus est plus inégalitaire en Région bruxelloise. Plus de jeunes adultes vivent en situation de pauvreté et ils sont de ce fait en moins bonne santé tandis que la population âgée est de manière générale plus instruite et moins précaire que dans les autres Régions du pays. Le problème du surendettement est également plus important: en 2010, 5,5 % de la population bruxelloise adulte étaient enregistrés auprès de la Centrale des crédits pour paiements défectueux. Pour l'ensemble de la Belgique, cette proportion était de 4,2 %. Enfin, en ce qui concerne l'accessibilité aux soins de santé, 26,3 % des Bruxellois appartenaient, en 2008, à un ménage dont la personne de référence a dû renoncer à des soins de santé pour des raisons financières. Et dès lors, ils recourent plus aux soins en urgence. C'est plus souvent le cas à Bruxelles que dans le reste du pays et cela même à diplôme égal. Les inégalités sanitaires touchent donc davantage les Bruxellois.

Les inégalités sociales se marquent dès la naissance: en Région bruxelloise, en 2008, 24,7 % des enfants naissent dans une famille sans revenus du travail. La proportion de naissance dans une famille monoparentale continue à augmenter (17,7 % en 2008, dont 11,2 % sans revenu)<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Les travaux de l'Unicef, « Les enfants laissés pour compte » (2010), qui ont bien montré combien les inégalités se creusent très tôt dans la vie et que ce sont les capacités cognitives, émotionnelles et sociales qui en sont la clé. Gosta Esping Andersen a démontré à quel point les politiques de la petite enfance sont un élément important de la politique de lutte contre les inégalités sociales.

L'ensemble de ces chiffres donne une indication du nombre minimum de personnes qui, dans la Région de Bruxelles-Capitale, sont confrontées à des difficultés financières et à de la précarité, génératrice de souffrances psychiques. En effet, selon l'Enquête de santé 2008<sup>2</sup>, les troubles mentaux sont la première cause d'invalidité des Bruxellois tant chez les hommes que chez les femmes et tant chez les ouvriers que chez les employés. Le pourcentage d'invalidité à la suite de troubles mentaux est en augmentation constante: plus 25 % en 2007.

En 2008, en Région bruxelloise, le taux de personnes présentant des difficultés psychologiques (34 %) et des troubles sévères (19 %) est plus élevé que dans les autres Régions, mais ne diffère pas de celui des autres grandes villes du pays. C'est à Bruxelles que la prévalence des troubles dépressifs a connu la plus forte augmentation dans le temps (10 % en 2004 contre 14 % en 2008) et celle-ci est davantage observée chez les femmes, les personnes de faible niveau socioéconomique et chez les chômeurs.

Les troubles psychotiques, plus diagnostiqués en Région bruxelloise, sont plus fréquents en zone urbaine et accentués par la précarité socioéconomique. De manière générale, on observe une inégalité sociale bien marquée pour les troubles du sommeil, les troubles dépressifs, les troubles anxieux et psychotiques. Par ailleurs, les inégalités sociales sont plus marquées chez les femmes que chez les hommes.

De ces diverses données, il ressort que les questions de santé mentale sont indissociables des questions sociales, d'emploi et de logement. Du reste, les analyses historiques de Michel Foucault et de Robert Castel ont toujours démontré le rapport de proximité entre la psychiatrie et la société.

<sup>2</sup> Voir *Enquête de santé par interview Belgique, 2008*, Institut scientifique de santé publique, section épidémiologie.

## La psychiatrie à Bruxelles

En Belgique, deux tendances sont globalement observées en psychiatrie. On assiste, d'une part, à une médicalisation croissante (médicaments prescrits et accès aux actes techniques même si le recours à ceux-ci a été récemment limité par la diminution de leur remboursement) et, d'autre part, au développement de la psychiatrie ambulatoire (multiplication des consultations en cabinet privé, en services de santé mentale et à l'hôpital).

