
**PERSPECTIVES DE LA POLITIQUE
BRUXELLOISE
DE SANTE MENTALE**

par

Lydwine VERHAEGEN

Docteur en Sociologie

Etude réalisée à la demande des Ministres

J. CHABERT et J.-L. THYS,

Ministres de la Santé de la Commission Communautaire Commune
de Bruxelles-Capitale

Décembre 1991

Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont bien voulu participer à cette recherche, patients et professionnels. Dans chacune des institutions où s'est déroulé ce travail, plusieurs personnes ont généreusement accueilli les enquêteurs sur le terrain ; d'autres ont accepté de répondre à nos questions et d'autres enfin ont rempli le questionnaire que nous leur avons transmis. Sans la participation de toutes ces personnes, nous n'aurions pu approcher la spécificité de la psychiatrie bruxelloise.

Nous remercions également Monsieur SPLINGAER, Directeur Général au Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement et le docteur J. RIGA, Directeur Général de l'INAMI, pour avoir mis à notre disposition toutes les données que nous souhaitions.

Que la Société SONECOM, ainsi que le Centre des BASS (Belgian Archives for the Social Sciences) acceptent nos remerciements pour leur soutien logistique. Nous adressons un remerciement spécial à André DIELENS et à Edmond LEGROS, Emile BERCKMANS et Jacques MARQUET pour leur totale disponibilité.

De même nous remercions l'Institut de Démographie de l'Université Catholique de Louvain et l'École de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles et tout particulièrement Thierry EGGERICKX, Josiane DUCHENE, Perrine HUMBLET et Philippe CORTEN pour leur gracieuse collaboration à cette recherche.

Nous exprimons notre reconnaissance au Docteur Viviane KOVASS, Professeur associé au Département de Santé Publique de l'Université Paris V et au Professeur Claudine HERZLICH, Directeur du CERMES à Paris pour leur soutien scientifique.

Notre gratitude va également à Madame Colette PRINS-VERSPORTEN, Directrice de la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale, pour son accueil et son soutien tout au long de ce travail, de même qu'au docteur Michel De Clercq, Président de la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale.

Sans Anne WERY et Philippe HOYOIS, l'analyse des données n'aurait pu être aussi fructueuse : qu'ils en soient remerciés.

De même, la confiance que les Ministres de la Santé de la Région Bruxelles-Capitale, le Ministre Jos CHABERT et le Ministre Jean-Louis THYS, ainsi que les membres de leurs Cabinets, nous ont accordée nous a soutenus tout au long de ce travail.

Enfin, il importe de souligner le travail essentiel effectué avec beaucoup d'efficacité par Marie-Dominique MIGEOTTE et Patricia COLASSE. Marie-Jeanne VERVACK a pris en charge la réalisation du document final. Monsieur LEFEVERE, de la Société Advantage Office, a assuré la traduction de ce travail. Nous les en remercions sincèrement.

COMPOSITION DU COMITE SCIENTIFIQUE

Président : Professeur Michel SOURIS

Membres :

Secteur hospitalier et universitaire

Professeur Léon CASSIERS, Doyen de la Faculté de Médecine de l'U.C.L.

(Clinique Universitaire S^t Luc)

Professeur Julien MENDLEVICZ

(Cliniques Universitaires de Bruxelles – Hôpital Erasme)

Professeur Isidore PELC

(Hôpital Universitaire Brugman)

Docteur Paul DEBUS

(S^t Jan Alg. Kliniek)

Professeur Willy SZAFRAN

(Akademisch Ziekenhuis v.d. V.U.B.)

Secteur ambulatoire

Monsieur Jean-Pierre BROTHAERT (D.G.G.Z. Psychosociaal Centrum Primavera)

Monsieur Jan DE WACHTER

(D.G.G.Z. Konsultatieburo – Papenvest)

Professeur Xavier RENDERS

(S.S.M. Chapelle-aux-Champs)

Professeur Michel SOURIS

(S.S.M. Psycho – Belliard)

Secteur « Conventionné INAMI »

Docteur Jean VERMEYLEN

(L'Equipe)

Secteur psychogériatrique

Docteur Philippe MEIRE

(Clinique S^t Jean)

Docteur Frank ROELANDTS

(Stichting voor Psychogeriatric)

Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale

Madame Colette PRINS-VERSPORTEN

Directrice

Docteur Michel DE CLERCQ

Président

Monsieur Philippe HALIN

Chargé de recherches

Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg

Madame Josée VAN REMOORTEL

Directrice

Monsieur Rik VAN NUFFEL

Chargé de recherches

Représentants des Ministres de la Santé

Monsieur Pascal HENRY

(Cabinet du Ministre J.-L. Thys)

Madame Mieke DE BIE

(Cabinet du Ministre J. Chabert)

Monsieur Jean-Marie DUPONT

(Cabinet du Ministre F. Guillaume)

Madame Josée LEMAITRE

(Cabinet du Ministre H. Weckx)

INTRODUCTION

La recherche intitulée « Perspectives de la politique bruxelloise de santé mentale » que nous avons menée a été conçue comme une phase indispensable à la mise sur pied d'une politique de coordination dans le secteur de la santé mentale à Bruxelles, secteur caractérisé par une diversité d'institutions et de sources de financement.

Les objectifs définis par les décideurs sont les suivants :

1° Description des institutions existantes (services hospitaliers psychiatriques dans les hôpitaux généraux, hôpitaux psychiatriques, services conventionnés avec l'INAMI, services de santé mentale, habitations protégées, services Vp...)

– au point de vue

- capacité en lits, places et personnel ;
- type de patients (âge, domicile, conditions socio-économiques, etc.) ;
- durée et intensité de traitement ;
- mécanisme et source de financement.

Cette étude descriptive a comme but final la formulation de propositions sur :

- les institutions spécifiques nécessaires et correspondant à un environnement urbain ;
- une politique de financement cohérente dans les secteurs psychiatriques.

2° Les critères d'agrément et de financement des services de santé mentale n'ont plus été modifiés depuis 1975. L'évolution dans le secteur psychiatrique nécessite l'adaptation de ces critères. L'étude doit donc, à partir d'une analyse qualitative et financière, aboutir à la formulation de nouveaux critères d'agrément et de financement.

3° La démence sénile prendra avec le vieillissement de la population, une place croissante dans nos institutions.

Déjà maintenant l'hébergement et les soins pour ces personnes posent des problèmes d'engorgement dans les services d'hôpitaux généraux ou dans les hôpitaux psychiatriques.

D'autre part, on envisage la création de places en maisons de soins psychiatriques (M.S.P.), en habitations protégées (types résidentiels) et la suppression des lits V parmi lesquels se trouvent agréés tous les lits VP de Bruxelles, alors que dans les autres Communautés ces lits sont agréés sous l'index T.

Une approche d'ensemble cohérente s'impose donc afin de préparer la conversion et les agréments à venir.

L'étude doit dans cette perspective porter sur :

- la localisation actuelle des lieux d'hébergement et de soins pour les déments séniles ;
- les besoins institutionnels actuels et futurs ;
- les ressources financières des personnes hébergées.

Etant donné les contraintes de temps et le nombre de points déjà importants de la recherche, il a été décidé de ne pas aborder dans le cadre de cette recherche la psychiatrie de l'enfant. En effet, c'est un sujet qui soulève toute une autre problématique et qui devrait faire l'objet d'une recherche en soi.

A. METHODOLOGIE

L'étude est divisée en trois parties, traitées séparément même si des points communs les traversent.

Chacune des parties a été analysée en fonction des données quantitatives et qualitatives qu'il fut possible de recueillir dans le cadre des contraintes matérielles de l'enquête : un chercheur pendant dix-huit mois.

Première partie (Chapitres I et II)

Cette première partie, un descriptif des structures existantes, a été effectuée en deux volets complémentaires :

- un premier volet :

une analyse de l'offre a été réalisée à l'aide des données disponibles auprès de l'Administration Centrale de la Santé Publique et auprès de l'INAMI.

Ce sont des données détaillées mais regroupées par types d'institutions et de services. Ces données permettent de connaître l'évolution de certaines caractéristiques à l'intérieur des mêmes catégories de services et les différences entre ces catégories ;

- un second volet :

une analyse de la clientèle a été réalisée auprès d'un échantillon représentatif des populations (1.216 individus) fréquentant les divers types d'institutions : services psychiatriques en hôpital

général, hôpitaux psychiatriques, services de santé mentale, services d'hospitalisation partielle ou services conventionnés INAMI.

Cette enquête a pour objectif principal d'identifier les caractéristiques psychiatriques et socio-démographiques des différentes clientèles. A l'aide de cette description analytique, il sera possible de mieux comprendre les cohérences et dysfonctionnements éventuels du système de soins bruxellois et ainsi d'en repérer les points forts et les points faibles.

Deuxième partie (Chapitres III et IV)

Le recueil des données et leur analyse concernant les services de santé mentale ont été effectués de différentes manières :

- Une enquête a été réalisée auprès de tous les dirigeants de ces institutions dans le but d'obtenir des renseignements concernant le personnel (type - nombre), les activités (consultations, activités spécifiques), les problèmes rencontrés et le financement. Les renseignements n'existaient nulle part jusqu'à présent et ont permis de mieux comprendre la spécificité de ce secteur de soins très autonome.
- Nous avons observé en profondeur dans la pratique de deux Services de Santé Mentale (S.S.M.) choisis pour leur exemplarité. Etant donné les délais de la recherche, nous n'avons pas eu le temps de traiter ce matériel riche et abondant comme prévu. Il est cependant partiellement intégré sous forme d'exemples dans le corps du texte.
- Des données chiffrées détaillant les prestations effectuées par ces services ont été obtenues dans le cadre de l'enquête-clientèle auprès d'un échantillon de ces services. Elles complètent l'analyse des consultations des S.S.M.
- Nous avons relevé également des données disponibles concernant les services conventionnés INAMI et les services d'hospitalisation partielle.

Troisième partie (Chapitre V)

Cette dernière partie de la recherche aborde exclusivement la démence sénile et ne couvre donc qu'un aspect de la psychogériatrie.

Il était important de commencer par retracer les lignes de force qui traversent le champ des connaissances médicales actuelles sur la démence sénile. Cette mise au point s'est faite à partir de publications scientifiques récentes de langues française et anglaise.

Nous avons ensuite retracé les cadres sociaux de la prise en charge en collectant des données sur l'isolement des personnes âgées : leur vieillissement, la place des différents professionnels dans leur prise en charge et les problèmes liés à cette prise en charge.

Et enfin, nous avons rassemblé les données disponibles sur le secteur hospitalier et sur le secteur MR - MRS. Elles nous ont permis :

- de localiser les lieux actuels d'hébergement et de soins des déments séniles ;
- de repérer les filières de prise en charge des déments séniles ;
- d'analyser les ressources financières de ces patients grâce à la collaboration d'une institution hébergeant et soignant de nombreux déments séniles.

Il est important de rappeler ici (cfr rapport janvier 1991) que certaines questions n'ont pu ou pas été abordées au cours de cette recherche :

- concernant le financement des institutions, seules les données globales ont été recueillies. Le mode de financement des centres conventionnés INAMI et des hôpitaux est connu par ailleurs ;
- concernant le personnel, seules des données précises (nombre et fonction) ont été reprises exhaustivement dans les services de santé mentale. La problématique du personnel dans les hôpitaux et les centres conventionnés INAMI est tellement complexe qu'elle mérite une étude en soi. En ce qui concerne le personnel présent en service psychogériatrique, nous avons effectué le relevé des problèmes communiqués au cours de l'enquête.

Rappelons aussi qu'il s'agit ici essentiellement d'une étude de l'offre de soins psychiatriques dont la clientèle est une composante et non d'une étude de la demande.

B. CONTEXTE GLOBAL

Avant de décrire le paysage psychiatrique bruxellois, il importe de repérer brièvement les changements sociaux cruciaux qui ont un impact sur la population psychiatrique.

- 1° Les transformations économiques et leurs conséquences sur le marché du travail. Les exigences en matière de qualification professionnelle liées aux transformations industrielles et à la tertiarisation de notre société (adaptations rapides, reconversions, requalifications, réaménagements des plans de carrière, souplesse et mobilité accrues, sans oublier le chômage), vulnérabilisent les patients psychiatriques. Ils sont en effet peu à même de pouvoir répondre à

ces exigences étant donné leurs trajectoires professionnelles (déclassement vers le bas ou déclassement vers le haut).

Fin mars 1991, le taux de chômage « c'est-à-dire les chômeurs complets indemnisés par rapport aux assurés contre le chômage » est de 17.6 % pour la Région bruxelloise (10.0 % pour la Région flamande et 20.9 % pour la Région wallonne).

- 2° Les modifications du tissu de la vie collective en général et du tissu urbain en particulier. Le tronçonnement bien connu de Bruxelles a détruit une partie de la convivialité de la ville et a contribué à créer une anomie spécifique. La ségrégation des unités de vie en segments spécialisés induit une plus grande conformité, rompt les lieux et les occasions informels et spontanés de relations sociales et favorise l'atomisation des réseaux et la solitude.

Des études ont montré qu'il existe un rapport direct entre le degré de désintégration des communautés et l'importance des problèmes de santé mentale.

De plus, à ces modifications du tissu collectif et urbain en particulier, est liée indirectement la montée de la criminalité elle-même liée à la montée de la toxicomanie, particulièrement présente à Bruxelles.

- 3° Les changements de l'institution familiale sont importants à trois points de vue :
 - Tout d'abord en ce qui concerne le fonctionnement du **système familial**, B. Bernstein a bien mis en évidence que l'on assiste aujourd'hui au passage de la famille basée sur la définition statutaire de ces membres (parents - enfant) vers un fonctionnement plus personnalisé où l'identité de chacun est définie en fonction de ses caractéristiques personnelles (étude, profession, hobby, culture...).
 - Ce changement est lent mais il peut provoquer des déséquilibres entre les générations et des insécurités (par exemple : l'abandon des personnes âgées). Il contribue largement à la dégradation des solidarités familiales.
 - Ensuite, la signification du **mariage** ou plus largement des relations entre partenaires est davantage centrée sur l'accomplissement personnel et la réalisation de soi que sur les enfants.

Selon J. Kellerhals, cette redéfinition des liens comporte le risque de repli, de la cassure des attachements au sein de la famille et du couple. Lorsqu'il y a rupture du couple, le danger d'isolement est d'autant plus grand.

Par ailleurs, la proportion d'individus vivant seuls a doublé en vingt ans. Cette proportion est nettement plus importante à Bruxelles que pour l'ensemble du Royaume :

Proportion de personnes vivant seules¹

	Bruxelles	Belgique
Célibataires	40.8	18.5
Mariés	10.1	3.0
Veufs	79.8	62.9
Divorcés	66.5	46.3

La proportion de personnes vivant seules à Bruxelles, surtout personnes âgées, est surévaluée du fait que dans la Capitale, les personnes vivant en institution sont déclarées vivant seules. Néanmoins, la disparité des proportions entre Bruxelles et l'ensemble de la Belgique reste importante.

- Enfin, la diminution du nombre d'enfants par ménage et l'augmentation corrélative de leur valeur a pour effet de focaliser les attentes et les aspirations sur un seul ou deux enfants. Cette stratégie parentale est instable parce que en misant sur un seul enjeu, elle risque de tout perdre si les attentes ne sont pas remplies.

4 Les changements de valeurs. L'adhésion aux nouvelles valeurs telles que les valeurs hédonistes, individualistes mettant au premier plan la recherche de la qualité de la vie, de l'épanouissement de soi et reléguant au second plan les valeurs morales traditionnelles semble très inégalement partagée selon les conditions sociales des individus. En ce qui concerne les patients psychiatriques (souvent de conditions plus modestes), il est peu probable qu'ils puissent vivre l'inactivité professionnelle comme une occasion de mettre en pratique les valeurs hédonistes et de se former une identité plus épanouie. C'est d'autant plus improbable que très souvent ils n'ont pas choisi cette situation qui à la fois est négativement stigmatisée et donne lieu à des rapports de dépendance.

Ces quatre groupes de facteurs de changements sociaux contribuent à augmenter la demande de soins qui, hier encore, s'adressait à l'Eglise ou aux proches et est aujourd'hui de plus en plus nombreuse à se diriger vers les professionnels de la psychiatrie.

Comme le note Gérard Klerman, l'augmentation de l'utilisation des services de santé mentale ne doit pas être interprété comme un reflet de l'augmentation de l'incidence et de la prévalence en santé mentale.

¹ Données calculées par Josianne Duchêne dans le cadre d'une étude sur les « Modes de vie familiaux en Belgique de 1961 à nos jours », en cours, Institut de Démographie, U.C.L., décembre 1991.

« 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 health services are actually used and are potentially legitimate for the following populations.

1. A "core" group of people with definable mental disorder 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 diagnosable mental illness. Moreover, people coping with these stressful events make greater use of the health care system and increase their use of alcohol, tobacco and various sedatives.
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. »²

Face à l'augmentation de cette consommation de soins et indépendamment de celle-ci, l'offre de soins a également subi des transformations institutionnelles et techniques.

L'accroissement de l'offre de soins publics et privés va de pair avec la différenciation des techniques et des approches thérapeutiques. Elle implique des mécanismes de sélection des patients en fonction de critères qui sont principalement d'ordre social et culturel.

L'expansion du champ médico-psychiatrique a donné lieu également à l'instauration de filières de soins et à leur hiérarchisation allant des pratiques les plus prestigieuses et intensives exigeant des moyens matériels et symboliques considérables aux pratiques les plus routinières et banales faisant appel à des outils simples. Les dernières pratiques sont souvent mises en œuvre pour le maintien de situations considérées comme irréversibles.

A cette hiérarchie des services et des pratiques correspond le classement hiérarchique des thérapeutes ainsi que celui des patients³.

Avant d'analyser la situation de Bruxelles, une description du paysage psychiatrique nous paraît constituer une étape indispensable.

² G.L. KLERMAN, *Trends in Utilization of Mental Health Services, Perspectives for health services research Medical Care*, May 1985, vol. 23, n° 5, pp. 589-591.

³ Cfr L. VERHAEGEN, *Les psychiatries, médecine de pointe ou d'assistance*, Cabay, 1985.

C. PAYSAGE PSYCHIATRIQUE BRUXELLOIS

Sans faire un grand détour historique⁴, il importe de situer la politique à l'origine des différents types de services bruxellois.

Vers 1960, la politique psychiatrique de la plupart des démocraties occidentales a pris un tournant brusque. A peu près au même moment, trois actes gouvernementaux définissaient les réorientations de cette politique : en 1959 en Grande-Bretagne, le Mental Health Act, en 1960 en France, la circulaire sur la sectorisation et en 1963 aux Etats-Unis, le Community Mental Health Centers Act de Kennedy. Différents par plusieurs aspects, les trois actes s'accordaient sur les principes fondamentaux et l'objectif global de la nouvelle politique.

Cette nouvelle politique met l'accent à des degrés divers selon les pays sur trois concepts fondamentaux :

- limiter l'hospitalisation et dans le cas où elle s'impose, empêcher la chronicisation du patient ;
- susciter et organiser la prise en charge communautaire ;
- intégrer dans le tissu social des services psychiatriques variés en fonction de la diversité des demandes ou des nécessités de prises en charge.

Dans ce contexte général de réduction de l'hospitalisation psychiatrique, la réaction de la Belgique fut quelque peu tardive. Une nouvelle politique de santé mentale ne fut officiellement définie qu'à partir de 1974.

A partir de cette date, une nouvelle politique de santé mentale axée sur les « soins intégrés de santé mentale » et une banalisation de la maladie mentale fut articulée autour des principes suivants :

- 1° traiter les patients psychiatriques de façon active ;
- 2° assurer la prévention sur le plan des soins de santé mentale ;
- 3° mettre en service la coordination, l'intégration et la continuité des soins ;
- 4° réinsérer et traiter le patient dans son propre environnement ;
- 5° réduire le nombre de lits hospitaliers ;
- 6° prévoir un statut digne pour les malades mentaux en considérant que la maladie mentale est une maladie ordinaire et le malade mental un patient à part entière.

⁴ Pour un historique de la psychiatrie belge, on peut se référer au rapport de L.M.J. GROOT et J. BREDA, *Evaluation de la programmation hospitalière*, II^e partie, « Soins hospitaliers psychiatriques », chapitre I.

Cette nouvelle politique de santé mentale fut sanctionnée légalement à l'aide des trois arrêtés royaux suivants :

- l'arrêté royal du 15 février 1974 définissant de nouvelles normes hospitalières (A et T) qui devront progressivement remplacer les anciennes normes (O, P et Q) ;
- l'arrêté royal du 20 mars 1975 institutionnalisant les « services de santé mentale » existant depuis le début des années '20 ;
- l'arrêté royal du 3 août 1976 fixe des critères précis de programmation en matière de lits psychiatriques par habitant.

Critères de programmation

Types de services	Hospitalisations de jour et de nuit (Nombre de lits par 1.000 hab.)	Hospitalisations de jour ou de nuit (Nombre de lits/places par 1.000 hab.)
- A		
- en hôpital psychiatrique	0,5	0,15
- en hôpital général	0,15	0,075
- T	0,90	0,40
- Vp ⁵	0,3	

Médicalisation de la psychiatrie hospitalière

Au point de vue légal, la notion d'hôpital a remplacé progressivement celle d'asile, de même que celle de la maladie mentale s'est substituée à celle de la folie. Sur le plan de la prise en charge, l'idée d'hébergement simple a fait place à celle du traitement.

Cependant dans la réalité, l'hôpital-asile est perçu comme l'était l'hôpital général par les premiers aliénistes : indifférenciation des patients et sur-encombrement, juxtaposition de catégories hétérogènes d'individus. Il en résulte les mêmes conséquences à savoir l'impossibilité de médicaliser et de traiter des populations qui ont comme seul trait commun d'être enfermées.

Pour traiter les uns, il faut débarasser l'asile-hôpital des patients chroniques, des vieillards, des indigents, des handicapés, des épileptiques, etc. et dès lors dissocier la médecine scientifique et ne garder que les vrais malades que l'on pourra alors traiter intensivement. C'est la raison pour

⁵ Le transfert des patients psychogériatriques se feraient vers les lits index Vp pour lesquels l'A.R. du 21 mars 1972 prévoit 0,3 lits/1.000 hab., soit 2.995 lits pour tout le pays. A ce jour, les normes d'agrégation et de fonctionnement n'ont pas encore été publiées pour ces services Vp.

laquelle il est prévu de déplacer les vieillards dans des lieux spécialisés et de diviser le travail thérapeutique comme dans la médecine somatique, c'est-à-dire selon les temporalités de la maladie (aiguë, chronique).

Ceci suppose un meilleur encadrement à la fois sur le plan architectural et sur celui du personnel. L'arrêté royal du 15 février 1974 prévoit la création de deux nouveaux services de neuropsychiatrie, à savoir les services A et T, en remplacement des services P, O et Q (cfr *infra*). Les normes d'agrément de ces nouveaux services entraînent des modifications importantes, à savoir :

- sur le plan architectural : d'une part la réduction du nombre de lits par salle ou par chambre et d'autre part la création d'espace suffisant permettant de pratiquer diverses thérapies ;
- sur le plan organisationnel : davantage de personnel, une plus grande qualification, une équipe multidisciplinaire ;
- sur le plan fonctionnel : des liens tant avec le secteur somatique qu'avec les services extra-hospitaliers organisant l'aide médicale urgente.

Les normes d'agrément de ces nouveaux services parlent d'observation, de traitement, de revalidation et de réinsertion ; il n'est donc plus question de simple hébergement.

En particulier, la création des nouveaux services A, hautement spécialisés et réintégrant éventuellement les hôpitaux généraux et les hôpitaux universitaires est explicitement prévue pour la mise au point de diagnostic et de traitement actif. Il est prévu que n'y auront accès que ceux qui peuvent être traités comme de « vrais » malades.

En effet, le traitement suppose une maladie spécifique et identifiée et le traitement actif concerne plus spécialement les phases aiguës de la maladie. Ce sont théoriquement des hospitalisations de courte durée comme ce doit être le cas pour tout traitement en lit « aigu », ce type de lit nécessitant davantage de personnel et d'infrastructure technique.

C'est donc une conception de la maladie calquée sur le modèle médical qui sous-tend ces définitions.

On peut émettre l'hypothèse qu'à ces divers services (A et T) (aigu - chronique) et aux moyens qui leur sont octroyés corresponde une hiérarchie des prises en charge et des filières de soins et dès lors, une hiérarchie des psychiatries. L'étude tentera de répondre à cette question. Celle-ci a déjà fait l'objet de travaux antérieurs⁶.

⁶ Cfr L. VERHAEGEN, *Les psychiatries : médecines de pointe ou d'assistance*, Cabay, 1985.
Cfr A. CHAUVENET, *Médecine aux choix, médecine de classe*, Paris, PUF, 1978.

La réforme de la psychiatrie (l'année 1990)⁷

Dix-neuf arrêtés royaux et ministériels datés du 10 juillet 1990 donnent corps à une réforme importante de la psychiatrie. Celle-ci a pour objectif principal la désinstitutionnalisation de patients chroniques par la création de nouvelles structures telles que les maisons de soins psychiatriques (M.S.P.) et la promotion des habitations protégées (H.P.), associées à la fermeture de lits psychiatriques. La reconversion de 6.000 lits d'hôpitaux psychiatriques est prévue.

La fermeture de lits T permet l'ouverture de places d'habitations protégées (H.P.) et de lits en maisons de soins psychiatriques (M.S.P.) situées en dehors de l'hôpital psychiatrique et proches de la communauté de vie locale.

Des règles d'équivalence très précises sont définies par les arrêtés. Les M.S.P. sont destinées à des patients stabilisés et dépendants et les H.P. à des patients nécessitant une aide à la réinsertion sociale. Les normes architecturales des M.S.P. doivent permettre de sauvegarder la vie privée des patients tout en privilégiant une atmosphère agréable. Dans les hôpitaux psychiatriques, une amélioration de la qualité de vie des patients est prévue à travers l'amélioration de l'encadrement du personnel. L'intensification des soins doit permettre d'éviter la chronicité et les longs séjours à l'hôpital psychiatrique.

La réforme permet également la création d'un instrument : « l'association comme plate-forme de concertation » capable d'assurer une plus grande cohérence entre les différentes institutions et les services.

Bruxelles ne disposant pas de lits T excédentaires (cfr *infra*) ne peut théoriquement prétendre à disposer de lits M.S.P. peut-être nécessaire étant donné les critères de pathologies définis par l'arrêté royal.

⁷ Pour plus de détails, voir : 1990 : *Une date historique pour le secteur psychiatrique - Conception et concrétisation du plan politique pour la psychiatrie*, Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement, Administration des établissements de soins, 31 juillet 1990.

laquelle il est prévu de déplacer les vieillards dans des lieux spécialisés et de diviser le travail thérapeutique comme dans la médecine somatique, c'est-à-dire selon les temporalités de la maladie (aiguë, chronique).

Ceci suppose un meilleur encadrement à la fois sur le plan architectural et sur celui du personnel. L'arrêté royal du 15 février 1974 prévoit la création de deux nouveaux services de neuropsychiatrie, à savoir les services A et T, en remplacement des services P, O et Q (cfr *infra*).

Les normes d'agrément de ces nouveaux services entraînent des modifications importantes, à savoir :

- sur le plan architectural : d'une part la réduction du nombre de lits par salle ou par chambre et d'autre part la création d'espace suffisant permettant de pratiquer diverses thérapies ;
- sur le plan organisationnel : davantage de personnel, une plus grande qualification, une équipe multidisciplinaire ;
- sur le plan fonctionnel : des liens tant avec le secteur somatique qu'avec les services extra-hospitaliers organisant l'aide médicale urgente.

Les normes d'agrément de ces nouveaux services parlent d'observation, de traitement, de revalidation et de réinsertion ; il n'est donc plus question de simple hébergement.

En particulier, la création des nouveaux services A, hautement spécialisés et réintégrant éventuellement les hôpitaux généraux et les hôpitaux universitaires est explicitement prévue pour la mise au point de **diagnostic et de traitement actif**. Il est prévu que n'y auront accès que ceux qui peuvent être traités comme de « vrais » malades.

En effet, le traitement suppose une maladie spécifique et identifiée et le traitement actif concerne plus spécialement les phases aiguës de la maladie. Ce sont théoriquement des hospitalisations de courte durée comme ce doit être le cas pour tout traitement en lit « aigu », ce type de lit nécessitant davantage de personnel et d'infrastructure technique.

C'est donc une conception de la maladie calquée sur le modèle médical qui sous-tend ces définitions.

On peut émettre l'hypothèse qu'à ces divers services (A et T) (aigu - chronique) et aux moyens qui leur sont octroyés corresponde une hiérarchie des prises en charge et des filières de soins et dès lors, une hiérarchie des psychiatries. L'étude tentera de répondre à cette question. Celle-ci a déjà fait l'objet de travaux antérieurs⁶.

⁶ Cfr L. VERHAEGEN, *Les psychiatries : médecines de pointe ou d'assistance*, Cabay, 1985.
Cfr A. CHAUVENET, *Médecine aux choix, médecine de classe*, Paris, PUF, 1978.

La réforme de la psychiatrie (l'année 1990)⁷

Dix-neuf arrêtés royaux et ministériels datés du 10 juillet 1990 donnent corps à une réforme importante de la psychiatrie. Celle-ci a pour objectif principal la désinstitutionnalisation de patients chroniques par la création de nouvelles structures telles que les maisons de soins psychiatriques (M.S.P.) et la promotion des habitations protégées (H.P.), associées à la fermeture de lits psychiatriques. La reconversion de 6.000 lits d'hôpitaux psychiatriques est prévue.

La fermeture de lits T permet l'ouverture de places d'habitations protégées (H.P.) et de lits en maisons de soins psychiatriques (M.S.P.) situées en dehors de l'hôpital psychiatrique et proches de la communauté de vie locale.

Des règles d'équivalence très précises sont définies par les arrêtés. Les M.S.P. sont destinées à des patients stabilisés et dépendants et les H.P. à des patients nécessitant une aide à la réinsertion sociale. Les normes architecturales des M.S.P. doivent permettre de sauvegarder la vie privée des patients tout en privilégiant une atmosphère agréable. Dans les hôpitaux psychiatriques, une amélioration de la qualité de vie des patients est prévue à travers l'amélioration de l'encadrement du personnel. L'intensification des soins doit permettre d'éviter la chronicité et les longs séjours à l'hôpital psychiatrique.

La réforme permet également la création d'un instrument : « l'association comme plate-forme de concertation » capable d'assurer une plus grande cohérence entre les différentes institutions et les services.

Bruxelles ne disposant pas de lits T excédentaires (cfr *infra*) ne peut théoriquement prétendre à disposer de lits M.S.P. peut-être nécessaire étant donné les critères de pathologies définis par l'arrêté royal.

⁷ Pour plus de détails, voir : 1990 : *Une date historique pour le secteur psychiatrique - Conception et concrétisation du plan politique pour la psychiatrie*, Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement, Administration des établissements de soins, 31 juillet 1990.

Définition des index A - T - P - O - Q

- Index A : - service neuropsychiatrique d'observation et de traitement (adultes) (service destiné aux malades adultes nécessitant soit une intervention de crise soit une observation ou un traitement actif) ;
- personnel : 16 personnes pour 30 lits ;
- durée de séjour normative : (Bruxelles 1988) -
hospitaux généraux : 19.78 jours
hospitaux psychiatriques : 37.36 jours ;
- sont également situés en hôpital général et hôpital universitaire ;
- critère de programmation : 0,15/1.000 habitants.
- Index A1 : - hospitalisation de jour en service A (adultes) ;
- personnel : 10 personnes pour 30 lits ;
- critère de programmation : 0,075/1.000 habitants.
- Index A2 : - hospitalisation de nuit en service A (adultes) ;
- personnel : 11 personnes pour 30 lits ;
- critère de programmation : 0,0075/1.000 habitants.
- Index T : - service neuropsychiatrique de traitement (adultes) (destinés aux malades adultes et doit axer son activité sur la réadaptation sociale maximale) ;
- personnel : 18 ou 20 personnes pour 60 en hôpital psychiatrique selon les cas ;
- durée de séjour normative (Bruxelles 1988) : 154.35 jours ;
- critère de programmation : 0,90/1.000 habitants.
- Index T1 : - hospitalisation de jour en service T (adultes) ;
- personnel : 11,25 personnes pour 60 lits ;
- critère de programmation : 0,40/1.000 habitants.
- Index T2 : - hospitalisation de nuit en service T (adultes) ;
- personnel : 12,37 personnes pour 60 lits ;
- critère de programmation : 0,40/1.000 habitants.

Depuis le 15 février 1974, l'agrément des services existants O, P et Q était prorogé d'une façon permanente par des arrêtés, pris à l'origine au niveau national, puis au niveau des régions et maintenant au niveau des communautés.

- 1° Communauté flamande : par arrêté de l'Exécutif du 21 décembre 1988 (*Moniteur Belge*, 4 mars 1989) les services qui ont fait l'objet d'une agrégation sous index O et index P sont agréés jusqu'au 31 décembre 1991. Il n'y a plus de services sous index Q.
- 2° Communauté française : par arrêté de l'Exécutif du 4 janvier 1985 (*Moniteur Belge*, 27 mars 1985) les services qui ont fait l'objet d'une agrégation sous index O sont agréés jusqu'au 31 décembre 1985. Il n'y a plus de services sous index P et Q.
- 3° Région bilingue de Bruxelles-Capitale : depuis 1980, il n'existe plus de services O, P et Q.

Etant donné l'inexistence des index O, P et Q dans la Région de Bruxelles-Capitale, nous nous contentons de reprendre leur définition.

Index O : Service psychiatrique ouvert.

Le service « O » est aménagé de telle sorte qu'il puisse recevoir les malades mentaux stabilisés ou non, dont l'état nécessite un traitement ou des soins. Le service doit être effectivement distinct et séparé de l'ensemble du complexe réservé aux malades mentaux placés en service neuro-psychiatriques « P » ou dans un service fermé.

Index P : Service de neuropsychiatrie.

Le présent index s'adresse aux établissements ou services d'hospitalisation limitant leur activité au diagnostic et au traitement de malades neuropsychiatriques et aux sections ouvertes des établissements pour malades mentaux. Dans ce dernier cas, le service P doit être effectivement distinct et séparé de l'ensemble du complexe réservé aux malades mentaux dont l'état ne justifie plus une intervention médicale particulière.

Le service P est, en effet, destiné aux malades en phase aiguë demandant la mise au point d'un diagnostic et/ou l'application d'un traitement.

Index Q : Service psychiatrique hospitalier de nuit.

Le service psychiatrique hospitalier de nuit est un service aménagé pour recevoir des malades neuro-psychiatriques dont l'état, compatible avec une certaine activité professionnelle, nécessite la poursuite d'un traitement en milieu hospitalier.

Lits existants et programmés à Bruxelles (> 1^{er} mars 1991)

Hôpitaux	Lits existants ⁸	Lits programmés ⁹	Ecart
Généraux et universitaires A + A1	235	215	+ 20
Psychiatrique A + A1 + A2 T + T1 + T2	569 475	620 1.241	- 51 - 766
Vp	225	286	- 61
Total	1.504	2.362	- 858

Descriptif des institutions bruxelloises

Nous décrivons ci-dessous par secteur, le nombre d'institutions psychiatriques à Bruxelles et le nombre de places ou de lits quand il y a lieu de le faire.

Sont donc repris les hôpitaux psychiatriques, les services psychiatriques en hôpital général, les centres conventionnés INAMI, les Services de Santé Mentale et les habitations protégées.

⁸ Cfr *Annuaire statistique des Établissements de Soins - Situation au 1^{er} janvier 1989*, Partie II : Rapport annuel, Service d'études, Administration des établissements de soins, Ministère de la Santé Publique.

⁹ Situation de Bruxelles au 1^{er} mars 1991 :
- population : 954.045 habitants ;
- nombre de personnes > 65 ans : 167.190.

Répartition des lits psychiatriques à Bruxelles

		01/01/1991	
<i>Hôpitaux-généraux non universitaires</i>			
Service A	S ^t Jean	30	
	S ^t Michel	60	
	S ^t Pierre	15	105
Service A ₁	S ^t Michel	10	10
<i>Hôpitaux généraux universitaires</i>			
Service A	AZ V.U.B.	30	
	Erasme	70	
	S ^t Luc	20	120
<i>Hôpitaux psychiatriques</i>			
Service A	Brugmann	93	
	Fond'Roy	80	
	La Ramée	70	
	Sanatia	70	
	Sans Souci	45	
	Titeca	65	423
Service A ₁	Brugmann	30	
	Sanatia	30	
	Fond'Roy	30	90
Service A ₂	Brugmann	12	
	S ^t Alexius	44	56
Service T	L'Equipe	-	
	Fond'Roy	90	
	Sans Souci	90	
	Titeca	195	375
Service T ₁	Le Bivouac	17	
	L'Equipe	30	
	Fond'Roy	-	47
Service T ₂	Le Bivouac	13	
	L'Equipe	30	
	Sans Souci	10	53

Répartition des places dans les Centres Conventionnés INAMI adultes à Bruxelles¹⁰

<ul style="list-style-type: none"> - Le Bivouac - Le Canevas - Centre de jour - Centre de Jour - CRIT de l'Equipe - Le Foyer « Section internat de l'Equipe » - « Le Gué » - Centre de Jour de l'Institut Fond'Roy - Centre psychothérapeutique de Nuit WOPS - Centre psychothérapeutique de Jour WOPS - Club Antonin Artaud - Wolvendael 	<ul style="list-style-type: none"> 25 places internes¹¹ places externes non précisées 30 places externes¹⁰ 45 places externes¹⁰ 28 places internes¹⁰ 23 places externes 30 places externes¹⁰ 15 places internes 13 places externes 20 places externes 15 places internes
Total	244 places (83 internes, 161 externes)

Centres conventionnés INAMI pour TOXICOMANES

<ul style="list-style-type: none"> - Centre médical Enaden - L'orée - Lama - Centre d'accueil pour usagers de la Drogue - Solbosch - Spiegel 	<ul style="list-style-type: none"> 8 places 10 externes prix par séance 31 internes
--	---

Services de Santé Mentale (adultes) à Bruxelles

L'arrêté royal du 20 mars 1975 définit les conditions d'agrément des anciens dispensaires d'hygiène mentale, appelés désormais « services de santé mentale ». Ces services doivent être spécialisés dans le traitement et la prévention des troubles psychiques chez les enfants, les adolescents et les adultes et permettre d'éviter l'hospitalisation. Les S.S.M. desservent des régions de 50.000 habitants.

A la date du 1^{er} janvier 1991 on comptait 26 services de santé mentale répartis en 31 sièges à Bruxelles dont 4 services enfants.

¹⁰ Les conventions sont des conventions spécifiques, contrats uniques conclus entre certains établissements et le comité de gestion du service des soins de santé. Elles sont définies par la loi du 9 août 1963, loi d'assurance maladie obligatoire. À l'exception du centre Spiegel, les conventions INAMI sont francophones.

¹¹ Certaines institutions reconnues et financées par l'INAMI sont également agréées par le Ministère de la Santé Publique comme service psychiatrique d'hospitalisation partielle.

On compte 54 services en Wallonie répartis en 73 sièges et 74 services en Flandre répartis en 77 sièges.

Parmi les S.S.M. bruxellois :

- 7 services dépendent de la Communauté flamande ;
- 16 services -dépendent de la Communauté française qui a délégué ses compétences à la Commission Communautaire française ;
- 5 services dépendent de la Commission Communautaire Commune.

Habitations protégées à Bruxelles

Les initiatives d'habitations protégées ont vu leur première reconnaissance juridique dans le cadre de la loi du 13 mars 1985 et de l'arrêté royal des pouvoirs spéciaux n° 407 du 18 avril 1986.

En effet, comme le souligne le rapport Groot, l'application des dispositions de la loi sur les hôpitaux est étendue aux initiatives d'habitations protégées pour des patients sortis de l'hôpital psychiatrique pour autant que la guidance de ces patients se fasse par les soins de l'hôpital psychiatrique en collaboration ou non avec des services de santé mentale ou avec d'autres initiatives axées sur l'habitation protégée.

On compte aujourd'hui plus ou moins 250 places d'habitations protégées non agréées à Bruxelles. Parmi celles-ci, il y en a qui ne correspondent sans doute pas aux normes prévues par les arrêtés royaux de juillet 1990. Ceci risque de poser des problèmes dans un futur proche lors de l'agrément des places déjà existantes.

CHAPITRE I

A TRAVERS LES CHIFFRES : LA TRANSFORMATION DU CHAMP PSYCHIATRIQUE

Dans le courant des années '70, le champ psychiatrique belge a connu une transformation profonde. La psychiatrie hospitalière s'est rapprochée du modèle médical et éloignée du modèle asilaire. Cela s'est concrétisé par la fermeture des services P, la réduction des sections F et O, le développement des services aigus, surtout dans les hôpitaux généraux. Ainsi le nombre de journées d'hospitalisation à l'hôpital général service A est passé en Belgique de 50.871 en 1976 à 593.299 en 1988, soit une augmentation de près de 1.100 % en treize ans. Dans le même temps, le nombre de journées d'hospitalisation dans les services F et O baissait fortement, contribuant à réduire le nombre total de journées d'hospitalisation.

De façon concomitante, la psychiatrie s'ouvrait à une dimension institutionnelle nouvelle, celle de la prise en charge ambulatoire. L'introduction du remboursement de l'acte de psychothérapie depuis 1988 confirme le développement des consultations. La multiplication des consultations, en cabinet privé, dans les centres de santé mentale ou au sein de l'hôpital, en est le principal indice. Depuis la fin des années '60, le nombre de consultations en neuropsychiatrie a plus que triplé.

Tableau 1 - Evolution du nombre de consultations et de traitements psychothérapeutiques¹

	Nombre de consultations (1)	Nombre de traitements psychothérapeutiques (2)	Consultations et traitements (1) + (2)
1967	403.000	sans objet	403.000
1977	1.067.000	sans objet	1.067.000
1987	1.000.000	N.C.*	N.C.*
1988	938.000	375.000	1.313.000
1989	926.000	441.000	1.367.000

* non communiqué

Source : INAMI

¹ Données communiquées par l'INAMI. La consultation et le traitement psychothérapeutique sont réservés aux patients non hospitalisés. Un traitement psychothérapeutique se distingue d'une consultation par une durée de visite plus longue (45 minutes minimum) et par un remboursement plus élevé. La première visite chez un neuropsychiatre, quelque soit sa durée, doit nécessairement être une consultation.

Ces deux tendances, médicalisation croissante et développement de la psychiatrie ambulatoire sont bien plus dans un rapport de symbiose que dans un rapport d'opposition, comme en témoignent d'une part l'ouverture de consultations psychiatriques au sein des hôpitaux et d'autre part, le fait que dans l'élaboration du diagnostic, les psychiatres recourent de plus en plus aux actes techniques (de neuropsychiatrie, de biologie clinique, de radio diagnostic,...) et ce, indépendamment de l'hospitalisation du patient.

« Face à un patient dépressif de 45 ans qui consulte pour la première fois un psychiatre, je demande toujours des analyses car la dépression est souvent, dans le cas, la première manifestation d'un cancer. »

Médecin psychiatre

Pour les seules prestations en neuropsychiatrie, la moitié de celles-ci sont prescrites lors de consultations (50.52 % en 1989²), leur taux de croissance est plus rapide que pour des patients ambulatoires et leur importance financière de plus en plus grande.

Tableau 2 - Evolution du nombre de prestations techniques en neuropsychiatrie comparativement au nombre de consultations

	Prestations techniques		Consultations et traitements	
	Nombre de cas	Indice	Nombre de cas	Indice
1977	478.000	100	1.067.000	100
1988	686.000	144	1.313.000	123
1989	736.000	154	1.367.000	128

Source : INAMI

Tableau 3 - Evolution du coût des prestations techniques en neuropsychiatrie comparativement au coût des consultations (en millions de francs)

	Dépenses totales des prestations techniques (1)	Dépenses totales des consultations et traitements psychothérapeutiques (2)	Rapport (1)/(2)
1977	524	481	1.09
1988	1.482	1.037	1.43
1989	1.614	1.122	1.44

Source : INAMI

² Cfr annexe, les prestations techniques en neuropsychiatrie. Les prestations de médecine interne propre à la neuropsychiatrie couvrent les codes INAMI 477.013 à 477.444. Le poste le plus important est l'examen électroencéphalographique.

Bien que la psychiatrie bruxelloise s'inscrive dans cette évolution, son cadre institutionnel n'est pas comparable à celui de la Belgique. Il se caractérise par l'absence de services F et O, par la présence d'un grand nombre de lits universitaires et aussi de neuropsychiatres. Il est malheureusement impossible de connaître la proportion de neuropsychiatres exerçant à Bruxelles, mais 23.8 % de ceux-ci sont domiciliés dans la région bruxelloise, proportion largement supérieure à l'importance de la population bruxelloise dans l'ensemble belge.

I. LA STRUCTURE HOSPITALIERE A BRUXELLES

En 1978, à l'exception des 57 lits P de S^t Michel, la psychiatrie est absente de l'hôpital général. Elle y trouvera sa place lorsque les hôpitaux universitaires s'installeront à Bruxelles (création de 113 lits A dans les hôpitaux universitaires). Durant la même période, les hôpitaux psychiatriques se transforment (suppression de O, P) tout en connaissant une forte croissance (+ 23 % de lits entre 1978 et 1982). Cette croissance parallèle ne modifie pas fondamentalement la répartition des lits entre les hôpitaux psychiatriques et généraux.

Tableau 4 - Pourcentage de lits psychiatriques dans les hôpitaux

	Hôpitaux généraux	Hôpitaux psychiatriques
1978	7 %	93 %
1982	16 %	84 %
1989	18 %	82 %

Source : Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement

Deux transformations caractérisent les années '80, d'une part la création de lits psychiatriques dans les hôpitaux généraux non universitaires (30 lits A à S^t Jean, 15 lits A à S^t Pierre) et d'autre part la création de lits en hospitalisation partielle dans les hôpitaux psychiatriques. Ceux-ci passent de 71 lits en 1982 à 246 lits en 1989.