Les deux tendances sont plus complémentaires qu'opposées. La psychiatrie bruxelloise se démarque de celle des autres Régions par différentes caractéristiques. Plus que toute autre ville de Belgique, la capitale a intensément développé son réseau de soins psychiatriques ambulatoire. À titre de comparaison, on retrouve proportionnellement plus de centres de réhabilitation conventionnés Inami et de services de santé mentale en Région bruxelloise qu'en Wallonie et qu'en Flandre. La durée de séjour moyenne est également plus courte dans les services de psychiatrie de la capitale. On notera enfin que Bruxelles dispose d'une offre hospitalière moindre, surtout en lits de long séjour pour patients chroniques, et d'un taux d'admission plus élevé que dans les autres Régions. Ces caractéristiques ont eu une incidence sur les projets de réforme de la loi de financement qui voient le jour dans la Région bruxelloise. Ainsi, le manque de lits à reconvertir et la densification déjà existante des structures alternatives à l'hospitalisation ont orienté les projets. Détaillons: 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 moindre offre hospitalière. Historiquement, la programmation en lits psychiatriques de long séjour n'a jamais été atteinte alors que



leur manque de visibilité globale et risque de complexifier une approche de santé publique. Aujourd'hui, les services ambulatoires sont surchargés, et les délais d'attente pour trouver une place dans un centre de jour, un hébergement spécialisé ou un service de santé mentale ont fort augmenté.

### **Souffrance psychique ou maladie mentale ?**

En réalité, on assiste à une transformation qualitative et quantitative de la demande, c'est-à-dire à une augmentation de ce que l'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. L'augmentation de la responsabilité individuelle et de l'insécurité personnelle croise la montée des exigences personnelles d'autonomie et de l'individualisme contemporain (Ehrenberg, 1998 et 2010).

Il ne faut pas psychiatriser la santé mentale pour autant. Nous n'allons pas rentrer ici dans tous les détails d'un débat sur ce que recouvrent les notions de souffrance psychique et de santé mentale, notions qui semblent figurées parmi les principaux points de repères de l'individualisme contemporain et de la condition humaine. Nous partageons l'opinion d'Alain Ehrenberg lorsqu'il dit que ces deux notions symbolisent les transformations qu'ont connues tant la psychiatrie que la société depuis une trentaine d'années. « Il n'y a pas aujourd'hui de santé, de bien-être, ni de sociabilité équilibrée sans santé mentale. »

Tout ce qui concerne les émotions, les affects, les sentiments moraux, la subjectivité individuelle, s'est déplacé au cœur de la vie sociale des sociétés dites développées, ce qui s'explique par la valeur grandissante accordée à la santé mentale et à la souffrance

psychique. Ces problèmes ont ainsi 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 violente, pathologie de l'exclusion, souffrance psychosociale, etc. Dès lors, avec l'hétérogénéité des « problèmes » qu'elle traite, le périmètre d'action de la psychiatrie s'est considérablement élargi, tandis que de très nombreux acteurs ont pris place dans ce domaine.

Si les murs de l'asile sont tombés ou ont peu existé en Région bruxelloise, il semble que, parallèlement, un ensemble protéiforme de souffrances s'est mis à sourdre de partout: elles trouvent leur expression dans la santé mentale et nécessitent une clarification quant à ces questions de troubles psychiques et de santé mentale.

Il est peut-être utile de rappeler ici les propos de Gerald Klerman, célèbre épidémiologiste américain, qui faisait remarquer que l'augmentation de l'utilisation des services de santé mentale ne devait pas être interprétée comme un reflet de l'augmentation de l'incidence et de la prévalence de la maladie mentale. C'est surtout parce que les services sont plus nombreux et plus disponibles, mais aussi parce que c'est moins stigmatisant qu'avant: pour toutes ces raisons, mais aussi surtout parce que l'exigence d'autonomie confronte le sujet contemporain aux défis de la liberté et que le recours à un tiers (le psy) est une façon de répondre à cette injonction.

Dans un article récent, la sociologue Anne Lovell explique également la complexité de la notion de santé mentale par laquelle on entend à la fois des pratiques institutionnelles et des caractéristiques de l'individu. Et nous sommes d'accord avec elle lorsqu'elle souligne qu'en santé publique, les caractéristiques de la santé mentale sont souvent confondues, voire remplacées par des ré-

férences aux troubles mentaux. La notion de santé mentale est un continuum qui va d'un aspect positif à un aspect négatif tandis que la maladie mentale est bien définie par des critères précis; on a tendance à mélanger les deux.

Les caractéristiques individuelles de santé mentale sont généralement déclinées en plusieurs dimensions: détresse (souffrance psychique, mal-être), capacités (pouvoir faire face dans les moments difficiles, capacités, résilience), état positif (bien-être)<sup>5</sup>. De son côté, l'OMS distingue trois dimensions de la santé mentale, à savoir les troubles mentaux, la détresse psychologique ou la souffrance psychique et la santé mentale positive<sup>6</sup>.

Tout ce qui se passe dans le champ social tend à être coloré par la dimension psychique: l'hypothèse causale est moins une explication sociologique qu'une détermination psychique: ce qui ne va pas dans le social est du ressort du sujet. Les travailleurs de la psyché ont à la fois une responsabilité concernant cette évolution, mais aussi le devoir de faire ressurgir dans le sociopolitique ces évolutions qui ne peuvent s'expliquer uniquement par le détour du fonctionnement du sujet. La clinique nous enseigne cette évolution insidieuse de reporter sur le sujet ce qui est fondamentalement du ressort du politique. En attendant d'approfondir ailleurs ces questions, nous nous proposons d'examiner d'autres données empiriques qui sont autant d'indicateurs dans le cadre de la santé mentale bruxelloise et de la réforme qui l'attend.

## L'augmentation d'expertises comme symptôme de malaise urbain

Une autre donnée vient interroger la ligne de partage entre le domaine du social et de la santé mentale. L'augmentation du nombre d'expertises demandées dans le cadre de la loi relative à la protection de la personne des malades mentaux (loi du 26 juin 1990) dans l'arrondissement judiciaire de Bruxelles-Hal-Vilvorde. À la demande du parquet (procédure urgente) ou du juge de paix (procédure ordinaire), un patient peut être privé de liberté en vue de soins s'il présente une maladie mentale à laquelle il ne peut faire face, une dangerosité avérée pour lui-même ou autrui, et si aucune autre proposition de soins ne peut être mise en place.

On remarquera la dimension nécessairement subjective du dernier critère énoncé. Le travail d'alternative dépend en effet du bon vouloir du clinicien, du temps dont il dispose, des capacités relationnelles qu'il met en place pour obtenir le consentement du patient à accepter les soins, mais aussi de sa créativité pour éviter la voie autoroutière de privation de liberté au profit de chemins moins balisés, mais souvent plus respectueux de la dignité du patient. Il faut ainsi relever que cette augmentation relève également de la dimension sociale des soins et de l'impossible réduction de la psychiatrie à un savoir technique. En effet, le nombre d'expertises demandées par la procédure urgente (à la demande du parquet) a considérablement crû depuis le début des années 2000 passant de moins de 700 en 2000 à plus de 1 800 en 2008. Cette augmentation ne résulte pas d'une augmentation de la prévalence des troubles psychiatriques, mais questionne un souhait de psychiatiser le social. Dans un certain nombre de cas, le clinicien reçoit la demande d'expertise en constatant de façon évidente que les critères ne sont pas

5 Voir les travaux de la commission Stiglitz qui incitent à une meilleure prise en compte de la dimension subjective du bien-être (évaluation cognitive de la vie, bonheur, satisfaction, émotions positives ou négatives, notamment pour le pilotage des politiques publiques).