L'ensemble de ces transformations se traduit par une augmentation des lits de 60 % en douze ans. Ces lits se répartissent actuellement de la façon suivante :

51 % des lits en service A, soit 658 lits dont	18 % en C.H.U. ;
	16 % en H.G. ;
	64 % en H.P. ³ ;
29 % des lits en service T, soit 375 lits,	tous en H.P. ;
12 % des lits en service A ₁ A ₂ , soit 156 lits dont	6 % en H.G. ;
	94 % en H.P. ;
8 % des lits en service T ₁ T ₂ , soit 100 lits,	tous en H.P. (sauf 2 services)

³ C.H.U. : hôpitaux universitaires ; HG : hôpitaux généraux non universitaires ; HP : hôpitaux psychiatriques.

Tableau 5 - Nombre de lits à Bruxelles

	1978	1982	1989
Hôpitaux généraux			
A	-	113	225
A ₁	-	-	10
P	57	57	-
Total hôpitaux généraux	57	170	235
Hôpitaux psychiatriques			
A	225	418	423
A ₁	-	10	90
A ₂	-	46	56
O	230	-	-
P	196	-	-
T	89	423	375
T ₁	-	15	47
T ₂	-	-	53
Total hôpitaux psychiatriques	740	912	1044
Total général	797	1.082	1.279
Indice	(100)	(136)	(160)

Source : Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement

Tableau 6 - Répartition des lits à Bruxelles (1982-1988)

	01/01/1982	01/01/1989
<i>Hôpitaux généraux non universitaires</i>		
Service A		
S ^t Jean	-	30
S ^t Michel	57	60
S ^t Pierre	-	15
	57	105
Service A ₁		
S ^t Michel	-	10
		10
<i>Hôpitaux généraux universitaires</i>		
Service A		
AZ V.U.B.	23	30
Erasmus	70	70
S ^t Luc	20	20
	113	120
<i>Hôpitaux psychiatriques</i>		
Service A		
Brugmann	108	93
Fond ['] Roy	60	80
La Ramée	70	70
Sanatia	70	70
Sans Souci	45	45
Titeca	65	65
	418	423
Service A ₁		
Brugmann	10	30
Sanatia	-	30
Fond ['] Roy	-	30
	10	90
Service A ₂		
Brugmann	2	12
S ^t Alexius	44	44
	46	56
Service T		
L'Equipe	28	-
Fond ['] Roy	110	90
Sans Souci	90	90
Titeca	195	195
	423	375
Service T ₁		
Le Bivouac	-	17
L'Equipe	-	30
Fond ['] Roy	15	-
	15	47
Service T ₂		
Le Bivouac	-	13
L'Equipe	-	30
Sans Souci	-	10
		53

Source : Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement

II. L'ACTIVITE DES HOPITAUX

A. JOURNEES D'HOSPITALISATION

Etant donné la marge d'indétermination entre l'hospitalisation partielle et l'hospitalisation complète, seul le nombre total de journées par types d'hôpitaux mérite d'être pris en compte, le nombre de journées selon les services est donné à titre purement indicatif dans les tableaux détaillés.

De 1981 à 1988, dernier exercice disponible intégralement, le nombre de journées d'hospitalisation⁴ a augmenté de 26 % à Bruxelles (17 % dans les hôpitaux généraux, 27 % dans les hôpitaux psychiatriques). En Belgique, durant la même période, la croissance des journées d'entretien était beaucoup plus rapide dans les hôpitaux généraux (+ 49 %) tandis que les hôpitaux psychiatriques connaissaient une baisse d'activité (- 13 %)⁵. Globalement, pendant la même période la Belgique connaissait une réduction du nombre de journées d'hospitalisation de 10 % (tableau 9). Il y a donc une opposition entre l'évolution de Bruxelles et celle du pays.

La divergence dans ces évolutions résulte essentiellement de la situation particulière de Bruxelles dans l'ensemble psychiatrique belge. Bruxelles se caractérise par l'absence de services F et O, services de long séjour dont l'activité est en forte baisse en Belgique (d'où la forte réduction du nombre de journées d'hospitalisation dans les hôpitaux psychiatriques). Par contre, la part relative des hôpitaux généraux dans l'hospitalisation psychiatrique était et reste plus grande à Bruxelles.

Tableau 7 - Pourcentage de journées d'entretien selon les types d'hôpitaux (Bruxelles et le Royaume) (1981-1988)

	1981		1988	
	Bruxelles	Belgique	Bruxelles	Belgique
Hôpitaux généraux	17.8	5.3	16.5	8.8
Hôpitaux psychiatriques	82.2	94.7	83.5	91.2
	100.0	100.0	100.0	100.0

Source : Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement

⁴ Les journées d'hospitalisation sont les journées facturées à la Santé Publique.
⁵ Cfr tableaux 8 et 9, Évolution du nombre de journées d'hospitalisation en psychiatrie, chiffres détaillés par Services Bruxelles, Belgique.

L'augmentation du nombre de journées d'hospitalisation à Bruxelles ne fut pas régulière. De façon générale, on observe une période de croissance entre 1981 et 1983, puis des évolutions ultérieures divergentes, selon les types d'hôpitaux.

Dans les services T (T, T₁, T₂) :

forte augmentation entre 1981-1983	:	+ 30 % ⁶
stabilisation après 1983	:	+ 0.7 %

Dans les services A (A, A₁, A₂) à l'hôpital psychiatrique :

forte augmentation entre 1981-1983	:	+ 17 %
légère augmentation entre 1983-1988	:	+ 6.4 %

Dans les services A (A, A₁, A₂) à l'hôpital général :

légère augmentation entre 1981-1983	:	+ 5 %
stabilisation 1983-1987	:	- 0.5 %
augmentation 1987-1988	:	+ 12 % ⁷ .

Le nombre de journées d'hospitalisation traduit un volume d'activité qui dépend lui-même du nombre de lits en activité et de la politique de soin suivie par les différents types d'institutions. Si le nombre de lits à Bruxelles a augmenté de 18 % depuis 1981, le nombre de journées d'hospitalisation a pour sa part connu une croissance de 26 % dont une part non négligeable est sans doute due à l'augmentation des journées d'hospitalisation partielle. Le secteur hospitalier serait donc globalement plus « efficace » en 1988. La politique de soin, certes réduite ici à son aspect quantitatif (taux d'occupation et durée de séjour), s'est-elle transformée ?

⁶ L'augmentation observée durant cette période résulte en partie de l'allongement de la durée moyenne de séjour (107.66 jours en 1981, 169.81 jours en 1984 dans les services T).
⁷ Augmentation qui résulte directement de la création de lits supplémentaires.

Tableau 8 - Evolution du nombre de journées d'hospitalisation en psychiatrie
 (chiffres détaillés par service, Bruxelles)

	1981	1983	1985	1987	1988
<i>Hôpitaux généraux</i>					
Services A	38.261	40.886	58.894	58.365	65.268
A1	-	-	-	-	-
P	17.627	17.784	-	-	-
Total hôpitaux généraux	55.888	58.670	58.894	58.365	65.268
Indice	(100)	(105)	(105)	(104)	(117)
<i>Hôpitaux psychiatriques</i>					
Services A	133.347	154.663	155.076	158.387	156.200
A1	-	3.603	11.982	11.261	13.550
A2	14.034	14.119	14.276	14.127	13.733
Total A, A1, A2	147.381	172.385	181.334	183.775	183.483
Indice	(100)	(117)	(123)	(125)	(124)
Services T	107.765	132.779	138.416	137.127	133.271
T1	3.193	3.577	1.151	1.842	1.423
T2	-	8.669	9.379	10.331	11.321
F	-	-	-	1.263	-
Total T, T1, T2, F	110.958	145.025	148.946	150.563	146.015
Indice	(100)	(131)	(134)	(136)	(132)
Total hôpitaux psychiatriques	258.339	317.410	330.280	334.338	329.498
Indice	(100)	(123)	(128)	(129)	(127)
Total général	314.227	376.080	389.174	391.503	394.766
Indice	(100)	(120)	(124)	(125)	(126)

Source : Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement

Tableau 9 - Evolution du nombre de journées d'hospitalisation en psychiatrie
 (chiffres détaillés par service, Belgique)

	1981	1983	1985	1987	1988
<i>Hôpitaux généraux</i>					
Services A	389.695	409.427	516.287	627.120	593.299
A1	7.510	2.456	9.758	17.064	15.579
P	47.917	22.378	-	-	-
T	-	47.897	47.354	47.605	54.981
Total hôpitaux généraux	445.122	481.897	573.399	691.789	663.859
Indice	(100)	(108)	(129)	(155)	(149)
<i>Hôpitaux psychiatriques</i>					
Services A	1.163.555	1.365.051	1.427.137	1.456.162	1.553.097
A1	23.180	44.975	77.243	109.057	85.373
A2	37.382	41.876	47.370	48.029	51.825
F	2.766.966	2.082.078	1.642.712	1.030.733	778.969
O	1.755.428	1.051.073	659.543	663.010	609.747
P	219.694	62.680	24.389	-	-
T	1.871.666	2.841.010	3.364.474	3.613.451	3.698.387
T1	20.359	38.188	51.444	70.548	66.598
T2	41.358	63.800	48.909	57.576	60.176
Total hôpitaux psychiatriques	7.899.588	7.590.731	7.343.221	7.048.566	6.904.172
Indice	(100)	(96)	(93)	(89)	(87)
Total général	8.344.710	8.072.628	7.916.620	7.740.355	7.568.031
Indice	(100)	(97)	(95)	(93)	(91)

Source : Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement

B. TAUX D'OCCUPATION DES LITS

Le taux moyen d'occupation se calcule selon la formule :

$$\frac{\text{nombre de journées d'hospitalisation} \times 100}{\text{nombre de lits fonctionnels}^8 \times 365}$$

Rappelons donc que les données concernant les services A₁, A₂, T₁, T₂ sont fragmentaires et ne peuvent en aucun cas être prises en compte. Les seules données fiables sont celles qui globalisent les hospitalisations complètes et partielles selon les types d'hôpitaux (chiffres en gras dans les tableaux détaillés). Quelque soit le type de service, les taux d'occupation des hôpitaux bruxellois sont inférieurs aux taux belges.

**Tableau 10 - Taux d'occupation selon les services.
Comparaison Bruxelles - le Royaume (1988)**

	Bruxelles	Belgique
Hôpitaux généraux (H.G. + C.H.U.)	83.17	87.94
Hôpitaux psychiatriques A	86.08	91.61
Hôpitaux psychiatriques T	89.90	104.01

Source : Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement

Les hôpitaux généraux non universitaires ont un taux d'occupation faible comparativement aux autres services, et ce indépendamment de l'ouverture de nouveaux lits en 1988.

⁸ Nous avons tenu compte des lits fonctionnels correspondant au nombre de lits en activité sur base d'une moyenne annuelle (à distinguer des lits agréés à une date déterminée. Les lits sont communiqués par le Service d'Etude du Ministère de la Santé Publique.

Tableau 11 - Taux d'occupation selon les services. Evolution à Bruxelles

	1981	1983	1984	1985	1986	1987	1988
Hôpitaux généraux non universitaires A, A ₁	84.72	85.48	83.96	85.34	87.31	69.05	68.47
Hôpitaux généraux universitaires A	92.76	97.41	97.99	95.52	93.34	91.96	94.81
Hôpitaux psychiatriques Services A, A ₁ , A ₂	85.55	91.88	91.49	89.67	87.38	90.88	86.08
Hôpitaux psychiatriques Services T, T ₁ , T ₂	69.41	91.34	95.27	93.81	92.56	93.54	89.90

Source : Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement

Indépendamment des hôpitaux généraux non universitaires, les taux d'occupation des lits progressent nettement à Bruxelles entre 1981 et 1983 et atteignent un sommet en 1984. Depuis lors, la tendance serait à la baisse, en particulier en 1988.

Différences des taux d'occupation entre 1981-1983

H.G.	:	+ 0.9 %
C.H.U.	:	+ 5.0 %
H.P., A	:	+ 7.4 %
H.P., T	:	+ 31.6 %

Différences des taux d'occupation entre 1984-1988

H.G.	:	- 19.4 %
C.H.U.	:	- 3.2 %
H.P., A	:	- 5.9 %
H.P., T	:	- 5.6 %

Tableau 12 - Taux moyen d'occupation des lits en psychiatrie.
Chiffres détaillés par services

	Bruxelles					Belgique	
	1981	1983	1985	1987	1988	1987	1988
<i>Hôpitaux généraux</i>							
Services A	92.76	97.41	95.52	85.51	83.17	91.98	89.36
A1	-	-	-	-	-	59.94	54.72
P	84.72	85.48	85.34	-	-	-	-
Services A, A1	90.07	93.45	92.20	85.51	83.17	90.60	87.94
<i>Hôpitaux psychiatriques</i>							
Services A	87.40	94.16	94.41	93.38	89.16	97.57	95.81
A1	-	49.35	54.71	51.42	61.87	65.81	61.07
A2	68.69	87.91	88.89	87.96	85.51	60.36	61.47
Services A, A1, A2	85.55	91.88	89.67	90.88	86.08	92.83	91.61
Services T	69.80	89.82	93.64	93.69	90.15	111.10	106.19
T1	58.32	98.00	31.53	50.47	38.99	52.81	63.80
T2	-	118.75	128.48	94.35	103.39	40.87	66.48
Services T, T1, T2	69.41	91.84	93.81	93.54	89.90	106.08	104.01
Service F						68.73	73.09
Service O						105.30	78.03

Source : Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement

C. LA DUREE MOYENNE DE SEJOUR

Au début des années '80, comparativement à l'ensemble du Royaume, la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux généraux était plus longue à Bruxelles. Toutefois l'écart s'est réduit au fil du temps et devient nul en 1988⁹. Par contre la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux psychiatriques était et reste toujours nettement plus faible à Bruxelles.

Tableau 13 - Comparaison de la durée moyenne de séjour à Bruxelles et en Belgique (1988)¹⁰

	Bruxelles	Belgique
Hôpitaux généraux (A, A1)	19.78	19.83
Hôpitaux psychiatriques (A, A1, A2)	37.26	47.23
Hôpitaux psychiatriques (T, T1, T2) ¹¹	154.35	164.19

Source : Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement

En Belgique, l'écart entre les durées de séjour dans les services A à l'hôpital général et à l'hôpital psychiatrique est très important (+ 27.4 jours), il est nettement plus faible à Bruxelles (17.5 jours).

Tableau 14 - Evolution de la durée moyenne de séjour à Bruxelles

	1981	1984	1985	1986	1987	1988
Hôpitaux généraux (A, A1)	34.49 (P)	25.25	22.25	25.73	23.16	17.35
Hôpitaux universitaires (A)	25.66	25.10	27.14	24.07	21.69	21.49
Hôpitaux psychiatriques (A, A1, A2)	32.92	37.17	38.52	38.41	38.41	37.26
Hôpitaux psychiatriques (T, T1, T2)	107.66	168.64	163.49	163.52	157.16	154.35

Source : Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement

⁹ Suite à la très forte diminution en 1988 de la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux généraux non-universitaires.

¹⁰ Pour les années antérieures, voir le tableau : Evolution de la durée moyenne de séjour. Chiffres détaillés, Bruxelles-Belgique.

¹¹ De manière à ne pas biaiser le calcul d'une durée moyenne de séjour, les patients hospitalisés avant le 1^{er} janvier 1977 ne sont pas comptabilisés comme tels. Il en résulte que les chiffres avancés plus haut sont sous-évalués par rapport à la réalité sur le terrain.

On observe depuis 1987 une réduction de la durée moyenne de séjour et une augmentation du nombre d'admissions. De 1984 à 1986, l'ensemble des hôpitaux bruxellois réalisaient en moyenne plus ou moins 8.000 admissions (8.053 en 1984, 7.933 en 1985, 7.887 en 1986). Ce nombre d'admissions passe à 8.321 en 1987 et à 9.170 en 1988. Ces deux phénomènes, réduction de la durée moyenne de séjour et augmentation des admissions, s'explique probablement l'un l'autre dans une large mesure.

Depuis 1984, la durée moyenne de séjour se réduit dans les services T mais reste nettement supérieure à ce qu'elle fut en 1981 (107.66 jours en 1981, 154.35 en 1988). La durée moyenne de séjour est définie comme suit :

$$\frac{\text{nombre de journées d'hospitalisation}}{\text{nombre de patients}^{12}}$$

Comme toute moyenne statistique, la durée moyenne de séjour est très sensible aux valeurs extrêmes. Un hôpital très sélectif, ayant par exemple 10 % de patients hospitalisés pendant une seule journée réduit « mathématiquement » la durée moyenne de séjour. Inversement, un hôpital gardant 10 % de ses patients pendant plus de 60 jours augmentera considérablement la durée moyenne de séjour même si les neuf autres dixièmes de sa clientèle ont des séjours beaucoup plus courts. Pour obtenir une image claire de la politique des institutions hospitalières, il faut donc associer trois indices : la moyenne telle que définie plus haut, la médiane, et un indice de dispersion. La médiane est le nombre de journées de séjour qui partage la clientèle exactement en deux parties égales : 50 % des patients ont une durée de séjour inférieure à la médiane, 50 % une durée de séjour supérieure. Comme mesure de dispersion nous avons choisi les pourcentages de séjours brefs (de 1 à 3 jours), de séjours de plus de 30 jours et de plus de 3 mois.

¹² Le nombre de patients correspond à la somme : nombre de sorties + nombre de patients présents au 31 décembre. Une même personne hospitalisée deux fois au cours d'une même année sera comptabilisée deux fois (2 patients en terme statistique).

Tableau 15 - Durée de séjour dans les services (1988)

	Hôpitaux généraux A ¹³	Hôpitaux universitaires A	Hôpitaux psychiatriques A	Hôpitaux psychiatriques T
Séjours moyens	17.35 jours	21.49 jours	34.16 jours	155.51 jours
Séjours médians	14.41 jours	15.28 jours	24.07 jours	107.84 jours
% de séjours brefs	9.90	17.13	9.52	1.39
% de séjours supérieurs au mois	19.95	23.57	37.53	84.32
% de séjours supérieurs à trois mois	1.69	1.42	6.02	54.56

Tous les hôpitaux, même ceux ayant une durée moyenne de séjour faible, ont au moins 20 % de leurs patients hospitalisés durant un mois ou plus. L'hospitalisation de longue durée (plus de 30 jours) est probablement une nécessité spécifique à la psychiatrie. Dans les hôpitaux généraux, universitaires et non universitaires, moins de 2 % des patients ont un séjour supérieur à 3 mois. Le pourcentage de très long séjour contribue directement à l'augmentation de la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux psychiatriques service A (6 % de très longs séjours dans les services A psychiatriques comparativement à 1.5 % dans les hôpitaux généraux). Toutefois le séjour médian dans les hôpitaux psychiatriques service A reste supérieur au séjour médian des hôpitaux généraux. Les hôpitaux universitaires se distinguent des autres services A par l'importance des séjours de courte durée : 9.38 % des patients ne restent qu'une journée en C.H.U., 17.13 % y restent au maximum 3 jours. Quelle signification faut-il accorder à ces chiffres ? Des hôpitaux universitaires hospitaliseraient-ils plus fréquemment des patients venant à l'hôpital uniquement pour des examens médicaux parce que eux seuls peuvent le faire ? Auquel cas, cette procédure serait extrêmement coûteuse vu le prix élevé d'une journée d'entretien en C.H.U. Les hôpitaux universitaires seraient-ils très sélectifs dans le choix de leurs clients, certains patients étant systématiquement orientés vers d'autres structures de soins ? Ce qui contribuerait à augmenter la durée moyenne de séjour dans d'autres types d'hôpitaux, les hôpitaux psychiatriques par exemple. Autant d'hypothèses auxquelles les chiffres disponibles ne peuvent répondre. Il est vraisemblable que les pathologies traitées ou d'autres caractéristiques spécifiques de la clientèle influencent la durée de séjour dans différents types d'hôpitaux. La seule donnée disponible concernant les patients est leur âge : 15-24 ans, 25-59 ans, 60-74 ans, 75 ans et plus. Or les patients sont proportionnellement plus âgés dans les hôpitaux universitaires (24 % des patients en C.H.U. sont âgés de 60 ans ou plus, pour 15 à 16 % dans les

¹³ Dans le cas des H.G., la médiane et les indices de dispersion reflètent la situation de deux hôpitaux sur trois. Un service nouvellement ouvert en 1988 a « globalisé » les statistiques de sorties du service A avec celles du service L (contagieux), or cet hôpital contribue fortement à réduire le séjour moyen en H.G. par rapport à 1987, sans qu'on puisse saisir sa politique au travers des chiffres.

autres types d'hôpitaux) et plus jeunes dans les hôpitaux psychiatriques, service A (13.5 % des patients en H.P. (A) ont moins de 25 ans comparativement à 11.0 % dans les autres types d'hôpitaux).

Tableau 16 - Structure par âge des patients selon le type d'hôpital (1988)

	15-24 ans	25-59 ans	60-74 ans	75 ans +	Total
Hôpitaux généraux (A)	10.9	73.3	9.4	6.4	100.0
Hôpitaux universitaires (A)	11.0	65.0	15.6	8.4	100.0
Hôpitaux psychiatriques (A)	13.4	74.2	9.7	2.7	100.0
Hôpitaux psychiatriques (T)	11.1	72.8	9.9	6.2	100.0

Source : Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement

Comme on pouvait s'y attendre, la durée de séjour varie selon les groupes d'âge. Dans tous les types d'hôpitaux, les personnes âgées sont moins souvent hospitalisées pour de courts séjours mais plus souvent pour de longs et très longs séjours. Si le séjour médian des personnes âgées de 60 ans et plus est relativement court en C.H.U. (22.50 jours), 40 % doivent tout de même y être hospitalisées pendant plus d'un mois, 4 % pendant plus de 3 mois. Pour tous les groupes d'âge, les hôpitaux psychiatriques ont une durée de séjour supérieure aux hôpitaux généraux. Pour les moins de 60 ans, la différence de séjour médian est d'un peu moins de 2 jours entre les hôpitaux généraux universitaires et non universitaires. Cette différence résulte essentiellement du fait que les séjours brefs sont beaucoup plus fréquents à l'hôpital universitaire.

Tableau 17 - Durée de séjour selon l'âge des patients¹⁴ (1988)

	15-24 ans	25-29 ans	60-74 ans	75 ans +
<i>Hôpitaux généraux (A)</i>				
Séjours médians	11.50 jours	15.27 jours	19.50 jours	30.20 jours
% de séjours brefs	16.7	10.3	5.6	0.0
% de séjours > 30 jours	9.5	21.0	19.4	26.5
% de séjours > 90 jours	3.6	1.2	2.8	4.1
<i>Hôpitaux universitaires (A)</i>				
Séjours médians	9.99 jours	13.43 jours	21.80 jours	23.50 jours
% de séjours brefs	23.6	18.9	10.9	6.3
% de séjours > 30 jours	13.0	19.7	38.8	40.2
% de séjours > 90 jours	1.4	0.5	3.4	4.4
<i>Hôpitaux psychiatriques (T)</i>				
Séjours médians	16.10 jours	23.82 jours	30.99 jours	30.99 jours
% de séjours brefs	13.2	9.7	5.7	1.8
% de séjours > 30 jours	29.1	36.9	50.0	50.0
% de séjours > 90 jours	3.6	5.9	9.2	9.6
<i>Hôpitaux psychiatriques (A)</i>				
Séjours médians	98.00 jours	98.28 jours	112.50 jours	198.00 jours
% de séjours brefs	0.0	1.4	2.0	3.2
% de séjours > 30 jours	76.8	85.3	88.0	90.3
% de séjours > 90 jours	53.6	53.1	56.0	71.0

Source : Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement

¹⁴ Patients sortis en 1988.

Tableau 18 - Evolution de la durée moyenne de séjour. Chiffres détaillés
(Bruxelles - Belgique)

	1981		1984		1987		1988	
	Bruxelles	Belgique	Bruxelles	Belgique	Bruxelles	Belgique	Bruxelles	Belgique
<i>Hôpitaux généraux</i>								
A	25.66	21.84	25.14	20.52	22.10	20.64	19.78	19.80
A ₁	-	-	-	15.30	-	25.85	-	21.20
P	36.49	30.97	-	-	-	-	-	-
A, A ₁ , A ₂	-	-	25.14	20.49	22.10	20.75	19.78	19.83
<i>Hôpitaux psychiatriques</i>								
A	32.92	51.98	34.12	48.80	35.63	48.18	34.16	47.55
A ₁	-	-	45.36	36.75	50.27	41.20	57.42	36.02
A ₂	-	-	167.07	69.15	121.78	94.73	119.42	68.28
A, A ₁ , A ₂	32.92	51.98	37.17	48.63	38.41	48.33	37.26	47.23
T	107.66	173.43	169.81	194.96	160.38	192.76	155.51	175.35
T ₁	-	-	47.22	55.16	70.85	53.49	61.87	62.77
T ₂	-	-	194.28	70.11	149.72	74.97	171.53	52.56
A, A ₁ , A ₂	107.66	173.43	168.49	182.96	157.16	179.60	154.35	164.19
F	-	283.07	-	325.14	-	253.06	-	237.64
O	-	247.80	-	251.07	-	319.52	-	292.44
F, O	-	-	-	294.05	-	275.49	-	258.95

Source : Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement

III. L'ACTIVITE MEDICALE DANS LES HOPITAUX BRUXELLOIS

Rappelons que ce chapitre est un descriptif de la situation des hôpitaux à travers les chiffres officiels. Ceux de cette section sont fournis par l'INAMI, ils portent sur les types d'actes médicaux réalisés dans 5 groupes d'hôpitaux en 1988.

Groupe I - Hôpitaux généraux non universitaires

S^t Michel : 60 lits
S^t Jean : 30 lits partiellement en service en 1988

Groupe II - Hôpitaux psychiatriques, service A

Fond'Roy : 80 lits
La Ramée : 70 lits
Sanatia : 70 lits
Sans Souci : 45 lits
Titeca : 65 lits

Groupe III - Hôpitaux universitaires ou assimilés, service A

A.Z. V.U.B. : 30 lits
Brugmann : 93 lits
Erasme : 70 lits
S^t Luc : 20 lits

La structure des prestations médicales de l'Institut Brugmann étant très semblable à celles des hôpitaux universitaires, cet hôpital a été intégré au groupe III.

Groupe IV - Hôpitaux psychiatriques, service T

Fond'Roy : 90 lits
Sans Souci : 30 lits
Titeca : 195 lits

Groupe V - Services d'hospitalisation partielle, A₁, A₂

Brugmann : 42 lits
S^t Alexius : 44 lits

L'impossibilité d'obtenir des données fiables sur le nombre de patients en hospitalisation partielle oblige à écarter ce groupe chaque fois qu'une proportion impliquant le nombre de patients sera calculée.

Tableau 19 - Les prestations médicale dans le coût total

	Montants totaux remboursés (1)	dont montant des prestations médicales (2)	Rapport (2)/(1)
Groupe I	39.397.362	15.955.596	0.405
Groupe II	158.328.111	58.913.341	0.372
Groupe III	306.979.780	80.125.008	0.261
Groupe IV	164.820.737	11.435.605	0.069
Groupe V	35.749.635	4.497.264	0.126
Total	708.275.625	170.926.790	0.241

Source : INAMI

Par prestations médicales nous entendons le groupe de prestations **médicales** y compris les honoraires de surveillances et non compris le prix de la journée.

L'importance financière des prestations médicales dans l'ensemble des soins hospitaliers varie considérablement selon le type de service. Les services A ont une « présence » médicale forte. Dans les services A₁, A₂ et surtout les services T, les prestations médicales ne représentent qu'une faible part des coûts. Quant aux services universitaires, la relative faiblesse des prestations médicales dans la structure des coûts résulte davantage du coût élevé des autres postes budgétaires que d'une absence de prestations médicales ainsi que nous le verrons lors de la description des prestations.

A. LES PRESTATIONS MEDICALES DANS LES HOPITAUX

D'un point de vue financier, il y a deux grandes catégories d'actes médicaux dans l'activité hospitalière, d'une part la surveillance des bénéficiaires, d'autre part les actes techniques qui dans le cas de la psychiatrie, se limitent à la prescription d'examens ou d'analyses en vue de la mise au point du diagnostic et du traitement. La prestation « honoraire de surveillance » est remboursée par journée d'entretien. Elle est donc fonction de la durée de séjour. Au plus longue est la durée de séjour au plus faible est l'honoraire de surveillance. Notons au passage qu'en service T les honoraires de surveillance présentés par les omnipraticiens sont plus élevés que ceux prestés par les psychiatres.

Tableau 20 - La surveillance des bénéficiaires

	Nombre de journées d'entretien	Nombre d'actes de surveillance des bénéficiaires	Coût de la surveillance des bénéficiaires journée d'entretien	Coût moyen de la surveillance par
Groupe I	15.569	15.679	5.059.083	325
Groupe II	97.049	95.994	24.247.827	250
Groupe III	74.150	76.376	23.818.699	321
Groupe IV	104.281	110.957	8.694.333	83
Groupe V	20.016	19.581	3.669.114	183

Source : INAMI

Si le nombre moyen d'actes de surveillance des bénéficiaires varie selon la durée moyenne de séjour, il n'en va pas de même pour les autres prestations médicales.

Deux types de situations s'opposent :

- les services A avec une faible durée moyenne de séjour et une forte médicalisation de la prise en charge ;
- les services T avec une longue durée moyenne de séjour et une faible médicalisation de la prise en charge.

Les services T se caractérisent par des séjours de longue durée, donc par un nombre élevé d'actes liés à la surveillance des bénéficiaires, et par un nombre réduit de prestations techniques soit en moyenne 2.4 actes par patient. Ces actes sont essentiellement des actes en neuropsychiatrie, ou actes de médecine interne dans le tableau « Prestations médicales selon les groupes d'institutions ».

Les services A font beaucoup plus souvent appel à l'ensemble des moyens techniques disponibles. Ils prescrivent 44.26 actes par patient, soit 15 fois plus qu'en services T. Les hôpitaux généraux et les hôpitaux psychiatriques ont un comportement identique, les services universitaires prescrivent davantage.

Tableau 21 - Durée moyenne de séjour et nombre moyen d'actes médicaux (par patient) (1988)

	Durée moyenne de séjour ¹⁵	Prestations techniques
Groupe I	19.46	37.83
Groupe II	32.45	36.07
Groupe III	21.09	44.26
Groupe IV	134.56	2.40

Source : INAMI

Si les services T utilisent essentiellement les moyens techniques de la neuropsychiatrie, les services A utilisent surtout ceux de la biologie clinique.

Tableau 22 - Part de la biologie clinique dans les prestations techniques

	Nombre moyen de prestations techniques	Nombre moyen d'actes en biologie clinique	% de biologie clinique
Groupe I	37.83	32.40	85.6
Groupe II	36.07	28.35	78.6
Groupe III	44.26	36.83	83.2
Groupe IV	2.40	0	0

Source : INAMI

L'importance de la biologie clinique dans les groupes I et III résulte probablement du fait que les services psychiatriques de ces groupes font partie d'hôpitaux généraux où toute admission à l'hôpital donne systématiquement lieu à un certain nombre d'examens. La logique qui veut qu'un médecin prescrive lorsque l'infrastructure technique existe dans l'hôpital où il travaille, explique peut-être aussi le fait que le radio-diagnostic n'existe que dans les groupes dépendant d'un hôpital général (Groupes I et III).

¹⁵ Bien que calculée selon la même formule, la durée moyenne de séjour des différents groupes diffère de celle donnée précédemment dans ce rapport de recherche. Dans certains cas, la composition des groupes d'hôpitaux ne se recouvrent pas entièrement, Brugmann fait partie du groupe III et non du groupe des hôpitaux psychiatriques. De plus, la définition du nombre de journées d'entretien varie car les journées facturées à la Santé Publique ne sont pas nécessairement celles remboursées par l'INAMI, par exemple, cet organisme ne tient pas compte des journées à charge de la Justice. Ainsi, en 1988, il y aurait eu 133.271 journées d'entretien dans les services T pour la Santé Publique et 104.281 journées remboursées par l'INAMI. Nous utilisons dans cette section les données de l'INAMI.

Si dans les services A la biologie clinique domine en nombre d'actes, ces actes ne représentent cependant que le cinquième (Groupes I et III) ou le quart (Groupe III) du coût total des prestations médicales. Le poste financièrement le plus important des prestations techniques reste la médecine interne dans les groupes I et II (Tableau 24 : Coût moyen par admission des prestations médicales).

Tableau 23 - Prestations médicales selon les groupes d'institutions. Groupe d'institutions bruxelloises (1988)

	Groupe I		Groupe II		Groupe III		Groupe IV		Groupe V
	Nbre actes	Moy. /pat.							
Soins courants	111	0.14	60	0.02	2.999	0.85	5	-	17
Prestations spéciales générales	10	0.01	1	-	74	0.02	-	-	-
Anesthésiologie	33	0.04	210	0.07	1.074	0.30	10	-	-
Réanimation	13	0.01	13	-	93	0.03	-	-	-
Chirurgie	211	0.26	2	-	764	0.22	-	-	13
Radiodiagnostic	714	0.89	294	0.10	6.162	1.75	115	0.15	54
Radiothérapie	53	0.06	0	-	576	0.16	1	-	2
Médecine interne	1.953	2.44	11.246	3.76	9.858	2.80	1.733	2.24	59
Physiothérapie	497	0.62	4	-	429	0.12	-	-	-
Surveillance des bénéficiaires hospitalisés	15.679	19.60	95.994	32.11	76.376	21.73	110.957	143.17	19.581
Biologie clinique	25.922	32.40	84.774	28.35	129.460	36.83	1	-	835
Anatomo-pathologie	58	0.07	5	-	270	0.08	1	-	0
Supplément d'honoraire prestations techniques	84	0.11	6	-	551	0.16	-	-	1
Honoraires forfaitaires labo.	490	0.61	2	-	2.362	0.67	-	-	3
Honoraires forf., prest. urgentes de B.C. + H.N.	118	0.15	0	-	902	0.26	-	-	-

Source : INAMI

Tableau 24 - Coût moyen par admission des prestations médicales

	Surveillance des bénéficiaires		Médecine interne		Biologie clinique		Radio-diagnostic		Autres		Coût moyen par admission	
	Frs	%	Frs	%	Frs	%	Frs	%	Frs	%	Frs	%
Groupe I	6.324	31.71	5.578	27.97	4.232	21.21	1.080	5.42	2.730	13.69	19.944	100.0
Groupe II	8.110	41.16	7.349	37.29	4.072	20.66	96	0.50	76	0.40	19.703	100.0
Groupe III	6.776	29.72	4.146	18.19	5.927	26.00	1.777	7.79	4.169	18.29	22.795	100.0
Groupe IV	11.218	76.02	3.364	22.80	2	-	150	1.02	22	-	14.756	100.0

Source : INAMI

B. LE COUT GLOBAL DE L'HOSPITALISATION

Une admission coûte en moyenne 49.247 francs dans les hôpitaux généraux non universitaires, 52.953 francs dans les hôpitaux psychiatriques service A, 87.334 francs dans les hôpitaux universitaires (probablement plus si l'on exclu Brugmann) et... 212.676 francs dans les services T.

Tableau 25 - Coût moyen d'une admission et des prestations médicales

	Coût total moyen	dont prestations médicales hors honoraires de surveillance	Durée moyenne de séjour	Coût moyen des prestations médicales (hors honoraires de surveillance)
Groupe I	49.247	19.944	19.46	699.89
Groupe II	52.953	19.703	32.45	357.25
Groupe III	87.334	22.795	21.09	759.55
Groupe IV	212.676	14.756	134.56	26.29

Source : INAMI

Le coût élevé d'une hospitalisation en milieu universitaire ne résulte ni des prestations médicales ni de la durée de séjour mais bien du prix élevé de la journée d'entretien dans ce type d'institution. Le coût d'une admission en service T, où il y a quasi-absence médicale¹⁶, s'explique par la durée de séjour très longue dans ces services.

On assiste donc bien à une médicalisation des pratiques des services psychiatriques situés en hôpital général (groupes I et III), surtout situés en hôpital universitaire.

¹⁶ Sauf si l'on accepte que le corps médical travaille bénévolement. Le coût moyen par jour et par patient des prestations médicales dans les différents groupes est le suivant : Groupe I : 1.025 francs ; Groupe II : 607 francs ; Groupe III : 1.081 francs ; Groupe IV : 110 francs (!).

C. QUELQUES QUESTIONS

L'hôpital est une organisation et fonctionne donc en partie sur base de routines. On pourrait dès lors se demander dans quelle mesure les prescriptions en neuropsychiatrie, en biologie clinique, etc., ne relèvent pas de ces routines ? Routines dans les procédures d'admission, routines dans les procédures du service ? Ces procédures conduiraient à des E.E.G. systématiques, à des radios du thorax systématiques, etc.

La prescription d'actes techniques permet aux hôpitaux de rentabiliser leurs infrastructures étant donné le système de financement actuel. Dans quelle mesure ne sont-elles pas aussi pour les neuropsychiatres un moyen de « payer » leurs activités dans le service psychiatrique ? « Être présent », « parler » ne sont pas des actes remboursés par l'INAMI, « prescrire » l'est.

« L'efficacité » des hôpitaux universitaires justifie-t-elle leur coût ? Cette efficacité ne se réduit certainement pas à des indices comme la durée moyenne de séjour ou un taux d'occupation. Si le propre d'une hospitalisation en milieu universitaire est d'éviter des hospitalisations futures, la réponse est probablement positive. Mais si tel est le cas, il faut alors se demander à quelles conditions les services A non universitaires pourraient atteindre cette même « efficacité ».

Enfin, quel est le sens d'hospitaliser des patients dans un service T où les moyens, et pas seulement les moyens médicaux, manquent cruellement ?

IV. LA CLIENTELE BRUXELLOISE DES HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Jusqu'à présent nous avons décrit l'offre hospitalière à travers les données du Ministère de la Santé Publique et de l'INAMI. Les données concernant la clientèle sont beaucoup plus réduites, elles portent uniquement sur les hôpitaux psychiatriques car les admissions psychiatriques à l'hôpital général ne peuvent être isolées de l'ensemble des admissions (chirurgie, maternité, etc.). Comme nous le verrons, Bruxelles n'est pas une entité close sur elle-même, des patients bruxellois sont soignés en province et inversement. Les Bruxellois sont hospitalisés plus souvent que les Flamands et les Wallons. Enfin, la situation est très contrastée selon les communes.

A. BRUXELLES N'EST PAS UNE ENTITE CLOSE SUR ELLE-MEME

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 composait de patients domiciliés en dehors de l'agglomération. Depuis 1985, ces échanges sont très stables, mais leur importance relative tend à se réduire vu l'augmentation des admissions bruxelloises dans les hôpitaux psychiatriques de l'agglomération.

Tableau 26 - Evolution du nombre de patients bruxellois soignés dans les hôpitaux psychiatriques non bruxellois

	Patients bruxellois soignés en dehors de Bruxelles		Patients non bruxellois soignés à Bruxelles	
	C.A.	%	C.A.	%
1985	1.120	33.2	710	23.9
1986	1.127	31.6	741	23.3
1987	1.228	28.7	782	20.4
1988	1.058	24.7	766	19.2

Source : Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement

a/ Origine des patients bruxellois hospitalisés en dehors de Bruxelles

En 1985, quatre communes se caractérisaient par une forte proportion de patients soignés en province : Bruxelles-ville (54 % des patients domiciliés à Bruxelles-ville étaient hospitalisés à l'extérieur de l'agglomération), St Gilles (45 %), Jette (44 %), Woluwé-St-Lambert (44 %). En 1988, ces communes ne sont plus que deux, soit Bruxelles-ville (40 %) et Woluwé-St-Lambert (35 %). Les caractéristiques très diverses de ces deux communes incitent à une lecture complexe de

l'hospitalisation à l'extérieur de Bruxelles. De manière générale, l'hospitalisation à l'extérieur de l'agglomération est vraisemblablement plus subie que recherchée. Ces patients seraient-ils hospitalisés dans les services F et O des hôpitaux de province ?

Tableau 27 - Proportion de patients bruxellois hospitalisés à l'extérieur de l'agglomération selon la commune du domicile

	1985	1988
Bruxelles	54.1	40.4
St Gilles	44.6	21.3
Jette	44.3	12.9
Woluwé-St-Lambert	44.0	35.2
Ganshoren	41.0	29.9
Evere	40.3	20.4
Anderlecht	38.3	21.6
Koekelberg	31.5	27.0
Molenbeek	27.3	27.5
Etterbeek	26.5	24.6
Uccle	23.2	14.2
St Josse	20.3	22.8
Ixelles	19.0	19.8
Watermael Boitsfort	18.4	12.5
Schaerbeek	17.8	12.1
Forest	17.1	22.3
Woluwé-St-Pierre	15.2	25.6
Berchem	19.3	25.0
Auderghem	13.2	23.8
Agglomération	33.2	24.7

Source : Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement

b/ *Origine géographique des patients non bruxellois soignés à Bruxelles*

Les patients non bruxellois hospitalisés à Bruxelles proviennent essentiellement des provinces de Brabant et de Hainaut.

Tableau 28 - Origine géographique des patients hospitalisés dans les hôpitaux psychiatriques de Bruxelles

	1985	1986	1987	1988
Province d'Anvers	25	26	36	33
Brabant hors Bruxelles	465	453	458	480
Flandre occidentale	1	15	9	9
Flandre orientale	10	15	16	14
Limbourg	6	7	8	5
Hainaut	121	143	149	113
Liège	26	26	36	51
Luxembourg	16	18	19	21
Namur	40	38	51	40
Patients non bruxellois soignés à Bruxelles	710	741	782	766
Patients bruxellois soignés à Bruxelles	2.256	2.436	3.053	3.227

Source : Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement

B. LES BRUXELLOIS SONT FREQUEMMENT HOSPITALISES A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE

Le nombre d'admission de patients bruxellois dans les hôpitaux psychiatriques a fortement augmenté en 1987.

Tableau 29 - Nombre d'admission de patients bruxellois dans les hôpitaux psychiatriques belges

	C.A.	Indice
1985	3.376	100
1986	3.563	106
1987	4.281	127
1988	4.285	127

Source : Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement

En conséquence, le taux brut bruxellois d'admission à l'hôpital psychiatrique en région bruxelloise est supérieur à celui des autres régions du pays.

Tableau 30 - Taux brut d'admission par 1.000 habitants (1988)¹⁷

Bruxelles	4.4
Flandre	3.5
Wallonie	3.2

Source : Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement

L'hospitalisation en H.P. n'étant qu'une des formes d'hospitalisation psychiatrique, ces différents taux pourraient traduire l'importance relative des deux types d'hospitalisation, en H.P. ou en H.G.. Il n'en est rien car il y a proportionnellement plus de lits psychiatriques dans les hôpitaux généraux à Bruxelles que dans les autres régions : 18.4 % à Bruxelles, 7.6 % en Flandre, 14.0 % en Wallonie.

Proportionnellement, les Bruxellois de 60 ans et plus sont moins souvent admis en H.P. que les Flamands et les Wallons du même âge¹⁸. Par contre, le taux d'admissions bruxellois est particulièrement élevé parmi les 15-59 ans.

Tableau 31 - Taux d'admission en H.P. selon les groupes d'âge. Taux pour mille

	0-14 ans	15-59 ans	60 ans +
Bruxelles	0.24	6.39	2.41
Flandre	0.09	4.51	3.51
Wallonie	0.24	4.22	3.02

Source : Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement

¹⁷ Patients domiciliés à Bruxelles indépendamment du lieu d'hospitalisation.

¹⁸ Dans leur cas, le rapport entre les HP et les HG est un des éléments à prendre en compte. Ils ont en effet, comparativement aux autres groupes d'âge bruxellois, plus de chances d'être hospitalisés pour raisons psychiatriques à l'hôpital universitaire (cfr *infra*).

Dans toutes les régions du pays, les hommes plus que les femmes sont plus susceptibles d'être hospitalisés en H.P.

Tableau 32 - Taux d'admission en H.P. selon le sexe. Groupe des 15-59 ans. Taux pour mille

	Hommes	Femmes	15-59 ans
Bruxelles	6.90	5.89	6.39
Flandre	4.92	4.08	4.51
Wallonie	4.62	3.70	4.22

Source : Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement

Les taux bruxellois d'admission en H.P. traduisent-ils des « besoins » qui seraient plus importants en région bruxelloise ou une politique différente de gestion des hospitalisations ? La différence entre la région bruxelloise et les deux autres régions tient en partie du fait qu'en Flandre et en Wallonie l'hospitalisation de longue durée existe encore, par exemple dans les services F et O. Un indice de gestion différencié de l'hospitalisation est le rapport nombre de sorties par lit.

Tableau 33 - Nombre de sorties par lit selon les types d'hôpitaux

	Hôpitaux psychiatriques (tous services)	Hôpitaux généraux (tous services)
Bruxelles	5.65	14.04
Flandre	3.33	16.31
Wallonie	3.46	12.90

Source : Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement

La performance supérieure des hôpitaux psychiatriques bruxellois a peut-être comme contrepartie un taux plus élevé d'admissions, qui ne sont parfois que des re-admissions, d'où l'importance de déterminer le taux de réadmission (« turn-over ») des patients dans le cadre d'une enquête approfondie.

C. UNE SITUATION TRES CONTRASTEE SELON LES COMMUNES BRUXELLOISES

Le taux brut d'admission dans un hôpital psychiatrique varie considérablement de commune à commune. Les communes d'Ixelles, Bruxelles, St Gilles, Koekelberg ont un taux d'admission largement supérieur à celui de l'agglomération, les communes de Forest, Evere, Auderghem, Berchem, Woluwé-St-Pierre et Molenbeek un taux largement inférieur à la moyenne.

Aucune signification simple ne peut être attachée à ces chiffres : les habitants des communes peu touchées par l'hospitalisation en H.P. utilisent-ils les services psychiatriques des hôpitaux généraux ? Dans quelle mesure les admissions sont-elles des réadmissions ? Certaines communes (Bruxelles, Ixelles, St Gilles) servent-elles de refuge aux anciens psychiatisés ?

Quoiqu'il en soit, la disparité des « besoins » selon les territoires (commune, quartier, etc.) est bien connue en psychiatrie. Elle fut un des arguments à la base de la création des secteurs psychiatriques et d'une psychiatrie sociale. Mais qui en tient compte à part les centres de santé mentale ?