6 Une telle distinction fut établie lors de la première conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale qui s'est tenue à Helsinki en janvier 2005.

remplis, mais que la médicalisation de la situation permet un ajustement du social. Nous pensons ici à des demandes d'expertises motivées par des conflits familiaux sans présence de maladie mentale, mais aussi à l'assimilation de tout comportement dangereux à un problème psychiatrique sous-jacent. En revanche, nous observons une relative stagnation ces deux dernières années, en raison du travail considérable effectué par les substituts pour refuser des demandes d'expertises non fondées.

Les expertises réalisées dans le cadre de la procédure urgente offrent une réponse médicale immédiate, contribuant ainsi à une médicalisation du social. Une étude portant sur les demandes d'expertises, réalisée à l'unité de crise et d'urgence psychiatrique des cliniques universitaires Saint-Luc montre que parmi les critères de la loi, c'est avant tout l'absence d'alternative qui guide le clinicien dans sa décision de mise en observation, bien plus que le critère de dangerosité (Lorant, 2007).

Dans la foulée des travaux de Klerman et d'autres épidémiologistes, des études européennes ont récemment montré que les taux de prévalence de maladies mentales les plus sévères dans toutes les sociétés restaient stables (Kovess, 2010). Ce qui signifierait que si la privation de liberté en vue de soins telle qu'élaborée dans la loi du 26 juin 1990, vise la maladie mentale en situation de crise et si celle-ci reste stable d'un point de vue épidémiologique, l'augmentation du nombre d'expertises résulte du débordement de la souffrance sociale vers le réceptacle psychiatrique.

Cela 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*. Est-ce aux psychiatres et aux autres intervenants de la santé mentale de répondre à ce malaise ur-

bain qui se pose à la société? La psychiatrie doit-elle maintenir son modèle assistantiel, tel que déjà décrit dans l'ouvrage *Les psychiatries, médecines de pointe ou d'assistance?* (Verhaegen, 1985)? N'y a-t-il pas une réponse autre à apporter à ces problématiques, là où elles se posent dans la société avant d'offrir une réponse médicalisée qui dès lors institutionnalise ces problèmes? En France, certains affirment que la surcharge des hôpitaux est liée au fait qu'ils accueillent des problèmes médicosociaux. Devons-nous pérenniser cette réponse ou s'agit-il d'y apporter d'autres réponses telles que celles promues par le projet 107? Comment accueillir les nouvelles questions de souffrances psychosociales sans creuser la psychiatrisation de l'existence?

Notons ici qu'une crainte justifiée porte sur la charge financière que le patient devra assumer dès lors qu'il sera suivi dans son milieu de vie même si les modalités de mise en œuvre des équipes mobiles tendent à prendre ce facteur en considération<sup>7</sup>. Les soins ambulatoires risquent de coûter plus cher au patient que lorsqu'il y a hospitalisation ou hébergement en institution et cela dans un contexte où le coût du logement à Bruxelles ne cesse de croître.

### **Le réseau bruxellois propice à une réussite des réseaux 107**

Une des réponses à cette souffrance psychosociale se trouve plutôt dans la coordination et la mobilisation des instances de proximité, là où naissent les problèmes (social, logement, police en relation avec les intervenants psy). Il s'agit de considérer le territoire non comme un espace de « captation de clientèle », mais un espace où il faut mettre en valeur des ressources. C'est bien à ce titre-là que la réforme

<sup>7</sup> Note de Similes, *Similes et les réseaux 107*, février 2012.