Tableau 34 - Taux brut d'admission en H.P. selon la commune de domicile¹⁹

Ixelles	5.81
Bruxelles	5.67
St Gilles	5.46
Koekelberg	5.30
Etterbeek	4.72
St Josse	4.66
Jette	4.32
Moyenne agglomération bruxelloise	3.98
Uccle	3.69
Anderlecht	3.68
Ganshoren	3.59
Schaerbeek	3.55
Woluwé-St-Lambert	3.26
Watermael Boitsfort	3.17
Forest	2.80
Evere	2.74
Auderghem	2.62
Berchem-Ste-Agathe	2.48
Woluwé-St-Pierre	2.43
Molenbeek	2.14

Source : Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement

¹⁹ Le nombre d'admissions par commune étant très variable d'année en année, le taux brut a été calculé sur base de la moyenne des admissions des années 1985, 1986, 1987, 1988, rapportée à la population du 1^{er} janvier 1987.

V. CONCLUSION

Le dispositif hospitalier fonctionne comme un puzzle où chaque pièce contribue à l'équilibre du système. La concentration de certains patients dans les services T contribue au « bon » fonctionnement des services A. Ceux-ci, n'ayant pas à prendre en charge des patients « chroniques », peuvent réduire leur durée moyenne de séjour, développer une image valorisante de la psychiatrie dans leurs services. Mais cela pose un problème éthique. Peut-on maintenir des filières de soins qui sont des filières de relégation, de presque-abandon médical ? Il ne s'agit pas de mettre en cause la qualité du travail des membres du personnel de ces institutions car comment peut-on être efficace si l'on hérite de cas lourds et de moyens réduits ! C'est pourquoi le développement de lits supplémentaires en service T ne doit pas être recherché, quelque soit le nombre de patients « chroniques ». Il faut au contraire encourager les initiatives et les structures (l'hospitalisation partielle, certains centres de santé mentale, etc.) qui recherchent des alternatives en dehors des services T.

Même si la psychiatrie se rapproche de plus en plus du modèle médical, les normes de celui-ci ne doivent pas s'appliquer de façon mécanique à la psychiatrie. Une politique qui viserait à abaisser systématiquement les durées de séjour psychiatrique pourrait créer des effets pervers : réadmissions plus fréquentes, circulation des patients de services en services, etc. Des séjours de longue durée dans des services aigus ne sont pas à exclure systématiquement.

Enfin, les taux d'occupation dans les hôpitaux bruxellois montre qu'il n'y a pas encombrement du système.

**ANNEXE
LES PRESTATIONS TECHNIQUES EN NEUROPSYCHIATRIE**

En Belgique, la très grande majorité des médecins spécialistes se définissent comme neuropsychiatres (99 %). En conséquence, les données disponibles ne permettent pas de distinguer les activités strictement psychiatriques ou neurologiques.

Nombre de médecins spécialistes en 1989

	Royaume
Neuropsychiatres	1.446
Neurologues	1
Psychiatres	15
Total	1.462

Source : INAMI

A. L'ELECTRO-ENCEPHALOGRAMME DOMINE

Parmi les actes techniques relevant de la neuropsychiatrie, l'examen électro-encéphalographique (E.E.G.) est certainement le plus fréquent. En 1989, il représente à lui seul 58 % de l'ensemble des prestations techniques en neuropsychiatrie, soit 58.24 % du nombre d'actes et 58.69 % du coût total de ces prestations (cfr tableau : Nombre et coût des prestations techniques en neuropsychiatrie). En nombre de cas, cet examen a connu depuis 1977 une croissance légèrement supérieure à celle de l'ensemble des prestations. Celles-ci sont passées de 478.281 en 1977, indice 100, à 736.280 en 1989, indice 151, soit une croissance de 51 % en douze ans. Pendant la même période, le nombre d'E.E.G. a, pour sa part, augmenté de 61 %, passant de l'indice 100 en 1977 à l'indice 161 en 1989 (cfr tableau : Evolution du nombre de prestations en neuropsychiatrie). Cette croissance a eu lieu avant 1987. Depuis, le nombre d'E.E.G. a diminué en 1988, pour remonter en 1989 et dépasser aussi le niveau de 1987.

Toutefois, la polygraphie qui, outre l'électrocardiogramme et la résistance psycho-galvanique inclut aussi un E.E.G., a légèrement augmenté (+ 5 % entre 1987 et 1989, croissance identique à l'ensemble des prestations).

Il faut aussi tenir compte de l'E.E.G. de 24 heures, très peu fréquent.

En résumé, 6 prestations sur 10 (62.52 %) comportent un E.E.G. Depuis 1987, la croissance de cet examen ne dépasse pas celle de l'ensemble des prestations techniques.

Il est à noter que selon certains neuropsychiatres, l'E.E.G. a peu d'intérêt clinique, à l'exception de quelques cas spécifiques telle l'épilepsie. Des techniques comme la résonance nucléaire, le scanner seraient nettement plus performantes au niveau du diagnostic.

Nombre et coût des prestations en neuropsychiatrie - Le Royaume (1989)¹

	Nombre d'examens		Coût des examens	
	C.A.	%	C.A.	%
Electroencéphalogramme	428.821	58.24	947.435.203	58.69
Polygraphie	30.084	4.09	66.447.637	4.12
Potentiels cérébraux évoqués	74.655	10.14	264.826.988	16.40
- un examen	42.460	5.77	113.852.990	7.05
- deux examens	17.358	2.36	71.366.214	4.42
- trois examens	14.837	2.02	79.607.784	4.93
Electromyographie	76.328	10.37	181.580.143	11.25
Résioencéphalographie	55.790	7.58	75.857.858	4.70
Electrodiagnostic multiple	33.852	4.60	23.018.725	1.43
Chronaxie multiple	10.031	1.36	13.641.055	0.85
Convulsivothérapie	7.742	1.05	4.469.682	0.28
Manipulation-myélographique	7.113	0.97	4.835.990	0.30
Examen polysomnographique	3.567	0.48	29.901.240	1.85
- 6 dérivations	1.125	0.15	7.228.986	0.45
- 8 dérivations	2.442	0.33	22.672.254	1.40
Autres ²	8.296	1.12	2.098.493	0.13
Total	736.279	100.00	1.614.225.718	100.00

Source : INAMI

¹ Données communiquées par l'INAMI.

² Chronaxie simple (0.21 % des cas), électrodiagnostic simple (0.16 %), ponction lombaire (0.36 %), ponction sous-occipale (0.10 %), E.E.G. portable (0.19 %), électroneuro-occulographie (0.10 %).

Evolution du nombre de prestations techniques en neuropsychiatrie - Le Royaume

	1977	1987		1988		1989	
		C.A.	Indice	C.A.	Indice	C.A.	Indice
Electroencéphalogramme	266.847	427.460	(100)	411.858	(96)	428.821	(100)
Polygraphie	18.439	28.744	(100)	28.517	(99)	30.084	(105)
Potentiels cérébraux évoqués	-	51.155	(100)	58.924	(115)	74.655	(146)
- un examen	-	31.642	(100)	34.091	(108)	42.460	(134)
- deux examens	-	11.079	(100)	13.181	(119)	17.358	(157)
- trois examens	-	8.434	(100)	11.652	(138)	14.837	(176)
Electromyographie	15.413	69.425	(100)	70.397	(101)	76.328	(110)
Rhéoencéphalographie	17.646	52.288	(100)	53.480	(102)	55.790	(107)
Electrodiagnostic multiple	5.500	26.222	(100)	28.184	(107)	33.852	(129)
Chronaxie multiple	3.092	8.027	(100)	8.318	(104)	10.031	(125)
Convulsivothérapie	4.750	8.267	(100)	8.143	(99)	7.742	(94)
Manipulation myélographique	2.093	6.063	(100)	6.447	(106)	7.113	(117)
Examen polysomnographique	-	2.742	(100)	3.213	(117)	3.567	(130)
5609	123.266	8.735	-	-	-	-	-
5601	16.014	-	-	-	-	-	-
Autres	5.221	8.823	(100)	8.797	(100)	8.296	(94)
Total	478.281 (100)	697.956 (143)	(100)	686.278 (141)	(98)	736.279 (151)	(106)

Source : INAMI

B. LES POTENTIELS CEREBRAUX EVOQUES : LA PLUS FORTE CROISSANCE

Depuis 1977, certains examens techniques sont tombés en désuétude et d'autres sont apparus. Parmi ceux-ci, il faut remarquer les examens des potentiels cérébraux évoqués. Inexistants en 1977, ces examens représentent maintenant 10.14 % du nombre des prestations techniques et 16.4 % de leur coût. En deux ans, le nombre de ces examens a augmenté considérablement (+ 46 %) de même que leur coût (+ 59 %).

Depuis 1987, une forte croissance se marque aussi dans les examens polysomnographiques (+ 30 %), l'électrodiagnostic multiple (+ 29 %) et la mesure de la chronaxie multiple (+ 25 %).

C. LES AUTRES EXAMENS

Deux autres examens sont aussi relativement pratiqués : l'électromyographie (10.37 % des cas, 11.25 % des coûts) et la rhéoencéphalographie (7.58 % des cas, 4.70 % des coûts). Ces examens relèvent de la neurologie. La croissance du nombre d'électromyographies, très forte avant 1987 (+ 350 % de 1977 à 1987) s'est ralentie entre 1987 et 1989 (+ 10 % de 1987 à 1989). Le

développement de la rhéoencéphalographie a suivi le même modèle mais de façon moins accentuée : forte croissance entre 1977 et 1987 (+ 196 %), croissance plus faible entre 1987 et 1989 (+ 7 %).

D. EQUILIBRE ENTRE L'AMBULATOIRE ET L'HOSPITALIER

La moitié des prestations techniques en neuropsychiatrie (50.5 % en 1989) sont prescrites lors de consultations ambulatoires. Il s'agirait essentiellement de consultations effectuées à l'hôpital. L'électromyographie, l'électrodiagnostic multiple de même que la mesure de la chronaxie multiple le sont plus souvent en cabinet qu'à l'hôpital, la situation s'inverse pour la manipulation en vue d'une myélographie ou d'un examen polysomnographique dont on peut s'étonner qu'il soit parfois pratiqué sans l'hospitalisation du patient³.

La convulsivothérapie par procédé chimique ou physique (7.742 séances en 1989) exige un milieu hospitalier. Pour les E.E.G. 47 % sont prescrits en dehors de l'hôpital (tableau : Nombre de prestations techniques selon le lieu de prescriptions).

Lors d'une hospitalisation ou d'une consultation à l'hôpital, les médecins prescrivent systématiquement certains examens (E.E.G., urine,...) selon l'équipement technique dont dispose l'hôpital.

Dans certains hôpitaux, pour limiter le nombre d'examens, un forfait fut déterminé pour les patients hospitalisés, forfait que la Santé Publique envisage de diminuer. Aux Etats-Unis, où un système de forfait existe, l'hospitalisation n'a lieu qu'une fois tous les examens réalisés en ambulatoire...

³ L'examen polysomnographique exige des conditions d'application assez strictes, le patient ne peut être sous médication, la préparation du patient est longue, l'examen ne pouvant être réalisé que lors de la troisième nuit.

Evolution du nombre de prestations techniques en neuropsychiatrie - Le Royaume

	Patients vus en consultation		Patients hospitalisés		Total
	C.A.	%	C.A.	%	
Electroencéphalogramme	200.895	46,8	227.926	53,2	428.821
Polygraphie	13.331	44,3	16.753	55,7	30.084
Potentiels cérébraux évoqués	36.022	48,3	38.633	51,7	74.655
- un examen	20.528	48,3	21.982	51,7	42.460
- deux examens	7.824	45,1	9.534	54,9	17.358
- trois examens	7.670	51,7	7.167	48,3	14.837
Electromyographie	55.618	72,9	20.170	27,1	76.328
Rhéoencéphalographie	29.343	52,6	26.447	47,4	55.790
Electrodiagnostic multiple	25.226	74,5	8.626	25,5	33.852
Chronaxie multiple	7.315	72,9	2.716	27,1	10.031
Convulsivothérapie	-	-	7.742	100,0	7.742
Manipulation myélographique	614	8,6	6.499	91,4	7.113
Examen polysomnographique	50	1,4	3.517	98,6	3.567
Autres	3.523	42,5	4.773	57,5	8.296
Total	371.937	50,5	364.342	49,5	736.279

Source : INAMI

E. RAPPORT ENTRE LE NOMBRE DE NEUROPSYCHIATRES ET LE NOMBRE DE PRESTATIONS EN NEUROPSYCHIATRIE

Depuis 1977, le nombre de spécialistes en neuropsychiatrie a augmenté de 66 %, la croissance du nombre de prestations en neuropsychiatrie ne fut que de 51 %.

Evolution du nombre de médecins spécialistes et du nombre de prestations

	Nombre de spécialistes		Nombre de prestations techniques	
	C.A.	Indice	C.A.	Indice
1977	881	100	487.281	100
1987	1.383	157	697.956	143
1988	1.420	161	686.278	141
1989	1.462	166	736.279	151

Source : INAMI

F. RAPPORT ENTRE LES PRESTATIONS MEDICALES EN NEUROPSYCHIATRIE ET LES DEPENSES DE SOINS DE SANTE

La croissance des coûts des prestations techniques en neuropsychiatrie a dépassé celle de l'ensemble des dépenses de santé en Belgique.

Evolution des dépenses de santé et des prestations neuropsychiatriques. En milliers de francs

	Coût total		Coût prestations techniques en neuropsychiatrie	
	Montant	Indice	Montant	Indice
1977	98.551.300	100	523.790	100
1987	240.842.286	244	1.479.611	282
1988	243.628.700	247	1.481.899	283
1989	262.467.300	266	1.614.226	308

Source : INAMI

Les dépenses pour les soins de santé en Belgique s'élèvent à 262 milliards et demi en 1989 et ont augmenté de 166 % depuis 1977. La croissance du coût des prestations techniques en neuropsychiatrie fut de 208 %.

CHAPITRE II

ENQUETE CLIENTELE

POURQUOI UNE ENQUETE ?

Des motifs d'ordres différents nous ont persuadés de la nécessité d'une procédure rigoureuse, simultanée et identique de recueil de données auprès d'un échantillon représentatif de la clientèle des différentes institutions bruxelloises.

Outre le fait qu'il n'existe pas actuellement de source de données homogène et détaillée sur la clientèle psychiatrique permettant des comparaisons fiables entre divers types d'institutions, nous avons constaté à travers la lecture et la comparaison de documents officiels la diversité des données pour décrire une même réalité.

De plus, les données recueillies dans divers lieux et selon des méthodologies différentes sont le plus souvent récoltées selon une grille de lecture essentiellement médicale. On trouve peu, sinon pas d'information sur la situation socio-économique du patient.

Or on sait, par des travaux antérieurs, combien pèsent les caractéristiques sociales des patients sur leur fréquentation des institutions psychiatriques quelles qu'elles soient.

Il nous semblait également opportun de saisir par le biais de cette enquête les différentes « carrières » psychiatriques inter-institutionnelles bruxelloises afin :

- 1° de mieux apprécier ces phénomènes de « porte tournante » consécutifs à la diminution des durées de séjours décrite dans la littérature ;
- 2° d'évaluer la porosité des différentes filières institutionnelles. Ainsi, par exemple, passe-t-on de l'hôpital psychiatrique au service de santé mentale ? Et le cas échéant, combien de patients et quel est leur profil social et psychiatrique.

Enfin, l'occasion nous est donnée ici d'examiner les hypothèses jusqu'à présent peu vérifiées des différenciations à la fois sociale et psychiatrique qui existeraient entre l'hospitalier et l'extra-hospitalier, ce dernier étant supposé prendre en charge une population dite plus « légère » et plus insérée socialement. Qu'en est-il sur l'ensemble de la Région bruxelloise ?

Si le quantitatif seul est insuffisant pour décrire la complexité des situations, il est aussi indispensable. Il permet d'objectiver des différences à un moment donné et avec la rigueur nécessaire. Ces différentes mises en évidence par l'analyse des données peuvent être mieux expliquées par la suite à la fois par une connaissance du terrain (interviews-expérience) et par les données de la littérature.

I. METHODOLOGIE DE RECUEIL DE DONNEES

Construction du questionnaire : choix technique

Notre expérience en la matière nous a fait opter pour un questionnaire fermé au maximum. Des observations consignées en semi-ouvert ne font que renvoyer au moment du codage les difficultés d'interprétations des observations, lorsqu'il n'est plus matériellement possible de remonter à la source de l'information en raison tant du nombre d'enquêteurs que de la politique d'anonymat adoptée vis-à-vis des patients inclus dans l'étude. Aussi malgré sa sécheresse, le questionnaire fermé est le seul à même d'offrir des garanties suffisantes.

Seules deux questions ont été laissées ouvertes : le motif de consultation ou d'hospitalisation et le diagnostic.

Le choix de la procédure de recueil de ce dernier élément ne fut pas simple à résoudre. Encore aujourd'hui, cette question est toujours polémique et donne naissance à de nombreuses prises de positions aux arguments divers. Loin de nous l'idée de participer au débat, mais il faut expliciter notre choix et ses motivations sous-jacentes.

Nous sommes bien conscients qu'il existe un malaise important face aux classifications existantes qui ne peuvent donner que des satisfactions scientifiques limitées.

Une catégorie d'usage statistique ne rend pas la richesse de la description clinique même réduite. Cependant, lorsqu'on tente de recueillir des données sur un grand nombre de patients et qu'on a besoin de comparaisons entre études, les nomenclatures restent l'outil indépassable.

Dans ces conditions, deux nomenclatures étaient utilisables : la Classification Internationale des Maladies (9^{ème} révision) et le DSM III. Ce dernier est en moyenne plus connu à Bruxelles malgré sa complexité et de plus la CIM-9 reste peu utilisée malgré sa notoriété. Nous avons alors opté pour l'usage du DSM III Axe I et Axe II.

Force est néanmoins de constater que de nombreux professionnels n'utilisent pas de nomenclature et certains y sont même résolument opposés. Aussi leur avons nous laissé la possibilité de décrire le diagnostic selon leur terminologie.

Dans ce cas, les items ont fait l'objet d'un recodage ultérieur par des experts selon une procédure traditionnelle inter-juge. Ce recodage s'est fait selon le DSM III.

Le questionnaire utilisé est divisé en trois parties.

Une première partie reprend des éléments socio-démographiques, âge, sexe, état matrimonial légal, mode de vie, nationalité actuelle, d'origine, études, nombre d'enfants, rang dans la fraterie. Nous avons insisté sur le rapport qu'entretiennent les patients avec le monde du travail. De nombreux travaux ont montré que l'intégration sociale est un facteur de protection contre la chronicité psychiatrique.

Une deuxième partie reprend la carrière catamnétique du patient (c'est-à-dire deux ans précédant son entrée dans l'enquête). L'objectif de cette partie est double : il s'agit d'évaluer la « lourdeur » des carrières de patients hospitalisés et consultants (nombre et durée d'hospitalisation, fréquence de consultations) et ce, pour quel profil des patients ?

Il est aussi question d'analyser le plus qualitativement possible les différents types de circuit institutionnel afin d'établir si possible des filières typiques et d'y rattacher des caractéristiques sociales et psychiatriques des patients.

Une troisième partie reprend les caractéristiques psychiatriques du patient (l'urgence et le motif de l'admission ou consultation, l'« envoyeur » individuel, médical et institutionnel, le nombre d'hospitalisation en psychiatrie, en institution non psychiatrique, la collocation éventuelle et la défense sociale, l'action décidée à l'issue de l'épisode et enfin le diagnostic (cfr *supra*).

En ce qui concerne les services de santé mentale, sont relevées également toutes les différentes prestations effectuées le jour de la consultation.

Etait également posée la question du prix de la consultation en service de santé mentale. Certains services ont préféré qu'il n'y soit pas répondu. Nous avons respecté leur décision.

Il va de soi que l'anonymat des patients était garanti.

II. ECHANTILLON

Les populations étudiées sont les patients hospitalisés ou consultants dans divers types d'institutions ou de services psychiatriques : hôpitaux psychiatriques, services psychiatriques dans des hôpitaux généraux, services de santé mentale, centres conventionnés INAMI. Les institutions sont situées sur le territoire de Bruxelles 19 communes.

La méthodologie de recueil des données a différé selon qu'il s'agisse des hôpitaux, des services de santé mentale ou des centres conventionnés INAMI et services d'hospitalisation partielle.

1° **Dans le cas des hôpitaux**, nous avons adopté le principe de la coupe transversale effectuée sur deux périodes.

Cela revient à retenir tous les patients présents dans l'institution à deux dates données, identiques dans toutes les institutions, tout en évitant les périodes susceptibles d'introduire un biais (week-end, jour d'entrée ou de sortie, lundi et vendredi). Les deux dates ont été choisies au hasard.

De nombreuses contraintes institutionnelles incontournables ont pesé sur la construction des échantillons :

- le principe de la coupe transversale ne nous permettait pas d'avoir un échantillon de patients plus élevé qu'il n'existe de lits disponibles dans l'institution.
C'est pourquoi dans certains cas, il fut décidé de prendre la totalité des patients tandis que dans d'autres (grandes institutions), on a procédé à un tirage aléatoire ;
- comme il était impossible de disposer d'une information précise sur le nombre de patients qui séjournent dans l'institution au cours d'une année, on s'est replié sur un chiffre qui lui est parfaitement connu, à savoir le nombre de lits officiellement déclaré par l'institution.

Dans l'univers des institutions, il existe de grandes disparités entre les hôpitaux. On trouve en effet des hôpitaux généraux et des hôpitaux psychiatriques. De même certaines institutions sont universitaires et d'autres ne le sont pas.

Les services offerts par les hôpitaux peuvent varier également en termes de durée de séjour, type de patient et type de traitement.

Pour tenir compte de ces disparités, on a cherché à assurer la représentativité par type d'hôpital et de service.

A défaut de connaître la réalité des hôpitaux, on s'en est tenu à des critères administratifs généralement admis dans le secteur (type de lits agréés).

Finalement, on a tenu compte du respect des règles statistiques, à savoir la taille minimale des échantillons et l'homogénéité des tailles des échantillons entre groupes et sous-groupes.

Pour toutes ces raisons, il fut décidé, en collaboration avec les professeurs M. Loriaux et E. Legros de construire des échantillons raisonnés en poursuivant les objectifs suivants :

- optimisation des contraintes de représentativité proportionnelle entre institutions ;
- égalisation maximale de la précision dans les échantillons par l'homogénéisation des tailles des échantillons.

Ceci nous donne les résultats décrits au tableau 2.

Comme on peut le constater, l'échantillon obtenu diffère légèrement de l'échantillon raisonné. Un coefficient de pondération fut calculé afin d'obtenir l'échantillon pondéré représentatif des populations prises en charge.

Un facteur de correction a été utilisé dans le calcul du coefficient de pondération. Ce facteur de correction permet d'obtenir le même total que le total raisonné. C'est un facteur d'adéquation des proportions sous la contrainte de la taille de l'échantillon. Il est égal au total de l'échantillon obtenu divisé par le total de l'échantillon raisonné.

Ainsi, le facteur de pondération a été calculé de la manière suivante :

$$\frac{\text{Proportion théorique}}{\text{Proportion raisonnée}} \times \text{Facteur de correction}$$

Et l'échantillon pondéré est calculé en multipliant l'échantillon obtenu par les coefficients de pondération.

- 2° **Dans les services de santé mentale**, pratique ambulatoire, il ne fut pas possible de pratiquer de la sorte. L'observation d'un seul jour aurait conduit immanquablement à surestimer la présence des cas à forte fréquence de consultation.

Si l'on estime qu'un patient non vu depuis un an peut être considéré comme sorti de la file active d'un lieu de soin, la durée idéale aurait été un enregistrement portant sur une année entière. Le processus étant irréalisable dans le cadre de cette recherche, il fut nécessaire de déterminer subjectivement la durée d'observation praticable permettant de ne manquer que très peu de patients à très faible fréquence de consultation.

Un consensus a été obtenu entre le chercheur et les épidémiologistes français pour retenir le temps des 12 semaines d'observation (du 13 novembre 1990 au 31 janvier 1991).

La taille de l'échantillon fut déterminée de manière à optimiser les comparaisons inter-institutionnelles étant donné les écarts très importants entre le nombre de consultants (plutôt que de prendre un échantillon optimum global, c'est-à-dire proportionnel selon le nombre de consultants 1989).

Le chiffre théorique de 120 patients par service fut choisi, car il permet d'assurer la comparabilité entre institutions.

On obtient ainsi un même niveau de précision pour chacun des échantillons.

Cela signifie que pendant la période déterminée et à raison d'un jour par semaine, devaient être interrogés dans chaque service 10 patients par jour tirés aléatoirement, soit un échantillon global de 120 patients par service.

Pour des raisons liées à la fois aux différents turn-over des services et à des difficultés rencontrées pendant l'enquête, l'échantillon obtenu diffère sensiblement de l'échantillon raisonné.

Les mêmes calculs décrits plus haut (cfr coefficients de pondération) furent effectués afin d'obtenir l'échantillon pondéré permettant une représentativité des populations prises en charge par ce type de service (cfr Tableau 3).

- 3° **Dans les centres conventionnés INAMI et dans les services d'hospitalisation partielle regroupés**, nous avons repris le principe de la coupe transversale effectuée sur une période, étant donné à la fois l'étendue de durée de séjour des patients plus longue que la durée de l'enquête et les difficultés liées à l'enquête plus élevées dans ce type d'institutions que dans d'autres.

Sont retenus dès lors dans l'échantillon **tous les patients** présents ou fréquentant l'institution à une date donnée, identique pour tous les services et choisie au hasard.

Étant donné le petit nombre de patients fréquentant ces services, nous avons décidé de prendre chaque fois toute la population présente ce jour-là.

Les résultats figurent au tableau 4. Nous avons repris les mêmes procédures de calcul que dans les cas précédents. (Cfr tableau 4).

Tableau 2 - Echantillons services psychiatriques en hôpital général et services psychiatriques en hôpital psychiatrique

Institutions	Nombre de lits	Echantillon proportionnel	Echantillon raisonné	Echantillon obtenu	Coefficient de pondération
S ^t Jan-Alg. Kliniek	A 30	(17.6) 31	60	51	0.90
S ^t Pierre-Hôpital	A 20	(11.7) 20	40	36	0.99
Clin. Univ. S ^t Luc	A 20	(11.7) 20	40	26	0.99
Akad. Zh. v.d. V.U.B.	A 30	(17.6) 31	60	42	0.96
Clin. Univ. Hôp. Erasme	A 70	(41.1) 69	70	70	1.89
	170	(99.7) 171	270	225	
C.H. Titeca	A 65	(11.5) 138	50	49	0.78
	T 195	(34.5) (46)	85	86	0.94
Inst. Rouffart-Marin	A 80	(14.1) 90	40	41	1.26
	T 90	(15.9) (30)	45	43	1.24
Clin. Sans Souci	A 45	(7.9) 72	35	34	0.76
	T 90	(15.9) (23.8)	45	46	1.24
	565	(99.8) 300	300	299	

Tableau 3 - Echantillon - Services de Santé Mentale

Institutions	Nombre consultations 1989	Echantillon proportionnel	Echantillon raisonné	Echantillon obtenu	Coefficient de pondération
Service Psycho-Soc. Anderlecht	704	(11.88) 100	120	125	1.92
Centre de Guidance d'Ixelles	189	(3.19) 27	120	61	1.46
W.O.P.S.	344	(5.80) 49	120	86	0.93
C.S.M. Ant. Artaud	219	(3.69) 31	120	77	0.58
Centre de Guidance Chapelle aux Champs	3772	(63.69) 535	120	53	4.30
V.Z.W. Centrum voor Welzijnszorg	422	(7.12) 60	120	83	1.13
V.Z.W. Centrum voor Psychotherapie (Brussel Oost)	272	(4.59) 38	120	81	0.74
	5922	(99.96) 840	840	566	

Tableau 4 - Echantillon - Centres Conventonnés INAMI et Services d'hospitalisation partielle

Institutions	Nombre de places	Echantillon = population	Echantillon obtenu	Coefficient de pondération
- Le Foyer (Equipe)	30	30	26	1.23
- Centre psycho-thérapeutique de Nuit Woluwé Psycho-Social (W.O.P.S.)	15	15	13	1.18
- Le Canevas Centre psycho-thérapeutique de jour	30	30	17	1.35
- Psycho-Soc. Centrum S ^t Alexius (A2)	44	44	40	1.06
- Inst. Psych. Brugmann (A1) Sivadon	30	30	30	0.94
	149	149	126	

Pré-test

Le questionnaire a été testé dans les deux langues et dans des institutions hospitalières (hôpital général et hôpital psychiatrique) et ambulatoires :

- C.H. Jean Titeca ;
- Akademische Ziekenhuis v.d. V.U.B. ;
- Centre de guidance d'Ixelles.

du 3 au 17 octobre 1990 : 50 patients ont été interviewés par nous.

Ce pré-test nous a permis de vérifier la faisabilité de l'interview auprès de patients consentants hospitalisés et consultants.

Après des patients (1^{ère} et 2^{ème} parties du questionnaire), l'interview a duré 15 minutes et il en a été de même auprès du thérapeute (3^{ème} partie du questionnaire) quand le dossier est bien tenu. Ceci a varié bien sûr selon les lieux.

Les interviews anonymes se sont déroulés sans problème, grâce entre autres à l'excellente collaboration des professionnels dans ces différentes institutions.

III. INDICES DE FIABILITE DE L'ECHANTILLON

Avant d'analyser les données recueillies, il importe de vérifier à l'aide des données dont on dispose si l'échantillon correspond à ce que l'on sait de la population psychiatrique.

A. ECHANTILLON HOSPITALIER

(Hôpitaux psychiatriques et services psychiatriques en hôpitaux généraux)

En ce qui concerne l'échantillon hospitalier, nous disposons de l'âge et de l'origine géographique de la totalité des patients bruxellois qui nous sont fournis par les données de la Santé publique¹.

AGE

Tableau 5 - Age échantillon hospitalier

	15-24		25-29		60-74		75 et +		TOTAL	
	Bxl.88	Ech.90	Bxl.88	Ech.90	Bxl.88	Ech.90	Bxl.88	Ech.90	Bxl.88	Ech.90
Hôpitaux généraux	15.64	10.95	63.02	69.15	14.70	12.50	6.64	7.40	100.0	100.0
Hôpitaux psychiatriques	6.11	12.25	74.61	73.50	16.70	9.80	2.58	4.45	100.0	100.0

En service psychiatrique (service A) en hôpital général, la population de l'échantillon est très proche de la population psychiatrique bruxelloise, malgré une légère sous-représentation des jeunes au bénéfice des 25-59.

En hôpital psychiatrique (services A et T), la population jeunes (15-24) est sur-représentée dans notre échantillon par rapport à la population psychiatrique bruxelloise. Ceci peut s'expliquer par des changements de politiques de prise en charge à l'égard des jeunes adolescents qui font aujourd'hui l'objet de plus d'attention.

La population âgée de 60-74 ans est par contre légèrement sous-représentée dans notre échantillon.

Alors que la population des 75 ans et + est deux fois plus élevée dans notre échantillon qu'en hôpital psychiatrique. Dans l'ensemble, il importe de retenir que les tranches d'âge les plus importantes (25-

¹ *Annuaire Statistique des Établissements de Soins*, Rapport annuel, Situation au 1^{er} janvier 1989, Service d'Études, Administration des établissements de soins, Ministère de la Santé publique.

59 ans) sont proportionnellement très similaires dans les 2 groupes. Ce qui nous indique une forte représentativité de l'échantillon.

Les populations plus marginales peuvent avoir bénéficié des transformations de politiques récentes.

ORIGINE GEOGRAPHIQUE

Tableau 6 - Patients non bruxellois soignés à Bruxelles

Bruxelles (1988)	19.2 %		
Echantillon (1990-1991)	24.9 %	service A en H.G.	: 36.14 %
		hôpital psychiatrique	: 13.67 %

Les patients non bruxellois soignés à Bruxelles sont légèrement sur-représentés dans notre échantillon.

On peut penser que cela tient au fait que quasi tous les services A en hôpital général font partie de l'échantillon et drainent une proportion plus importante de patients non bruxellois (36.14 %). Ils contribuent de ce fait à une élévation de la moyenne.

B. ECHANTILLON SERVICES DE SANTE MENTALE

Nous disposons ici de l'âge et du sexe des patients qui nous sont fournis pour 12 services francophones et 5 services néerlandophones (83.3 %) par les deux Ligues pour la santé mentale².

Etant donné qu'au niveau de l'enquête patient nous avons décidé de ne pas faire la distinction entre les francophones et les néerlandophones, nous travaillons au niveau des moyennes également quant aux données fournies par les deux Ligues de santé mentale.

² Nous remercions ici Christiane BONTEMPS, Confédération francophone des Ligues de Santé Mentale et Rik VAN NUFFEL, Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg, pour leur aimable collaboration.

AGE

Tableau 7 - Age patients S.S.M.

Age	Services bruxellois (1989)	Echantillon S.S.M. (1990-1991)
20-24	14.74	6.05
25-29	15.32	12.76
30-34	15.99	16.63
35-39	16.00	14.85
40-44	12.45	15.00
45-49	8.05	9.83
50-54	6.43	6.52
55-59	3.79	5.21
60-64	3.10	4.43
65-69	1.66	4.38
70 et +	1.96	4.11

La population de 25 à 60 ans de l'échantillon se distribue de manière très semblable à la population des services bruxellois pour lesquels nous disposons de données. La population de 20 à 24 ans est sous-représentée dans notre échantillon. Cela tient sans doute au fait que nous n'avons pas inclus les services enfants et adolescents.

A l'inverse, les populations âgées de plus de 65 ans sont sur-représentées dans notre échantillon par rapport à l'échantillon bruxellois.

Ceci s'explique peut-être par le fait que les services de santé mentale se sont vu doter récemment de missions particulières concernant la prise en charge des personnes âgées.

SEXE

Tableau 8 - Sexe patients S.S.M.

Sexe	Services bruxellois	Echantillon S.S.M.
Hommes	43.80	43.20
Femmes	54.45	56.80
Inconnu	1.75	0.00
TOTAL	100.0	100.0

La distribution homme-femme dans l'échantillon de l'enquête reflète la même sur-représentation féminine que dans l'échantillon bruxellois.

C. ECHANTILLON HOSPITALISATION PARTIELLE

Dans ce cas-ci, les seules données bruxelloises existantes dont nous disposons sur les services d'hospitalisation partielle et sur les services ayant une convention avec l'INAMI sont les données recueillies sur tous les centres conventionnés INAMI à Bruxelles par Ph. Corten, à savoir l'âge et le sexe des patients hébergés en 1988³.

Notons cependant qu'une institution de notre échantillon (St Alexius) reconnue pour l'hospitalisation de jeunes schizophrènes ne fait pas partie de l'étude Convention INAMI de Ph. Corten, puisque cette institution est financée par la Santé publique.

AGE

Tableau 9 - Age convention INAMI

Age	Convention INAMI	Echantillon
Moyenne	33.01	33.36

Comme on peut le constater, la concordance entre les deux populations au niveau de l'âge est quasi absolue.

Notre échantillon est à ce niveau bien représentatif de la population fréquentant les structures intermédiaires.

Cet âge moyen, particulièrement bas est d'ailleurs une conditions d'entrée dans ce type de structure.

SEXE

Tableau 10 - Sexe Convention INAMI

Sexe	Convention INAMI	Echantillon
Hommes	55.00	60.51
Femmes	45.00	39.49

La sur-représentation des hommes connue chez les psychotiques hospitalisés se retrouve dans les deux populations. Elle est plus marquée dans notre échantillon et s'explique par la présence des

³ Nous remercions ici Ph. CORTEN pour avoir aimablement mis les données à notre disposition.

patients masculins schizophrènes d'un service. D'autres services, surtout l'un d'entre eux, ne travaillent pas qu'avec des psychotiques.

Les différents indices dont nous disposons portent à croire que les résultats de l'enquête patients sont généralisables à la totalité de la population psychiatrique bruxelloise.

IV. SPECIFICITE DE LA CLIENTELE PSYCHIATRIQUE

De même que nous avons vérifié la représentativité de notre échantillon par rapport à la population psychiatrique, il importe de le comparer également à la population bruxelloise dans son ensemble afin de voir quelle est la spécificité de la clientèle psychiatrique.

AGE⁴

Tableau 4 - 11 - Age échantillon

Age	Population bruxelloise (1990)	Echantillon S.S.M. (1990-1991)
20-24	9.52	7.38
25-29	11.26	12.42
30-34	10.25	14.34
35-39	9.22	14.79
40-44	8.54	13.55
45-49	6.97	10.13
50-54	7.02	6.72
55-59	7.35	5.81
60-64	7.23	4.98
65-69	7.35	4.87
70-74	4.30	1.52
75-79	4.97	1.08
80-84	3.41	1.11
85-89	1.81	0.72
90 et +	0.73	0.51

Nous remarquons une sur-représentation de la population jeune en psychiatrie (25-49 ans) correspondant au phénomène que nous avons déjà signalé plus haut. Ceci mérite réflexion... Constatons également une sous-représentation de la population âgée, présente dans notre échantillon par rapport à la population hospitalière bruxelloise (1988). Nous savons que dans l'ensemble, la population psychiatrique âgée rentre dans un autre circuit (M.R.S. - M.R. - V.P.) (cfr chapitre sur la psychogériatrie).

⁴ Nous avons décompté tant dans la population bruxelloise que dans l'échantillon la population de moins de 20 ans, peu présente dans l'étude afin de rendre les chiffres comparables.

SEXE⁵

Tableau 12 - Sexe échantillon

Sexe	Bruxelles	Echantillon
Hommes	47.06	46.66
Femmes	52.94	53.34

Au niveau de la différenciation des sexes, la population psychiatrique est la population bruxelloise.

ISOLEMENT⁶

Tableau 13 - Isolement échantillon

Sexe	Bruxelles	Echantillon
Hommes	23.29	33.56
Femmes	27.75	34.54

La proportion des personnes vivant seules est nettement plus élevée dans notre échantillon qu'au sein de la population bruxelloise où les femmes sont sur-représentées.

En conclusion, mis à part la répartition des sexes, il ne semble pas que la population psychiatrique soit semblable à la population bruxelloise. Elle diffère au minimum par la répartition par âge et le pourcentage plus élevé d'isolés, qui est, on le sait, un facteur de risque en santé mentale.

⁵ Source : I.N.S., Population du registre national, 1^{er} janvier 1990.

⁶ Ibid.

ANALYSE DES RESULTATS
DESCRIPTION DE L'ECHANTILLONI. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DE L'ECHANTILLON
PAR TYPE D'INSTITUTION

1. LA DOMICILIATION DU PATIENT

Tableau 14 - Les domiciliations

	S.S.M. n=828.61	H.G.A. n=275.22	H.P. n=303.32	Hosp. part. n=139.64	TOTAL n=1546.79
Même commune n=466.14	39.84	17.30	23.53	12.22	30.14
Autre commune n=769.95	44.58	46.56	62.80	58.69	49.78
Commune hors Bruxelles n=163.92	8.60	19.28	7.91	11.19	10.60
Commune hors Brabant n=146.78	6.99	16.86	5.76	17.91	9.49
TOTAL n=1546.79	53.57	17.79	19.61	9.03	100.00

D.F. = 9

 $\chi^2 = 138.771$

P. = 0,0001

Plus des trois-quarts des patients (79.92) de la totalité de l'échantillon sont domiciliés à Bruxelles soit dans la même commune, soit dans une autre commune que l'institution qu'ils fréquentent. Le reste (20.09) provient de communes soit hors de Bruxelles ou soit hors du Brabant.

- La clientèle des S.S.M. provient plus facilement de la même commune (39.84) que les autres clientèles. Et si l'on tient compte du fait qu'il existe un pourcentage non négligeable de patient fréquentant les S.S.M. provenant de communes limitrophes, on peut penser que l'on assiste à une relative sectorisation de ces institutions telle qu'elle est inscrite dans l'arrêté royal de 1975. La notion de découpage géographique de Bruxelles au niveau des S.S.M. garde un sens malgré les spécificités de ces institutions décrites ailleurs.
- Les patients hospitalisés en H.G.A. et en hospitalisation partielle font preuve d'une proportion plus élevée des patients originaires de la province que les proportions communiquées par la Santé publique (cfr *supra*).

Santé publique (1988)	H.P. - H.G.A.	Hosp. part.
19.2	$\bar{X} = 24.90$	29.1

Ce sont d'ailleurs surtout les services psychiatriques en hôpitaux généraux, essentiellement universitaires et situés aux périphéries de Bruxelles qui drainent une clientèle non bruxelloise (36.14)⁷.

On assisterait à une conjonction de plusieurs phénomènes : attraction de l'institution universitaire et proximité géographique et peu d'hôpitaux psychiatriques dans le Brabant wallon en tout cas.

Les hôpitaux psychiatriques ont une clientèle nettement plus bruxelloise (86.33 %).

Par contre en hospitalisation partielle, où les places sont plus nombreuses à Bruxelles que dans le reste du pays, près d'un tiers (29.1) de la clientèle ne provient pas de Bruxelles. Il existe également un phénomène d'attraction de ce type de structures, surtout réservées aux psychotiques sur l'ensemble du pays.

⁷ Ce phénomène est également marqué au niveau de la fréquentation des salles d'urgences pour des motifs psychiatriques. Cfr Ph. HOYOIS, *Les urgences psychiatriques dans le réseau hospitalier de l'U.L.B.*, 1989.

2. SEXE DES PATIENTS

Tableau 15 - Sexe des patients

	S.S.M. n=835.33	H.G.A. n=279.9	H.P. n=306.76	Hosp. part. n=140.87	TOTAL n=1562.86
Hommes n=729.18	43.20	36.75	58.74	60.51	46.66
Femmes n=833.68	56.80	63.25	41.26	39.49	53.34
TOTAL n=1562.86	53.45	17.91	19.63	9.01	100.0

D.F. = 3 $\chi^2 = 43.882$ P. = 0,0001

Globalement, on retrouve plus de femmes que d'hommes dans l'échantillon. Ceci est dû principalement à la clientèle des S.S.M. majoritairement féminine, conformément à ce qui est décrit dans la « littérature ». Les femmes consultent plus que les hommes.

Elles sont aussi nettement sur-représentées en service psychiatrique en hôpital général.

En dehors de toute augmentation de l'incidence de la maladie, on constate que parmi les institutions psychiatriques, les S.P.H.G. se sont spécialisés dans la prise en charge d'une clientèle spécifique.

Nous avons déjà constaté ce phénomène dans d'autres études⁸ et à cette occasion, il était apparu qu'il s'agissait principalement de troubles dépressifs jusqu'à présent peu pris en charge par l'hospitalier. De nombreuses études⁹ signalent par ailleurs l'augmentation de ce trouble dont les coûts de prise en charge dans les années qui viennent risquent d'aller croissants.

En hospitalisation partielle et en hôpital psychiatrique au contraire, la clientèle est nettement plus masculine. Si aujourd'hui des auteurs reconnaissent que la pathologie psychotique largement représentée en hospitalisation partielle et en hôpital psychiatrique est également distribuée selon les sexes, ces mêmes auteurs constatent aussi que les hommes sont plus fréquemment pris en charge que les femmes¹⁰.

⁸ F. MESLE et J. VALLIN, « La population des établissements psychiatriques : Evolution de la morbidité ou changement de stratégie médicale », *Population*, 1981, pp. 1035-1068 ; Les auteurs soulignent une progression des admissions en psychiatrie pour des états névrotiques, troubles de la personnalité et états dépressifs.

L. VERHAEGEN, *Les psychiatries, médecine de pointe ou d'assistance*, Ed. Cabay, 1985, pp. 83-89. La population d'un service psychiatrique universitaire.

⁹ G.L. KLERMAN, M.M. WEISSMAN, « Increasing Rates of Depression », *JAMA*, April 21, 1989, vol. 261, n° 15, pp. 2229-2235.

¹⁰ L.L. BACHRACH, « Deinstitutionalisation and Women. Assessing the Consequences of Public Policy », *American Psychologist*, October 1984, vol. 39, n° 10, pp. 1171-1177.

3. AGE DES PATIENTS

Tableau 16 - Age des patients

	S.S.M. n=835.33	H.G.A. n=279.9	H.P. n=306.76	Hosp. part. n=140.87	TOTAL n=1562.86
- 20 ans n=32.4	1.72	5.42	0.92	0.00	2.07
20-29 ans n=299.53	18.45	19.73	13.22	35.25	19.17
30-39 ans n=440.6	30.78	20.64	21.31	42.86	28.19
40-49 ans n=358.14	24.38	17.64	29.50	10.39	22.92
50-59 ans n=189.56	11.47	11.91	15.57	8.97	12.13
60-69 ans n=149.13	8.61	11.40	13.97	1.71	9.54
70-79 ans n=39.53	1.78	5.32	3.19	0.00	2.53
80 ans et + n=53.97	2.80	7.93	2.33	0.84	3.45
TOTAL n=1562.86	53.45	17.91	19.63	9.01	100.0

D.F. = 21 $\chi^2 = 145.941$ P. = 0,0001

Dans l'ensemble, les trois-quarts (72.35) de l'échantillon n'ont pas 50 ans !
La distribution par âge de la clientèle des S.S.M. est identique à celle de la population de l'échantillon.
Par contre, dans les services psychiatriques en H.G. et les hôpitaux psychiatriques les personnes âgées sont proportionnellement sur-représentées tandis que les trois-quarts de la clientèle de l'hospitalisation partielle n'ont pas 50 ans. C'est uniquement une clientèle jeune et principalement psychotique qui a accès à ce type de services.

4. ETAT CIVIL ET MODE DE VIE

Tableau 17 - Etat-civil des patients

	S.S.M. n=833.82	H.G.A. n=277.92	H.P. n=304.58	Hosp. part. n=140.87	TOTAL n=1557.19
Célibataires n=677.2	39.05	34.27	51.89	69.80	43.49
Mariés + séparés n=604.98	44.32	45.37	27.05	19.15	38.85
Divorcés n=175.92	11.79	10.28	11.64	9.63	11.30
Veuf(ve)s n=99.09	4.84	10.08	9.42	1.42	6.36
TOTAL n=1557.19	53.55	17.85	19.56	9.05	100.00

D.F. = 9 $\chi^2 = 90.773$ P. = 0,0001

La majorité de l'échantillon est célibataire, la distribution par état-civil de la clientèle des S.S.M. et des services psychiatriques en hôpital général témoigne d'une sur-représentation des individus mariés ou séparés. Rappelons qu'il s'agit aussi d'une clientèle plus féminine.
A l'inverse, la clientèle des hôpitaux psychiatriques et surtout des services d'hospitalisation partielle est nettement plus célibataire. Elle est aussi plus masculine.

Tableau 18 - Mode de vie des patients

	S.S.M. n=834.2	H.G.A. n=278.01	H.P. n=306.76	Hosp. part. n=140.87	TOTAL n=1559.84
Seul n=531.6	33.53	30.75	37.77	35.89	34.08
Conjoint n=542.67	43.07	42.94	14.81	13.18	34.79
Parent n=253.58	14.95	18.09	17.45	17.78	16.26
En institution n=167.55	3.12	2.76	29.10	31.62	10.74
Autre n=64.44	5.33	5.46	0.87	1.54	4.13
TOTAL n=1559.84	53.48	17.82	19.67	9.03	100.00

D.F. = 12 $\chi^2 = 309.422$ P. = 0.0001

La proportion d'isolés de l'échantillon, supérieur à celui des Bruxellois (25.52 %) (cfr tableau p. 17) est égale à la proportion d'individus vivant avec leur conjoint. Cette dernière catégorie est sur-représentée en S.S.M. et en service psychiatrique en hôpital général. Ils sont aussi plus souvent mariés ou séparés (tableau 5). Par contre, en service psychiatrique et en hospitalisation partielle, on retrouve une très nette sur-représentation de patients domiciliés en institution.

5. NATIONALITE

Tableau 19 - Nationalité des patients

	S.S.M. n=834.75	H.G.A. n=279.9	H.P. n=306.76	Hosp. part. n=140.87	TOTAL n=1562.28
Belges n=1288.14	78.79	87.77	85.18	87.63	82.45
Europe du Sud n=65.22	4.45	4.08	3.55	4.09	4.17
Autres CEE n=54.75	3.43	2.41	4.77	3.37	3.50
Maghreb n=65.38	4.92	2.73	3.61	3.95	4.18
Turcs n=50.65	5.54	0.96	0.56	0.00	3.24
Autres n=38.14	2.87	2.04	2.33	0.96	2.44
TOTAL n=1562.28	53.43	17.92	19.64	9.02	100.00

D.F. = 15 $\chi^2 = 40.157$ P. = 0.0001

L'échantillon est caractérisé par une majorité écrasante de Belges (82.45), supérieure à la proportion de Belges de la Région bruxelloise (72.16 %) ¹¹. Les étrangers, principalement non européens, n'utiliseraient pas les mêmes réseaux de soins et ne présenteraient pas les mêmes problématiques ¹². Ce sont cependant les S.S.M. qui accueillent le plus de migrants, surtout Turcs et Maghrébins : un des S.S.M. de l'échantillon est spécialisé dans le travail avec ces populations.

¹¹ Cfr T. EGGERICKX et M. POULAIN, *1.000.000 de Bruxellois. Esquisse démographique des communes de la Région bruxelloise*, U.C.L., Institut de Démographie, 1990.

¹² A. GAILLY, « Psychische klachten bij Turken en hun benadering », *Cultuur en Migratie*, V.Z.W., 1988-1.

6. NIVEAU D'ETUDES

Tableau 20 - Niveau d'études des patients

	S.S.M. n=816.63	H.G.A. n=275.22	H.P. n=303.32	Hosp. part. n=140.87	TOTAL n=1536.04
Primaire n=317.08	21.11	19.36	23.02	15.30	20.64
Secondaire inf. n=348.9	20.09	25.04	25.05	28.37	22.71
Secondaire sup. n=352.6	19.15	31.22	22.77	29.25	22.96
Et. Sup. non Univ. n=280.27	20.43	14.73	16.50	16.23	18.25
Enseign. Univ. n=237.19	19.22	9.66	12.66	10.85	15.44
TOTAL n=1536.04	53.16	17.92	19.75	9.17	100.00

D.F. = 12 $\chi^2 = 46.472$ P. = 0,0001

La distribution des patients fréquentant l'hôpital psychiatrique est proche de celle de l'échantillon global à savoir que 75.62 % n'ont pas dépassé le niveau des études supérieures et sont donc peu scolarisés. Il en va de même pour la clientèle de l'hospitalisation partielle. La clientèle des S.S.M. témoigne d'une scolarité plus élevée. Il s'agit vraisemblablement d'une population plus favorisée.

7. PROFESSION

Tableau 21 - Profession des patients

	S.S.M. n=835.33	H.G.A. n=279.9	H.P. n=306.76	Hosp. part. n=140.87	TOTAL n=1562.86
Ouvrier qualifié n=154.27	7.59	8.14	19.62	5.63	9.87
Ouvrier non qual. n=381.63	24.95	27.19	18.39	28.88	24.42
Employé n=498.1	31.32	31.11	32.05	36.25	31.87
Cad. sup. + pr. lib. n=157.47	13.27	6.16	8.23	2.96	10.08
Indép. + agric. n=94.13	5.06	8.16	7.20	4.93	6.02
Inactif (ménagère) n=127.74	8.68	11.80	4.66	5.71	8.17
Autres n=149.52	9.15	7.44	9.86	15.64	9.57
TOTAL n=1562.86	53.45	17.91	19.63	9.01	100.00

D.F. = 18 $\chi^2 = 87.61$ P. = 0,0001

La majorité de l'échantillon appartient à la catégorie des ouvriers (34.29 %). Les employés sont également bien représentés (31.87 %). C'est cependant en hôpital psychiatrique que l'on retrouve la proportion d'ouvriers la plus élevée (38.01 %) et surtout plus d'ouvriers non qualifiés que dans le reste de l'échantillon. Il s'agit d'une population moins favorisée. A l'inverse, c'est en S.S.M. que les cadres supérieurs et professions libérales sont le mieux représentés. Ceci confirme l'hypothèse de l'appartenance sociale plus élevée de la clientèle des S.S.M.

8. RAPPORT AU TRAVAIL

Tableau 22 - Rapport au travail

	S.S.M. n=835.33	H.G.A. n=279.9	H.P. n=305.82	Hosp. part. n=140.87	TOTAL n=1561.92
Travailleur n=405.13	33.71	23.78	10.39	17.91	25.94
Au chômage n=102.21	8.01	7.48	2.03	2.83	6.54
Mutuelle n=455.57	18.96	25.06	50.42	54.02	29.15
Handicapé n=100.64	6.34	3.36	10.44	3.16	6.44
CPAS n=87.20	5.76	4.16	7.20	3.09	5.58
Pensionné n=207.39	11.15	22.53	14.84	2.25	13.27
Etudiant n=63.92	4.98	6.17	1.37	0.00	4.09
Autre n=139.87	11.09	7.46	3.31	16.74	8.99
TOTAL n=1561.92	53.45	17.91	19.63	9.02	100.00

D.F. = 21

$\chi^2 = 268.945$

P. = 0,0001

Les trois-quarts de l'échantillon ne travaillent pas. Un quart de l'échantillon psychiatrique est intégré dans le marché de l'emploi, un autre quart n'est pas ou plus en situation d'emploi et le reste, à savoir près de la moitié, dépend de la Sécurité Sociale, surtout par le biais de la mutuelle et ce principalement dans la clientèle des hôpitaux psychiatriques et de l'hospitalisation partielle.

La distribution du rapport au travail de la clientèle des services psychiatriques en hôpital général est proche de celle de l'échantillon, à l'exception des pensionnés qui y sont sur-représentés. Mais nous savons par ailleurs que ces patients sont aussi plus âgés. Ceci explique cela.

Tableau 23 - Rapport au travail : RESUME

	S.S.M.	H.G.A.	H.P.	Hosp. part.	TOTAL
Emploi	33.71	23.78	10.39	17.91	25.94
Non emploi	27.22	35.05	19.52	10.86	26.35
Bénéficiaire d'allocations	39.07	41.06	70.09	63.10	47.71
S.R.	0.00	1.11	0.00	8.13	0.00
TOTAL	53.45	17.91	19.63	9.01	100.00

Près de la moitié de l'échantillon dépend de l'aide publique. Cette caractéristique est particulièrement marquée dans la clientèle des hôpitaux psychiatriques et de l'hospitalisation partielle. Des études ont montré combien c'était à la fois un facteur de chronicité¹³ ainsi qu'un facteur d'aggravation des coûts¹⁴.

Ceci nous indique qu'il s'agit d'une population particulièrement lourde sur le plan social et ceci n'est pas sans répercussion sur l'évolution de la pathologie.

La clientèle des S.S.M. est caractérisée par une sur-représentation des travailleurs.

Ceci confirme encore l'hypothèse de l'appartenance sociale plus élevée d'une partie des patients fréquentant ce type d'institution. Retenons quand même que près de 40 % de la clientèle des S.S.M. dépendent de la Sécurité Sociale...

27.22 % sont également sans emploi. Les chiffres sont légèrement supérieurs à ceux rassemblés par Chr. Bontemps pour l'ensemble de la Communauté française en 1984, 50 % des consultants adultes étaient alors en dehors des circuits professionnels¹⁵.

¹³ Cfr. VERHAEGEN, L. et LACROSSE, J.-M., *Analyse et évaluation critique du fonctionnement de secteurs psychiatriques de Belgique*, Recherche effectuée sous l'étude de l'Organisation Mondiale de la Santé, sous la direction de E.A. SAND et M. ELKAIM, F.N.R.S., Bruxelles, 1984, chapitre III.

¹⁴ W. FISCHER, L. BARRELET, « Les coûts des traitements psychiatriques : une approche comparative de trois catégories de patients », *Médecine Sociale et Préventive*, 1987, 32, pp. 169-175.

¹⁵ Chr. BONTEMPS, *Les services de santé mentale dans la Communauté française de Belgique (Wallonie-Bruxelles). Des chiffres sur l'offre et la demande*, Confédération Francophone des Ligues de Santé Mentale, 1988.

9. REVENUS

Tableau 24 - Revenus des patients

	S.S.M. n=660.14	H.G.A. n=250.83	H.P. n=277.9	Hosp. part. n=134.46	TOTAL n=1323.33
- 20.000 frs n=473.77	33.36	41.01	34.53	40.67	35.80
20-29.000 frs n=410.65	24.57	25.37	45.84	42.71	31.03
30-39.000 frs n=199.42	16.16	18.12	9.98	14.52	15.07
40-60.000 frs n=169.4	18.27	10.18	7.70	1.40	12.80
+ de 60.000 frs n=70.09	7.63	5.32	1.95	0.70	5.30
TOTAL n=1323.33	49.88 ¹⁶	18.95	21.00	10.16	100.00

D.F. = 12

 $\chi^2 = 101.998$

P. = 0,0001

Les deux-tiers de l'échantillon ont moins de 30.000 frs de revenus mensuels nets.

La clientèle des S.S.M. se démarque par des revenus légèrement supérieurs à la moyenne de l'échantillon bien qu'un tiers de sa clientèle ait moins de 20.000 frs mensuels.

Les patients d'hôpitaux psychiatriques et de services d'hospitalisation partielle sont parmi les plus pauvres : plus de 80 % ont moins de 30.000 frs par mois.

CONCLUSIONS

En résumé de ce chapitre sur les caractéristiques socio-démographiques, voici les remarques les plus importantes :

- l'origine géographique des patients témoigne d'une relative sectorisation des S.S.M. au-delà de leur spécificité et la clientèle de S.P.H.G.A. est nettement moins bruxelloise que la clientèle des autres services psychiatriques ;
- la clientèle des hôpitaux psychiatriques n'a pas le même profil que celle des services psychiatriques en hôpital général. Cette dernière est loin d'être exclusivement bruxelloise, elle est plus féminine, souvent mariée et vit avec son conjoint. Elle correspondrait à la prise en charge hospitalière récente d'une nouvelle clientèle. En hôpital psychiatrique, la clientèle est nettement plus bruxelloise, masculine, célibataire et isolée. Et en hospitalisation partielle, la clientèle est jeune et masculine. Au total les trois-quarts de l'échantillon ne travaillent pas. Sur un plan socio-économique, la moitié de l'échantillon en âge de travailler est en dehors des circuits de travail et dépend de la Sécurité Sociale sous forme d'allocation. Dans ces deux types d'institutions, un tiers de la population est domicilié en institution. Les S.S.M. se démarquent par une clientèle socialement légèrement supérieure (plus scolarisée), meilleur statut socio-professionnel, meilleurs revenus et plus intégrée au marché du travail. Par contre, les hôpitaux psychiatriques et les services d'hospitalisation partielle ont une clientèle très majoritairement exclue des circuits d'emploi et bénéficiant de revenus très peu élevés.

¹⁶ Nous avons un pourcentage de 15 % de non-réponses surtout dans les S.S.M. où il nous avait été demandé de ne pas recueillir ce renseignement. Le croisement des non-réponses avec le rapport au travail renforce l'hypothèse des faibles revenus : 78.34 % des non-réponses sont sans travail et 66.79 % dépendent d'allocations diverses.

II. CARACTERISTIQUES CLINIQUES DE L'ECHANTILLON PAR TYPE D'INSTITUTION

1. QUELS SONT LES DIFFERENTS DIAGNOSTICS DES PATIENTS ?

Tableau 25 - Diagnostics des patients

	S.S.M. n=791.12	H.P. 302.24	H.G.A. 257.22	Hosp. part. 134.99	TOTAL 1485.57
Tr. mentaux organ. n=37.68	2.79	3.19	1.85	0.91	2.54
Tr. psychotiques n=416.41	17.49	48.19	21.02	58.00	28.03
Tr. dépressifs n=346.71	26.10	13.31	30.98	15.07	23.34
Tr. bipolaires n=124.06	7.69	11.73	7.77	5.79	8.35
Tr. anxieux n=145.18	15.35	1.17	6.38	2.79	9.77
Assuétudes n=157.69	7.14	17.68	13.60	9.45	10.61
Tr. psychol. n=96.44	10.32	2.10	2.87	0.79	6.49
Autre ¹⁷ n=161.4	13.11	2.63	15.54	7.22	10.86
TOTAL n=1485.57	53.25	20.35	17.31	9.09	100.00

D.F. = 21 $\chi^2 = 308.832$ P. = 0,0001

Globalement, la catégorie la plus représentée dans notre échantillon est celle des troubles psychotiques : plus du quart des patients souffre de troubles psychotiques. Ils sont plus nombreux encore en hôpital psychiatrique (un patient sur deux est psychotique) et en hospitalisation partielle.

Ils sont également présents en S.S.M. où près d'un patient sur cinq est psychotique. Près d'un quart de l'échantillon souffre de troubles dépressifs et on les retrouve surtout en H.G.A. Ceci confirme notre hypothèse concernant la formation d'une clientèle nouvellement prise en charge, principalement féminine souffrant de dépression, présente dans les nouveaux services d'H.G.A. qui

¹⁷ Autre = troubles somatoformes (2.6 %) ; troubles dissociatifs (1.3 %) ; troubles sexuels (0.6 %) ; troubles du sommeil (0.4 %) ; troubles factices (0.1 %) ; troubles du contrôle des impulsions (1.0 %).
Les troubles psychologiques regroupent les troubles de l'adaptation (1.5 %), les facteurs psychologiques (0.3 %) et les codes V (4.7 %).

disposent de moyens médicaux importants pour la mise au point et le soin de ce trouble qui va croissant aujourd'hui.

Un patient sur dix est pris en charge pour assuétudes et on le retrouve plus en H.G.A. et surtout en H.P.

Les troubles bipolaires sont également plus représentés en H.P. et ils sont présents en S.S.M. C'est en S.S.M. que l'on retrouve une sur-représentation des troubles anxieux présents quand même en H.G.A., des troubles psychologiques très peu hospitalisés. Par contre, les autres troubles sont bien présents en H.G.A.

N.B. Codage du diagnostic en DSM III

Comme nous l'avions signalé ci-dessus, le DSM III a été utilisé en priorité, mais il fut possible pour ceux qui n'en voyaient pas l'usage d'utiliser une nomenclature propre.

Les diagnostics ont été recodés en DSM III selon une procédure rigoureuse inter-juge avec une concordance de 96 %.

Tableau 26 - Codage par DSM III

	S.S.M. n=835.33	H.G.A. n=279.9	H.P. n=306.76	Hosp. part. n=140.87	TOTAL n=1562.86
DSM III Oui n=1154.63	57.98	89.65	94.89	91.08	73.88
DSM III Non n=392.2	41.20	7.97	4.30	8.92	25.10
Non réponse n=16.03	0.82	2.38	0.81	0.00	1.65
TOTAL n=1562.86	53.45	17.91	19.63	9.01	100.00

D.F. = 3 $\chi^2 = 248.41$ P. = 0,0001

Il reste cependant 77.29 individus (4.94 %) pour lesquels le diagnostic était soit manquant soit impossible à recoder avec rigueur.

Dans l'ensemble, le DSM III a été utilisé pour les trois-quarts des patients avec une quasi totalité dans les H.G.A., H.P. et hospitalisation partielle. Ceci témoigne de son usage de plus en plus répandu.

Par contre, dans les S.S.M., plus de la moitié seulement l'a utilisé, la tendance étant plutôt au refus de l'usage de diagnostic psychiatrique jugé réducteur.

PROFILS CLINIQUES PAR INSTITUTIONS

En S.S.M., on retrouve surtout des patients souffrant de troubles dépressifs (1/4), mais aussi des patients souffrant de troubles dit plus lourds tels les troubles psychotiques (près de 1/5).

Les troubles anxieux et psychologiques y sont sur-représentés.

H.G.A. et H.P. ont des profils de clientèles bien distincts.

En H.G.A., on retrouve surtout des patients souffrant de troubles dépressifs (1/3), un patient sur cinq souffrant de troubles psychotiques et un patient sur dix souffrant d'autres troubles.

Par contre, en H.P., le profil est plus « lourd » : un patient sur deux souffre de troubles psychotiques et près d'un sur cinq d'assuétudes.

En hospitalisation partielle, institution spécialisée, les troubles psychotiques concernent 60 % des patients.

2. DEPUIS COMBIEN DE TEMPS LES PATIENTS FREQUENTENT-ILS LES CIRCUITS PSYCHIATRIQUES ?

2.1. La clientèle se divise en deux groupes : l'une est plus ancienne, l'autre moins

Tableau 27 - Durée de fréquentation

	S.S.M. n=815.04	H.G.A. n=249.48	H.P. n=281.28	Hosp. part. n=129.04	TOTAL n=1474.84
1 an et moins n=341.09	28.00	33.78	5.43	10.33	23.13
2 ans - 5 ans n=474.91	34.01	30.86	25.50	37.99	32.20
5 ans - 10 ans n=254.66	16.82	13.73	19.76	21.48	17.27
+ de 10 ans n=404.18	21.17	21.63	49.32	30.20	27.41
TOTAL n=1474.84	55.26	16.92	19.07	8.75	100.00

D.F. = 9

$\chi^2 = 142.591$

P. = 0,0001

Un quart des patients a des contacts récents (- d'1 an) avec la psychiatrie et près de la moitié (44.68 %) est en contact depuis plus de 5 ans, plus d'un quart depuis plus de 10 ans.

Ce sont les S.S.M. et aussi les services psychiatriques en H.G. qui ont proportionnellement les clientèles les plus récentes.

L'hôpital psychiatrique a au contraire une clientèle qui a de très anciens contacts avec l'univers psychiatrique.

Une fois de plus le profil des patients d'hôpitaux et de services psychiatriques en H.G. diffère.

2.2. La moitié des patients a été hospitalisée en psychiatrie

Tableau 28 - Hospitalisation en psychiatrie

	S.S.M. n=835.33	H.G.A. n=262.83	H.P. n=304.28	Hosp. part. n=140.87	TOTAL n=1543.31
Oui n=908.51	39.94	65.54	87.98	95.79	58.87
Non n=634.8	60.06	34.46	12.02	4.21	41.13
TOTAL n=1543.31	54.13	17.03	19.72	9.13	100.00

D.F. = 3 $\chi^2 = 314.342$ P. = 0,0001

La clientèle des S.S.M. se différencie du reste de l'échantillon en ce sens qu'elle est moins passée par l'hospitalisation en psychiatrie. Cependant, 40 % ont déjà été hospitalisés, témoignant par là de passages entre hôpital et les S.S.M., le système psychiatrique n'est donc pas un univers clos. Les patients des services psychiatriques en hôpital général ont proportionnellement un passé moins lourd que ceux d'hôpitaux psychiatriques. L'hospitalisation partielle se situant presque toujours en post-cure par rapport à l'hôpital psychiatrique, rien d'étonnant à ce que la quasi totalité des patients soit passée par l'hôpital psychiatrique.

2.3. Un quart de l'échantillon a été hospitalisé plusieurs fois

Tableau 29 - Nombre d'hospitalisations en psychiatrie

	S.S.M. n=835.33	H.G.A. n=279.9	H.P. n=306.76	Hosp. part. n=140.87	TOTAL n=1562.86
0 fois n=634.8	60.06	32.35	11.92	4.21	40.62
1 fois n=201.8	12.67	17.02	9.44	13.76	12.91
2 à 5 fois n=406.23	18.11	29.9	31.11	53.79	25.99
6 à 10 fois n=103.36	3.57	2.41	17.51	9.27	6.61
+ de 10 fois n=106.64	2.53	4.4	20.15	8.09	6.82
S.R. n=110.06	3.05	13.91	9.87	10.88	7.04
TOTAL n=1562.86	53.45	17.91	19.63	9.01	100.00

D.F. = 15 $\chi^2 = 488.801$ P. = 0,0001

Un quart de l'échantillon global a été hospitalisé entre 2 à 5 fois. En S.S.M., près des deux-tiers n'ont jamais été hospitalisés et près d'un tiers ne l'a pas été plus de 5 fois. En H.G.A., près d'un cinquième est hospitalisé pour la première fois. En H.P., le passé hospitalier est nettement plus conséquent. Près de 40 % (37.66 %) ont plus de 6 hospitalisations en psychiatrie. Et un patient sur cinq a plus de 10 hospitalisations. Plus de la moitié des patients d'hospitalisation partielle a été hospitalisée entre 2 et 5 fois. Compte tenu de leur jeune âge, ce chiffre est relativement élevé. C'est manifestement une population psychiatisée.

2.4. Qui a déjà été hospitalisé en psychiatrie ?

Les hommes n'ont pas souvent été plus hospitalisés que les femmes

Tableau 30 - Répartition des hospitalisations par sexe

	Homme n=635.08	Femme n=767.36	TOTAL n=1402.44
Hosp. Oui n=773.57	57.67	53.08	55.16
Hosp. Non n=628.87	42.33	46.92	44.84
TOTAL n=1402.44	45.28	54.72	100.00

D.F. = 1 $\chi^2 = 2.955$ P. = 0,086

La tranche d'âge la plus hospitalisée est de 40-49 ans

Tableau 31 - Répartition des hospitalisations par âge

	-20 ans n=32.4	20-29 n=243.87	30-39 n=377.1	40-49 n=341.62	50-59 n=172.19	60-69 n=144.83	70 et + n=90.43	TOTAL n=1402.44
Hosp. Oui n=773.57	32.65	49.82	53.40	64.86	54.47	55.13	49.82	55.16
Hosp. Non n=628.87	67.35	50.18	46.60	35.14	45.53	43.87	50.18	44.84
TOTAL n=1402.44	2.31	17.39	26.89	24.36	12.28	10.33	6.44	100.00

D.F. = 6 $\chi^2 = 24.863$ P. = 0,0004

Avoir été hospitalisé est un facteur de risque de non-travail

Tableau 32 - Répartition des hospitalisations par situation de travail

	Travail Oui n=374.23	Travail Non n=1027.27	TOTAL n=1401.5
Hosp. Oui n=772.63	15.21	84.79	55.13
Hosp. Non n=628.87	40.83	59.17	44.87
TOTAL n=1401.5	26.70	73.30	100.00

D.F. = 1 $\chi^2 = 116.260$ P. = 0,0001

Les pathologies psychiatriques ne sont pas égales face à l'hospitalisation

Tableau 33 - Répartition des hospitalisations par diagnostic

	Tr.ment.Or. n=36.45	Tr.Psychot. n=337.15	Tr.Dépres. n=326.37	Tr.Bipol. n=116.25	Tr.Anxieux n=141.42	Assués. n=144.94	Tr.Psych. n=95.38	Autres n=150.42	TOTAL n=1348.38
Hosp. Oui n=752.93	55.42	83.19	45.51	80.76	24.18	71.95	18.46	35.73	55.84
Hosp. Non n=595.45	44.58	16.81	54.49	19.24	75.82	28.05	81.54	64.27	44.16
TOTAL n=1348.38	2.70	25.00	24.20	8.62	10.49	10.75	7.07	11.16	100.00

D.F. = 7 $\chi^2 = 297.118$ P. = 0,0001

Les patients souffrant de troubles psychotiques, bipolaires, d'alcoolisme et de toxicomanie ont proportionnellement été nettement plus hospitalisés que les patients souffrant d'autres troubles. Les patients souffrant de troubles psychologiques et de troubles anxieux ont peu fait l'objet d'hospitalisations antérieures. Près de la moitié des troubles dépressifs n'a pas fait l'objet d'hospitalisation par le passé.

Quel est le profil des patients dont c'est la première admission ?

Il s'agit majoritairement de femmes (74.52 %), proportionnellement plus âgées que la moyenne de l'échantillon : 27.6 % ont plus de 60 ans (13.55 dans l'échantillon global), sans travail (71.9 %), hospitalisées en service psychiatrique d'hôpital général (71.2 %), souffrant autant de troubles psychotiques (22.3 %) que dépressifs (25.2 %), que d'autres troubles (18.1 %) et de problèmes d'assuétudes (15.2 %).

3. QUI EST PRIS EN CHARGE AILLEURS ?

3.1. Un tiers des patients est pris en charge ailleurs

Tableau 34 - Prise en charge antérieure

	S.S.M. n=835.33	H.G.A. n=279.90	H.P. n=306.76	Hosp. part. n=140.87	TOTAL n=1562.86
Oui n=461.65	24.09	36.93	28.85	48.66	29.53
Non n=1101.21	75.91	63.06	71.15	51.33	70.47
TOTAL n=1562.86	53.45	17.91	19.63	9.01	100.00

D.F. = 3 $\chi^2 = 44.084$ P. = 0,0001

C'est en hospitalisation partielle que l'on retrouve la plus forte proportion de patients pris en charge ailleurs. Les professionnels de ces institutions encouragent leurs patients à garder leur thérapeute extérieur. Celui-ci souvent date d'avant leur entrée en hospitalisation partielle. Ceci a pour but thérapeutique de favoriser au maximum l'autonomie du patient.

3.2. Qui consultent-ils ?

Tableau 35 - Type de consultants extérieurs pour les patients pris en charge à l'intérieur, à savoir 461.65 individus

	S.S.M. n=201.2	H.G.A. n=103.38	H.P. n=88.52	Hosp. part. n=68.55	TOTAL n=461.65
S.S.M. n=69.56	9.54	14.54	25.10	19.12	15.07
Psych. libéral n=137.7	27.91	28.44	39.09	25.60	29.83
Serv. Psy. en H.G. et psy. en H.G. n=121.66	19.06	37.7	19.29	39.77	26.35
Centre thérapeut. n=87	28.17	11.93	11.09	11.92	18.85
Autre service non psy. n=45.73	15.32	7.40	5.42	3.59	9.91
TOTAL n=461.65	43.58	22.39	19.17	14.85	100.00

D.F. = 12 $\chi^2 = 57.132$ P. = 0,0001

Près d'un tiers des patients pris en charge ailleurs voit un psychiatre en consultation privée, indépendamment de leur prise en charge actuelle. Ceci est plus vrai pour les patients d'hôpital psychiatrique qui étaient suivis au moment de leur hospitalisation. Ces derniers fréquentent également les S.S.M.

Les patients des S.S.M. fréquentent également les centres thérapeutiques. Ceci nous indique que les S.S.M. ne fonctionnent pas en système fermé mais collaborent avec d'autres institutions. S.S.M. et centres thérapeutiques collaborent, H.P. et S.S.M. aussi.

Les patients hospitalisés en service A sont également régulièrement suivis par un psychiatre en consultation en hôpital général. L'hôpital s'assure du suivi thérapeutique de ses patients.

De même, la clientèle de l'hospitalisation partielle fréquente largement les services psychiatriques en hôpital général.

Ces résultats nous confirment que la psychiatrie à Bruxelles n'est pas un système clos, mais que certains liens privilégiés existent entre les divers types d'institutions.

S.S.M. → centre thérapeutique
H.P. → S.S.M.
Hosp. part. → H.G.A.

PASSE PSYCHIATRIQUE ET PRISE EN CHARGE

La moitié des patients est en contact avec la psychiatrie depuis plus de 5 ans : les S.S.M. et les H.G.A. ont la clientèle la plus récente, les H.P. la plus ancienne.

Près de 60 % des patients ont déjà été hospitalisés en psychiatrie. En S.S.M., ils sont au nombre de 40 %, témoignant ainsi de passages S.S.M.-H.G. pour une clientèle. Les patients d'H.G.A. ont un passé moins lourd que les patients d'H.P. et d'hospitalisation partielle. Hommes et femmes ont le même passé ; la tranche d'âge la plus concernée a entre 40 et 49 ans. Ils souffrent surtout de troubles psychotiques, bipolaires, d'assuétudes et enfin de troubles dépressifs.

Un tiers des patients est suivi ailleurs au moment de l'enquête, principalement les patients H.G.A. et d'hospitalisation partielle.

4. QUI EST ARRIVE EN URGENCE ?

Où arrive-t-on le plus en urgence ?

Tableau 36 - Arrivées en urgence

	S.S.M. n=831.07	H.G.A. n=260.94	H.P. n=289.28	Hosp. part. n=139.81	TOTAL n=1520.32
Oui n=472.38	17.10	53.27	64.73	2.90	31.06
Non n=1047.94	82.90	46.73	35.27	97.10	68.94
TOTAL n=1520.32	54.64	17.15	19.02	9.19	100.00

D.F. = 6 $\chi^2 = 344.933$ P. = 0,0001

Près d'un tiers des patients est arrivé en urgence, c'est-à-dire non préparé et non entré par le service 100.

Il est clair que l'arrivée en urgence concerne peu la consultation en S.S.M. et l'hospitalisation partielle où, par définition, l'entrée doit être préparée à l'avance.

C'est en hôpital psychiatrique que la proportion d'entrée en urgence est la plus élevée, soit près des deux-tiers de la clientèle. En service psychiatrique d'hôpital général, un peu plus de la moitié des entrées se fait en urgence.

L'entrée non planifiée et en urgence reste une voie d'entrée importante d'hospitalisation en psychiatrie.

Les hommes n'entrent pas plus en urgence que les femmes

Tableau 37 - Répartition arrivée en urgence par sexe

	Homme n=706.13	Femme n=814.97	TOTAL n=1520.22
Oui n=472.38	30.35	31.76	31.06
Non n=1047.9	69.64	68.25	68.94
TOTAL n=1520.22	46.42	53.58	100.00

D.F. = 2 $\chi^2 = 0.989$ P. = 0,610

Plus on est âgé, plus on entre en urgence

Tableau 38 - Répartition arrivée en urgence par âge

	-30 ans n=321.54	30-39 n=429.96	40-49 n=351.01	50-59 n=182.82	60-69 n=145.06	70 et + n=90.71	TOTAL n=1521.1
Oui n=473.16	26.65	24.64	32.03	33.56	45.36	45.62	31.11
Non n=1047.81	73.35	75.36	67.97	66.44	54.64	54.38	68.89
TOTAL n=1521.1	21.13	28.27	23.08	12.02	9.54	5.96	100.00

D.F. = 14 $\chi^2 = 34.704$ P. = 0,0001

Plus on a été hospitalisé, plus on arrive en urgence

Tableau 39 - Répartition arrivée en urgence par hospitalisation antécédente

	0 hosp. n=635.7	1 hosp. n=199.9	2 hosp. n=148.54	3 hosp. n=107.38	4 hosp. n=84.04	5 hosp. et + n=261.7	TOTAL n=1437.27
Urgence Oui n=444.05	22.78	30.91	28.25	29.84	43.8	48.38	30.9
Urgence Non n=993.22	77.22	69.09	71.75	70.16	56.2	51.62	69.1
TOTAL n=1437.27	44.23	13.91	10.33	7.47	5.85	18.21	100.00

D.F. = 5 $\chi^2 = 64.154$ P. = 0,0001

Les différents troubles psychiatriques n'entrent pas tous également en urgence

Tableau 40 - Répartition arrivée en urgence par diagnostic

	Tr.Psych. n=400.43	Tr.Dépr. n=345.72	Tr. Bipol. n=124.06	Assuétudes n=154.89	Tr.Anx. + Psych. n=238.04	Tr.M.O. + Autre n=197.24	TOTAL n=1460.38
Urgence Oui n=461.03	38.36	29.95	35.98	37.36	20.33	26.87	31.57
Urgence Non n=999.35	61.64	70.05	64.02	62.64	79.67	73.13	68.43
TOTAL n=1460.38	27.42	23.67	8.5	10.61	16.3	13.51	100.00

D.F. = 5 $\chi^2 = 28.417$ P. = 0,0001

Les patients souffrant de troubles psychotiques et d'assuétudes et même de troubles bipolaires arrivent plus fréquemment en urgence que les patients souffrant d'autres troubles.
Les patients souffrant de troubles anxieux et psychologiques arrivent moins en urgence.

QUI ARRIVE EN URGENCE ?

Un tiers des patients arrive en urgence surtout en H.P. et H.G.A.

L'urgence est toujours un moyen d'entrée privilégiée en service psychiatrique, surtout pour les patients souffrant de troubles psychotiques, bipolaires, d'assuétudes et les patients plus âgés.

Plus on a été hospitalisé, plus on arrive en urgence.

5. PAR QUI SONT ENVOYES LES PATIENTS ?

Nous avons recueilli et traité séparément les informations concernant les différents envoyeurs non médicaux, médicaux et sociaux.

Les réponses aux différents tableaux sont donc non exclusives et superposables. La personne enquêtée pouvait répondre SIMULTANEMENT aux trois questions.

5.1. Le patient lui-même, l'entourage et la famille jouent des rôles importants, abstraction faite d'un envoyeur médical

Tableau 41 - Envoyeur non médical

	S.S.M. n=821.48	H.G.A. n=262.89	H.P. n=303.04	Hosp. part. n=131.93	TOTAL n=1519.34
Patient n=587.95	38.63	40.24	25.53	66.29	38.70
Famille n=316.87	10.11	37.66	40.14	9.99	20.86
Interméd. prof. non médical n=137.48	10.49	5.88	7.68	9.56	9.05
Entourage n=477.04	40.77	16.23	26.95	14.16	31.40
TOTAL n=1519.34	54.07	17.30	19.95	8.68	100.00

D.F. = 9 $\chi^2 = 244.668$ P. = 0,0001

En S.S.M., le patient vient de lui-même ou est envoyé par l'entourage, c'est-à-dire essentiellement le voisinage. Il semble être un patient peut-être moins isolé que d'autres.

En H.G.A., le patient arrive par lui-même ou via la famille.

Cette dernière est fort présente dans les admissions à l'hôpital psychiatrique. Un quart des patients d'H.P. se présente de lui-même.

En service d'hospitalisation partielle, le patient négocie le plus souvent seul son admission.

5.2. Les différentes institutions n'ont pas toutes les mêmes envoyeurs médicaux

Tableau 42 - Envoyeurs médicaux

	S.S.M. n=821.85	H.G.A. n=260.07	H.P. n=303.02	Hosp. part. n=140.87	TOTAL n=1525.81
Généraliste n=303.93	19.95	37.42	12.84	2.67	19.92
Psychiatre n=544.83	18.65	32.67	59.66	89.29	35.71
Spécial. non psy. n=138.16	8.30	18.45	6.24	2.21	9.05
Pas d'envoyeur médical n=538.89	53.10	11.47	21.27	5.84	35.32
TOTAL n=1525.81	53.86	17.04	19.86	9.23	100.00

D.F. = 9 $\chi^2 = 501.105$ P. = 0,0001

En S.S.M., près d'un patient sur deux arrive sans intermédiaire médical. C'est plus une clientèle tout venant.

Il est à remarquer aussi que la même proportion de patients, soit 1 sur 5 est envoyée par le généraliste et par le psychiatre.

En H.G.A., seulement un patient sur 10 arrive seul. Généraliste et psychiatre envoient chacun un tiers des patients. Le généraliste envoie même plus que le psychiatre. Et un patient sur cinq est envoyé par un spécialiste non psychiatre, souvent interne à l'hôpital.

Au total, en H.G.A., près de 9 patients sur 10 (88.54 %) sont envoyés par des intermédiaires médicaux. Ceci correspond à une certaine médicalisation de la psychiatrie. Les services en H.G.A. sont les services les plus médicalisés à la fois par leur pratique¹⁸ et, nous le voyons ici, par leurs envoyeurs.

En hôpital psychiatrique, un patient sur cinq se présente sans intermédiaire médical. On peut penser qu'il s'agit de patients qui connaissent déjà l'hôpital ou la psychiatrie.

L'envoyeur principal est le psychiatre témoignant ainsi qu'il s'agit d'une clientèle déjà psychiatisée.

Ils sont en effet peu nombreux à être envoyés par le généraliste (1 sur 10).

¹⁸ Nous avons démontré ailleurs ce phénomène de médicalisation de la psychiatrie développée depuis les années '70 avec l'implantation de nouveaux services psychiatriques en hôpital général. Cfr L. VERHAEGEN, *Les psychiatries, médecines de pointe ou d'assistance*, Cabay, 1985.

QUELLE EST LA CLIENTELE DES ENVOYEURS ?

Les différents troubles ne font pas l'objet des mêmes envoyeurs médicaux

Tableau 43 - Répartition des envoyeurs médicaux par diagnostic

	Tr.Psychot. n=335.61	Tr.Dépr. n=318.31	Tr. Bipol. n=116.25	Tr. Anx. n=141.42	Assuétudes n=144.94	Tr.Psych. n=91.64	Autres n=181.9	TOTAL n=1330.47
Généraliste n=291.04	12.55	32.06	18.26	30.66	19.89	11.95	21.24	21.87
Psychiatre n=411.45	49.22	22.39	41.21	23.00	34.94	11.80	19.49	30.93
Spéc. n.psy. n=133.13	4.98	16.18	10.92	4.83	9.56	6.87	13.43	10.01
Aucun n=494.85	33.25	29.37	29.61	41.51	35.62	69.38	45.83	37.19
TOTAL n=1330.47	25.22	23.92	8.74	10.63	10.89	6.89	13.70	100.00

D.F. = 14 $\chi^2 = 125.442$ P. = 0,0001

Les psychiatres envoient les patients atteints souvent de troubles traditionnellement dits lourds (psychoses, troubles bipolaires, assuétudes).

Le généraliste envoie plus les patients souffrant de troubles dépressifs ou anxieux.

Psychiatres et généralistes envoient 2/5 de leurs patients en urgence

Tableau 44 - Répartition des envoyeurs médicaux par entrée en urgence

	Urgence Oui n=460.65	Urgence Non n=900.3	TOTAL n=1360.95
Généraliste n=296.38	41.09	58.91	21.78
Psychiatre n=406.95	42.67	57.33	29.9
Spécialiste non psy. n=131.75	31.75	68.25	9.68
Aucun n=525.87	23.47	76.53	38.64
TOTAL n=1360.95	33.85	66.15	100.00

D.F. = 3 $\chi^2 = 46.622$ P. = 0,0001

**5.3. Le système psychiatrique n'est pas clos :
les différentes institutions s'envoient respectivement des patients**

Tableau 45 - Envoyeurs institutionnels

Destinataires Envoyeurs	S.S.M. n=828.17	H.G.A. n=257.22	H.P. n=303	Hosp. part. n=134.7	TOTAL n=1523.09
S.S.M. n=68.74	5.03	3.66	3.36	5.58	4.51
H.P. n=219.95	10.60	3.36	16.94	53.59	14.44
H.G.A. n=164.19	9.28	11.86	9.80	20.13	10.78
Serv. urgence n=124.47	2.51	18.00	18.03	2.09	8.17
Serv. hosp. N.P. n=192.95	8.8	23.83	14.05	10.07	12.67
Aucun n=752.78	63.79	39.29	36.92	8.54	49.42
TOTAL n=1523.09	54.37	16.89	19.89	8.84	100.00

D.F. = 15

$\chi^2 = 428.733$

P. = 0,0001

Les S.S.M. ont reçu près d'un cinquième de leurs patients via un service psychiatrique hospitalier. Ceci témoigne d'une ouverture des hôpitaux vers les S.S.M.

Par contre, on observe très peu de passage des clients de S.S.M. vers les services psychiatriques et autres services.

En H.G.A., les principaux envoyeurs sont les autres services hospitaliers non psy de l'hôpital, confirmant l'hypothèse de la médicalisation de la psychiatrie avancée ci-dessus.

Les services d'urgence y envoient un patient sur cinq.

Les mêmes services d'urgence sont le premier envoyeur institutionnel en hôpital psychiatrique.

Ceci permet de comprendre une certaine crainte de la part des hôpitaux psychiatriques face aux développements d'interventions psychiatriques plus spécifiques à partir des services d'urgences.

Un quart des patients d'H.P. sont des « transferts » provenant soit de services A d'hôpitaux généraux, soit de manière interne (de service A vers les services T). Ceci correspond à une réalité souvent exprimée :

« les patients entrent par le service A et puis, étant donné les limites des durées de séjour, sont transférés en service T ».

En hospitalisation partielle, trois quarts des patients proviennent de services psychiatriques situés surtout en hôpital psychiatrique. Contrairement aux autres institutions, très peu de patients arrivent sans intermédiaire institutionnel. Ceci démontre combien ce type de services se situe dans le prolongement de l'hospitalisation, le « post hop » et non pas l'alternative éventuelle à l'hospitalisation.

L'analyse combinée des envoyeurs médicaux et institutions médicales fait apparaître les phénomènes suivants :

- 1° un quart des patients (26.99 %) est envoyé sans l'intervention d'une filière médicale ou psychiatrique ;
- 2° la moitié des patients est envoyée avec intervention d'un psychiatre ou d'un service psychiatrique (S.S.M., H.P., H.G.A., centre de jour/nuits, psychiatre) ;
- 3° un quart des patients est envoyé par un intervenant médical non psy dont
 - 13.44 % suite à l'intervention du seul généraliste ;
 - 12.19 % suite à l'intervention d'un service médical dont éventuellement un généraliste.

QUI TRANSFERE QUI ?

Tableau 46 - Répartition des diagnostics par institution de transfert

	H.P. n=214.56	S.P.H.G. n=157.28	Garde n=49.66	Aucun n=714.34	TOTAL n=1135.84
Tr. psychotiques n=318.4	51.21	28.30	23.22	21.35	28.03
Tr. dépressifs n=269.54	15.26	28.69	27.14	24.94	23.73
Tr. bipolaires n=86.82	11.37	10.75	3.81	6.11	7.64
Tr. anxieux n=116.02	0.95	6.33	13.71	13.61	10.21
Assuétudes n=116.89	10.07	10.12	15.61	10.03	10.29
Tr. psychol. n=75.24	2.13	5.00	0.00	8.79	6.62
Autres + T.M.O. n=152.93	8.99	10.81	16.51	15.17	13.46
TOTAL n=1135.84	18.89	13.85	4.37	62.89	100.00

D.F. = 18 $\chi^2 = 122.598$ P. = 0,0001

Les proportions des différents troubles transférés sont les mêmes que celle de l'échantillon global, la moitié des patients transférés par l'hôpital psychiatrique sont des psychotiques. Si l'H.P. est celui qui les accepte le plus (cfr *supra*), il est aussi celui qui les transfère le plus. **Peut-on en conclure que c'est une catégorie de patients qui « tournent » beaucoup dans Bruxelles ?**

Les services de garde transfèrent une proportion de patients souffrant d'assuétudes plus importante que la moyenne de l'échantillon.

5.4. Quand ils interviennent, la police envoie en H.P. et les services sociaux en hospitalisation partielle et en S.S.M.

Tableau 47 - Envoyeurs sociaux

	S.S.M. n=788.6	H.G.A. n=245.7	H.P. n=286.14	Hosp. part. n=114.07	TOTAL n=1434.51
Justice n=26.8	1.37	0.81	4.04	2.16	1.87
Police n=68.07	1.2	3.88	16.73	1.03	4.75
CPAS n=56.02	2.9	1.97	8.78	2.83	3.91
Services sociaux n=95.12	6.28	1.5	3.31	28.43	6.63
Autres n=75.58	5.69	5.38	3.6	6.28	5.27
Aucun n=1112.92	82.56	86.46	63.54	59.27	77.58
TOTAL n=1434.51	54.97	17.13	19.95	7.95	100.00

D.F. = 15 $\chi^2 = 258.835$ P. = 0,0001

Les trois-quarts des patients arrivent sans intervention institutionnelle sociale. Les services sociaux envoient surtout en hospitalisation partielle et en S.S.M., par contre, la police et le CPAS envoient en hôpital psychiatrique. Celui-ci reste encore aujourd'hui le seul lieu qui accepte les individus qui posent problème à l'ordre public et/ou qui relèvent explicitement de l'assistance. C'est toujours l'ordre médical qui fait la prévention de l'ordre social. L'hôpital psychiatrique reste aujourd'hui un lieu de référence publique.

QUI SONT CES PATIENTS ?

Tableau 48 - Répartition des diagnostics par envoyeurs sociaux

	Police n=66.61	Serv. Soc. n=91.2	TOTAL n=157.81
Tr. Psychot. n=82.62	63.71	44.06	52.35
Tr. Dép. + Bip. n=23.47	5.64	21.61	14.87
Assuétudes n=19.33	18.24	7.87	12.25
Tr. Anxieux + Psychol. n=11.57	1.7	11.45	7.33
Autres + M.O. n=20.82	10.7	15.01	13.19
TOTAL n=157.81	42.21	57.79	100.00

D.F. = 4 $\chi^2 = 18.351$ P. = 0,001

80 % des patients envoyés par la police souffrent de troubles psychotiques et d'assuétudes. Par contre, ces deux pathologies ne représentent pas 50 % des envois des services sociaux.