## Bibliographie

- Ehrenberg A. (2010), *La société du malaise*, Odile Jacob.
- Deschietere G. (2011), « L'augmentation des soins contraints en Belgique, le cas de Bruxelles », *L'encéphale*, vol. 37, n° 151.
- Esping Andersen G. (2008), *Trois leçons sur l'État-providence*, Seuil, coll. « La République des idées ».
- Institut scientifique de la santé publique, section épidémiologie (2008), *Enquête de santé par interview Belgique*.
- Jacob B., Lucassen Ch. (2011), « Vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins » dans *Vie sociale et traitement*, n° 112.
- Klerman G. L. (1985), « Trends in Utilization of mental Health Services », *Perspectives for health services research medical care*, vol. 23, n° 5.
- Kovess V. et alii (2005), *The state of mental Health in European Union*, Health Consumer Protection public health.
- Kovess V et alii (2010), *La santé mentale, l'affaire de tous*, La documentation française, n° 24.
- Lovell A.-M. (2010), « Santé mentale » dans *Santé publique : l'état des savoirs*, Didier Fassin et Boris Hauray (dir.), éd. La découverte.
- Lorant V., Depuydt C., Gillain B., Guillet A., Dubois V. (2007), « Involuntary commitment in psychiatric care: what drive the decision? », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 5.

de l'article 107 peut amener des réponses innovantes et probablement dérangeantes en faisant remonter au politique ce qui ne relève pas de la psychiatrie, mais bien plus de luttes démocratiques à venir.

Il va de soi que le projet 107 devra clairement baliser une éthique de prise en charge pour refuser la psychiatrisation du social tout en acceptant d'être malmené par ce social que certains psychiatres voudraient éloigner des consultations.

Ainsi, il faut dépasser le débat sectoriel et renforcer à la fois la formation psychologique des différents intervenants de première ligne et la sensibilité sociale des intervenants de la sphère psychomédicale. C'est probablement là une des visées de la réforme de la psychiatrie, décloisonner le type d'aide tout en veillant à respecifier la singularité de chaque prise en charge. Bruxelles est équipée en structures diverses et spécifiques, un tissu associatif et de services publics étoffés (3 500 associations sur le territoire de la Région) et un réseau ambulatoire important permettant d'envisager cette réforme avec suffisamment d'optimisme. Et cela même s'il y a une offre psychiatrique hospitalière moindre et que la prise en charge optimale des patients atteints de psychose pose question. Or la prise en charge des patients chroniques est un enjeu majeur des années à venir. Il nous faut réellement travailler à une réflexion sur les (bonnes) indications d'hospitalisation en psychiatrie. C'est un pan entier du travail qui s'ouvre là.

Le projet 107 a pour visée de 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). À long terme, ce travail préventif dans la communauté coûte d'ailleurs moins cher et, sur ce plan, la Région bruxelloise est bien équipée à condition de coordonner les différentes

instances et opérateurs. Bruxelles a également la chance d'être dotée d'un outil web unique — Bruxelles social en ligne ([www.bruxellessocial.be](http://www.bruxellessocial.be)) — rendant l'information sur l'ensemble de l'offre sociale en santé (francophone, néerlandophone et bilingue) particulièrement lisible et accessible gratuitement à tous les travailleurs psycho-médico-sociaux. Cet outil a été spécifiquement conçu pour soutenir le travail de coordination et de réseau. ■

Observatoire de la santé et du social (2010), *Tableau de bord de la santé*, Région de Bruxelles-Capitale.

Commission communautaire commune.

Observatoire de la santé et du social (2011), *Baromètre social, Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté*, Commission communautaire commune.

Stiglitz J., Sen A., Fitoussi J.-P., *Rapport de la Commission sur la mesure de la performance économique et du progrès social*, rapport remis au président de la République française le 14 septembre 2009.

Velpry L. (2008), *Le quotidien de la psychiatrie. Sociologie de la maladie mentale*, Armand Colin.

Verhaegen L. (1985), *Les psychiatries, Médecine de pointe ou d'assistance?*, éd. Cabay.

Verhaegen L. (1991), *Perspectives de la politique bruxelloise de santé mentale*, LBFSM.

Verhaegen L. (2006), « Données et perspectives de la santé mentale à Bruxelles », *L'Observatoire*, n° 49, 3-14.

Verhaegen L. (2011), « Un regard anthropologique sur le quotidien de la psychiatrie », *Confluences*, n° 26, juin.

Wilkinson R., Marmot M. (dir) (2004), *Les déterminants sociaux de la santé*, OMS.