QUI ENVOIE OU ?

- La famille envoie surtout en H.P. et en H.G.A.
- Le psychiatre envoie en H.P. et en hospitalisation partielle alors que le généraliste envoie beaucoup en H.G.A. Tous deux envoient la moitié de leurs patients en urgence.
- Les différentes institutions s'envoient respectivement des patients. Ainsi H.G.A. et H.P. envoient des patients en S.S.M., l'inverse est moins vrai. En H.G.A., la majorité des envoyeurs est médicale et témoigne d'une médicalisation de la psychiatrie dans ces services. Les services d'urgence restent parmi les premiers envoyeurs des services psychiatriques.

Les hôpitaux psychiatriques se renvoient des patients. On peut penser qu'il s'agit de transfert de services A vers les services T, les services A étant contraints à de brèves durées de séjour pas toujours suffisantes au traitement de la crise des patients.

Ceci dit, on peut se demander aussi, connaissant le peu de moyens médicaux dont disposent les services T, s'il ne s'agit pas de filières de relégation pour une certaine catégorie de patients...

Ce sont les psychotiques qui sont transférés le plus souvent vers l'H.P.. Si en effet celui-ci les accepte le plus, il est aussi celui qui les transfère.

Peut-on en conclure que ces patients sont les plus visés par le phénomène de « porte tournante » ?

La police envoie en H.P. des patients souffrant de troubles psychotiques et d'assuétudes.

6. QUELLE ACTION EST ENVISAGEE A L'ISSUE DE L'EPISODE ?

6.1 - Toutes les institutions n'ont pas la même politique

Tableau 49 - Type d'action envisagée

	S.S.M. n=824.53	H.G.A. n=263.79	H.P. n=305.52	Hosp. part. n=140.87	TOTAL n=1534.71
Retour à domicile n=277.96	5.33	48.81	26.37	17.53	18.11
Maintien ou transfert en H.P. n=219.68	0.54	7.60	41.73	48.09	14.31
Transfert home M.R.S. n=87.12	0.23	5.36	21.80	3.22	5.68
Rendez-vous consult. n=815.47	90.36	21.65	0.98	7.34	53.14
Autres n=134.48	3.55	16.58	9.13	23.82	8.76
TOTAL n=1534.71	53.73	17.19	19.91	9.18	100.00

D.F. = 12 $\chi^2 = 1354.790$ P. = 0,0001

Les S.S.M. ne prévoient d'envoyer quasi aucun de leurs patients vers l'hôpital psychiatrique au moment de l'enquête. Par contre, ils prévoient d'assurer le suivi de la consultation : 9 patients sur 10 ont un nouveau rendez-vous.

En H.G.A., il est envisagé que près de la moitié des patients retourne à domicile.

Un tiers de ces patients a un rendez-vous à la consultation de l'hôpital. Les services psychiatriques en H.G. assurent eux-mêmes le suivi de leurs patients après une hospitalisation brève.

En hôpital psychiatrique, il est prévu qu'un quart seulement rentre à domicile, près de la moitié restera encore hospitalisée en psychiatrie ! Il s'agit, nous l'avons vu plus haut, d'autres patients qu'en H.G.A. Et les durées de séjours sont plus longues en H.P. qu'en H.G.A. (voir chapitre). L'enquête le confirme. Nous analyserons plus loin le phénomène des longues hospitalisations en H.P.

En hospitalisation partielle, il est envisagé au moment de l'enquête que la moitié des patients reste encore hospitalisée. Ceci n'est guère surprenant, étant donné le type de patients (souvent psychotiques) et les durées de séjours longues associées à la réadaptation de ces patients.

6.2. Que fait-on avec qui ?

Les politiques de soins ne sont pas les mêmes pour les hommes que pour les femmes

Tableau 50 - Répartition des sexes selon le type d'action

	Ret. à dom. n=277.96	Hôp. psy. n=219.68	Home, M.R.S. n=87.12	Consult. n=53.14	Autres n=134.48	TOTAL n=1534.71
Homme n=712.71	39.49	58.85	54.02	43.03	56.29	46.44
Femme n=821.99	60.51	41.15	45.98	56.97	43.71	53.56
TOTAL n=1534.7	18.11	14.31	5.68	53.14	8.76	100.00

D.F. = 4 $\chi^2 = 30.086$ P. = 0,0001

Il est prévu que les femmes rentrent plus à domicile et que les hommes restent plus institutionnalisés soit en hôpital psychiatrique, soit en home.

Les diagnostics psychiatriques ne font pas l'objet des mêmes politiques de soins

Tableau 51 - Répartition des actions selon les diagnostics

	T.M.O. n=36.22	Tr.Psychot. n=412.11	Tr.Dépres. n=346.71	Tr.Bipol. n=124.06	Tr.Anx. n=140.88	Assuét. n=157.69	Tr.Psych. n=96.44	Autres n=161.4	TOTAL n=1475.51
Institutionnalisé n=430.40	43.42	54.17	16.43	23.74	6.57	32.27	15.93	18.38	29.17
Domicile n=1045.11	56.58	45.83	83.57	76.26	93.43	67.73	84.07	81.62	70.83
TOTAL n=1475.51	2.45	27.93	23.50	8.41	9.55	10.69	6.54	10.94	100.00

D.F. = 7 $\chi^2 = 211.192$ P. = 0,0001

Certains patients sont nettement plus institutionnalisés que d'autres : ainsi en va-t-il surtout des patients souffrant de troubles psychotiques, de troubles mentaux organiques, d'assuétudes et même de troubles bipolaires.

Tableau 52 - Répartition des actions détaillées selon les diagnostics

	T.M.O. n=36.22	Tr.Psychot. n=412.11	Tr.Dépres. n=346.71	Tr.Bipol. n=124.06	Tr.Anx. n=140.88	Assuét. n=157.69	Tr.Psych. n=96.44	Autres n=161.4	TOTAL n=1475.51
Retour à domicile n=274.39	8.03	13.67	23.80	29.89	12.43	25.92	8.63	17.87	18.60
Hôp. psych. n=215.72	14.16	31.98	7.91	9.29	2.67	14.49	2.41	6.78	14.62
Autre (institution) n=127.67	7.70	13.22	5.76	8.60	3.90	7.13	8.23	9.36	8.65
Home, M.R.S. n=87.12	21.56	8.97	2.76	5.85	0.00	10.65	5.29	2.24	5.90
Consultation n=770.61	48.54	32.16	59.78	46.36	81.00	41.80	75.45	63.76	52.23
TOTAL n=1475.51	2.45	27.93	23.50	8.41	9.55	10.69	6.54	10.94	100.00

D.F. = 28 $\chi^2 = 301.341$ P. = 0,0001

Il est prévu :

- qu'un patient sur cinq souffrant de troubles mentaux organiques soit envoyé en M.R.S. (cfr chapitre sur la psychogériatrie) ;
- qu'un tiers des patients souffrant de troubles psychotiques soit maintenu en H.P. ;

- qu'un patient sur 10 souffrant d'assuétudes soit envoyé en M.R.S. ou home. Nous savons que ce sont des patients fort peu désirés.

Les différentes classes d'âges ne font pas l'objet des mêmes politiques de soins.

Les transferts en home et M.R.S. concernent plus les personnes âgées

Tableau 53 - Répartition des types d'action par tranche d'âges

	-30 ans n=327.16	30-39 n=433.17	40-49 n=351.95	50-59 n=185.78	60-69 n=145.78	70 et + n=90.87	TOTAL n=1534.71
Ret. à dom. n=277.96	13.40	16.06	16.91	25.74	19.75	30.15	18.11
Hôp. psy. n=219.68	17.28	13.86	15.04	11.09	15.78	7.27	14.31
Autres n=134.48	9.61	9.84	7.09	7.37	9.88	8.48	8.76
Home MRS n=87.12	3.64	4.09	4.78	4.90	12.79	14.76	5.68
Consult. n=815.47	56.06	56.15	56.17	50.90	41.80	39.33	53.14
TOTAL n=1534.71	21.32	28.22	22.93	12.11	9.50	5.93	100.00

D.F. = 20 $\chi^2 = 68.284$ P. = 0,0001

Les patients institutionnalisés le restent

Tableau 54 - Répartition des types d'action par mode de vie

	Seul n=523.48	Conjoint n=528.4	Parent n=249.8	En institution n=165.57	Autre n=64.44	TOTAL n=1531.69
Ret. à dom. n=277.96	16.62	24.74	13.93	9.63	14.76	18.15
Hôp. psych. n=219.68	14.46	3.56	16.03	49.07	5.97	14.34
Autre n=134.48	11.12	5.72	10.28	9.92	6.13	8.78
Home, MRS n=87.12	5.77	2.03	5.54	18.40	2.90	5.69
Consult. n=812.45	52.03	63.95	54.22	12.98	70.24	53.04
TOTAL n=1531.69	34.18	34.50	16.31	10.81	4.21	100.00

D.F. = 16

$\chi^2 = 344.847$

P. = 0,0001

Qu'est-ce qui est prévu à l'issue de l'épisode ?

Les S.S.M. prévoient d'assurer le suivi de la consultation, les H.G.A. de renvoyer surtout à domicile, les hôpitaux psychiatriques et les hospitalisations partielles de maintenir principalement en institution.

Les patients souffrant de troubles dépressifs et bipolaires rentreraient plus à domicile que ceux souffrant de troubles psychotiques et d'assuétudes ou de troubles mentaux organiques qui seraient plus institutionnalisés (H.P. ou home).

Les femmes rentreraient plus à domicile tandis que les hommes seraient plus institutionnalisés tout comme les patients qui sont âgés de plus de 60 ans et les patients qui sont déjà institutionnalisés.

7. PROFIL DETAILLE DES DIFFERENTES INSTITUTIONS

7.1. Il n'y a pas de spécialisation significative dans les pathologies parmi différents services H.G.A.

Nous avons voulu tester l'hypothèse d'une spécialisation des différents services A dans l'une ou l'autre pathologie ainsi que nous le supposons au départ.

Rappelons ici que le diagnostic fut chaque fois posé par les professionnels de l'institution en question.

Tableau 55 - Répartition des troubles par tous les hôpitaux

	H.G.A.1 n=45	H.G.A.2 n=34.65	H.G.A.3 (Univ.) n=25.74	H.G.A.4 (Univ.) n=40.32	H.G.A.5 (Univ.) n=111.51	TOTAL n=257.22
Tr. psychot. n=54.06	24.00	8.57	34.62	30.95	16.95	21.02
Tr. dépressifs n=79.68	32.00	40.00	19.23	26.19	32.2	38.98
Tr. bipolaires n=19.98	0.00	5.71	0.00	7.14	13.56	7.77
Assuétudes n=34.98	16.00	11.43	11.54	9.52	15.25	13.60
Tr. anx.+psy. n=23.79	14.00	14.29	15.38	11.90	3.39	9.25
Autres+TMO n=44.73	14.00	20.00	19.23	14.29	18.64	17.39
TOTAL n=257.22	17.49	13.47	10.01	15.68	43.35	100.00

D.F. = 20 $\chi^2 = 30.182$ P. = 0,067

Il n'y a effectivement pas de différence statistique significative.
Des tendances apparaissent : elles ne clivent pas les hôpitaux universitaires des autres. Certains hôpitaux prennent plus en charge une population souffrant de troubles dépressifs et bipolaires et d'autres une population souffrant de troubles psychotiques.
Il s'agit là de politiques très souvent liées aux intérêts scientifiques et cliniques des chefs de service.

7.2. Profil différentiel des clientèles d'hôpitaux (H.G.A. - H.P.A.H.P.T.)

Les différents services A en hôpital général, A en hôpital psychiatrique et T en hôpital psychiatrique correspondent théoriquement à des moments de soins différents avec des durées de séjours également différentes (cfr *supra*). Nous avons déjà vu qu'ils ne soignent pas les mêmes pathologies.

Dans ce chapitre, nous allons approfondir les différents profils de leurs clientèles respectives sur un plan clinique et socio-démographique dans les services A en H.G., A en H.P. et T en H.P.

Tableau 56 - Répartition des troubles par H.G.A., H.P.A. et H.P.T.

Diag./Inst.	H.G.A. n=257.22	H.P.A. n=114.46	H.P.T. n=187.78	Total n=559.46
Tr. psychotiques n=199.72	21.02	35.47	55.95	35.70
Tr. dépressifs n=119.9	30.98	15.90	11.73	21.43
Tr. bipolaires n=55.42	7.77	15.46	9.45	9.91
Tr. anx. + psych. n=33.67	9.25	5.47	1.98	6.02
Assuétudes n=88.42	13.60	20.85	15.75	15.80
T.M.O. + Autres n=62.33	17.39	6.94	5.14	11.15
TOTAL n=559.46	45.98	20.46	33.56	100.00

D.F. = 10 $\chi^2 = 91.869$ P. = 0,0001

Un premier constat : tous les champs de la pathologie sont couverts par le secteur hospitalier.
Un deuxième constat : on observe une certaine bipolarisation des services. L'H.G.A. tend à s'opposer à l'H.P.T.
En H.G.A., on trouve plus de troubles à pronostic moins grave.
En H.P.T., on trouve plus de troubles à pronostic grave et de longue durée.
L'H.P.A. se situe entre ces deux pôles.

7.3. En H.G.A. la clientèle est plus féminine ; en H.P.A. et H.P.T. elle est plus masculine

Tableau 57 - Répartition du sexe des patients par H.G.A., H.P.A. et H.P.T.

Sexe/Inst.	H.G.A. n=279.9	H.P.A. n=116.5	H.P.T. n=190.26	Total n=586.66
Homme n=283.05	36.75	59.19	58.46	48.25
Femme n=303.61	63.25	40.81	41.54	51.75
TOTAL n=586.66	47.71	19.86	32.43	100.0

D.F. = 2 $\chi^2 = 28.344$ P. = 0,0001

7.4 - Profil d'âge par institution

Tableau 58 - Répartition de l'âge des patients par H.G.A., H.P.A. et H.P.T.

Age/Inst.	H.G.A. n=279.9	H.P.A. n=116.5	H.P.T. n=190.26	Total n=586.66
- 30 ans n=113.77	25.16	20.67	10.13	19.39
30-39 ans n=123.14	20.64	23.16	20.17	20.99
40-49 ans n=139.88	17.64	26.94	31.07	23.84
50-59 ans n=81.09	11.91	18.32	13.89	13.82
60-69 ans n=74.76	11.40	6.54	18.51	12.74
70 ans et + n=54.02	13.25	4.38	6.22	9.21
TOTAL n=586.66	47.71	19.86	32.43	100.0

D.F. = 10 $\chi^2 = 43.87$ P. = 0,0001

Notons la sur-représentation des patients de 70 ans et plus en H.G.A. qui correspond à ce que nous avons décrit plus haut (cfr chapitre sur psychogériatrie).

L'analyse du R.I.M. nous a permis de voir qu'il s'agit plus de troubles dépressifs que de troubles mentaux organiques.

7.5. En H.G.A. ils vivent plus avec leur conjoint, en H.P.A. plus seul, en H.P.T. plus en institution

Tableau 59 - Répartition de l'état-civil des patients par H.G.A., H.P.A. et H.P.T.

Mode de vie/Inst.	H.G.A. n=278.01	H.P.A. n=116.5	H.P.T. n=90.26	Total n=484.77
Seul n=201.36	30.75	45.18	33.23	34.43
Conjoint n=164.79	42.94	27.73	6.90	28.18
Parent n=103.82	18.09	19.47	16.22	17.75
En institution n=96.96	2.76	6.95	42.67	16.58
Autre n=17.84	5.46	0.67	0.99	3.05
TOTAL n=584.77	47.54	19.92	32.54	100.00

D.F. = 8 $\chi^2 = 184.352$ P. = 0,0001

7.6. En H.G.A., ils sont plus mariés ; en H.P. ils sont plus célibataires et en H.P.A., ils sont célibataires ou mariés

Tableau 60 - Répartition du mode de vie des patients par H.G.A., H.P.A. et H.P.T.

Etat-civil/Inst.	H.G.A. n=277.92	H.P.A. n=116.5	H.P.T. n=188.08	Total n=582.5
Célibataire n=253.29	34.27	47.42	54.66	43.48
Marié + séparé n=208.49	45.37	34.63	22.36	35.79
Divorcé n=64.02	10.28	12.27	11.25	10.99
Veuf n=56.7	10.08	5.68	11.73	9.73
TOTAL n=582.5	47.71	20.00	32.29	100.00

D.F. = 6 $\chi^2 = 30.964$ P. = 0,0001

7.7 - La quasi totalité des patients d'H.P.T. ne travaillent pas

Tableau 61 - Répartition du rapport au travail des patients par H.G.A., H.P.A. et H.P.T.

Travail/Inst.	H.G.A. n=279.9	H.P.A. n=116.5	H.P.T. n=189.32	Total n=585.72
Travaille n=98.33	23.70	18.20	5.58	16.79
Ne travaille pas n=487.39	76.22	81.80	94.42	83.21
TOTAL n=585.72	47.79	19.89	32.32	100.00

D.F. = 2 $\chi^2 = 27.002$ P. = 0,0001

7.8. Les patients d'H.G.A. ont un revenu moyen supérieur à celui des patients H.P.A. et le revenu moyen de ces derniers est supérieur à celui des patients d'H.P.T.

Tableau 62 - Répartition des revenus des patients par H.G.A., H.P.A. et H.P.T.

Revenus/Inst.	H.G.A. n=250.83	H.P.A. n=108.24	H.P.T. n=169.66	Total n=528.73
- 30.000 frs n=389.84	66.38	77.51	82.19	73.73
30.000 frs et + n=138.89	33.62	22.49	17.81	26.27
TOTAL n=528.73	47.44	20.47	32.09	100.00

D.F. = 2 $\chi^2 = 14.063$ P. = 0,0009

7.9. En H.G.A., ils sont plus envoyés par des généralistes et spécialistes non psy ; en H.P.A. et H.P.T. par des psychiatres

Tableau 63 - Répartition des envoyeurs par H.G.A., H.P.A. et H.P.T.

Envoyeur médical/Inst.	H.G.A. n=260.07	H.P.A. n=115.24	H.P.T. n=187.78	Total n=563.09
Généraliste n=136.22	37.42	13.54	12.41	24.19
Psychiatre n=265.74	32.67	57.32	61.09	47.19
Spéc. non psy. n=66.87	18.45	6.16	6.28	11.88
Aucun envoyeur médical n=94.26	11.47	22.98	20.22	16.74
TOTAL n=563.09	46.19	20.47	33.35	100.00

D.F. = 6 $\chi^2 = 82.739$ P. = 0,0001

7.10 - Le passé hospitalier des patients va croissant d'H.G.A. vers l'H.P.T. en passant par l'H.P.A.

Tableau 64 - Répartition des hospitalisations par H.G.A., H.P.A. et H.P.T.

Hosp./Inst.	H.G.A. n=150.39	H.P.A. n=87.32	H.P.T. n=152.6	Total n=390.31
1 - 2 hosp. n=133.24	56.41	22.24	18.99	34.14
3 - 5 hosp. n=122.47	30.90	41.75	25.91	31.38
6 - 9 hosp. n=60.47	4.49	15.55	26.30	15.49
10 hosp. et + n=74.13	8.20	20.45	28.79	18.99
TOTAL n=390.31	38.53	22.37	39.10	100.0

D.F. = 6 $\chi^2 = 80.509$ P. = 0,0001

7.11. Il y a une spécialisation parmi les pathologies prises en charge par les différents H.P.

Tableau 65 - Répartition des troubles par hôpital psychiatrique

	H.P.1 n=118.12	H.P.2 n=102.48	H.P.3 n=81.64	Total n=302.24
Tr. psychotiques n=145.66	67.42	29.18	44.24	48.19
Tr. dépressifs n=40.22	2.12	25.64	14.01	13.11
Tr. bipolaires n=35.44	6.89	18.36	10.39	11.73
Assuétudes n=53.44	13.65	19.52	21.22	17.68
Autres n=27.48	9.92	7.28	10.14	9.09
TOTAL n=302.24	39.08	33.91	27.01	100.00

D.F. = 8 $\chi^2 = 48.521$ P. = 0,0001

Les hôpitaux psychiatriques ne forment pas une entité homogène sur le plan de la pathologie de leur clientèle.

Il apparaît très clairement qu'un hôpital psychiatrique se « spécialise » dans la prise en charge de patients psychotiques : les deux-tiers de sa clientèle souffrent de cette pathologie.

C'est aussi quasi le seul hôpital qui accepte les patients après leur cinquième épisode hospitalier endéans les deux ans (cfr *infra* - tableau p. 135).

Il est donc une plaque tournante du « revolving door bruxellois » prenant en charge une pathologie difficilement curable qui pose des problèmes de tous genres et dont les coûts sont très élevés¹⁹.

C'est une situation qui mériterait une attention particulière et peut-être aussi des mesures appropriées.

Il n'y a pas de spécialisation dans les pathologies parmi les différents services d'H.G.A.

Par contre, il y a une spécialisation des pathologies parmi les services d'H.P. Certains se spécialisent dans la prise en charge de psychotiques.

Le champ hospitalier couvre tous les champs de la pathologie. L'H.G.A. tend à s'opposer à l'H.P.T. En H.G.A. on trouve plus de troubles à pronostic moins graves. En H.P.T. on trouve plus de troubles à pronostic grave et de longue durée. L'H.P.A. se situe entre les deux pôles.

¹⁹ Cfr W. FISHER, *op. cit.*

III. CARRIERES PSYCHIATRIQUES

Outre le passé psychiatrique des patients, nous avons recueilli des données concernant leurs carrières psychiatriques des deux années précédant l'entrée dans l'enquête. Nous entendons par là tous les différents passages qu'ils ont effectués soit en consultation, soit en hospitalisation ou en hospitalisation partielle dans l'une ou l'autre institution. Ceci complètera notre information sur les échanges à l'intérieur des systèmes psychiatriques bruxellois. Nous examinerons également le turnover et l'affiliation institutionnelle. Enfin, nous aborderons le phénomène de la chronicité des patients.

1. MOUVEMENTS ET PASSAGES SUR DEUX ANS

1.1. Passage sur deux ans par région

En deux ans, 1.216 patients ont effectué 2.541 passages, soit 2.08 passages en moyenne dans divers types d'institutions psychiatriques et dans diverses régions de Belgique.

Tableau 66 - Répartition des passages par régions

Régions	Passages n=2541
Bruxelles	93.10
Wallonie	2.90
Flandre	2.70
Indéterminé	1.20

Nous constatons avec étonnement que la quasi totalité de ces passages s'effectue dans l'agglomération bruxelloise soit 93.1 % alors qu'à l'origine 20.9 % des patients sont d'origine non bruxelloise.

Ceci signifie que lorsque l'on rentre dans le circuit bruxellois, on reste et on tourne dans le circuit bruxellois.

Bruxelles accueille les non-Bruxellois et les garde.

1.2. TYPOLOGIE DES PASSAGES

Nous avons effectué une typologie des patients de l'échantillon qui distingue le type de fréquentation (consultation - hospitalisation) et le nombre d'épisodes dans les deux ans qui précèdent l'enquête, épisode actuel compris.

Nous avons ainsi constitué 7 groupes différents :

- Mono- hospitalisés
 - Groupe 1 - Une hospitalisation, uniquement (1 H)
 - Groupe 2 - 2 ou plusieurs hospitalisations, uniquement (2 H)
 - Groupe 3 - 1 ou plusieurs hospitalisations partielles, (HPr + C) uniquement, et consultation
 - Groupe 4 - hospitalisation partielle et hospitalisation en service psychiatrique et consultation (H + HPr + C)
 - Groupe 5 - consultation et hospitalisation en service psychiatrique (H + C)
- Mono- consultants
 - Groupe 6 - un épisode de consultation, uniquement (1 C)
 - Groupe 7 - plusieurs épisodes de consultations, uniquement (2 C)

La constitution de ces groupes est la suivante :

Tableau 67 - Répartition des « groupes typologiques »

	S.S.M. n=566	H.G.A. n=225	H.P. n=299	Hosp. Part. n=126	TOTAL n=1216
Groupe 1 (1 H) n=236	0.00	40.00	46.82	4.76	19.41
Groupe 2 (2 H) n=157	0.00	21.33	34.45	4.76	12.91
Groupe 3 (HPr + C) n=53	3.71	0.00	0.00	25.40	4.36
Groupe 4 (H+HPr+C) n=92	2.47	1.33	1.67	55.56	7.57
Groupe 5 (H + C) n=247	17.84	37.33	17.06	9.52	20.31
Groupe 6 (1 C) n=323	57.07	0.00	0.00	0.00	26.56
Groupe 7 (2 C) n=108	18.90	0.00	0.00	0.00	8.88
TOTAL n=1216	46.55	18.50	24.59	10.36	100.00

Qu'est-il arrivé aux patients depuis deux ans ?

- Globalement, un tiers des patients a été seulement en consultation, un tiers a été seulement hospitalisé sans consultation (dont les deux-tiers une seule fois) et un tiers a été hospitalisé et a fréquenté des services de consultation.
- En S.S.M., plus de la moitié n'a eu qu'un épisode de consultation suivie depuis deux ans. C'est une clientèle relativement stable.
Près d'un patient sur cinq a aussi été hospitalisé en service psychiatrique depuis deux ans. Ceci confirme encore les liens qui existent aujourd'hui entre les S.S.M. et les hôpitaux. Des liens tenus existent aussi avec l'hospitalisation partielle : plus d'un patient sur vingt passe de l'un à l'autre.
- En H.G.A., deux-cinquièmes des patients n'ont eu qu'un épisode d'hospitalisation, un cinquième en ont eu deux et deux-cinquièmes des patients sont suivis en consultation.

- Alors qu'en H.P. si on retrouve également plus de deux-cinquièmes qui n'ont eu qu'une hospitalisation, ils sont moins nombreux à être aussi suivis en consultation (moins d'un cinquième) et plus nombreux par contre (un tiers) à être réhospitalisés en deux ans.
Ainsi, en H.G.A., plus de patients sont suivis en consultation et en H.P. plus de patients sont fréquemment réhospitalisés.
Autre politique de soins en H.P. qu'en H.G.A. ? Peut-être, mais surtout d'autres moyens et un autre type de patients à la fois sur le plan social et psychiatrique...
- En hospitalisation partielle, plus de deux-tiers de la clientèle sont passées par l'H.P., aujourd'hui filière presque obligée d'entrée dans ce type d'institution.

2.1. GROUPE ET DUREE DE FREQUENTATION

Nous allons examiner à présent la durée de fréquentation séparément pour les patients hospitalisés (718) et les patients ambulants (697).

2.1.1. Les hospitalisés

Tableau 68 - Répartition des durées d'hospitalisation par groupes

Groupe Durée d'hosp.	Groupe 1 (1 H) n=235	Groupe 2 (2 H) n=154	Groupe 4 (H+HPr+C) n=241	Groupe 5 (H + C) n=88	Total n=718
- 1 mois n=211	36.60	14.94	12.50	37.76	29.39
1 - 3 mois n=159	12.34	22.73	31.82	27.80	22.14
3 - 6 mois n=76	5.11	12.34	17.05	12.45	10.58
6 mois - 1 an n=102	6.81	23.38	17.05	14.52	14.21
1 an - 2 ans n=170	39.15	26.62	21.59	7.47	23.68
TOTAL n=718	32.73	21.45	12.26	33.57	100.00

Globalement, plus de la moitié (54.18 %) de l'échantillon des patients hospitalisés endéans les deux ans n'a eu de contact avec la psychiatrie que par le biais de l'hospitalisation dont 40 % ont été hospitalisés plusieurs fois.

Un tiers des patients hospitalisés a été suivi en consultation.

Parmi le groupe 1 (1 hospitalisation seulement), deux tendances se dégagent nettement : plus du tiers a une durée de séjour de moins d'un mois (brève hospitalisation ou entrée récente) et près de 40 % ont une durée d'hospitalisation de un an à deux ans. Ce sont de longues hospitalisations. Nous approfondirons plus loin la question. S'agit-il d'une politique particulière de soins ou au contraire d'une politique de relégation ?

Un tiers (37.67 %) des patients du groupe 2 (2 hospitalisations seulement) a eu des hospitalisations brèves depuis deux ans.

Les deux-tiers des patients du groupe 5 (hospitalisation + consultation) ont des durées de séjour de moins de trois mois.

Le fait d'être suivi en consultation en aval ou en amont de l'hospitalisation, semble avoir pour effet de diminuer la durée d'hospitalisation. Nous avons observé en effet à plusieurs reprises que les professionnels des S.S.M. étaient très soucieux de limiter les durées de séjour des patients qu'ils décidaient d'hospitaliser en H.P. ou en H.G.A.

2.1.2. Patients ambulants

Tableau 69 - Répartition des durées de consultation par groupes

Groupe Durée de consultation	Groupe 3 HPr+C n=25	Groupe 4 H+HPr+C n=38	Groupe 5 H+C n=221	Groupe 6 1 C n=307	Groupe 7 2 C n=106	Total n=697
- 1 mois n=56	0.00	2.63	5.43	12.38	4.72	8.03
1 - 3 mois n=73	4.00	13.16	8.60	13.68	5.66	10.47
3 - 6 mois n=62	0.00	7.89	12.22	8.79	4.72	8.90
6 mois - 1 an n=111	0.00	10.53	19.00	14.66	18.87	15.93
1 - 2 ans n=395	96.00	65.79	54.75	50.49	66.04	56.67
TOTAL n=697	3.59	5.45	31.71	44.05	15.21	100.00

Plus de la moitié de l'échantillon des patients ayant été suivi en consultation depuis deux ans l'est depuis minimum un an.

Les patients des groupes 3 (hospitalisation partielle et consultation) et 4 (hospitalisation partielle + consultation + hospitalisation) sont majoritairement suivis en consultation depuis longtemps. Il s'agit bien d'un suivi effectif des patients d'hospitalisation partielle.

Les patients du groupe 5 (consultation(s) + hospitalisation(s)) n'ont pas des durées de consultation proportionnellement plus longues que les autres groupes.

2.2 - Qui a de longue hospitalisation ?

Nous avons isolé dans le groupe 1 (une seule hospitalisation) les patients qui, au cours des deux dernières années, avaient une durée de séjour de un à deux ans minimum, soit 7,5 % de l'échantillon total et 30.87 % de l'échantillon H.P.

Une définition sociale et psychiatrique de ces patients a permis de voir que le critère réellement distinctif constituant ce groupe est leur diagnostic psychiatrique à savoir le fait de souffrir de troubles psychotiques.

L'âge avancé de ces patients est également un facteur explicatif.

C'est donc le fait d'être psychotique et surtout **psychotique âgé** qui explique la longue durée d'hospitalisation.

Parmi les autres critères moins discriminants ou pertinents, citons :

- le fait d'être-un homme ;
- le fait de vivre en institution ;
- le fait d'avoir un contact ancien avec la psychiatrie.

3. DUREE D'HOSPITALISATION - DE CONSULTATION SUR DEUX ANS

Les durées d'hospitalisation et de consultation reprises et traitées ci-après ne sont pas les durées d'hospitalisation ou les durées de consultation au moment de l'enquête au sens strict du terme. **Ce sont les durées totales de traitement hospitalier d'une part et de consultation d'autre part, au cours des deux ans précédant l'enquête.** Nous avons donc dissocié parfois chez les mêmes patients les épisodes d'hospitalisation et les épisodes de consultation.

3.1. Durée de séjour d'hospitalisation sur deux ans

Les durées d'hospitalisation concernent aussi bien les patients hospitalisés que les consultants au moment de l'enquête.

3.1.1. Les différents troubles ont des durées d'hospitalisation très différentes au cours des deux ans

Tableau 70 - Répartition des durées d'hospitalisation par diagnostic

	Tr.Psychot. n=207	Tr.Dépr. n=129	Tr. Bipol. n=54	Assuétudes n=92	Tr.Anx. + Psych. n=41	T.M.O. + Autres n=72	TOTAL n=595
- 1 mois n=204	24.15	43.41	24.07	34.78	51.22	44.44	34.29
1 à 3 mois n=149	25.12	24.03	27.78	31.52	12.20	23.61	25.04
3 à 6 mois n=76	16.43	10.85	12.96	5.43	17.07	12.50	12.77
6 mois - 1 an n=100	18.84	16.28	18.52	17.39	12.20	12.50	16.81
1 - 2 ans n=66	15.46	5.43	16.67	10.87	7.32	6.94	11.09
TOTAL n=595	34.79	21.68	9.08	15.46	6.89	12.10	100.00

D.F. = 10 $\chi^2 = 40.514$ P. = 0,0043

- Les patients souffrant de troubles psychotiques et de troubles bipolaires ont les mêmes profils de durée d'hospitalisation : un patient sur deux a été hospitalisé moins de trois mois. Un patient sur trois a été hospitalisé pendant une durée égale à six mois.
- Les patients souffrant de troubles dépressifs, anxieux, psychologiques, de troubles mentaux organiques et autres troubles se situent du côté des séjours de courte durée : plus des trois-cinquièmes ont été hospitalisés moins de trois mois. Les troubles anxieux et psychologiques ont la durée de séjour la plus courte : la moitié a une durée d'hospitalisation de moins d'un mois.
- Les patients souffrant d'assuétudes ont une durée moyenne d'hospitalisation qui les situent entre ces deux pôles.

3.1.2. Les personnes âgées de 60-69 ans sont plus souvent hospitalisées pour de longs séjours (≥ 1 an) que les autres classes d'âge

Tableau 71 - Répartition des durées d'hospitalisation par âge

	- 20 ans n=136	30-39 ans n=166	40-49 ans n=133	50-59 ans n=76	60-69 ans n=59	70 ans et + n=46	Total n=616
- 1 mois n=211	32.35	27.71	36.09	32.89	37.29	56.52	34.25
1 à 3 mois n=157	26.47	24.70	21.05	31.58	22.03	32.61	25.49
3 à 6 mois n=78	16.18	16.87	10.53	10.53	5.08	6.52	12.66
6 mois - 1 an n=102	13.24	21.08	19.55	17.11	13.56	4.35	16.56
1 - 2 ans n=68	11.76	9.64	12.78	7.89	22.03	0.00	11.04
TOTAL n=616	22.08	26.95	21.59	12.34	9.58	7.47	100.00

D.F. = 20 $\chi^2 = 42.168$ P. = 0,0026

3.1.3. Les hommes séjournent plus longtemps à l'hôpital que les femmes

Tableau 72 - Répartition des durées d'hospitalisation par sexe

	Homme n=299	Femme n=317	Total n=616
- 1 mois n=211	29.77	38.49	34.25
1 à 3 mois n=157	23.75	27.13	25.49
3 à 6 mois n=78	14.72	10.73	12.66
6 mois - 1 an n=102	19.06	14.20	16.56
1 ou 2 ans n=68	12.71	9.46	11.04
TOTAL n=616	48.54	51.46	100.00

D.F. = 4 $\chi^2 = 9.712$ P. = 0,046

3.2. Durée de consultation sur deux ans

Les durées de consultation concernent aussi bien les patients consultants qu'hospitalisés au moment de l'enquête.

3.2.1. Les patients souffrant de troubles psychotiques dépressifs et bipolaires ont des durées de consultation plus longues que les autres catégories diagnostiques

Tableau 73 - Répartition des durées de consultation par diagnostic

	Tr.Psychot. n=159	Tr.Dépr. n=157	Tr. Bipol. n=50	Assuétudes n=48	Tr.Anx. + Psych. n=141	Tr.M.O. + Autre n=94	TOTAL n=649
- 1 mois n=50	5.66	6.37	6.00	10.42	9.22	10.64	7.70
1 - 3 mois n=69	3.77	13.38	12.00	4.17	12.77	17.02	10.63
3 - 6 mois n=58	4.40	10.83	10.00	16.67	10.64	6.38	8.94
6 mois - 1 an n=100	9.43	16.56	12.00	12.50	19.15	21.28	15.41
1 - 2 ans n=372	76.73	52.87	60.00	56.25	48.23	44.68	57.31
TOTAL n=649	24.50	24.19	7.70	7.40	21.73	14.48	100.00

D.F. = 25 $\chi^2 = 57.766$ P. = 0,0002

3.2.2. Les patients âgés de 40 à 60 ans et surtout de 40 à 49 ans ont des durées de consultation plus longues que les autres classes d'âge

Tableau 74 - Répartition des durées de consultation par âge

	- 20 ans n=155	30-39 ans n=221	40-49 ans n=155	50-59 ans n=77	60-69 ans n=47	70 ans et + n=32	Total n=687
- 1 mois n=56	9.68	8.60	5.81	6.49	8.51	12.50	8.15
1 - 3 mois n=73	14.19	9.05	6.45	12.99	10.64	18.75	10.63
3 - 6 mois n=61	12.90	6.79	7.74	9.09	8.51	9.38	8.88
6 mois - 1 an n=108	16.77	17.19	14.19	10.39	12.77	25.00	15.72
1 - 2 ans n=389	46.46	58.37	65.80	61.04	59.57	34.37	56.63
TOTAL n=687	22.56	32.17	22.56	11.21	6.84	4.66	100.00

D.F. = 23 $\chi^2 = 39.999$ P. = 0,0292

3.2.3. Les hommes ont des durées de consultation plus longues que les femmes

Tableau 75 - Répartition des durées de consultation par sexe

	Homme n=301	Femme n=386	Total n=687
- 1 mois n=56	6.64	9.33	8.15
1 à 3 mois n=73	8.31	12.44	10.63
3 à 6 mois n=61	6.98	10.36	8.88
6 mois - 1 an n=108	14.95	16.32	15.72
1 - 2 ans n=389	63.13	51.55	56.63
TOTAL n=687	43.81	56.19	100.00

D.F. = 4

$\chi^2 = 11.761$

P. = 0,038

- L'analyse de la carrière psychiatrique des patients des deux années précédant l'entrée dans l'enquête démontre que la majorité (93 %) des passages s'effectue en Région bruxelloise témoignant ainsi du maintien des non-Bruxellois dans le circuit bruxellois.
- La moyenne des passages par patient en deux ans est de 2.08. En Service de Santé Mentale, la clientèle est plus stable. Plus de la moitié des patients n'a eu qu'un épisode de consultation en deux ans ; en S.P.H.G., les patients sont plus nombreux à être suivis en consultation. Par contre, en hôpital psychiatrique, ils sont plus fréquemment réhospitalisés. Outre la différence de moyens qui existe entre les deux types d'institution, ces dernières soignent aussi un autre type de patients.
- Le fait d'être suivi en consultation en aval ou en amont de l'hospitalisation a pour effet de diminuer la durée d'hospitalisation.
- Les durées d'hospitalisation sur deux ans sont plus longues chez les patients souffrants de troubles psychotiques et bipolaires, âgés de 60-69 ans et masculins.
- Les durées de consultation sur deux ans sont plus longues chez les patients souffrants de troubles psychotiques et bipolaires, âgés de 40-49 ans et également masculins.

4. NOMBRE DE PASSAGES DES PATIENTS DANS LES HOPITAUX ETUDIES

Nous avons relevé le nombre de passages effectués par tous les patients de l'enquête qui ont été hospitalisés dans les institutions étudiées et ce, dans les deux ans qui ont précédé le moment de l'enquête.

Répetons qu'il s'agit de tous les patients de l'enquête passés par ces institutions-là.

Ceci nous permet de voir quelles sont les institutions qui acceptent les patients aux nombreux passages.

Tableau 76 - Répartition des hôpitaux par nombre de passages

Inst./Pas.	1e pas. n=417	2e pas. n=276	3e pas. n=146	4e pas. n=83	5e pas. n=39	6e pas. n=32	7e pas. n=13	8e pas. n=12	9e pas. n=3	10e pas. n=1	Total n=1022
H.G.A. n=103	9.5	9.7	12.3	8.4	7.6	15.6	15.3	8.3	0.0	0.0	10.0
H.G.2 n=97	9.3	11.2	7.5	12.0	7.6	3.1	15.3	8.3	0.0	0.0	9.5
H.G.3 (univ.) n=68	6.4	10.5	5.4	0.0	2.5	0.0	15.3	8.3	0.0	0.0	6.7
H.G.4 (univ.) n=79	9.5	7.6	7.5	3.6	5.0	6.2	0.0	0.0	0.0	0.0	7.7
H.G.5 (univ.) n=143	14.1	14.8	12.3	18.0	23.0	0.0	0.0	8.3	0.0	0.0	13.9
H.P.1 n=271	24.2	21.7	28.7	26.5	35.8	50.0	53.8	50.0	66.6	100.0	26.5
H.P.2 n=148	12.9	13.7	16.4	20.0	12.8	21.0	0.0	8.3	33.3	0.0	14.4
H.P.3 n=113	13.6	10.5	9.5	10.8	5.0	3.1	0.0	8.3	0.0	0.0	11.0
Total n=1022	40.8	27.0	14.3	8.1	3.8	3.1	1.3	1.2	0.3	0.0	100.00

A partir du sixième passage, une seule institution prend en charge plus de la moitié des patients, les autres hôpitaux ne les acceptent plus.
La fonction de cette institution est particulière à Bruxelles : elle a une fonction résiduelle.

5. EPISODES DE SOINS

Pour tous les patients, chaque épisode de traitement hospitalier et/ou ambulatoire au cours des deux ans qui précèdent le moment de l'enquête a été relevé.

Dans ce chapitre, seuls les lieux de soins fréquentés par les patients et définis en catégories de service ont été considérés. Le détail des traitements, leur ordre de succession, leur durée n'ont pas été pris en compte. Nous avons alors choisi de parler d'épisode de soin, cette notion recouvrant toute prise en charge hospitalière ou ambulatoire.

Nous avons travaillé par nombre moyen d'épisodes de soin par individu.

Ce nombre ne tient pas compte de la distribution des épisodes parmi les patients d'un groupe défini mais nous semble un bon indice de l'utilisation des services de psychiatrie.

Pour l'ensemble de la population, le nombre moyen d'épisodes de soin est par patient de 1.95 soit près de deux institutions, service ou consultation de psychiatrie, fréquentées dans les deux ans.

a/ Selon le lieu de soin, il existe une différence quant au nombre moyen d'épisodes par patient selon le lieu de soins fréquenté au moment de l'enquête.

Le nombre moyen d'épisodes de soin par individu est :

- en S.S.M. de 1.68 ;
18 % des épisodes ont été traités dans un service hospitalier, 70 % en S.S.M. ;
- en H.G.A. de 2.15 ;
79 % des épisodes ont été traités dans un service hospitalier, 3 % en S.S.M. ;
- en H.P. de 2.10 ;
91 % des épisodes ont été traités en service hospitalier, 1,5 % en hospitalisation partielle ;
- en H. partielle de 2.86 ;
42 % des épisodes ont été traités en service hospitalier, 45 % en hospitalisation partielle.

b/ Selon le diagnostic :

En terme de diagnostic, par valeur décroissante, le nombre moyen d'épisodes de soin par individu est pour :

- les troubles psychotiques de 2.20 ;
57 % des épisodes ont été traités dans un service de psychiatrie hospitalier, 20 % en S.S.M. ;
- les troubles bipolaires de 2.13 ;
58 % des épisodes ont été traités dans des services psychiatriques hospitaliers, 27 % en S.S.M. ;
- les assuétudes de 2.03 ;

62 % des épisodes ont été traités dans des services psychiatriques hospitaliers, 26 % en S.S.M. ;

- les troubles dépressifs de 1.93 ;
48 % des épisodes ont été traités dans un service psychiatrique hospitalier, 37 % en S.S.M. ;
- les troubles mentaux organiques de 1.75 ;
50 % des épisodes ont été traités dans des services psychiatriques hospitaliers, 48 % en S.S.M. ;
- les troubles anxieux de 1.62 ;
29 % des épisodes ont été traités dans des services psychiatriques hospitaliers, 60 % en S.S.M. ;
- les autres troubles de 1.52 ;
36 % des épisodes ont été traités dans des services psychiatriques hospitaliers, 49 % en S.S.M. ;
- les troubles psychologiques de 1.18 ;
21 % des épisodes ont été traités dans des services psychiatriques hospitaliers, 78 % en S.S.M.

Traitement suivi dans les deux ans précédant le moment de l'enquête

A/ Hospitalisation

- 732 patients (60.2 %) ont été hospitalisés dans les deux ans.
Dans ces 732, 412 (56 %) ont été hospitalisés une fois ;
168 (23 %) ont été hospitalisés deux fois ;
152 (21 %) ont été hospitalisés trois fois et plus.

En l'absence d'une définition précise du turn-over, on peut penser que ce dernier chiffre en est un indicateur.

- En terme d'affiliation ou de fidélité à une institution, si l'on considère les 320 patients hospitalisés deux fois et plus :
26 % fréquentent la même institution lors de leur réhospitalisation. Le taux tombe à 20 % dès la troisième hospitalisation ;
61 % fréquentent deux hôpitaux différents dans les deux ans ;
13 % fréquentent trois hôpitaux différents dans les deux ans.
On peut donc difficilement parler de réelle affiliation institutionnelle des patients hospitalisés en psychiatrie à Bruxelles.

- Si le nombre de patients hospitalisés trois fois et plus est relativement élevé (1/5), la rotation inter-institutionnelle des patients renforce probablement l'impression du turn-over des patients chez les professionnels (32.52 % du total des patients hospitalisés).
- Les patients dont l'affiliation institutionnelle est la moindre (au minimum : deux institutions différentes pour deux hospitalisations, 25 % de l'échantillon des hospitalisés) :
 - ont moins de 40 ans : non-affiliation 34.49 % (P = .001) ;
 - se retrouvent plus fréquemment en hospitalisation partielle : non-affiliation 43.9 % (P = .003) ;
 - ont plus souvent une durée de contacts avec la psychiatrie de deux à dix ans : non-affiliation 30 % (P = .0175) ;
 - ont plus souvent été hospitalisés de trois à cinq fois : non-affiliation 35 % (P = .0108).N.B. : Il est possible qu'après six hospitalisations, une affiliation se dessine.
L'affiliation ou la non-affiliation ne sont pas corrélées régulièrement au sexe et au diagnostic.
- Le nombre total d'hospitalisations psychiatriques depuis le début de la carrière psychiatrique est plus élevé :
 - chez les patients en hospitalisation partielle : 51.06 % ont au moins deux hospitalisations antérieures ;
 - chez les patients hospitalisés en H.P. : 25 % ont plus de deux hospitalisations antérieures (P = .0214) ;
 - chez les patients de moins de 40 ans : 53.62 % ont deux hospitalisations antérieures au moins (versus 35 % chez les plus de 40 ans) ;
 - chez les patients dont la durée de contact avec la psychiatrie varie entre deux et dix ans : 52.42 % ont deux hospitalisations antérieures au moins (P = 0,0001).Le nombre total d'hospitalisations psychiatriques n'est pas corrélé au diagnostic.

B/ Consultations

- 754 (62 %) patients ont consulté en psychiatrie dans les deux ans.
De ces 754 patients :
 - 560 (74.27 %) ont eu un épisode de consultation ;
 - 166 (22 %) ont eu deux épisodes de consultation ;
 - 28 (3.71 %) ont eu trois épisodes de consultation.

- Cette plus grande stabilité du recours à la consultation (nombre d'épisodes moins élevé que les épisodes d'hospitalisation) fait penser à la perspective de long terme de consultations de psychiatrie.
Mais un patient sur quatre connaît cependant deux épisodes différents dans les deux ans.
Si l'on considère les patients ayant eu au moins deux épisodes différents dans les deux ans :
69 (35.57 %) sont retournés chez le même thérapeute ;
125 (64.43 %) ont changé de thérapeute.
On voit que dès que l'on a au moins deux épisodes de consultation, il y a changement de thérapeute dans les deux-tiers des cas.
Dans le total des patients ayant consulté en psychiatrie dans les deux ans, un patient sur six a changé de thérapeute durant la période examinée.
Si l'on compare à l'hôpital, la proportion de changement de thérapeute est moins importante que celle des changements de service hospitalier, mais elle reste présente dans les consultations.
Il est possible qu'elle soit d'autant moins repérable que :
 - les consultations se situent dans la longue durée, les changements sont dès lors moins fréquents ;
 - ces changements se répartissent sur un grand nombre de thérapeutes (en privé ou en service public) les rendant moins repérables que dans les hôpitaux où les épisodes tendent à être plus courts dans un nombre restreint de services.Sexe et diagnostic ne sont pas corrélés au nombre d'épisodes de consultation ni à l'affiliation à un thérapeute.

En matière de turn-over inter-services, on trouve pour :

- l'hospitalisation : 1/3 des patients hospitalisés le sont dans au moins deux hôpitaux différents dans les deux ans ;
- la consultation : 1/6 des patients qui consultent en psychiatrie sont suivis par au moins deux thérapeutes différents dans les deux ans.

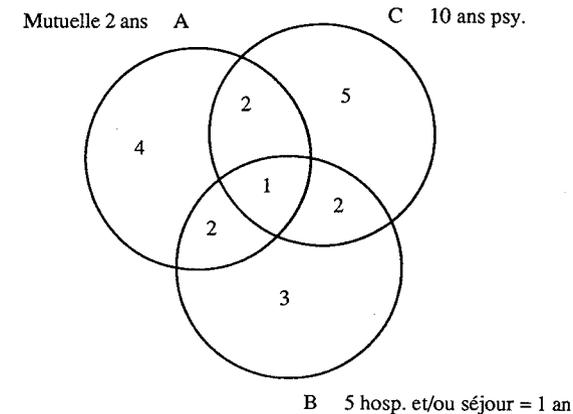
6. QUI SONT LES CHRONIQUES ?

Nous avons tenté de définir une population de patients que l'on pourrait appeler chroniques en reprenant une conjonction d'indices qui nous semblaient pertinents à la fois sur le plan des caractéristiques sociales et psychiatriques.

Après différents essais et discussions avec experts, nous avons dès lors retenu les indices suivants, qui semblaient les plus pertinents parmi ceux dont nous disposions :

- a/ Nombre d'années en incapacité de travail et bénéficiaire d'allocation d'invalidité depuis au moins deux ans.
- b/ Nombre d'hospitalisations psychiatriques égal à 5 et/ou durée de séjour hospitalier pendant les deux ans égale à un an.
Certaines personnes peuvent avoir en effet été hospitalisées mois de cinq fois, mais peuvent être hospitalisées depuis un an au cours de ces deux dernières années. Il nous semblait difficile de ne pas les considérer comme chronique.
- c/ Contact avec la psychiatrie depuis minimum dix ans.

Une combinaison de ces indices nous donne des profils de chronicité aux poids différents :



Nombre total de chroniques = 539 soit 44.32 % de l'échantillon.

Groupe 1	(3 indices)	n = 68	5.6 %
Groupe 2	(2 indices)	n = 165	13.6 %
Groupe 3	(5 hospitalisations/durée hospitalisation 1 an)	n = 76	6.3 %
Groupe 4	(mutuelle 2 ans)	n = 108	8.9 %
Groupe 5	(10 ans psychiatrie)	n = 122	10.0 %
Total chroniques		n = 539	44.32 %

- Le groupe 1, 5,6 % de l'échantillon soit cumule les trois caractéristiques, 1 patient sur 20. C'est le noyau dur des chroniques.
- Le groupe 2, 13,6 % de l'échantillon, soit 1 patient sur 7, a au moins deux des caractéristiques.
- Le groupe 3, 6,3 % de l'échantillon, soit 1 patient sur 20, n'a que la caractéristique institutionnelle (cinq hospitalisations au moins ou durée de séjour égale à un an).
- Le groupe 4, 8,9 % de l'échantillon, soit 1 patient sur 11, n'a que la caractéristique sociale (deux ans minimum à la mutuelle).
- Le groupe 5, 10 % de l'échantillon, soit 1 patient sur 10, n'a que la caractéristique institutionnelle (dix ans de contact avec la psychiatrie).

3.6.1. L'hôpital psychiatrique et les services d'hospitalisation partielle ont les patients les plus chroniques

Tableau 77 - Répartition des chroniques/non-chroniques

	S.S.M. n=566	H.G.A. n=225	H.P. n=299	Hosp. part. n=126	TOTAL n=1216
Non-chroniques n=677	67.67	72.44	29.43	34.13	55.67
Groupe 1 (3 indices) n=68	2.12	3.11	15.05	3.17	5.59
Groupe 2 (2 indices) n=165	7.95	6.22	25.75	23.02	13.57
Groupe 3 (5 hosp.) n=76	2.30	3.56	11.37	16.67	6.25
Groupe 4 (mut. 2 ans) n=108	9.01	5.33	8.03	16.67	8.88
Groupe 5 (10 ans psy) n=122	10.95	9.33	10.37	6.35	10.03
TOTAL n=1216	46.55	18.50	24.59	10.36	100.00

D.F. = 15 $\chi^2 = 265.979$ P. = 0,0001

C'est d'abord en hôpital psychiatrique que l'on retrouve le noyau dur des chroniques, ceux qui cumulent les trois indices de chronicité.

En hospitalisation partielle, un patient sur quatre a au moins deux indices.

C'est également une population fortement chronifiée.

En S.S.M. et surtout en H.G.A., on retrouve la plus forte proportion de patients non chroniques soit au minimum les deux-tiers.

Une fois de plus, le profil des patients en H.G.A. et en H.P. diffère complètement et le profil des patients, d'hospitalisation partielle, est proche de celui des patients d'H.P.

3.6.2. Les troubles dont souffrent les patients les plus chroniques sont les troubles psychotiques et les troubles bipolaires

Tableau 78 - Répartition des diagnostics pour chroniques/non-chroniques

	non-chron. n=677	Groupe 1 (3 indic.) n=68	Groupe 2 (2 indic.) n=165	Groupe 3 (5 hosp. 1 an) n=76	Groupe 4 (2 ans mutuelle) n=108	Groupe 5 (10 ans psychiatr.) n=122	Total n=1216
Tr. psych. n=369	19.35	61.76	47.88	46.05	36.11	35.25	30.35
Tr. dépres. n=254	24.67	7.35	15.15	13.16	22.22	18.85	20.89
Tr. bipol. n=80	2.81	14.71	13.94	7.89	10.19	9.02	6.58
Tr.anx+psy. n=179	21.19	0.00	4.38	6.81	8.41	19.66	14.72
Assuétudes n=126	10.34	10.29	11.52	17.11	10.19	4.92	10.36
Autres TMO n=153	18.05	4.48	4.38	5.48	12.15	9.40	12.58
S.R. n=55	3.55	1.47	3.03	3.95	0.93	4.10	4.52
TOTAL n=1216	55.67	5.59	13.57	6.25	8.88	10.03	100.00

D.F. = 25 $\chi^2 = 203.622$ P. = 0,0001

Les non-chroniques souffrent plus de troubles dépressifs, anxieux, psychologiques, de troubles mentaux organiques et autres troubles.

Plus les indices de chronicité sont nombreux, plus la proportion de psychotique croît.

Ainsi, dans le groupe 1, le corps dur des chroniques, près des deux-tiers des patients, sont psychotiques. Il y a une concordance entre la gravité du diagnostic et le poids de la chronicité définie à partir de variables temporelles.

Il en va de même pour les troubles bipolaires.

Le groupe 3 (5 hospitalisations et/ou durée hospitalière de un an) se caractérise par une proportion élevée de patients (près d'un sur cinq) qui souffrent d'assuétudes.

3.6.3. Quelles sont les différences entre chroniques et non-chroniques ?

Les femmes sont moins chronifiées que les hommes

Tableau 79 - Répartition chroniques/non-chroniques par sexe

Chroniques/sexe	Homme n=573	Femme n=643	Total n=1216
Chroniques n=539	51.13	38.24	44.33
Non-chroniques n=677	48.87	61.74	55.67
TOTAL n=1216	47.12	52.88	100.00

D.F. = 1 $\chi^2 = 20.356$ P. = 0,0001

Les tranches d'âge de 40 à 59 ans sont plus chronifiées

Tableau 80 - Répartition pour chroniques/non-chroniques par âge

Chron./sexe	- 30 ans n=265	30-39 ans n=352	40-49 ans n=262	50-59 ans n=144	60-69 ans n=111	70 ans et + n=82	Total n=1216
Chroniques n=539	15.94	42.61	61.07	54.17	47.75	37.32	44.33
Non-chron. n=677	84.06	57.39	38.93	45.83	52.25	62.68	55.67
TOTAL n=1216	2.63	19.16	28.95	11.84	9.13	3.37	100.00

D.F. = 1 $\chi^2 = 84.206$ P. = 0,0001

Parmi les travailleurs, la majorité est non chronique

Tableau 81 - Répartition chronique/non-chroniques par situation de travail

Chron./trav.	Travaille n=277	Ne travaille pas n=938	Total n=1215
Chroniques n=538	20.22	51.39	44.28
Non-chroniques n=677	79.78	48.61	55.72
TOTAL n=1215	22.80	77.20	100.00

D.F. = 1 $\chi^2 = 84.206$ P. = 0,0001

Les chroniques sont plus envoyés par des psychiatres, les non-chroniques par des généralistes ou d'autres spécialistes non psychiatres

Tableau 82 - Répartition chroniques/non-chroniques par envoyeurs médicaux

	Généraliste n=227	Psychiatre n=468	Spéc. non psy. n=96	Aucun n=399	Total n=1190
Chroniques n=532	33.04	57.69	30.21	39.60	44.71
Non-chroniques n=658	66.96	42.31	69.79	60.40	55.29
TOTAL n=1190	19.08	39.33	8.07	33.53	100.00

D.F. = 3 $\chi^2 = 56.799$ P. = 0,0001

Les chroniques souffrent plus de troubles psychotiques et de troubles bipolaires et d'assuétudes

Tableau 83 - Répartition chroniques/non-chroniques par diagnostic

	Tr. ment. Org. n=35	Tr. psych. n=369	Tr. dépr. n=254	Tr. bipol. n=80	Tr. anx. n=92	Assuét. n=126	Tr. psych. n=87	Autres n=118	Total n=1161
Chroniques n=524	37.14	64.50	34.25	76.25	29.35	44.44	19.54	21.19	45.13
Non-chron. n=637	62.86	35.50	65.75	23.75	70.65	55.56	80.46	78.81	54.87
Total n=1161	3.01	31.78	21.88	6.89	7.92	10.85	7.49	10.16	100.00

D.F. = 7 $\chi^2 = 159.829$ P. = 0,0001

Les longues durées d'hospitalisation pendant les deux ans se retrouvent parmi les chroniques

Tableau 84 - Répartition chroniques/non-chroniques par durée d'hospitalisation

	- 1 mois n=211	1-3 mois n=157	3-6 mois n=78	6mois - 1 an n=102	1-2 ans n=68	Total n=616
Chroniques n=298	33.18	35.67	56.41	58.82	100.00	48.38
Non-chroniques n=318	66.82	64.33	43.59	41.18	0.00	51.62
TOTAL n=616	34.25	25.49	12.66	16.56	11.04	100.00

D.F. = 4 $\chi^2 = 108.713$ P. = 0,0001

Seules les longues durées de consultation ont une proportion importante de chroniques

Tableau 85 - Répartition des chroniques/non-chroniques par durée de consultation

	- 1 mois n=56	1-3 mois n=73	3-6 mois n=61	6mois - 1 an n=108	1-2 ans n=389	Total n=687
Chroniques n=257	16.07	19.18	21.31	27.78	46.70	37.41
Non-chroniques n=430	83.93	80.82	78.69	72.22	53.30	62.59
TOTAL n=687	8.15	10.63	8.88	15.72	56.63	100.00

D.F. = 5 $\chi^2 = 61.503$ P. = 0,0001

20 % de l'échantillon, soit 233 individus, ou un patient sur cinq, peut être défini patient chronique lorsque l'on retient la conjonction d'au moins deux des trois critères suivants :

- nombre d'années d'incapacité de travail et bénéficiaire d'allocations d'invalidité depuis au moins deux ans ;
- nombre d'hospitalisations psychiatriques égal à cinq et/ou durée de séjour hospitalier pendant les deux ans égale à un an ;
- contact avec la psychiatrie depuis minimum dix ans.

44 % de l'échantillon (soit 539 individus) possèdent au moins l'un des trois indices.

Les patients chroniques (20 %) se retrouvent surtout en hôpital psychiatrique et en service d'hospitalisation partielle.

Ils souffrent plus de troubles psychotiques et de troubles bipolaires. Parmi les chroniques, on retrouve plus d'hommes âgés de 40-49 ans, non travailleurs, envoyés par des psychiatries, ayant de longues durées d'hospitalisation ou de consultation.

Les caractéristiques cliniques des patients chroniques confirment la pertinence du choix des indicateurs de chronicité et valident également les proportions obtenues (un patient sur cinq).

CONCLUSIONS

Les profils des patients d'hôpitaux psychiatriques sont différents de ceux des services psychiatriques d'hôpitaux généraux et les patients de services de santé mentale sont différents des patients d'hôpitaux psychiatriques.

Deux profils de patients s'opposent : celui des patients de Services psychiatriques en hôpital général et des Services de Santé Mentale et celui des patients d'Hôpital psychiatrique et des services d'hospitalisation partielle ou services conventionnés INAMI.

En S.P.H.G. et en S.S.M., on retrouve plus de femmes, mariées, vivant avec leur conjoint, avec un niveau d'étude moyen ou supérieur. Les patients sont plus nombreux que les autres à être intégrés dans les circuits d'emploi et dès lors moins nombreux à dépendre financièrement de la Sécurité Sociale.

Ils souffrent surtout de troubles dépressifs (en S.S.M. ils souffrent aussi de troubles anxieux et psychologiques). Ils ont un passé psychiatrique peu lourd, fait en majorité de contacts avec la psychiatrie depuis moins de cinq ans et d'un faible nombre d'hospitalisations en psychiatrie. C'est le médecin généraliste plutôt que le psychiatre qui les envoient dans ces services.

En S.P.H.G., ils sont le plus souvent renvoyés à domicile ou suivi en consultation.

En H.P. et service d'hospitalisation partielle ou service conventionné INAMI, on observe une plus importante proportion d'hommes célibataires, vivant seuls ou en institution. Leur niveau d'étude est moyen ou inférieur. En H.P., ils appartiennent en majorité à la classe ouvrière.

La moitié d'entre eux dépend des allocations d'invalidité et au total, les trois-quarts dépendent financièrement de la Sécurité Sociale. Seul un patient sur cinq travaille régulièrement. Ils sont plus pauvres que les précédents : 80 % d'entre eux ont un revenu équivalent à mois de 30.000 frs/mois.

Ils souffrent surtout de troubles psychotiques et ont un passé psychiatrique marqué de contacts anciens avec la psychiatrie et par de nombreuses hospitalisations.

Ils sont plutôt envoyés par des psychiatres et à l'issue de l'hospitalisation, il est prévu de les maintenir en institution. En H.P., ils sont très peu suivis en consultation.

L'analyse de ces profils démontre l'existence de deux groupes de patients dans les institutions bruxelloises :

- une population « légère » en S.P.H.G. et en S.S.M., au contact plutôt récent avec la psychiatrie et au passé hospitalier peu important ;
- une population « lourde » en H.P. et en hospitalisation partielle ou en service conventionné INAMI, au contact ancien avec la psychiatrie, et au passé hospitalier important.

Cette même analyse des profils de patients nous montre que les S.S.M. et S.P.H.G. sont des institutions de première et de deuxième ligne et que l'hôpital psychiatrique et les services d'hospitalisation partielle ou service conventionné INAMI sont des institutions de troisième ligne.

La hiérarchie des interventions est la suivante :

- en première ligne, on trouve les médecins généralistes, les services sociaux, les services d'urgence et les S.S.M. ;
- en deuxième ligne sont présents les S.P.H.G. et les S.S.M. ;
- en troisième ligne on note la présence des H.P. ;
- et enfin, on peut même parler d'une quatrième ligne que constitue les services d'hospitalisation partielle et services conventionnés INAMI qui se spécialisent dans le travail « post hospitalisation ».

Cette hiérarchie n'est pas toujours respectée : 20 % des patients souffrant de troubles psychotiques rentrent seuls à l'H.P. et les généralistes envoient 14 % de leurs cas psychiatriques directement vers l'H.P.

La première ligne pose problème à Bruxelles. Les généralistes envoient en H.P. et en S.P.H.G. des patients souffrant de troubles anxieux et dépressifs. Ce réflexe hospitalo-centriste provient entre autre d'un manque de formation au niveau des problèmes psychiatriques et d'une carence en ce qui concerne une connaissance du réseau extra hospitalier. Les services d'urgence reliés au 100 restent encore un simple lieu de triage des patients souffrant de troubles psychiatriques. Ils sont les premiers envoyeurs à l'hôpital psychiatrique et le deuxième à l'hôpital général.

Il existe aujourd'hui des collaborations entre les S.S.M. et les hôpitaux. Les hôpitaux (S.P.H.G. et H.P.) envoient vers les S.S.M. : un patient sur cinq fréquentant les S.S.M. provient des hôpitaux. Cette collaboration peut être améliorée.

Au niveau du suivi thérapeutique, on constate que les S.S.M. assument le follow-up de la majorité de leur clientèle de même que les S.P.H.G. Ceux-ci renvoient fréquemment leurs patients en consultation.

En conséquence, le taux de réhospitalisation de ces patients est moins élevé. La consultation post hospitalière est donc à encourager fortement.

Par contre en hospitalisation partielle ou service conventionné INAMI et surtout en H.P., il est prévu que la majorité des patients reste en institution (H.P. - home ou M.R.S.). Ils sont très peu suivis en consultation et plus fréquemment réhospitalisés. Ceci tendrait à prouver l'existence de filières de

relégation qui toucheraient plus particulièrement les patients souffrant de troubles psychotiques, bipolaires et d'assuétudes.

L'analyse du turn-over des patients pendant les deux ans précédant l'enquête démontre que l'on ne peut parler de réelle affiliation institutionnelle des patients hospitalisés en psychiatrie à Bruxelles. Un tiers des patients hospitalisés le sont dans au moins deux hôpitaux différents en deux ans et un sixième des patients qui consultent en psychiatrie sont suivis au moins par deux thérapeutes différents dans les deux ans.

Une définition de patient chronique à partir de la conjonction d'indicateurs sociaux et psychiatriques permet de constater qu'un patient sur cinq est « chronique ». Il se retrouve surtout en hôpital psychiatrique ou en service d'hospitalisation partielle ou service conventionné INAMI. Il souffre de troubles psychotiques ou bipolaires. Il est plus fréquemment masculin, âgé de 40-49 ans, envoyé par des psychiatres et hospitalisé ou consultant depuis longtemps.

CHAPITRE III

LES SERVICES DE SANTE MENTALE A BRUXELLES

INTRODUCTION

C'est dans la tradition de la guidance et du mouvement d'hygiène mentale du début du siècle que prennent naissance les premiers dispensaires d'hygiène mentale (1923 à Anvers, 1924 à Bruxelles et Louvain, 1925 à Liège et Namur)¹.

Au départ, l'hygiène mentale se voue avant tout à la prise en charge de l'enfant : prévention - dépistage - intervention aussi précoce que possible. On a longtemps considéré dans le milieu des hygiénistes belges que les fous adultes n'étaient pas traitables.

« Chez l'adulte, il s'agira souvent d'une surveillance et d'une tutelle destinées à prévenir les répercussions sociales d'un comportement individuel anormal. »²

« En Belgique, la prise en charge de l'enfant anticipe les conceptions modernes de la psychiatrie extra-hospitalière et de traitements ambulatoires. Par la suite, l'incorporation des services de santé mentale dans les bâtiments des centres de médecine préventive, l'attribution au service de fonction de pré-cure et de post-cure qui préserve au service hospitalier la fonction de cure, donne à l'extra-hospitalier une place dans un secteur limité et séparé mais autonome et inséré dans l'axe "transversal" de la médecine préventive plutôt que dans l'axe "longitudinal" du secteur à la française. »³

En mars 1975 enfin, après un avant-projet en 1967, un arrêté royal vient consacrer légalement l'existence des « services de santé mentale » qui se sont développés en grand nombre, depuis 1960 surtout.

L'arrêté de mars 1975 fait partie d'une série d'autres mesures législatives qui le place dans une perspective de désinstitutionnalisation plus générale qui concerne le champ psychiatrique dans sa totalité.

¹ Pour un historique de la prise en charge extra-hospitalière, voir J.-M. LACROSSE et L. VERHAEGEN, *La période de latence : de la pédologie aux structures de prévention (1900-1960)*, in *La Revue Nouvelle*, n° 10, octobre 1979, pp. 227-239.

² J. SPAEY, *Initiation à la médecine sociale*, Éd. Casterman, 1951.

³ Cf. L. VERHAEGEN et J.-M. LACROSSE, *Analyse et évaluation critique du fonctionnement de secteurs psychiatriques en Belgique*, sous la direction de E.A. SAND et M. ELKAIM, OMS, WHO Cohort Study, juin 1984, chapitre I.

Et il le place bien :

- Tout d'abord, il accorde officiellement aux services des fonctions de **traitement**. Celles-ci ne sont plus uniquement le fait de l'hôpital ou de la pratique privée. L'arrêté consacre une possibilité d'alternative au niveau même de la cure.
- Par l'attribution d'un forfait lié à une présence hebdomadaire minimale sur le terrain, il constitue un incitant pour les activités de **prévention**, ainsi la présence minimale requise de 16 heures pour les médecins et de 20 heures pour les autres professionnels.
- Il tente de mettre en place des modalités de **collaboration** du service de santé mentale avec d'autres institutions et organismes, sous la forme de convention écrite.

Tel est le contexte global et peu défini à l'intérieur duquel les professionnels doivent définir leurs objectifs.

En effet, l'arrêté royal laisse une marge de manœuvre et d'interprétation très large en ce qui concerne les modalités d'application des mesures prises, leur contrôle et leur évaluation.

Dans un travail précédent⁴, nous avons constaté que la meilleure manière de « jouer gagnant » dans le champ des contraintes où s'inscrivent les centres, c'est de trouver son créneau en oubliant les objectifs officiels ou du moins en les relativisant fortement.

Dans cet ensemble de choix possibles, nous avons dégagé deux stratégies qui semblaient réussir et faire modèle : jouer la carte du secteur quand l'on dispose d'atouts locaux suffisants (alliances avec les édiles communaux, avec l'hôpital général, etc.), soit celle de la prévention primaire, c'est-à-dire se placer résolument avec les forces dont on dispose et axer son effort sur l'infiltration et la pénétration d'une communauté locale, au ras même de l'émergence des problèmes. Comme on le voit, les modèles sont variables.

Une analyse descriptive des S.S.M. permettra de voir quelle est l'étendue de cette variabilité et ce qu'elle recouvre.

En 1988, la Communauté flamande a procédé à une réforme de cet arrêté. Les différences essentielles avec l'arrêté de 1975 sont les suivantes : l'arrêté royal néerlandophone distingue l'aide générale et l'aide spéciale, les frais de fonctionnement sont liés au volume de l'équipe et les missions supplémentaires sont assorties d'incitants financiers témoignant ainsi d'une cohérence politique et financière chez les décideurs.

Sur le plan **organisationnel**, les pouvoirs **organisateur**s des S.S.M. sont publics (province, communes) ou privés (asbl) ; la majorité est privée.

⁴ L. VERHAEGEN et J.-M. LACROSSE, *Analyse et évaluation du fonctionnement de secteurs psychiatriques, ibidem*.

Des pouvoirs **subsidiants** différents se sont succédés. Jusqu'en juin 1989, tous les services de santé mentale bruxellois émergeaient au budget national, géré par les Ministres de l'Education nationale (1980-1985) et les Vice-Premiers Ministres chargés des réformes institutionnelles (1986-1987), les Secrétaires d'Etat à la Région bruxelloise leurs ont été adjoints.

A la date de la mise en place de la Région de Bruxelles (loi spéciale du 12 janvier 1989), ils ont été amenés à choisir, avant le 30 juin 1989, d'appartenir au mono-communautaire (francophone et néerlandophone) ou au bicommunautaire.

Depuis cette date, les 6 S.S.M. (+1 en 1990) néerlandophones ont choisi la Communauté flamande, la majorité des services francophones (16) ont choisi la Communauté française qui délègue ses compétences à la Commission Communautaire française et 5 services sont restés obligatoirement à la Commission Communautaire commune.

L'intérêt porté aux S.S.M. s'est développé depuis qu'ils sont régis par leur propre pouvoir politique.

ANALYSE DESCRIPTIVE DES SERVICES DE SANTE MENTALE

Avant toute chose, il est important de signaler qu'il ne s'agit pas ici d'une évaluation de l'activité des services de santé mentale.

Il nous apparaît difficilement justifiable d'évaluer aujourd'hui des services dont la définition du travail est toujours restée floue et vaste sans que les moyens leur en aient été accordés en conséquence. Par ailleurs, sur un plan méthodologique, il est impossible de mesurer une activité en l'absence de cadre de référence. Ni étude antérieure, ni réglementation ne pouvaient servir de référence.

Dans ce contexte, une étape descriptive qui a pour objectif dans un premier temps de lire le plus analytiquement possible l'hétérogénéité de ce champ institutionnel est tout à fait nécessaire.

METHODOLOGIE

Sur le plan de la méthode, nous avons procédé de différentes façons.

- 1° Tout d'abord, dans le cadre de cette enquête précise sur les S.S.M., nous avons rencontré tous les directeurs ou équivalents des S.S.M. interviewés à l'aide d'un questionnaire semi-ouvert, prétesté, rassemblant à la fois des informations quantitatives (personnel, équivalent temps plein, budget temps, nombre de consultations, consultants, nouveau dossier) et qualitatives (type de collaboration, avec qui, spécificité dans le champ, problèmes rencontrés, avis sur l'arrêté royal de 1975).

L'analyse porte sur les données de 1989 de 29 services adultes et adultes/enfants en activité cette année-là. Les services ne s'occupant que d'enfants n'ont pas fait partie de la recherche (cfr *supra*).

Un service n'a pu participer à l'enquête pour des raisons de délai et autorisation administrative. Deux autres centres, créés en 1990, n'avaient pas de données pour 1989.

Il ne s'agit donc pas d'un échantillon, mais d'une analyse exhaustive à 93.54 %.

Les données quantitatives ont été traitées informatiquement avec l'aide des BASS (Belgian Archives for the Social Sciences) de Louvain-la-Neuve.

Les données ont été recueillies de décembre 1990 à février 1991.

L'analyse a été effectuée en mai 1991.

- 2° Nous avons également recueilli des informations essentiellement qualitatives à l'aide d'observation participante (participation aux staffs et à certaines activités) et ce dans deux services choisis pour leur exemplarité.

Un de ces services fonctionne traditionnellement comme « secteur » et s'occupe beaucoup de psychotiques ; l'autre est centré sur un travail de prévention entre autres pour des raisons de concurrence avec un centre universitaire tout proche.

Les informations recueillies ne font pas l'objet d'une analyse particulière mais sont intégrées dans le corps de texte à titre d'exemple.

L'observation fut réalisée en janvier-février 1991.

- 3° Enfin, dans le cadre de l'enquête-patient, outre les données concernant l'identification des patients à la fois sur un plan socio-démographique et psychiatrique et leur comparaison avec les patients d'autres types d'institutions, nous avons recueilli simultanément des informations sur les prestations réalisées dans les S.S.M. (qui fait quoi, selon quel rythme, pour quel type de patients).

Les données recueillies d'octobre 1990 à février 1991 ont fait l'objet d'analyse statistique en même temps que l'enquête-patient de mai à juillet 1991.

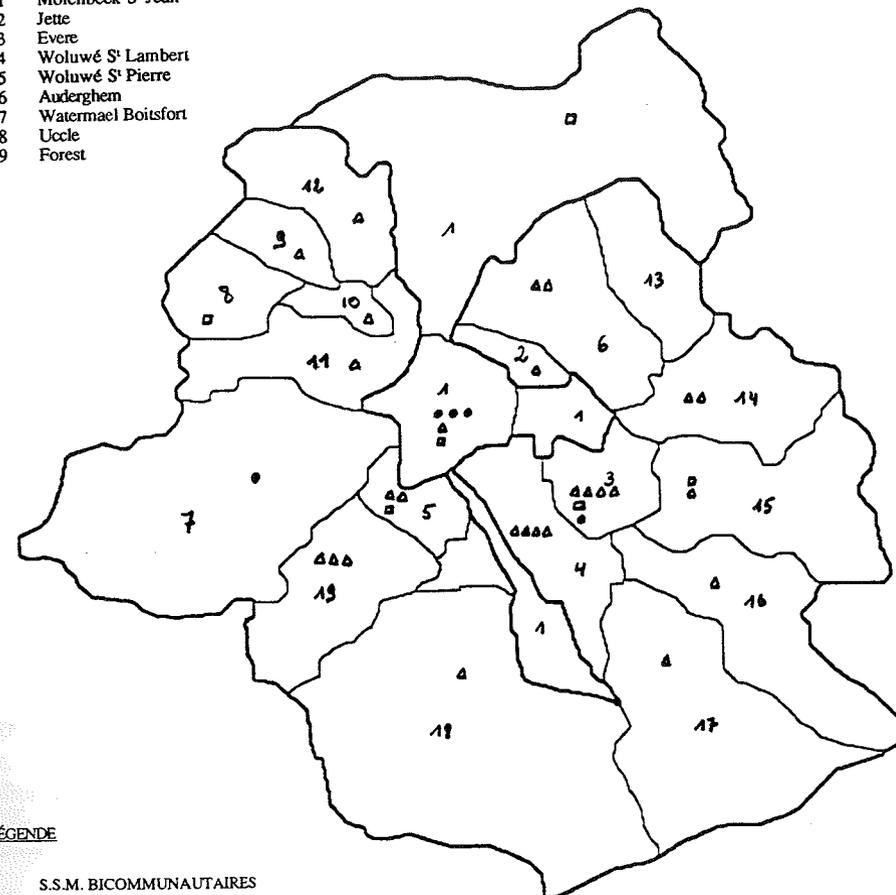
- 1 - LOCALISATION DES SERVICES DE SANTE MENTALE

La carte ci-jointe permet de se rendre compte de l'importance dominante des services de santé mentale dans les communes du centre de Bruxelles par rapport à la périphérie⁵ : 58.6 % des S.S.M. sont situés dans la communes du centre de Bruxelles (61.2 % quand on y rajoute les trois services manquants) et 41.4 % des services de santé mentale se dispersent dans les communes plus périphériques.

En termes de superficie, le centre de Bruxelles apparaît mieux couvert que la première couronne.

⁵ Nous avons défini :
- « centre » de Bruxelles les communes suivantes : Bruxelles-ville, Schaerbeek, Etterbeek, Ixelles, S' Gilles, St Josse Ten Noode ;
- « première couronne » de Bruxelles les communes suivantes : Laeken, Anderlecht, Berchem S^{ie} Agathe, Ganshoren, Koekelberg, Molenbeek S' Jean, Jette, Evere, Woluwé S' Lambert, Woluwé S' Pierre, Auderghem, Watermael-Boitsfort, Uccle, Forest.

- 1 Bruxelles + Laeken
- 2 S' Josse
- 3 Etterbeek
- 4 Ixelles
- 5 S' Gilles
- 6 Schaerbeek
- 7 Anderlecht -
- 8 Berchem S^{ie} Agathe
- 9 Ganshoren
- 10 Koekelberg
- 11 Molenbeek S' Jean
- 12 Jette
- 13 Evere
- 14 Woluwé S' Lambert
- 15 Woluwé S' Pierre
- 16 Auderghem
- 17 Watermael Boitsfort
- 18 Uccle
- 19 Forest



LÉGENDE

- S.S.M. BICOMMUNAUTAIRES
- S.S.M. MONO COMM. FLAMANDS
- S.S.M. MONO COMM. FRANCOPHONES

N.B. Cette carte tient compte de la localisation des « extensions » de services physiquement présentes

Tableau 1

Communes	Nombre d'habitants	E.T.P./1000h. (29 centres + extensions) Toutes catégories professionnelles confondues
Etterbeek	39.709	0.56
Berchem	18.569	0.46
Woluwé S ^t Lambert	48.286	0.46
S ^t Gilles	43.598	0.26
Auderghem	29.195	0.23
Ixelles	73.208	0.21
X		0.21
Bruxelles (+ Laeken)	136.854	0.21
Forest	47.191	0.16
Uccle	75.484	0.13
S ^t Josse Ten Noode	21.533	0.12
Jette	38.779	0.12
Woluwé S ^t Pierre	38.485	0.10
Schaerbeek	104.882	0.08
Anderlecht	89.231	0.06
Molenbeek	68.917	0.06
Watermael Boitsfort	29.994	*
Koekelberg	16.095	*
Ganshoren	20.592	*
Evere	29.702	-

En termes d'équivalent temps plein par nombre d'habitants, les communes d'Etterbeek, Berchem, Woluwé S^t Lambert, S^t Gilles, Auderghem et Ixelles sont les communes les mieux desservies.

La moyenne se situe à 0,21 E.T.P. par 1.000 habitants.

Des communes comme Schaerbeek, Anderlecht, Molenbeek sont faiblement desservies.

Watermael-Boitsfort, Koekelberg et Ganshoren sont desservies par des extensions de services existants dans d'autres communes.

Seule la commune d'Evere n'était pas desservie. Depuis novembre 1990, une expérience de santé mentale, non encore officiellement reconnue par le Ministère, est subsidiée et reconnue par le CPAS d'Evere et subsidié également par le Ministère des Affaires sociales pour des actions de prévention psycho-sociale et de coordination des services psycho-sociaux à Evere.

2 - ANALYSE DU PERSONNEL

Les différences de taille du personnel des S.S.M. témoignent de leur diversité. Ces variations se retrouvent à différents niveaux d'analyse.

Le nombre total en chiffre absolu du personnel travaillant en services de santé mentale va de 4 à 38 personnes avec une moyenne de 12.6 personnes par service ; 51.7 % des services ont au moins 11 personnes. Deux services se démarquent par un nombre très élevé de professionnels. Ce sont des services universitaires qui drainent un nombre important de professionnels indépendants surtout psychiatres. Trois services ont plus de 19 personnes. Ce sont les services les plus anciennement implantés sur Bruxelles.

Lorsqu'on regarde le nombre de personnes faisant partie du service de santé mentale et payé par le pouvoir subsidiant, dans l'ensemble, les chiffres baissent légèrement. La distribution du personnel est de 4 à 25 personnes avec une moyenne de 9.8 personnes par service et 51.7 % des services ont au moins 10 personnes ; 30 % des services ne voient pas le volume de leur personnel se modifier. Par contre, dans les services universitaires, le nombre de personnes est très bas et va même jusqu'à 26.3 % du personnel payé par le pouvoir subsidiant.

La moitié des services de santé mentale (53.2 %) a du personnel indépendant. Parmi ceux-ci, on observe une moyenne de 3.8 personnes indépendantes par service avec une hausse de 18 personnes indépendantes toujours pour le même service universitaire précité.

Un tiers des services (37.9 %) a du personnel « autre », c'est-à-dire soit payé par la Commune, soit émanant du troisième circuit de travail ou encore payé par d'autres services de financement.

Tout ceci ne nous renseigne que partiellement sur le volume de personnel réel des services. Pour ce faire, nous avons relevé le nombre d'heures réelles prestées par toutes les catégories du personnel (subsidé, indépendant et autre). Nous avons divisé ce nombre par 38 afin d'avoir la distribution effective du nombre de personnes prestant 38 heures/semaine par service.

Cette distribution varie de 2.1 équivalent temps plein (E.T.P.) à 15.12 équivalent temps plein (E.T.P.) avec une moyenne se situant à 6.30 personnes temps plein par service. Les petites équipes (2 à 3 personnes) sont récentes et les grandes équipes (10 à 15 personnes) sont universitaires ou anciennes (cfr Annexe, Tableau 1).

Tableau 2 - Moyenne du personnel des S.S.M. (cfr. tableau 1)

Chiffre absolu	Payé par S.S.M.	Indépendant	Equivalent temps plein
13.6	9.8	3.8	6.3

La comparaison des moyennes nous indiquent **une forte politique de temps partiel dans les services de santé mentale**. Tout le monde travaille mi-temps. Aucun psychiatre ne fait un horaire de 38 heures par semaine en service de santé mentale. Parmi les autres membres du personnel, les assistantes sociales effectuent plus de temps plein que les psychologues. On peut émettre l'hypothèse que celles-ci se réservent éventuellement du temps pour la consultation privée avec des patients plus susceptibles que le tout venant de faire de la psychothérapie.

2.1 - Psychiatres

Plus de la moitié des services de santé mentale (51.7 %) ont au moins deux psychiatres. La moyenne de psychiatres par centre est de 3.7. Cette moyenne à la hausse s'explique par le nombre de psychiatres présents dans les deux services de santé mentale universitaires, soit respectivement 14 et 25 psychiatres, soit 60 % du personnel total.

Près de la moitié des services (48.3 %) n'ont pas de psychiatre consultant indépendant. Parmi ceux qui en ont, la moyenne est de 2.6 psychiatres par service. A nouveau, cette moyenne élevée s'explique par la présence d'un service atypique qui est le service universitaire le plus important quantitativement à Bruxelles. Ces données changent lorsque l'on examine les équivalents temps plein psychiatre.

En effet, un quart des services (24.1 %) n'ont même pas un demi psychiatre présent et la moitié (51.7 %) a un psychiatre présent 32 heures, soit 6 heures de moins qu'un temps plein. La moyenne des équivalents temps plein psychiatre est de **48 heures** par semaine, soit un peu plus d'un temps plein. Cette moyenne tombe à **33 heures** par semaine lorsque l'on retire les 2 services universitaires atypiques, soit même pas un équivalent temps plein psychiatre.

2.2 - Psychologues

En chiffre absolu, plus de la moitié des services (55.2 %) ont au moins 3 psychologues. Cette moyenne élevée s'explique par la présence des mêmes cas atypiques universitaires (12 et 9 psychologues) et un ancien service (10 psychologues) dont le pouvoir organisateur est public.

Seulement 21.7 % des services ont des psychologues indépendants, soit nettement moins que les psychiatres. Le non-remboursement des prestations psychologiques rend le statut d'indépendant moins accessible aux psychologues.

A nouveau ces données varient lorsqu'on examine les équivalents temps plein psychologue. Un quart (27.6 %) seulement des services ont un temps plein psychologue et la moyenne des équivalents à temps partiel psychologue est de **83 heures** par semaine, soit **2.1 temps plein**, soit plus de deux fois le nombre de psychiatre par centre.

Contrairement à la moyenne des équivalents temps plein psychiatre, la moyenne des équivalents temps plein psychologue reste stable.

Les psychologues sont mieux représentés que les psychiatres dans les services de santé mentale.

C'est aussi une catégorie professionnelle dont les opportunités institutionnelles sont plus faibles et qui trouvent en service de santé mentale des débouchés professionnels intéressants (la psychothérapie). La tutelle médicale y est plus faible et dès lors la créativité peut s'exprimer. Ils y trouvent également le support du travail en équipe.

2.3 - Assistants sociaux

Près de la moitié des S.S.M. ont maximum 2 assistants sociaux et le nombre moyen d'assistants sociaux par service est de 2.9, soit moins que les psychiatres et les psychologues dont les moyennes étaient élevées par la présence de ces catégories professionnelles dans les services universitaires.

L'option de ces services pour la consultation n'entraîne pas la présence de nombreux assistants sociaux, qui sont aussi par ailleurs difficilement indépendants.

En termes d'équivalent temps plein, ils rattrapent leur différence par rapport aux autres catégories et plus même, le rapport s'inverse.

Les assistants sociaux sont les mieux représentés dans les services de santé mentale.

Par service sont prestées en moyenne **86 heures**, soit 2.2 temps plein.

Ils sont donc moins nombreux en chiffres absolus mais, comme nous l'avons déjà souligné, ils travaillent plus facilement temps plein. Deux services se démarquent du lot par un nombre nettement plus élevé d'heures d'A.S. Ce sont les services notoirement orientés vers la prévention.

Il y aurait donc un lien entre le type d'option du service (consultation ou prévention) et le type de professionnel.

Ceci dit, il faut nuancer légèrement cette affirmation, car dans certains services les assistants sociaux ont la possibilité de faire des psychothérapies. Trois quarts des services (72.4 %) ont des assistants sociaux psychothérapeutes. Le nombre moyen d'assistants sociaux qui font de la psychothérapie est de 1.7, soit plus de la moitié du nombre d'assistants sociaux.

*

* *

L'accès au rôle de psychothérapeute par les assistants sociaux dans les services de santé n'est donc pas un phénomène négligeable, même s'il ne touche pas tous les services.

En effet, depuis une vingtaine d'années, l'éclatement de la notion de la santé mentale accélérée par la diffusion de la psychanalyse et la critique de l'institution totalitaire a favorisé l'apparition et la participation d'autres professionnels au processus thérapeutique. Depuis la diffusion même élitiste de la psychanalyse, le monopole de la définition de la maladie et du traitement n'est plus le privilège du médecin et ce, pas uniquement dans les services de santé mentale.

En psychiatrie plus qu'ailleurs, la pratique quotidienne se déroule *sous le sceau de la négociation*⁶.

Des auteurs⁷ ont démontré par ailleurs qu'il existait une corrélation entre le questionnement sur la validité d'un produit incertain et fluctuant et l'adoption de principe de fonctionnement comme la négociation.

En conséquence, la division du travail dans les services de santé mentale, à tendance majoritairement égalitaire dans les années '60-'70 trouve maintenant des formes variées de service à service, allant de la polyvalence des rôles à une relative hiérarchie.

6 A. STRAUSS, *Negotiations, Varieties, Contexts, Process and Social Order*, Josey Bass Publishers, San Francisco, 1980.

7 R. S¹ SAULIEU, P.E. TIXIER, M.O. MARTY, *Les fonctionnements collectifs de travail*, Rapport de recherche CSO, MACI, Paris, 1978.

Les formes différentes varient principalement en fonction de l'historique du service et de la personnalité du directeur.

Toujours est-il que la fonction de « thérapeute », dans son sens traditionnel (entretien clinique), n'est plus dévolue au seul médecin. Psychologues et assistants sociaux ont accès aujourd'hui à cette fonction dans la majorité des services de santé mentale. Ceux-ci offrent donc des perspectives de mobilité sociale et une revalorisation du statut professionnel à ceux et celles qui le souhaitent.

Ceci est d'autant plus important que c'est un des rares cadres institutionnels qui permette cette accession au statut de thérapeute, à l'issue de formation personnelle souvent longue et coûteuse. Dans les services hospitaliers, là où le pouvoir médical est fort, les processus de négociations sont toujours à recommencer⁸, par contre en service de santé mentale, le statut de thérapeute une fois acquis n'est plus remis en question.

A titre d'exemple, un service réputé pour reconnaître un statut de thérapeute à des assistants sociaux, recherchait un assistant social pour un travail d'assistant social traditionnel et a vu affluer un nombre considérable de candidats A.S. ayant déjà des postes confortables qu'ils étaient prêts à lâcher pour un rôle de thérapeute.

De plus, il existe une contradiction au sein du travail de l'assistant(e) social(e) que résoud partiellement la formation et la mobilité qui en résulte :

« les assistantes sociales qui travaillent dans le concret doivent connaître la psychopathologie pour pouvoir agir efficacement, c'est-à-dire faire le bon diagnostic de la situation, résister au jeu du patient. En plus dehors, il (elle) est confronté(e) au non-changement, il (elle) soit tenir bon ».

Ainsi pour faire un bon travail, les A.S. doivent se former au travail clinique. Une fois cette formation réalisée, ils veulent souvent devenir thérapeute et continueront leur formation initiale d'A.S. qui suppose un travail très lourd physiquement (déplacements multiples).

En conséquence, les assistant(e)s sociaux(ales) sont le personnel le plus polyvalent :

« seules les A.S. font du social, mutuelle, chômage, argent, etc. mais de plus en plus je fais des thérapies de couples parce que j'ai été formée à la systémique, je ne sais pas si c'est très sain. J'ai différentes casquettes, mais je ne suis pas d'accord avec X de tel centre qui me dit : "je ne suis plus A.S., je suis psychothérapeute".

8 Cfr L. VERHAEGEN, « Nouvelles techniques psychologiques et division du travail en psychiatrie », in *Revue Suisse de Sociologie*, 8, 1982, pp. 591-607.

C'est quand même les A.S. qui font la guidance de psychotiques, cela fait partie de la psychiatrie sociale ; on a des entretiens réguliers ou hebdomadaires avec eux. Moi j'ai des psychotiques en charge depuis 10 ans, on ne peut pas changer leur horaire, sinon c'est le drame.
J'ai 5 psychotiques en charge et il n'en faut pas plus ».

(assistante sociale)

2.4 - Autres professionnels

Il reste encore d'autres catégories professionnelles faiblement représentées en service de santé mentale, ce sont principalement les logopèdes présents dans 44.8 % des S.S.M., soit 0.8 par service.

Les services ayant le plus de logopèdes sont les services qui travaillent aussi avec une population infantine.

Le nombre moyen d'heures prestées par service est de 20 heures, soit un mi-temps : 31 % des centres ont au moins un(e) logopède.

Tableau 3 - Récapitulatif professionnel

	Psychiatre	Psychologue	Assistant(e)s	Autres
Chiffre absolu moyen	3.7	4.0	2.9	0.8
Indépendant moyen	1.5	0.4	0.0	0.1
Nombre moyen d'heures de prestation réelle	48	83	86	20
E.T.P. moyen en personnel	1.2	2.1	2.2	0.05
Pourcentage	6.3	6.3	6.3	6.3

Le tableau récapitulatif nous permet de voir qu'en chiffre absolu le nombre de psychologues et de psychiatres par service est proche et plus élevé que celui des assistants sociaux.

Par contre, lorsque l'on regarde les équivalents temps plein, le rapport s'inverse. Le nombre d'assistants sociaux diminue légèrement (-0.7), le nombre de psychiatres chute (-2.5) ainsi que le nombre de psychologues (-1.9) (cfr tableau).

Tableau 4

En chiffre absolu	:	psychologue	≥	psychiatre	>	A.S.
En équivalent temps plein	:	A.S.	≥	psychologue	>	psychiatre

3 - ACTIVITES

Ainsi qu'il est prévu par l'arrêté royal de 1975, les services de santé mentale ont à la fois des activités de prévention, de cure et de postcure.

Celles-ci sont variables dans leur contenu et dans leur répartition de service à service.

Nous venons d'observer la diversité de la taille des services, il nous reste à examiner l'hétérogénéité des activités des services dont la taille est bien sûr l'une des variables explicatives. Une autre variable explicative que nous avons déjà citée est la présence d'une caractéristique **vocationnel** du service de santé mentale (secteur, prévention primaire, secondaire...).

Ainsi, près de la moitié des services (48.3 %) soit 14 services de santé mentale sont des services avec une vocation prioritaire parfois même exclusive. Les vocations se définissent par l'âge de la population cible (jeunes, personnes âgées), le statut social (étudiant), une condition particulière (israélite, émigré, réfugié politique) ou encore par un type d'activité (prévention, consultation) ou les deux mélangés (prévention et cure auprès de psychotiques). L'autre moitié des S.S.M. partage son temps de manière variable entre la consultation, les visites à domicile et d'autres activités que nous résumons sous le vocable « non-consultation » dans la mesure où ce ne sont pas des activités de contacts individuels thérapeutes-patients.

3.1 - Activités de consultation

3.1.1 - Consultations

La distribution du nombre de consultations par services en 1989 varie de 628 à 14.889, soit de 1 à 23. La diversité est donc très étendue (cfr Annexe Tableau 2). Elle est liée partiellement à la taille du service.

Tableau 5

Nombre de consultations E.T.P./moyen	Total personnel C.A.	Nombre E.T.P.
classe a/ 600 → 1.999 (7 services)	7	3.3
classe b/ 2.000 → 4.999 (10 services)	11	6
classe c/ 5.000 → 9.999 (9 services)	13	7.4
classe d/ + 10.000 (3 services)	27	10.5

La relation nombre de consultations et nombre d'équivalents temps plein est croissante sauf pour la classe c/ (9 services). Celle-ci effectue plus de consultations avec un personnel proportionnellement moins nombreux.

Parmi les services de cette classe, on en retrouve au moins deux dont la « vocation » est la consultation, deux dont la « vocation » est autre en terme d'activité et qui malgré cela, consulte beaucoup.

Il reste cinq services pour lesquels nous n'avons pas d'explication si ce n'est qu'ils développent fortement ce type d'activité.

De manière générale, le nombre de thérapeutes par service, c'est-à-dire le personnel habilité à faire des psychothérapies, est relativement important : 50 % des services de santé mentale ont plus de 6 thérapeutes, soit plus de la moitié du personnel.

Deux services, universitaires, se démarquent avec un personnel composé à 98 % de psychothérapeutes. Ceci confirme leur fonction principale qui est d'ailleurs explicite.

L'importance de la place des psychothérapies parmi les fonctions du service apparaissait très nettement dans l'étude de Ph. Corten et alii où 69 % des services bruxellois et de Wallonie mettent en avant leur rôle psychothérapeutique par rapport au travail de type communautaire⁹.

Les résultats de cette étude sont plus une « image de marque » qu'une étude objective des activités des services de santé mentale.

Une analyse ultérieure des autres activités et de leur importance nuancera cette constatation.

3.1.2 - Patients

La distribution du nombre de consultations par service en 1989 varie de 67 individus à 1.572, soit de 1 à 23 ; la diversité très étendue se calque sur celle des consultations (cfr Annexe Tableau 3). Aussi observons-nous qu'elle est partiellement liée à la taille du service.

Tableau 6

Nombre de consultants	Total personnel C.A./moyen	Nombre E.T.P./moyen
classe a/ 67 → 299 (10 services)	8	4.1
classe b/ 300 → 499 (6 services)	12	7.0
classe c/ 500 → 599 (7 services)	16	8.3
classe d/ + 600 (6 services)	14	6.8

Plus le service a du personnel, plus il a des patients. Cependant la classe d/ se démarque en ce sens qu'elle voit plus de patients avec moins de personnel et d'E.T.P. que la classe c/.

Une analyse comparative des services de santé mentale qui composent les classes d/ nombre de consultations et d/ nombre de patients (file active) nous montre que ce ne sont pas nécessairement les mêmes services. Ceci indique des fréquences de consultations différentes : les uns voient en moyenne plus fréquemment les mêmes patients, d'autres moins.

⁹ Cfr Ph. CORTEN, I. PELC et alii, *Évaluation des rôles des services de santé mentale. Étude épidémiologique de la Communauté française de Belgique*. Rapport déposé au Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement, 1987.

3.1.3 - Fréquence des consultations

La fréquence du nombre de consultations par an par service varie de 1.9 consultation par an par patient à 36.8 consultations par an par patient (soit 3 consultations par mois).

Les services de santé mentale ne se comportent donc pas du tout de manière identique avec leur patient et témoignent ainsi de pratiques différentes.

A première vue, les uns voient beaucoup de patients mais une fois seulement ; les autres voient moins de patients mais assurent un suivi (cfr Annexe Tableau 4).

La moyenne de consultations annuelles est de 12.23 consultations par personne, soit une consultation par patient, par mois.

Seule une distribution service par service, ce qui fut impossible à obtenir, pourrait renseigner avec précision sur leurs pratiques.

Néanmoins, une connaissance qualitative du terrain permet de vérifier qu'un service de santé mentale qui travaille beaucoup avec les psychotiques en post-cure a une fréquence de consultations par patient nettement plus élevée qu'un service de santé mentale qui travaille avec les jeunes, population très labile.

Les services universitaires quant à eux ont des fréquences très différentes : du simple au double de consultations par personne et par an. Eux-mêmes à ce niveau-là ne se comportent pas de manière semblable.

Hormis ces quelques informations, il faudrait ici plus de renseignements pour formuler des hypothèses explicatives valables. Nous pouvons simplement affirmer qu'il n'existe pas, une fois de plus, de logique homogène de consultation parmi les services de santé mentale.

Elle varie entre autres selon le type de population prise en charge et la politique du service. D'autres variables plus difficilement identifiables jouent certainement leur rôle.

3.1.4 - Turn-over de consultations

Le nombre de nouveaux cas par an varie pour les 29 services de 40 à 1.174 (cfr Annexe Tableau 5) avec une moyenne de 261 nouveaux cas par an.

Un service universitaire se distingue nettement par un nombre très élevé de nouveaux consultants, attirés sans aucun doute par la réputation de ce service.

Un autre service orienté vers les jeunes voit également un grand nombre de cas pour les raisons invoquées plus haut (population labile).

Le turn-over, c'est-à-dire le nombre de cas vu en 1989 divisé par le nombre de nouveaux cas, fait preuve d'une distribution moins hétérogène qui va de 30 % de la population à 88 % de la population suivie. Un service ouvert en 1989 a évidemment un taux de 100 % (cfr Annexe Tableau 6).

La moyenne de turn-over est de 54.82 %, cela indique que, en moyenne, la moitié de la clientèle se renouvelle.

Parmi les services au turn-over lent, on retrouve les services qui s'occupent plus de psychotiques ou de personnes âgées, activités qui prennent du temps et parmi les services au turn-over rapide, on retrouve plus facilement ceux qui travaillent avec des populations jeunes, étudiantes, populations qui bougent vite.

Les services universitaires ne sont pas homogènes de ce point de vue, l'un est proche de la moyenne (55 %) et l'autre nettement plus élevé, soit 74 % de nouveaux cas. Il s'agit d'un service dont la notoriété attire une clientèle qui ne revient pas nécessairement.

Une fois de plus, il est difficile de trouver une logique explicative à ces comportements institutionnels différents, mais dont la variance est moins élevée que pour d'autres indicateurs.

3.1.5 - Analyse des prestations en consultations

Dans le cadre de l'enquête-patient, nous avons relevé dans les sept services de santé mentale étudiés (cfr *supra*) les différentes prestations effectuées dans les S.S.M., le type de consultants rencontrés et la fréquence des consultations.

TYPE DE CONSULTANTS

Qui voit qui ?

Tableau 7 - Répartition des diagnostics selon les professionnels rencontrés

	Psychiatre n=369.39	Psychologue n=205.89	A.S. + Autres n=214.88	TOTAL n=783.16
Tr. psychotiques n=138.39	17.24	11.33	24.47	17.67
Tr. dépressifs n=202.35	25.71	28.97	23.06	25.84
Tr. bipolaires n=60.83	12.67	3.73	3.36	7.77
Tr. anx. et psych. n=201.21	22.83	28.73	27.6	25.69
Assuétudes n=54.6	7.49	6.27	6.78	6.97
Autres + T.M.O. n=125.78	14.5	20.98	14.73	16.06
TOTAL n=783.16	46.27	26.29	27.44	100.0

D.F. = 10 $\chi^2 = 39.446$ P. = 0,0001

Le psychiatre est de loin le consultant le plus fréquenté malgré son temps partiel : il voit au moins deux patients sur cinq.

Plusieurs explications possibles à ce phénomène :

- les psychiatres sont parfois très nombreux (consultants externes) dans certains services surtout universitaires ;
- certains psychiatres voient les patients parfois plus rapidement (certificat, médicament) et font moins de psychothérapies que d'autres professionnels (psychologues) ou sont moins sur le terrain (assistants sociaux). Ils ont dès lors un turn-over de patients plus élevé.

Les différents professionnels voient les patients souffrant de troubles dépressifs, anxieux, psychologiques et d'assuétudes dans les mêmes proportions. Les psychiatres voient plus les patients souffrants de troubles bipolaires ; les psychologues voient plus les patients souffrant d'autres

troubles et de troubles mentaux organiques et les assistantes sociales voient plus les patients psychotiques.

Qui fait quoi ?

Tableau 8 - Répartition des prestations par professionnel

	Psychiatre n=366.03	Psychologue n=277.86	A.S. + Autres n=196.67	TOTAL n=790.58
1 ^{er} entretien n=96.45	11.23	12.07	14.16	12.2
Examen n=40.72	7.88	1.14	4.73	5.15
Thérapie n=500.42	64.31	69.22	54.55	63.3
Entretien n=39.38	2.78	4.02	10.18	4.98
Réseau n=11.15	0.78	0.99	3.07	1.41
Médicament n=44.63	10.24	2.73	0.47	5.65
Autre n=57.83	2.78	9.83	12.84	7.31
TOTAL n=790.58	46.3	28.82	24.88	100.0

D.F. = 12 $\chi^2 = 83.754$ P. = 0,0001

Les deux-tiers des prestations sont des thérapies effectuées surtout par les psychologues et les psychiatres.

Tous les thérapeutes se partagent également les patients lors des premiers entretiens.

Les psychiatres effectuent plus de prestations techniques : examens et prescriptions médicamenteuses.

Les assistant(e)s sociaux(ales) voient plus de la moitié de leurs patients pour thérapie. Ceci confirme ce qui est avancé plus haut (cfr « les assistant(e)s sociaux(ales) font des psychothérapies »). Ils (Elles) sont plus nombreux(ses) à pratiquer l'entretien, moins structuré que la psychothérapie. Les autres prestations consistent pour eux(elles) essentiellement à de la guidance (57 %).

Selon quelle fréquence ?

Tableau 9 - Répartition de la fréquence par professionnel

	Psychiatre n=385.93	Psychologue n=214.77	Autre (inf.soc.) n=39.53	Assist.Soc. n=165.99	TOTAL n=806.21
Occasionnellement n=98.97	13.18	7.87	7.60	17.22	12.28
1 x tous les 2 mois /1 x par mois n=148.34	21.82	12.89	21.98	14.79	18.40
1 x tous les 15 j. n=160.91	21.61	16.32	16.88	22.08	19.96
1 x semaine / + 1 x semaine n=397.99	43.39	62.91	53.54	45.91	49.37
TOTAL n=806.21	47.87	26.64	4.28	20.59	100.00

D.F. = 9

$\chi^2 = 28.735$

P. = 0,0007

Un patient sur deux est vu une fois par semaine minimum. Les S.S.M. assurent un réel suivi de leur consultation.

Les psychologues se démarquent des autres professionnels du fait qu'ils voient leurs patients nettement plus fréquemment : les deux-tiers de leur clientèle sont vus une fois par semaine minimum.

Il s'agit, nous l'avons vu, de psychothérapies régulières.

Ce sont les A.S., souvent sur le terrain, qui voient les patients le plus occasionnellement.

Les services diffèrent par leurs patients

Tableau 10 - Répartition des professionnels par service

	Service A n=234.24	Service B n=87.6	Service C n=79.98	Service D n=227.9	Service E n=44.66	Service F n=57.72	Service G n=93.79	TOTAL n=825.89
Psychiatre n=366.05	40.16	31.67	75.47	13.95	50.65	33.33	20.48	44.32
Psychologue n=233.29	25.41	28.33	24.53	31.40	12.99	37.18	43.37	28.25
Autre (Inf. soc.) n=29.88	0.00	23.33	0.00	0.00	19.48	1.28	0.00	3.62
Assist. soc. n=196.67	34.43	16.67	0.00	54.65	16.88	28.21	36.14	23.81
TOTAL n=825.89	28.36	10.61	9.68	27.59	5.41	6.99	11.36	100.0

D.F. = 18

$\chi^2 = 355.169$

P. = 0,0001

La situation est très contrastée selon les services. Nous avons déjà vu plus haut qu'ils diffèrent entre eux par leur type et leur nombre de professionnels.

Les différences dans les prestations en sont une conséquence immédiate.

Deux services s'opposent nettement : le C et le D. Le service C est centré sur la prévention, ce qui est en relation avec le nombre d'A.S. peu présentes en consultation mais présentes sur « le terrain » ; le service D, service universitaire lui, est centré sur la consultation. Le nombre de psychiatres consultants y est très élevé.

Lorsque l'on retire ces deux services du calcul de la moyenne des consultations de psychiatres, celle-ci tombe à 35.30 consultations.

En moyenne, exception mise à part, dans les S.S.M. un patient sur trois est vu par les psychiatres.

Quels troubles, quels traitements ?

Tableau 11 - Répartition des prestations par diagnostics

	Tr. psychotiques n=138.39	Tr. dép. + bip. n=267.3	Tr. anx. + psy. n=203.13	Assuétudes n=56.52	Autres + T.M.O. n=125.78	TOTAL n=791.12
1 entretien n=95.33	4.81	9.27	19.91	4.6	16.58	12.05
Examen n=38.8	1.87	5.58	4.43	7.61	5.56	4.78
Thérapie n=487.58	51.07	71.05	57.06	70.63	56.57	61.63
Autres n=62.32	13.4	8.45	4.79	9.09	5.01	7.88
Entretien n=43.41	10.44	2.56	6.8	2.00	5.69	5.49
Réseau n=14.07	1.73	0.00	2.06	0.00	5.96	1.78
Démarches admin. n=6.56	0.00	0.55	2.23	1.03	0.00	0.83
Consult. médicales n=44.05	16.68	2.54	2.71	5.04	4.62	5.57
TOTAL n=791.12	17.49	33.79	25.68	7.14	15.9	100.00

D.F. = 28 $\chi^2 = 120.549$ P. = 0,0001

Globalement, tous les patients, quels que soient leurs troubles, viennent en S.S.M. pour des thérapies. Ceci dit, on observe 2 types de consultations :

1° des patients au long cours.

Il s'agit, d'une part, du noyau dur de la psychiatrie :

- 1) les psychotiques qui viennent soit en thérapie, entretien ou en consultation médicale. (La moitié des consultations médicales se font pour les psychotiques).
- 2) les assuétudes ;

d'autre part des dépressifs qui ont souvent des traitements psychothérapeutiques de longue durée ;

2° des patients à propos desquels on peut faire l'hypothèse qu'ils ont des durées de consultation plus courtes.

Il s'agit des troubles anxieux et psychologiques, des troubles mentaux organiques et autres troubles. D'ailleurs 64.31 % des premiers entretiens, soit les deux-tiers, sont constitués par ces patients, alors que l'on retrouve seulement 7 % de psychotiques, 26 % de dépressifs et 3 % d'assuétudes.

Quels traitements, quelle fréquence ?

Tableau 12 - Répartition de la fréquence par type de prestation

	1 entr. n=88.91	Examen n=32.76	Thérapie n=505.87	Autre n=65.16	Entretien n=43.21	Réseau n=14.07	Administ. n=6.56	Consult. méd. n=44.63	TOTAL n=801.17
Occasionnellement n=98.97	26.18	15.63	8.17	17.86	18.84	37.67	34.45	4.3	12.35
1 x tous les 2 mois / 1 x par mois n=144.04	12.48	9.74	19.02	18.39	12.91	14.64	39.48	25.41	17.98
1 x tous les 15 jours n=160.91	14.36	28.14	19.78	13.92	18.56	22.67	17.23	39.05	20.08
> 1 sem. n=397.25	46.97	46.49	53.03	49.83	49.69	25.02	8.84	31.23	49.58
TOTAL n=801.17	11.1	4.09	63.14	8.13	5.39	1.76	0.82	5.57	100.00

D.F. = 21 $\chi^2 = 63.564$ P. = 0,0001

Hormis les thérapies, les consultations médicales et les examens qui sont fréquents ou très fréquents, l'ensemble des autres prestations s'effectue surtout occasionnellement.

3.2 - Visites à domicile (tableau 7)

Près de la moitié des services font 20 visites à domicile par mois, soit 1 visite par jour ouvrable. Certains services orientés vers la consultation en font beaucoup moins (moins de 10) ; d'autres en font beaucoup plus (3 services en font plus de 100).

Ces chiffres confirment des interviews effectués auprès des professionnels de ces services pour qui c'était une orientation explicite liée soit au type de patients pris en charge (follow-up de psychotiques ou personnes âgées), soit au type d'activités (travail de quartier auprès de « situation psychotique » dans la cité).

« Contrairement aux autres services, on n'a pas d'exigence de demande, on va au domicile depuis 15 ans. Il y a 15 ans, je n'osais pas le dire au public. L'autre jour, dans un service du Brabant wallon, on m'a dit : "moi je ne fais pas de thérapie dans la cuisine". Pour moi, la psychothérapie, ce n'est pas l'idée du colloque singulier qui prime. »

(Psychologue)

La moyenne de visites à domicile est de 33.39 visites à domicile par mois, soit 1.51 visite par jour ouvrable.

Ce n'est donc pas une activité marginale des services de santé mentale, même si quelques services s'opposent à cette forme d'activité la trouvant trop coûteuse en temps par rapport à une couverture de besoins de population.

« Nous travaillons plus sur la prévention que l'urgence et les visites à domicile. Ces dernières ne doivent pas être encouragées. D'autre part, on ne respecte pas l'intimité du patient quand on va le chercher à son domicile et d'autre part cela prend un budget temps énorme qui peut être consacré à autre chose. Cela devrait être une activité marginale des services de santé mentale. »

(Directeur S.S.M.)

En effet, une visite à domicile prend en moyenne 2 heures.

Elles sont réalisées le plus souvent par les A.S. quand il s'agit de travail d'entretien ou clairement non médical. Les assistants sociaux sont accompagnés d'un médecin quand la définition du problème par un intermédiaire (police, agent communal, voisin) laisse à penser que la présence du médecin est nécessaire (mise au point d'un diagnostic psychiatrique, du traitement, d'hospitalisation éventuelle...).

3.3 - Travail non consultation (Annexe Tableau 8)

Nous avons demandé aux services d'évaluer le temps passé aux différentes activités autres que la consultation et les visites à domicile.

Les rubriques reprenant les différentes activités ont été définies par nous après une pré-enquête auprès de tous les services. Cette liste ne se voulait pas exhaustive. Les services étaient libres de la compléter.

Si dans l'ensemble les services ont répondu le plus fidèlement possible, nous avons pu constater que les données chiffrées obtenues ne correspondent pas dans tous les cas au volume d'activités observé.

Il faut savoir que les taux d'enregistrement des budgets temps sont toujours très difficiles à enregistrer. Il faudrait, de manière optimale, un observateur extérieur qui relève le temps passé aux différentes activités, montre en main.

Aussi, nous n'allons pas utiliser ces données dans le cadre d'une évaluation précise des activités des différents services. Mais elles correspondent à ce que nous avons pu observer (interviews et observations) et constituent dès lors des indications importantes à prendre cependant avec la réserve méthodologique citée ci-dessus.

Les activités relèvent essentiellement de 3 types d'activités différentes. Nous distinguons les activités liées à la **formation** d'autres professionnels, les activités liées à la **prévention primaire, secondaire et tertiaire**. Ces dernières ne sont d'ailleurs pas toujours distinguables du travail curatif. Nous y avons inclus le suivi de patients psychotiques (prévention, cure, post-cure), activité importante et méconnue des S.S.M.

Et enfin, nous séparons les activités liées proprement à la **coordination sociale locale** fortement développée ces dernières années autour des coordinations sociales des communes et autres formes de coordination.

Les activités des deux derniers secteurs (prévention et coordination) sont plus souvent effectuées par les A.S. que par les autres membres du personnel.

Tableau 13 - Répartition des activités

Nous proposons de les classer par ordre d'importance (volume horaire mensuel) avant de les définir à l'aide des précisions données par les services eux-mêmes.

Activités	Volume horaire mensuel Total d'activité de non-consultation	Volume horaire mensuel moyen par centre	Nombre de services concernés par ces activités
1° Animation de population cible	980 h.	33.79	19 (65 %)
2° Suivi de patient hospitalisés ou ex-hospitalisés	913 h.	31.48	27 (93 %)
3° Supervision - Animation	904 h.	31.17	27 (93 %)
4° Collaboration avec la justice	678 h.	23.37	21 (72 %)
5° Formation	675 h.	23.27	24 (82 %)
6° Activité de psychogériatrie	650 h.	22.41	18 (62 %)
7° Orientation scolaire et professionnelle	405 h.	13.90	17 (58 %)
8° Coordination sociale locale	394 h.	13.58	27 (93 %)
9° Travail en intersecteur	380 h.	13.10	21 (72 %)
10° Ecole de devoirs	324 h.	11.17	4 (13 %)
11° Coordination soins à domicile	267 h.	9.20	15 (51 %)

3.3.1 - Animation de population cible

Cette activité de prévention est effectuée par 65 % des services, mais doit son volume le plus important à l'activité surtout de 3 services dont c'est une activité de non-consultation principale.

On retrouve ainsi :

- La « Maison Ouverte » : lieu créé spécifiquement de socialisation du petit enfant avec une vision d'intervention psychologique spécifique par des professionnels formés à la notion thérapeutique.
 - Le « Gazouillis » : créé en 1989, lieu d'accueil, de sociabilité précoce pour enfant de 0 à 4 ans accompagné d'un adulte où s'effectuent des échanges (tentatives, « trucs », échecs, réussites) surtout sur le thème de la séparation parents-enfants (entrée en crèches, écoles). Espace libre de jeu, rencontre, détente pour « souffler un peu » après le stress du quotidien, les logements exigus, la solitude ou encore lieu de représentation de la culture d'origine dans une commune à très haut taux d'étrangers (48 %), (134 enfants sur 7 mois ; taux moyen de fréquentation par permanence : 6 enfants).
 - Le « Blablotin » : créé en 1981 en intersecteur, lieu de détente ouvert à tout adulte souffrant de solitude dans lequel est assurée une animation par un professionnel visant à la possibilité de rencontres (1989 : x personnes, 1986 : 1.564 personnes).
 - Espace animation Parents-Enfants.
 - « Mémoire vivante » : depuis 1987 à l'initiative de I.F.S.M. (Institut de la Famille et des Systèmes Humains), le service « G » poursuit une recherche action visant à mettre en place des actions valorisant le rôle propre du 3^{ème} âge par la transmission des savoirs (savoir-faire, savoir-être, expériences vécues), à l'aide de groupes ateliers (animation de transmission inter-génération, écoles, bibliothèques) ; productions (écrits, audio-visuels, expositions) ; échange de savoirs d'après-midi à thèmes, de journal de liaison, animations extérieures, etc.
 - Recherche de lieux de loisirs pour personnes âgées.
- ou encore plus simplement réunion avec des inspections, directions, enseignants, personnels, etc.

C'est donc une activité qui recouvre surtout de la prévention primaire (changer les paramètres de vie d'une communauté) mais aussi de la prévention auprès d'une population définie déjà comme plus vulnérable.

« Ce n'est pas n'importe quel patient qui fréquente le Blablotin, mais le plus souvent d'anciens patients psychiatriques. »

(Psychiatre)

3.3.2 - Suivi de patients hospitalisés ou ex-hospitalisés

Cette activité vient en deuxième position et est effectuée par presque la totalité des services aujourd'hui (93 %).

C'est la spécialité de l'un d'entre eux, mais chaque service a son lot variable de patients passés par l'hôpital ou qui est encore hospitalisé. L'enquête-patient nous a confirmé que 40 % des patients fréquentant les services faisant partie de l'enquête sont passés par l'hôpital psychiatrique.

Ceci nous montre qu'il existe une collaboration aujourd'hui entre les hôpitaux psychiatriques et les services de santé mentale. Cette collaboration, variable selon les institutions, se fait surtout de personne à personne.

Comme le dit si bien une assistante sociale : « Les infirmières connaissent les sautes d'humeur du patient, et moi je connais la couleur de son papier peint. »

Les relations entre les S.S.M. et les H.P. ont changé ces dernières années :

« Au début de notre existence, on était contre l'hospitalisation, maintenant on utilise l'hospitalisation mais la plus courte possible. Quand les patients sont en crise, on les envoie à P pour des hospitalisations brèves.

Eux ont maintenant moins peur de nos psychotiques et nous avons moins peur d'envoyer chez eux.

Parfois P nous dépanne en urgence avant que l'on trouve une solution ailleurs. Trouver une possibilité d'hospitalisation n'est pas toujours facile. »

(Psychologue 15 ans en S.S.M.)

Le suivi se fait aussi quand le patient est hospitalisé en psychiatrie lors d'une crise ou d'un moment plus difficile. L'hôpital est choisi en accord avec le patient qui souvent y est déjà passé. Il est choisi aussi en fonction des bonnes relations existantes entre l'hôpital et le service. « Bonnes relations » signifie « capacité de négociation » avec le personnel de l'hôpital, « garder le contrôle de la situation en terme de durée et d'argent »...

« Le désir des patients compte aussi, s'ils n'ont plus envie d'aller dans telle ou autre institution, on en tient compte également. Il y a également les gens indésirables, des psychopathes, des alcooliques, des toxicomanes, etc. Ce sont des gens repris sur des listes noires.

Au niveau du contact avec l'hospitalier, c'est important de savoir qui va être responsable sur le plan social parce que si l'A.S. est bien, alors à ce moment-là, on peut envoyer. »

(Psychologue)

Le personnel du service joue aussi le rôle protecteur habituellement dévolu à la famille du patient souvent inexistante.

Il s'agit de « pallier » pendant l'hospitalisation, aux carences de l'hôpital dont le souci premier n'est pas toujours le bien-être du patient.

« A M' on prend peu le patient en charge par exemple, on a une patiente là pour l'instant et qui n'a plus de souliers. C'est notre A.S. qui l'a accompagnée pendant son hospitalisation pour lui acheter des souliers. Idem, elle a dû aller chez le médecin pour lui faire soigner les pieds. M' ne s'occupe pas de tout cela. Le confort du patient n'est pas pris en compte, ils ne s'occupent que de la surveillance. Ils n'ont pas le temps de faire autre chose. »

(Médecin)

Il n'est pas toujours facile pour le personnel de l'hôpital trop peu nombreux d'effectuer un travail qui prend du temps.

Et enfin, il y a les psychotiques dans la cité, suivis par les professionnels des S.S.M. :

« Ce sont des contrats à vie que l'on a avec ces gens-là ; on les accompagne toute leur vie. »

(Psychiatre)

Cet accompagnement ne signifie pas toujours le même type de travail et le même budget temps à tous moments. Ceux-ci varient selon les périodes... c'est-à-dire selon que le patient soit calme ou agité. En période calme, cela peut représenter 10 minutes tous les jours au service plus quelques visites à domicile, le patient est alors stabilisé ; en période agitée ou de crise, c'est totalement imprévisible, cela peut prendre des journées entières et mobiliser plusieurs personnes.

Il y a donc psychotiques et psychotiques !

« Dans ma consultation, j'ai 50 % de psychotiques. »

(Psychiatre consultant à l'hôpital général)

Les situations de vie de ces psychotiques sont également très variables. C'est ainsi que certains sont suivis par le S.S.M. tout en étant hospitalisés, d'autres vivent une vie étriquée en maison de repos, protégés par le S.S.M., et non pris en charge par la Santé publique, d'autres encore refusent tout soin et passent entre les mailles du filet ou certains, moins nombreux peut-être, réussissent à avoir une « pas trop mauvaise vie ». Voir exemples en annexe.

3.3.3 - Supervision - Animation

Cette activité de prévention auprès d'autres professionnels est également effectuée par presque la totalité des services (93 %).

C'est une des activités spécifiques des services aujourd'hui que de pallier aux carences des institutions sociales ou éducatives qui soit, font preuve de dysfonctionnement, soit n'ont pas de personnel formé au travail psychologique ou psychiatrique dans des lieux où c'est nécessaire.

Les institutions concernées sont principalement les homes (personnes âgées, handicapés, mères célibataires...), l'O.N.E., les crèches, les CPAS, les I.M.P., l'O.P.J. et même l'hôpital V.

Autant d'institutions où la fonction soit de tiers régulateur, soit de soutien, soit de guidance, permet aux différents professionnels de mieux comprendre certaines situations et par là même de les supporter plus facilement.

Ainsi, par exemple, dans une institution peu formalisée telle la maison maternelle pour jeunes mères célibataires, le personnel peu formé ne sait pas très bien à quoi il sert, la fonction est indéfinie, c'est donc plus difficile pour ce personnel qui a donc plus besoin de quelqu'un de structurant à l'extérieur.

« J'ai remarqué que ces professionnels ne continuent pas tout seuls, l'expert psy doit continuer avec eux. Quand on se retire parce qu'on trouve que ça va, ça s'effiloche. On est le garant de l'institution, on est une forme d'éthique, de suivi des gens. Je travaillais dans un I.M.P. à S' Josse et quand je suis partie, tout était à recommencer comme avant. Finalement, c'est le formateur qui structure l'institution. C'est comme un patient chronique, on est parti avec lui pour la vie. De plus, le passage à un autre formateur n'est pas facile, car le transfert institutionnel est souvent très fort. »

(Médecin)

Par ailleurs, en n'appartenant pas à l'équipe, le psychiatre peut se permettre le luxe d'intervenir là où le médecin est obligé de soutenir son équipe et ne peut donc pas prendre l'initiative d'une décision qui irait à l'encontre de l'équipe.

De même, également par rapport à la famille, il peut intervenir et exiger certaines modifications de situations.

C'est ce que recouvre le mot de TRIANGULATION.

Etre un tiers permet d'occuper une position souvent intenable quand on fait partie de l'institution car on doit défendre les intérêts de cette même institution.

Il est apparu que parmi toutes ces interventions qui sont multiformes, il est au moins un point commun et le plus important : la supervision est un métier.

Savoir poser rapidement le bon diagnostic ou faire l'intervention adéquate relève d'une pratique spécifique qui ne s'improvise pas. Ici aussi la valeur de l'expérience prend tout son sens.

Le professionnel du S.S.M. effectue en un temps court et dès lors économique, des interventions que ne sauraient faire les intervenants de première ligne non formés à la dimension psychologique. C'est d'autant plus économique qu'à travers cette consultation, un grand nombre de cas sont touchés. En terme de santé publique, la couverture de soins est plus large qu'à travers la seule pratique de consultation.

En terme d'efficacité, cela mériterait des études comparatives de cas. Ceci est hors du propos de cette étude.

3.3.4 - Collaboration avec la justice

Trois-quarts des services collaborent avec la justice sous des formes diverses qui relèvent autant du préventif que du curatif. Deux services surtout ont des activités structurées autour de projets précis. L'un a une antenne prison, et le travail avec la justice constitue plus de 35 % de son activité non consultation et l'autre tient une boutique d'Infor-Justice.

Pour d'autres services, la collaboration avec la justice comprend :

- soit le suivi par le psychiatre de consultants **séjournant en prison** ;
- soit le **follow-up de détenus** issus des prisons de Bruxelles, Forest et Lantin. Ces derniers sont encouragés à introduire une demande auprès des services de santé mentale.

Il s'agit de cas de défense sociale

- soit encore un travail sous mandat de guidance en collaboration avec le **Tribunal de la Jeunesse**. Il s'agit de guidance sous ordonnance ou expertise.

Ce travail comprend :

- * des entretiens avec l'enfant ou l'adolescent et la famille au service ou à domicile ;
- * du travail de coordination avec d'autres intervenants (institutions, services sociaux, écoles, délégués, etc.) ;
- * rapports et présences aux audiences du juge.

3.3.5 - Formation

Le travail de formation (cours, conférences, préparations de séminaires) se distingue de la supervision dans la mesure où il s'agit de formation explicite à la dimension psychologique auprès des différents publics et non de supervision de cas suivis par d'autres.

Un grand nombre de services (82 %) forment d'autres professionnels mais certains plus que d'autres.

Ainsi, c'est sans surprise que l'on constate que les services universitaires développent fort cette activité à côté de leurs consultations.

Ainsi l'un des services universitaires définit ses formations en termes de thèmes (psychologie et psychopathologie de la personne âgée, des assuétudes) destinés aux infirmiers, kinés, médecins, assistants sociaux ou encore l'encadrement et la supervision des assistants spécialistes. L'autre service définit les lieux de ses activités de formation, des hôpitaux généraux et psychiatriques, des écoles sociales et autres institutions spécialisées (adolescents). Ce service fait d'ailleurs autant de travail de supervisions que de formations.

Celles-ci sont effectuées principalement par les psychiatres et les psychologues à la différence de la majorité des autres activités non consultation.

3.3.6 - Activité de psychogériatrie

C'est une activité qui est apparue récemment dans les services de santé mentale¹⁰ et qui fait suite entre autres à l'établissement de convention entre six S.S.M. et l'Administration.

Ces services ont reçu une extension de personnel pour s'occuper des personnes âgées, extension, qu'ils ont répartie différemment selon leurs besoins et leur politique de soins.

Au-delà de cela, un service est spécialisé dans l'aide aux personnes âgées et d'autres services non mandatés par l'Administration s'en occupent également.

Nous avons relevé quelques informations auprès de 3 services s'occupant de personnes âgées. Celles-ci sont surtout des femmes (78 %), âgées de 60 à 69 ans (48 %), appartenant à la même commune que le service (70 %), référées par les services sociaux (29 %) ou l'hôpital général (21 %), souffrant plus facilement de psychose et de démence (34 %) que de problèmes dépressifs (17 %) et d'état-limite (10 %).

3.3.7 - Orientation scolaire et professionnelle

Bien qu'effectuée par plus de la moitié des services (57 %), cette activité spécifique est surtout réalisée par des services en contact avec des enfants.

Notre étude porte uniquement sur les services adultes mais il en est parmi eux qui voient des enfants parfois même surtout des enfants. Il leur est d'ailleurs difficile de distinguer dans leur activité auprès des enfants et des enseignants, ce qui est rigoureusement thérapeutique et ce qui a un impact préventif pour d'autres enfants.

Dans ce cas, il s'agit surtout de travail auprès d'écoles maternelles dépendant de l'ensemble de la Ville de Bruxelles.

Pour d'autres services, il s'agit d'intervention au niveau de P.M.S. libre et d'Etat où il est question d'aide à l'orientation scolaire ou encore plus directement d'orientations scolaires auprès d'écoles privées ou communales ou encore d'orientations auprès d'instituts médico-pédagogiques.

On peut se poser la question de la pertinence de l'intervention des services de santé mentale auprès de populations scolarisées alors qu'il existe déjà des institutions pour ces fonctions.

¹⁰ Cfr M. VAN DORMAEL et M.N. BEAUCHENE, *Prévention en psychogériatrie*, Rapport de recherche sous la direction de M. MOULIN, Centre de Sociologie de l'Institut de Sociologie de l'U.L.B., Bruxelles, 1987. Cette étude montre qu'il y a peu de temps encore, les S.S.M. ne s'occupaient pas des personnes âgées.

A nouveau ici, les services de santé mentale, petites institutions souples, pallient aux carences d'institutions trop souvent bureaucratisées pour remplir parfois encore adéquatément et individuellement les missions qui leur sont confiées.

Pour les services de santé mentale, la notion du cas est fondamentale étant donné leur orientation très clinique ; pour les grandes organisations, ce n'est plus toujours possible aujourd'hui.

3.3.8 - Coordination sociale locale

Activité plus ou moins récente selon les services mais **partagée par la quasi totalité (93 %)** des services, la coordination sociale locale, toujours effectuée par les assistant(e)s sociaux(ales) témoignent d'une inscription territoriale des services de santé mentale.

Par ce biais, ils remplissent du moins partiellement leur fonction territoriale de secteur telle qu'elle fut définie par l'arrêté royal de 1975.

Dans la majorité des communes bruxelloises se sont mis en place, soit à l'initiative des pouvoirs communaux, soit spontanément, des regroupements des différents travailleurs sociaux issus autant d'institutions traditionnelles (CPAS, communes, mutualités) que de mouvements associatifs très présents sur Bruxelles.

Citons par exemple sur Woluwé le réseau Entrelacs qui regroupe les P.M.S., S.O.S. Enfants, le service social communal, Wolu-Services, les crèches, les travailleurs médico-sociaux et les assistants de police.

Sur Bruxelles-Ville on retrouve la coordination sociale de la Senne.

A S^t Gilles, on retrouve surtout une participation active à différents mouvements associatifs (prévention du sida, prévention de l'endettement, de la délinquance, de la maltraitance et des abus sexuels avec S.O.S. Enfants, à S^t Pierre, le CPAS, l'O.N.E. et les P.M.S., la prévention du logement avec l'union des locataires.

« La coordination provoque un effet de convivialité, on sait mieux qui fait quoi. Ça fait boue de neige et on se passe l'information. Le problème, c'est la récupération politique au niveau de la coordination. On se rend compte maintenant qu'on est sollicité par le politique. Cela se passe d'ailleurs dans les locaux du CPAS. C'est compliqué. Les gens de la base ont très peur du politique. En même temps, le politique peut être utile, donc il faut tout le temps avoir une position de négociation...

... Et le problème, c'est que les gens qui sont payés à l'acte ne vont pas à ces réunions de réseaux. Comment les mobiliser pour autre chose... ? »

(A.S., 20 ans dans même institution)

Autre exemple :

« Un A.S. de la Fédération Saint Michel est venu me contacter et à nous deux, on a pris contact avec toutes les associations publiques et privées qui se trouvaient sur le territoire à savoir 87 associations dont 35 ont payé leur cotisation à la coordination et on a établi une carte sociale.

Je ne peux pas imaginer travailler sans cela. Puisque nous n'avons rien à offrir, ni argent, ni carnet de mutuelle, etc. il faut tout le temps travailler avec les autres institutions.

Et dans les grosses institutions, il faut connaître les gens, car il faut avoir un rapport de confiance. A ce moment-là, on peut obtenir les choses. Ainsi, par exemple, pour un monsieur qui avait des dettes, j'ai pu obtenir un prêt de 50.000 frs en téléphonant à une institution qui eux m'ont fait confiance. Il est évident que cette personne, à elle toute seule n'aurait pas obtenu ce prêt.

Par contre le minimex, elle l'aurait obtenu sans moi. »

(A.S. 15 ans dans même institution)

Autre avantage de la coordination sociale : éviter la sur-consommation sociale.

« On est très fort en contact avec tous les intervenants sociaux sur le territoire. C'est aussi indispensable pour éviter la sur-consommation sociale : on se rend vite compte que les gens ont déjà été quelque part et on peut clarifier cela avec les gens eux-mêmes.

Souvent on a des coups de fil à propos d'un cas, que faites-vous dans ces cas-là, moi je fais ça pour essayer de faire en sorte de ne pas faire des duplicatas des actions sociales. »

(A.S. 15 ans dans même institution)

3.3.9 - Travail en intersecteur

Partagée par 72 % des services, cette activité revêt des formes différentes avec plus ou moins de succès selon les services.

Il s'est créé par exemple un réseau entre le service de garde d'un hôpital et différents services de santé mentale partageant plus ou moins la même conception du travail, condition de base, pour que s'installent des collaborations dans ce secteur ayant une nette tendance à l'individualisme par ailleurs. Ce réseau qui regroupe S^t Luc, le Grès, le Wops, le Chien Vert, la Gerbe soit le Sud-Est de Bruxelles, organise des séminaires de cas une fois par mois et surtout collabore au niveau des patients. Les services ont pris l'engagement de venir dans les 24 heures à la garde de S^t Luc pour tout patient de leur territoire.

Ces mêmes tentatives de réseau ont plus ou moins échoué ailleurs.

Autre forme de collaboration entre services est la collaboration qui existe entre les services néerlandophones. Celle-ci est instaurée du fait de leur spécialisation plus explicite et sans vouloir faire

d'analyse socio-culturelle, nous dirons d'une tendance plus marquée des néerlandophones à travailler les uns avec les autres de manière plus organisée et moins individualisée que les francophones.

De plus, il règne parmi eux un consensus plus élevé quant au travail à faire en service de santé mentale.

A titre d'exemple, tous sont d'accord pour reconnaître qu'il est très important de travailler avec les intervenants de première ligne.

Les organisations auxquelles ils sont affiliés contribuent à favoriser le travail en intersecteur que ce soit la F.D.G.G. et le V.M.S.I. pour les néerlandophones ou l'A.S.S.M.B. pour les services francophones qui servent d'association professionnelle aux travailleurs.

3.3.10 - Ecole de devoirs

Etant donné la cible de notre étude (services adultes) ou peut-être encore pour d'autres raisons, peu de services (13 %) pratiquent l'école de devoirs, activité par ailleurs à la frange du socio-culturel. Il s'agit soit de réunions dans des écoles primaires communales d'aide aux enfants en difficulté à l'école et/ou à la maison, soit d'activités socio-culturelles le mercredi après-midi, de rencontres et de collaboration avec les familles et de suivi psychologique.

Signalons une expérience originale à savoir l'intégration des personnes âgées dans les écoles de devoirs pour apporter leur aide et leur soutien.

3.3.11 - Coordination de soins à domicile

Effectuée par la moitié des services (51 %), deux services surtout se démarquent par un travail original et important à ce niveau-là.

Il s'agit d'un service spécialisé pour les migrants qui travaille beaucoup au domicile des patients et ce en relation avec d'autres instances.

Un autre service participe et soutient une expérience de coordination de soins à domicile d'un vieux quartier de Bruxelles où médecins, paramédicaux et bénévoles assurent les soins à domicile d'une population surtout âgée¹¹.

D'autres formes de prises en charge coordonnées à domicile, moins particulières, sont également installées entre généralistes, CPAS, mutualités et services d'aides familiales.

¹¹ Cfr le Réseau S^{te} Anne à Auderghem.

4 - PROFIL DES CLIENTELES DES SERVICES DE SANTE MENTALE

4.1 - Différence des clientèles des S.S.M. et des hôpitaux psychiatriques

Les S.S.M. n'ont-ils pas des caractéristiques qui les distinguent des services psychiatriques hospitaliers ?

Afin de vérifier cette hypothèse, nous avons examiné leur différence sur le plan des caractéristiques socio-démographiques et psychiatriques.

Nous ne reprenons ici que les résultats significatifs.

4.1.1 - Caractéristiques socio-démographiques

Les patients des S.S.M. sont plus bruxellois que ceux des hôpitaux, ils sont aussi deux fois plus nombreux à venir de la commune où se trouve l'institution. La clientèle est plus locale en S.S.M. ; la sectorisation y est plus effective que dans les hôpitaux.

On retrouve une population légèrement plus féminine que masculine dans les S.S.M. par rapport aux hôpitaux mais la différence n'est pas significative ($P = 0,060$).

Par contre, les patients des S.S.M. sont représentés parmi les gens âgés de 30 à 39 ans et les patients des hôpitaux sont proportionnellement plus nombreux au-dessus de 60 ans.

Dans les S.S.M., on trouve plus de gens mariés que dans les hôpitaux.

De ce fait, les patients des S.S.M. vivent nettement plus avec leur conjoint, tandis qu'en hôpital ils vivent plus en institution.

La proportion de gens seuls est la même dans les deux types de services.

Il y a proportionnellement plus d'étrangers dans notre échantillon S.S.M. que dans celui des hôpitaux. C'est dû entre autre à la forte présence de migrants dans un S.S.M. qui s'est donné comme objectif de travailler avec ces populations.

La population des S.S.M. est plus nombreuse à avoir fait des études supérieures que celle des hôpitaux. Elle travaille plus. Quand elle ne travaille pas, elle dépend moins souvent de la mutuelle ou elle est moins pensionnée.

Par contre, elle est plus au chômage. C'est moins définitif comme dépendance par rapport à l'Etat.

Et enfin, on retrouve parmi elle plus de cadres supérieurs et de professions libérales et moins d'ouvriers non qualifiés.

4.1.2 - Caractéristiques psychiatriques

Sur un plan clinique, les patients des S.S.M. sont proportionnellement plus nombreux à souffrir de troubles dépressifs (63 % versus 37 %), de troubles anxieux (86 % versus 14 %), de troubles psychologiques et d'autres troubles (68 % versus 32 %).

Cependant, contrairement aux idées reçues et comme nous l'avons déjà vu, ils soignent une proportion de troubles psychotiques importante (près d'un patient sur cinq), la moitié de ce qu'on retrouve en H.P.

Ils sont beaucoup plus nombreux que les patients hospitalisés à n'être envoyé par aucun intermédiaire médical.

Ils ont aussi des contacts plus récents avec la psychiatrie que les patients d'hôpitaux psychiatriques. Leur carrière hospitalière est moins lourde : ils sont moins nombreux à être passés par l'hôpital psychiatrique (40 % versus 60 %) et ils ont surtout un nombre moins élevé de passages. Plus de 50 % sont passé deux fois maximum...

Ceci dit, l'hôpital psychiatrique et les S.S.M. ne sont pas deux mondes à part (40 % des patients de S.S.M. sont passés par l'H.P.).

En conclusion, il est vrai que conformément à la littérature¹², la clientèle des S.S.M. présente en moyenne un profil plus élevé sur un plan socio-économique que celle des hôpitaux et un peu moins lourd sur un plan psychiatrique.

4.2 - Hétérogénéité des clientèles des S.S.M. entre eux

Au-delà de leur point commun face aux services psychiatriques, sont-ils différents entre eux ? Autrement dit, le principe d'hétérogénéité que nous avons déjà observé à différents niveaux (consultation, activité, clientèle) dans les S.S.M. se répercuterait-il sur la clientèle ?

Nous allons examiner si les sept services ayant participé à l'enquête-patient suivent des patients différents tant sur un plan des caractéristiques socio-démographiques que psychiatriques.

¹² Il n'y a pas d'étude systématique sur cette question délicate dont la réalité doit sûrement différer de pays à pays. Citons néanmoins R. CASTEL, « Vers les nouvelles frontières de la médecine mentale », *Revue Fr. de Sociologie*, XIV, n° spécial 1973, p. 133. C. MECHANIC, *Alternative to mental hospital treatment : a sociological perspective*, Presented at Conference on Alternatives to Madison, Wisconsin, octobre 1975.

Pour la simplicité de l'exposé, nous ne décrivons pas les tableaux, hormis les diagnostics, caractéristique différentielle principale des patients.

Nous ne reprenons dans ce chapitre que les caractéristiques majeures.

4.2.1 - Les services se différencient par la pathologie de leur clientèle

Tableau 14

	Service A n=218.90	Service B n=83.22	Service C n=73.49	Service D n=223.57	Service E n=41.18	Service F n=56.96	Service G n=93.79	TOTAL n=791.12
Tr. Ment. Org. n= 22.04	5.26	1.75	7.59	0.00	8.45	0.00	0.00	2.79
Tr. psychot. n=138.79	23.68	28.07	21.52	7.69	42.25	2.60	12.05	17.49
Tr. dépres. n=206.47	30.70	19.30	17.72	25.00	18.31	32.47	30.12	26.10
Tr. bipolaires n=60.83	8.7	5.26	2.53	13.46	2.82	1.30	3.61	7.69
Tr. anxieux n=121.47	17.54	10.53	16.46	21.15	12.68	9.09	4.82	15.35
Assuétudes n=56.52	7.89	3.51	11.39	9.62	5.63	1.30	3.61	7.14
Tr. psychol. n=81.66	5.26	5.26	17.72	5.77	4.23	31.17	21.69	10.32
Autres n=103.74	0.88	26.32	5.06	17.31	5.63	22.08	24.10	13.11
TOTAL n=791.12	27.67	10.52	9.29	28.26	5.21	7.20	11.86	100.00

D.F. = 42

$\chi^2 = 234.967$

P. = 0,0001

Quatre services A, B, C et E se caractérisent par un plus haut pourcentage de patients souffrant de troubles psychotiques (soit un sur cinq minimum) que les autres services. Nous proposons de l'appeler groupe 1.

Un deuxième groupe de services, groupe 2, F et G, se caractérise par une proportion plus élevée de patients souffrant de troubles psychologiques, d'autres troubles et de troubles dépressifs.

Et enfin, un troisième service D, groupe 3, se différencie des autres surtout par un haut taux de patients souffrant des troubles anxieux.

4.2.2 - *Caractéristiques socio-démographiques*

Les différents services se différencient significativement par l'âge et le sexe sans que des tendances apparaissent au travers des groupes constitués ci-dessus.

Les services diffèrent significativement par l'état-civil, le groupe 1 se caractérise par une proportion plus élevée de célibataires (les psychotiques sont souvent célibataires) alors que plus de la moitié du groupe des patients 3 est mariée.

Et de même, les patients du groupe 1 vivent surtout seuls ou en institution, les patients des groupes 2 et 3 vivent avec leur conjoint.

Dans le même ordre de données, le groupe 3 se distingue par un niveau de qualification professionnelle plus élevée que la moyenne de l'échantillon. Les patients ouvriers se retrouvent plus facilement dans les services où la proportion de psychotiques est élevée.

Seul le service du groupe 3 et un service du groupe 2 ont plus de la moitié de leur clientèle qui travaille. Les services du groupe 1 ont une majorité de leurs patients qui ne travaillent pas.

4.2.3 - *Caractéristiques psychiatriques*

Deux services seulement ont une proportion significative de leur clientèle qui arrive en urgence.

Seul le service du groupe 3 voit ses patients arriver en grande majorité de leur propre initiative. Dans les autres services, c'est principalement l'entourage du patient qui est à l'origine de la consultation.

Dans 3 des 4 services s'occupant beaucoup de psychotiques, le psychiatre est le principal envoyeur.

Il en va de même pour le service du groupe 3, proche d'une clinique universitaire où un patient sur quatre est envoyé par le généraliste.

Seul un petit nombre de patients du groupe 1 a un contact ancien avec la psychiatrie. En ce qui concerne les hospitalisations en psychiatrie, on trouve des antécédents d'hospitalisations chez plus de la moitié des patients des 3 services du groupe 1.

On remarque encore un tiers de patients avec antécédents d'hospitalisation dans la clientèle du groupe 3.

En résumé, nous avons remarqué malgré la relative cohérence des trois groupes, basée sur la pathologie, les différences entre les services l'emportent sur les ressemblances. Les S.S.M. ne sont pas plus homogènes par leur clientèle que par les autres composantes.

Les services du groupe 1 à plus haut taux de psychotiques ont une population plus lourde sur le plan socio-économique 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 socio-économique 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 S.S.M. 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 :

1° les S.S.M. s'occupent aussi de patients lourds ;

2° les S.S.M. sont en relation avec le secteur hospitalier psychiatrique.

CONCLUSIONS

LES SERVICES DE SANTE MENTALE, DES ORGANISATIONS A PROJETS

L'hétérogénéité des S.S.M. constatée à plusieurs niveaux s'explique partiellement du fait que ce sont ce que l'on a appelé des **organisations à projets**.

Ces organisations qui rassemblent des professionnels autour d'un projet commun souvent alternatif se caractérisent par des structures de travail plus conviviales s'adaptant particulièrement à des entreprises¹³ de petite dimension qui se lancent dans des activités demandant peu de capital de départ et pour lesquelles très souvent la créativité est importante.

Elles produisent généralement des biens et des services « différents », le plus souvent socialement utiles. Au niveau des principes, elles s'opposent au modèle bureaucratique et hiérarchique, ce qui se traduit par un refus des relations d'autorité, un désir d'égalité et par conséquent de partage du pouvoir, une recherche de polyvalence et d'auto-organisation, un désir d'épanouissement de soi à travers la maîtrise d'un métier, une volonté de vivre des relations plus humaines, plus chaleureuses, davantage basées sur la coopération que sur la compétition¹⁴.

Des auteurs¹⁵ ont montré que ces types d'organisations se sont développés plus facilement dans le champ de la psychiatrie et de l'éducation, domaines où le questionnement sur la validité du produit, c'est-à-dire le service que ces organisations rendent à la société, la santé et l'éducation ont fait et font toujours l'objet de questionnement public important depuis 25 ans.

C'est la raison pour laquelle, que ce soit dans la mouvance du secteur français qui a servi de modèle à certaines institutions bruxelloises ou en réaction ouverte à l'hospitalisation, de petites équipes de travailleurs, regroupant **divers types de professions**, se sont constituées ou redéfinies autour de projets alternatifs, principalement ceux qui sont nés après 1960.

Les différentes composantes des organisations à projets expliquent partiellement la diversité des services de santé mentale.

Il arrive même que le principe de la différence soit à la base du projet commun ou individuel. On entend se différencier des autres institutions mais aussi des autres services de santé mentale.

Le projet que leurs promoteurs défendent (travail de secteur, médecine sur le terrain, psychiatrie communautaire...) définit très fortement leur identité professionnelle voire personnelle.

¹³ Le terme « entreprises » est utilisé ici au sens large et se réfère aussi bien à des entreprises de production ou de services qu'à des associations socio-culturelles.

¹⁴ Cfr M. GARSOU, D. VAN DEN HOVE, *Les organisations alternatives : une autre manière de gérer les différences*, Institut Sc. Travail, U.C.L., Dossier n° 5, juin 1983.

¹⁵ R. SAINT SAULIEU, P.E. TIXIER, M.O. MARTY, *Les fonctionnements collectifs de travail*, Rapport de recherche CSO MACI, Paris, 1978.

« On est notre propre patron, on peut mettre quelque chose en place tout en conservant une certaine éthique. On a pas mal de créativité... » Dans ce cas, la définition de soi passe par la définition de son activité surtout lorsque celle-ci peut-être créatrice. Dans le domaine de la santé mentale, et plus particulièrement de la psychothérapie, le principal outil de travail est la personne du thérapeute elle-même ; celle-ci qui a suivi un long parcours de formation, mais cela suppose aussi que l'on ne fait bien que ce que l'on aime. « Pour bien travailler avec des psychotiques, il faut les aimer. »

Dès lors, toucher à la définition de son travail, c'est souvent toucher à la personne toute entière... La résistance de ce secteur à l'évaluation parfois ressentie comme contrôle n'en est que plus renforcée. Ces modèles théoriques et l'organisation pratique de la division du travail diffèrent d'un service à l'autre. **Dans l'ensemble, la définition du travail se fait plutôt à partir de critères internes au service qu'à partir de critères externes tels que les besoins des populations ou l'imposition d'un modèle par les pouvoirs publics. Cependant, tout ceci ne suffit pas à expliquer la totale hétérogénéité des services et l'absence d'une définition en terme de santé publique.**

Par ailleurs, l'absence d'une politique de planification des services et le manque de moyens accordés aux objectifs vastes (traitement, prévention) ont renforcé cette diversité.

Nous avons déjà signalé la marge de manœuvre et d'interprétation très large que laisse aux services le cadre général de l'arrêté royal de 1975 en ce qui concerne les modalités d'application des mesures prises, leur contrôle et leur évaluation. C'est dans cette « zone d'incertitude » que les acteurs vont pouvoir définir leur stratégie. Il en résulte **une très grande diversité de situations** sur le terrain où manifestement la stratégie la plus suivie par les professionnels est de **trouver leur créneau**, en relativisant fortement les objectifs officiels. La notion de service public si elle est présente, n'est pas dominante. Plusieurs modèles sont donc possibles et les combinaisons ne sont pas exclues.

Les stratégies sont plus diversifiées que celles que nous avons identifiées dans une recherche précédente et qui consistaient à jouer la carte du secteur quand les atouts sont suffisants soit celle de la prévention primaire ou secondaire.

Dans ce cas, les professionnels travaillent à la formation et au soutien des professionnels de première ligne (généralistes, CPAS, hôpitaux, maisons d'accueil, etc.).

D'autres services se spécialisent dans la « post-cure » de patients sortis d'hôpitaux psychiatriques ou alors résolument dans la consultation.

A côté des services « forts » bénéficiant soit d'atouts locaux ou institutionnels, soit d'un passé « militant » de ses membres, on observe dans d'autres services un malaise provenant plus souvent d'un manque de consensus que d'un manque de moyens. Ce manque de consensus entraîne la fragilisation des services de santé mentale dans la mesure où l'une des conditions d'un bon

fonctionnement des services est l'homogénéité du groupe par rapport à un projet collectif différent d'un service à l'autre, et aussi par rapport aux valeurs qui le sous-tendent.

La combinaison de ces caractéristiques à savoir le fait d'être des organisations à projets et l'absence de planification a contribué largement à favoriser l'hétérogénéité quasi totale des services de santé mentale. Les services diffèrent tant par la taille des équipes, le type de clientèle, les modèles théoriques, c'est-à-dire la définition du travail, que par ce que nous avons appelé leur « vocation spécifique ». On notera cependant que la clientèle des S.S.M., même si elle diffère d'un service à l'autre, est en moyenne significativement différente de celle des hôpitaux psychiatriques. S'il y a un tronc commun de patients (principalement psychotiques), il y a aussi une clientèle spécifique aux S.S.M., moins « lourde » sur un plan social et psychiatrique que la clientèle des hôpitaux psychiatriques.

Au-delà de leur hétérogénéité, les S.S.M. possèdent des caractéristiques communes qui les démarquent des autres institutions de santé mentale.

Spécificités des Services de Santé Mentale (S.S.M.)

En termes de santé publique, les S.S.M. assurent seuls deux types de spécialités non concurrentiels avec le privé, à savoir **la prévention et la prise en charge du psychopathologique lourd.**

Si c'est une activité importante des S.S.M. que d'offrir des services de consultation proches du domicile et à prix réduits, ils ne sont pas nécessairement les seuls à le faire.

La consultation est couverte par le privé et par les services de consultation d'hôpitaux généraux et psychiatriques.

Les activités de prévention primaire, secondaire et tertiaire et de formation permettent une couverture de soins plus grande que ne peut le faire la seule consultation.

Les S.S.M. ne peuvent en effet couvrir tout « l'ambulatoire » par la seule consultation.

Le soutien et la formation aux intervenants de premières lignes permet d'atteindre des gens qui ne fréquenteraient pas un S.S.M.

Soulignons que cette perspective est particulièrement défendue par les S.S.M. néerlandophones très soucieux d'assurer le soutien à la première ligne d'intervenants.

Ce que nous avons appelé le psychopathologique lourd est également particulier aux S.S.M. Il s'agit de tout ce qui n'est pas un simple acte technique et qui fait partie de la réalité de la prise en charge.

Si d'une part le travail en médecine et en psychiatrie relève d'un modèle scientifique pur et dur¹⁶ quantifiable et mesurable qui retient plus facilement le beau cas que les autres, il n'en reste pas moins que la réalité quotidienne telle que nous l'avons décrite relève d'un autre modèle.

Ce modèle, plus pragmatique et moins noble ne fait l'économie ni de l'humain ni du social, moins gérable et médicalisable.

L'humain individuel et le social sont deux dimensions incontournables qui entretiennent un rapport particulier au temps en ce sens qu'on ne peut ni les programmer, ni raccourcir un rythme plus souvent lent que rapide, sous peine de créer des carences, tout comme dans l'éducation.

Ces dimensions impliquent une part de travail quotidien non valorisé mais indispensable appelé un peu abusivement par les sociologues américains « *dirty work* », part du travail qui se retrouve dans toutes les institutions qui travaillent avec des patients chroniques ou qui assurent le follow-up des patients. Ainsi, la prévention comme la prise en charge du psycho-social sont deux activités à la fois indispensables dans un réseau de soins et impayables à la prestation. Elles doivent dès lors être assurées par un système forfaitaire comme c'est le cas actuellement.

¹⁶ Des études tant médicales que sociologiques montrent que même le modèle scientifique n'est pas si pur et dur que cela et se doit d'intégrer soit d'autres dimensions (magiques), soit l'échec de la rationalité. Cfr KELLER, M.B., LAVORI, P.W., KLERMAN, G.L., ANDREASEN, N.B., ENDICOT, J., CORYEEL, W., FAWCET, J., RICE, J.P., HIRSCHFELD, R.M., « Received by Depressed Patient », in *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 43, May 1986, pp. 458-466.

RECOMMANDATIONS

Suite à l'analyse effectuée, il nous semble nécessaire d'adapter la réglementation à l'évolution des S.S.M.

L'originalité des S.S.M., organisations « à projets » est leur créativité qui est une richesse dans une société complexe et bureaucratisée. Cette créativité doit être maintenue sous peine de voir disparaître tous les efforts d'un personnel dont l'implication au travail est très forte.

Aujourd'hui, que ce soit dans les S.S.M. ou dans de grandes organisations, comme le signale Michel Crozier, « plus personne n'obéit facilement, il faut changer de mode de management. Passer d'un style coercitif à un style de confiance. S'appuyer sur la capacité des gens plus libres à faire de meilleurs choix plutôt que d'essayer de restreindre ces choix... car la capacité d'innovation de sociétés riches de culture, de morale, de capacités relationnelles, de passion, de débrouillardise comme la nôtre, est de beaucoup supérieure à l'image qu'on s'en fait au sommet de la pyramide »¹⁷.

Si le style coercitif n'a jamais prévalu en matière de service de santé mentale en Belgique, il est temps de faire **ouvertement** confiance aux divers professionnels des S.S.M. plutôt que de laisser faire par une absence de politique concertée. Cela implique le maintien d'exigence minimale en matière d'objectifs.

Une programmation des services à l'échelon de la région devrait être effectuée à partir de l'évaluation des besoins des populations. Cette évaluation devrait également porter sur les besoins en formation et information des acteurs concernés de près ou de loin par la santé mentale.

- Ainsi les S.S.M. devraient mieux définir le ou les projet(s) qui sont les leurs, veiller à une évolution positive de la réalisation des projets et accepter de les soumettre à **une évaluation** par un organisme adéquat mandaté par les pouvoirs publics. Celui-ci les aiderait à atteindre leurs objectifs tout en tenant compte de leurs particularités et des besoins des populations dont ils ont à s'occuper. (Soutien au recueil des données démographiques et socio-épidémiologiques). Cette évaluation devrait porter à la fois sur l'adéquation des objectifs du service par rapport à des objectifs généraux de santé mentale et plus précisément sur l'évolution des projets correspondant aux critères préalablement définis. Cette évaluation devrait être pluri-annuelle et serait fonction d'un agrément pluri-annuel également.

- Les projets doivent concerner la santé mentale des populations. Ainsi par exemple les projets relevant de la prévention, notion prioritaire en santé mentale devront être définis **avec précision**.

¹⁷ M. CROZIER, « Liberté, Complexité », in le *Débat*, n° 60, 1990, p. 78.

Ainsi par exemple la formation des acteurs de première ligne. Il faudra être attentif au fait que la notion de prévention primaire, très large, ne pourra servir à des projets relevant du domaine socio-culturel. Ceux-ci devront élargir à d'autres budgets que celui de la santé mentale.

- La notion de « secteur », territoire à desservir, de « couverture de santé publique » sont à maintenir au-delà des spécificités et des projets particuliers. Cela de plusieurs manières :
 - sous la forme de **partenariat** (cfr Coordination Sociale Locale) avec les différentes institutions présentes sur le territoire tant communales, sociales que psychiatriques (habitations protégées, hôpitaux, maisons de soins psychiatriques). Rappelons ici que les relations inter-personnelles sont incontournables et qu'une bonne collaboration prend du temps.
 - par le **maintien de la consultation** ouverte au tout venant quels que soient les projets par ailleurs et le temps qui leur est consacré.

Les S.S.M. ont d'ailleurs prouvé qu'ils assuraient le suivi en consultation des patients qui leur étaient adressés.

Une question reste ouverte : les services de santé mentale doivent-ils répondre à l'urgence ? Faut-il maintenir des permanences en dehors des heures ouvrables ?

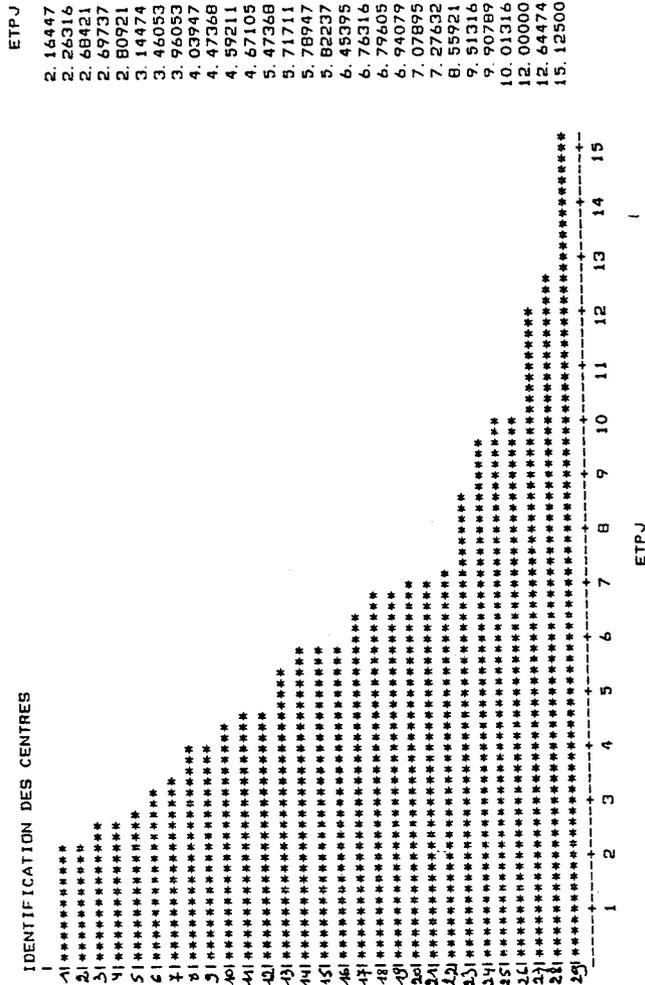
- par une « **surveillance épidémiologique** » du secteur dont les S.S.M. ont la charge et la responsabilité afin de voir si les besoins sont couverts. Nous entendons par là une compréhension des problèmes spécifiques de leur territoire. Ils se définiraient ainsi plus à partir de critères externes (besoins des populations) qu'internes (volonté des professionnels). Ils pourraient être assistés par un organisme telle que la plate-forme de concertation, qui doit être capable d'assurer une plus grande cohérence entre les différentes institutions et les services.

Les critères d'agréments sont trop stricts concernant les exigences du type de professionnels requis et du volume horaire à respecter. Les exigences sont aussi strictes que les objectifs sont peu précis et handicapent parfois le fonctionnement de certains services.

Une autonomie plus grande des services quant à la gestion du personnel serait souhaitable. De même, le mode de subsidiation soumis à une trop grande bureaucratisation entraîne des retards de paiements préjudiciables à tous les niveaux et contribuent au sentiment de précarité parfois présent chez les professionnels des S.S.M. Cela peut handicaper la réalisation de projets qui supposent une projection dans le temps. La solution de l'enveloppe adaptée annuellement pourrait éviter les retards de paiements.

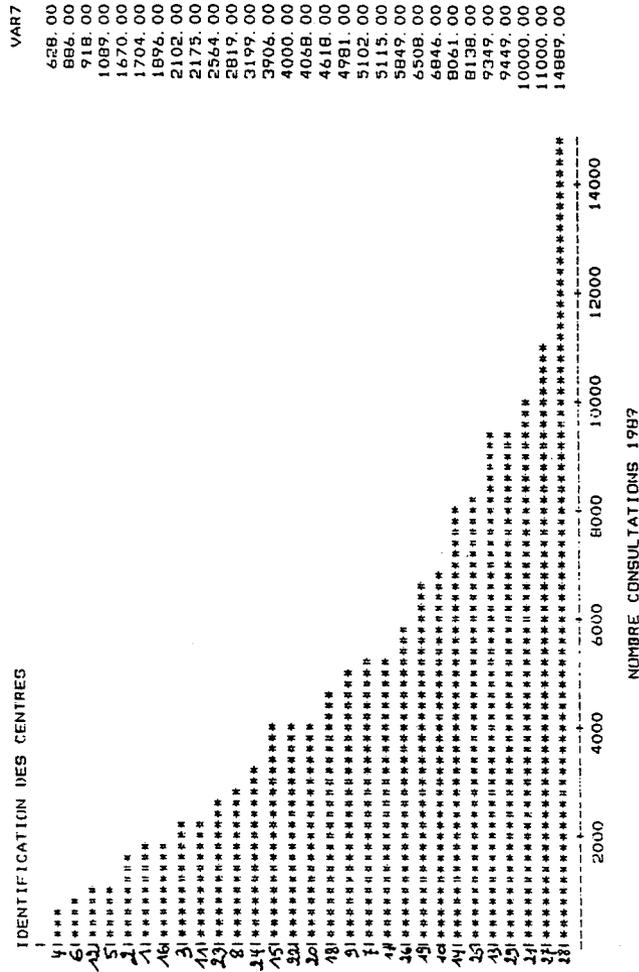
SAS Tableau 1. ETP/semaine.

BAR CHART OF ETPJ



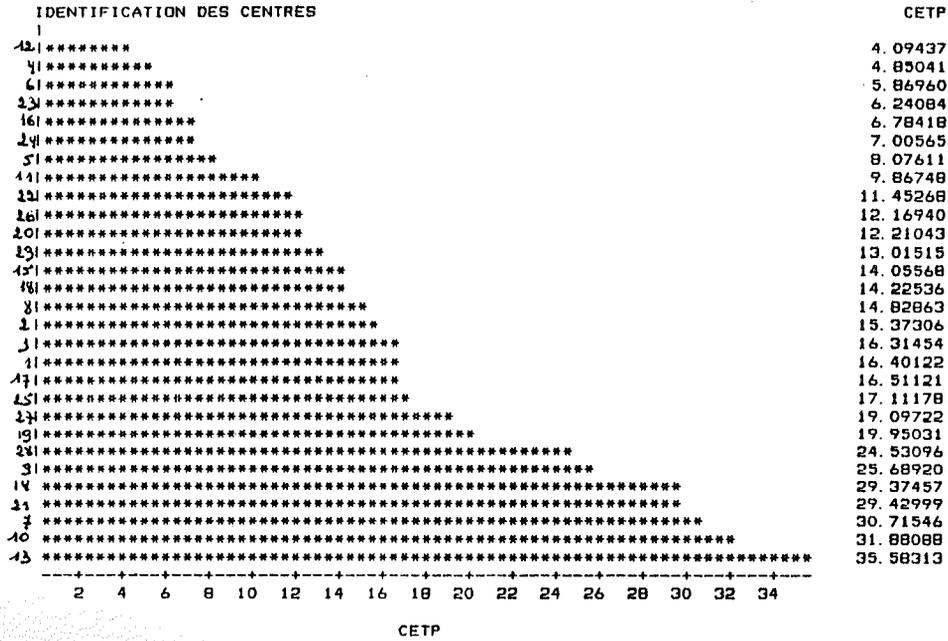
SAS Tableau 2a. Nombre de consultations 1989.

BAR CHART OF VAR7



SAS Tableau 2b. Nombre de consultations par ETP/semaine.

BAR CHART OF CETP



SAS Tableau 3 : Consultants 1989.

BAR CHART OF VAR6

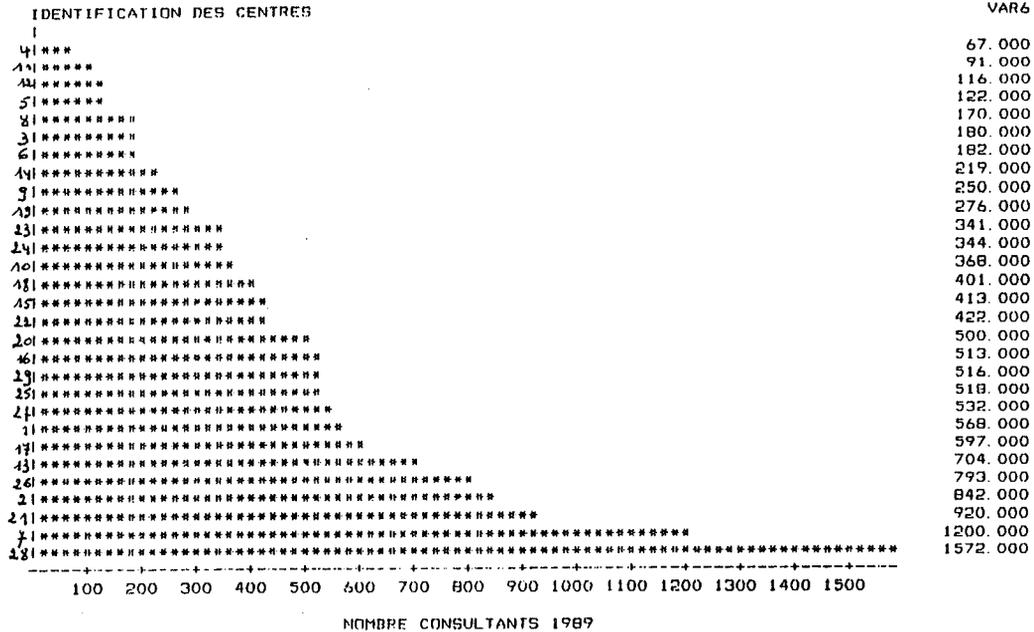


Tableau 4 : Fréquence de consultation

BAR CLAPI OF 11

IDENTIFICATION DES CENTRES

	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36
1																		
2	*****																	
3	*****																	
4	*****																	
5	*****																	
6	*****																	
7	*****																	
8	*****																	
9	*****																	
10	*****																	
11	*****																	
12	*****																	
13	*****																	
14	*****																	
15	*****																	
16	*****																	
17	*****																	
18	*****																	
19	*****																	
20	*****																	
21	*****																	
22	*****																	
23	*****																	
24	*****																	
25	*****																	
26	*****																	
27	*****																	
28	*****																	
29	*****																	
30	*****																	
31	*****																	
32	*****																	
33	*****																	
34	*****																	
35	*****																	
36	*****																	

TI

Tableau 5 : Nouveau Dossier 1989

BAR CLAPI OF 11

IDENTIFICATION DES CENTRES

	100	200	300	400	500	600	700	800	900	1000	1100
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											
31											
32											
33											
34											
35											
36											

TI

Tableau 6 : Turn-over

T2

1	0.302144
161	0.311080
131	0.314770
151	0.366667
31	0.413619
261	0.427553
21	0.429224
141	0.434783
241	0.439560
111	0.453008
271	0.457746
11	0.464000
91	0.465116
24	0.474138
121	0.491803
51	0.503623
191	0.543478
101	0.545024
221	0.556202
291	0.583333
71	0.637363
61	0.676471
81	0.691120
251	0.746819
241	0.776000
201	0.817955
181	0.837521
171	0.888563
231	1.000000
41	

0.05 0.1 0.15 0.2 0.25 0.3 0.35 0.4 0.45 0.5 0.55 0.6 0.65 0.7 0.75 0.8 0.85 0.9 0.95 1

- 214 -

17

SAS Tableau 7 : Visite domicile 1989

BAR CHART OF VAR10

IDENTIFICATION DES CENTRES	VAR10
1	0.0000
291	1.0000
181*	1.0000
61*	3.0000
191**	4.0000
111**	4.0000
121**	4.0000
91***	5.0000
71****	8.0000
271*****	10.0000
261*****	10.0000
51*****	10.0000
281*****	10.0000
41*****	15.0000
201*****	30.0000
31*****	30.0000
151*****	30.0000
131*****	35.0000
171*****	35.0000
231*****	35.0000
21*****	40.0000
101*****	40.0000
221*****	50.0000
251*****	60.0000
211*****	60.0000
11*****	60.0000
241*****	104.0000
141*****	108.0000
161*****	120.0000
81*****	148.0000

10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 110 120 130 140

NOMBRE DOMICILE/MOIS

- 215 -

1 - NOMBRE DE PLACES

Tableau 1 - Nombre de places reconnues au 1^{er} janvier 1987 (adultes)³

	Bruxelles		Belgique	
a) Hôpitaux psychiatriques				
A1	60		555	
A2	44		331	
T1	10		661	
T2	30		801	
Totaux	144	30 %	2.348	83 %
b) INAMI				
Adultes/jour	233		248	
Adultes/nuit	101		223	
Totaux	334	70 %	471	17 %
c) Hôpitaux + INAMI	478	(17 %)	2.819	(100 %)

Nous préférons utiliser le terme de places que celui de lits.

Il correspond aux objectifs de traitement de mobilisation active de la majorité de ces services.

Alors que dans le pays, plus des quatre-cinquièmes des places se situent dans les hôpitaux psychiatriques, à Bruxelles les places INAMI adultes sont plus de deux fois plus nombreuses que les places reconnues par la Santé Publique. Correspondraient-elles mieux à une réalité de terrain ?

Les conventions INAMI sont des conventions spécifiques, contrats uniques conclus entre certains établissements et le comité de gestion du service des soins de santé.

Elles sont spécifiques au point de vue du personnel, au point de vue de l'approche théorique et de l'approche pratique.

³ Étant donné qu'il n'y a pas de lits d'hospitalisation partielle dans les hôpitaux généraux, nous n'avons pas repris ce total pour la Belgique.

2 - NOMBRES DE JOURNEES ET NOMBRES DE PATIENTS

Tableau 2 - Nombres de journées facturées et nombres de patients en 1987 en Belgique (adultes)⁴

	Nombres de journées		Nombres de patients	
a) Hôpitaux psychiatriques				
A1	70.748		1.847	
T1	55.909		689	
Totaux adultes jour	126.657		2.536	
A2	48.811		766	
T2	50.495		576	
Totaux adultes nuit	99.306		1.342	
Total hôpitaux	225.963	60 %	3.878	69 %
b) INAMI				
Adultes/jour	66.515			
Adultes/nuit	80.403			
Totaux adultes	146.914	40 %	1.757	31 %
c) Hôpitaux + INAMI	372.877	100 %	5.635	100 %

La proportion des journées d'hospitalisation couverte par l'INAMI (40 %) est plus de deux fois plus élevée que la proportion des places INAMI (17 %) dans le pays. Ceci nous renvoie au taux d'occupation.

⁴ Nous ne disposons pas ici malheureusement du détail des données pour Bruxelles.

3 - OCCUPATION ET DUREE DE SEJOUR

Tableau 3 - Taux moyen d'occupation et durée moyenne de séjour

	Pourcentage d'occupation	Pourcentage d'occupation corrigée	Durée en jours
a) Hôpitaux psychiatriques			
A1	64	97	38
T1	66	101	81
A2	63		64
T2	55		88
b) INAMI			
Adultes psychotiques		118	112
Adultes toxicomanes		78	49

Si les centres conventionnés INAMI facturent proportionnellement plus de journées qu'ils n'ont de places, c'est que leur taux d'occupation est supérieur. Et en effet d'après les données de Ph. Corten, les places d'hospitalisation partielle reconnues par la Santé Publique atteignent un taux d'occupation de 63 %, les centres conventionnés INAMI atteignent des taux nettement plus élevés. Cependant, un correctif fut apporté à ces taux dans la mesure où les patients ne fréquentent pas les services d'hospitalisation partielle le week-end. Ils sont ouverts 365 jours par an. Les centres conventionnés INAMI n'étant ouverts que 240 jours par an, un facteur correctif s'est imposé. En conséquence, les taux d'occupation des services d'hospitalisation partielle se sont nettement améliorés. Ceci pose aussi le problème de l'opportunité de l'ouverture du week-end par rapport à cette population. Et comme le souligne Ph. Corten, « **Une considération plus exacte de la réalité améliorerait sans doute la viabilité des services d'hospitalisation partielle.** Néanmoins, malgré ce correctif, un écart subsiste, notamment dû à des comptabilisations parfois plus souples dans le cadre de l'INAMI (possibilité de prise en charge à mi-temps par exemple). »

En terme de durée de séjour, la différence entre les deux types de prises en charge est nette. Les séjours dans les centres conventionnés INAMI sont une fois et demi à deux fois plus longs qu'en hospitalisation partielle (sauf pour les toxicomanes, population très labile). Selon l'enquête Corten, la majorité des centres INAMI fonctionnent **comme des centres de revalidation, c'est-à-dire qu'ils fonctionnent intensivement (en actes humains et non en actes techniques) et avec de longues durées de séjour.**

4 - ENCADREMENT

Tableau 4 - Encadrement en personnel thérapeutique pour 30 patients

	Santé Publique (A1)	INAMI	Différence
a) Personnel médical et paramédical			
Psychiatres	1.00	0.25	- 6
Infirmières	3.00	0.25	
Autres paramédicaux (ergothérapeutes, logopèdes)	6.00	2.25	
b) Personnel non médical			
Assistants sociaux	0.50	2.00	+ 5.25
Psychologues	0.50	2.50	
Autres (sociologues, enseignants, artisans)	0.00	1.75	

La différence qualitative entre les deux réseaux de soins apparaît nettement. D'après Philippe Corten et nos interviewés, les professionnels des centres conventionnés INAMI tiennent à cette différence et sont réticents à une reconnaissance par la Santé Publique qui pourrait impliquer d'autres normes de personnel.

Au-delà de ces différences, ce sont deux philosophies de soins qui apparaissent, l'une (Santé Publique) est centrée sur le traitement **médical** avec un encadrement médical et paramédical important ; l'autre (INAMI) se définit plus par une orientation de **resocialisation**. Ce sont des centres psycho-sociaux regroupés aujourd'hui dans la Fédération des structures psycho-socio-thérapeutiques.

Ils n'ont pas pour objectif des mises au point et des traitements médicaux. La place des infirmiers y est marginale.

5 - ARCHITECTURE

Sur ce plan-là également, les deux réseaux se distinguent. Les centres conventionnés INAMI ont choisi des maisons banalisées de taille moyenne respectant globalement l'architecture intérieure. Cela convient mieux à leur objectif de réinsertion du patient dans le milieu de vie.

Lorsque les centres disposent de plusieurs unités différentes, ils ont veillé à les répartir afin d'éviter l'agrégat de patients dans un même quartier et de ce fait de provoquer le rejet par la population locale.

À nouveau, les normes institutionnelles reprises dans la loi sur les hôpitaux apparaissent inadéquates pour des centres qui ont pour objectif la resocialisation. Tel est le point de vue des différents professionnels que nous avons rencontrés.

Par contre d'après Ph. Corten, les normes hospitalières sont adéquates pour tous les centres d'hospitalisation partielle ayant une visée médicale. Et en particulier le développement des services d'hospitalisation partielle en hôpital général serait à conseiller, étant donné la proximité des équipements médicaux et techniques qui permettent d'offrir aux soins ambulatoires des unités de diagnostic et de mise au point neuro-psycho-biologique ne nécessitant pas une rupture souvent préjudiciable avec le milieu de référence.

6 - QUI SONT-ILS ?

« Le concept de guérison n'est pas applicable à une population constituée d'individus vulnérables qui resteront dans une adaptation fragile aux nécessités d'une existence autonome. »⁵

Le Docteur Vermeylen distingue par ailleurs trois types d'évolution⁶ :

- 1° un épisode critique avec parcours psychiatrique bref ou sans hospitalisation suivi d'un retour à une vie normale avec accompagnement psychologique dans certains cas ;
- 2° la crise nécessite une postcure en structure intermédiaire d'hébergement, de jour ou de nuit, suivie du retour comme ci-dessus ;
- 3° la postcure conduit à des essais de vie plus autonomes suivis de rechute et d'installation dans une existence socialement appauvrie avec un filet d'assistance médicale, psychologique et sociale.

Les « nouveaux chroniques » naissent hors des murs de l'hôpital psychiatrique. **Pour eux, nos projets de réadaptation socio-professionnelle doivent être revus à la baisse et nécessitent de longs parcours protégés⁷.**

D'autres solutions d'accompagnements institutionnels doivent être trouvées en dehors des contrats de réadaptation à temps limité dans le cadre des conventions INAMI.

*
* * *

Les « new chronics », le noyau dur de la psychiatrie fait couler beaucoup d'encre. Nous n'allons pas reprendre ici toute cette littérature mais bien les caractéristiques essentielles de la

⁵ Document de travail structures intermédiaires pour adultes 30 juillet 1989.

⁶ J. VERMEYLEN, *Les maladies mentales chroniques*, texte soumis au Comité Scientifique de la recherche.

⁷ C'est nous qui soulignons.

population de l'enquête-patient qui fréquente les services d'hospitalisation partielle et les centres conventionnés INAMI.

*
* * *

- Ils sont bruxellois à 70 %. La majorité des centres étant situés à Bruxelles, l'attraction sur les autres régions n'est pas négligeable.

Ils sont plus masculins (60 %), ont entre 20 et 40 ans (80 %), sont célibataires (70 %), vivent seuls (35 %) ou en institution (31 %), sont belges (87 %). Plus de la moitié (57 %) ont fait des études secondaires. Ils sont surtout employés (36 %) plutôt non qualifiés. La moitié dépend actuellement de la mutuelle et moins d'un cinquième (17 %) travaille.

Ils ne sont pas riches : 83 % ont moins de 30.000 frs.

Leur profil socio-économique est proche de celui de la clientèle des hôpitaux psychiatriques.

- Ils souffrent surtout de troubles psychotiques (58 %) mais également de troubles dépressifs (15 %) et d'assuétudes (9 %).

La moitié d'entre eux sont d'anciens patients : 52 % ont des contacts avec la psychiatrie depuis plus de cinq ans, voire 30 % depuis plus de dix ans. La quasi totalité (96 %) a été hospitalisée en psychiatrie, surtout de deux à cinq fois ce qui est beaucoup, étant donné leur jeune âge.

La moitié des patients (49 %) sont pris en charge ailleurs.

C'est une des options des professionnels de ces institutions que de permettre et encourager les patients à garder leur thérapeute qu'ils fréquentent d'avant l'entrée au centre afin de promouvoir au maximum l'autonomie du patient et la continuité des soins.

C'est une mesure qui pose problème, car elle va à l'encontre de la philosophie de l'INAMI qui souhaite que tout le travail thérapeutique se fasse dans la même institution à travers un forfait « all in ».

- Les patients n'arrivent quasi jamais (0,7 %) en urgence. Les services conventionnés INAMI et les services d'hospitalisation partielle ne se retrouvent pas dans les filières d'urgence et dès lors d'entrée en psychiatrie mais plutôt dans les filières de post-hospitalisation.

D'ailleurs, la majorité (66 %) des patients arrive d'eux-mêmes ce qui n'exclut pas la présence d'un psychiatre (90 %), témoignant encore si nécessaire qu'il s'agit d'une clientèle psychiatisée. Ils arrivent aussi des hôpitaux psychiatriques (53 %) et des services psychiatriques en H.G. (20 %).

Il est prévu que la moitié des patients (48 %) restent dans l'institution pour un séjour plus ou moins long.

C'étaient des patients déjà institutionnalisés, la majorité le restera encore.

Comme les patients d'hôpitaux psychiatriques, ils ont des profils psychiatriques lourds et c'est parmi eux que l'on retrouve le plus de patients chroniques selon les indices que nous avons utilisés.

- En conclusion, il semble bien que ces institutions s'occupent des patients pour lesquels elles ont été créées : c'est-à-dire des patients chroniques, gravement atteints et handicapés dans leur fonctionnement social.

La question qui est posée aujourd'hui n'est plus celle de la guérison, un peu moins celle de la réhabilitation. Le célibat et le non-travail sont mieux tolérés dans une société où l'on commence à admettre que le travail est surinvesti.

La question posée en 1990 quant à la réhabilitation des patients chroniques est celle de la **qualité de vie** de ces patients, critère semble-t-il plus opérationnel quant à la probabilité des rechutes.

« Suite aux critiques adressées à la désinstitutionnalisation et face au constat des limites des programmes de réadaptation et des objectifs de réinsertion sociale, des auteurs américains, anglais, scandinaves et canadiens ont commencé à proposer qu'un pas important serait franchi quant à l'humanisation des services, si "seulement" on améliorait la qualité de vie des patients psychiatriques chroniques. »⁸

7 - OPTIONS POUR LE FUTUR

Les données présentées jusqu'ici ont démontré l'important développement du réseau INAMI, indépendant de la Santé Publique. Les normes de ce réseau semblent mieux correspondre à ce type de prise en charge que celle de la Santé Publique : les objectifs des centres correspondent à ceux des services T (resocialisation, soins de longue durée), l'encadrement professionnel est celui d'un service A tout au moins quantitativement.

Le succès des centres conventionnés INAMI à Bruxelles démontre que **la médicalisation des services d'hospitalisation partielle (type de personnel, architecture) n'est pas adéquate par rapport aux types de techniques à développer dans le cadre d'objectifs de réinsertion socio-professionnelle.**

Les deux modèles restent néanmoins nécessaires.

⁸ C. MERCIER, *Réinsertion sociale et qualité de la vie*, Communication présentée au Forum des Structures psycho-socio-thérapeutiques. Confédération Francophone des Ligues de Santé Mentale en Belgique, Bruxelles, juin 1989.

Comme le souligne Ph. Corten et nous sommes d'accord avec lui, « on peut projeter que dans l'avenir, unités de prise en charge partielle à l'intérieur des hôpitaux et centres extra hospitaliers seront nécessaires⁹.

- Les services aigus d'hospitalisation partielle auraient le même objectif que les services d'hospitalisation complète, leur conception se rapproche d'ailleurs du principe des hospitalisations de jour médicales et chirurgicales. Le besoin en place pour ce genre de service est limité (entre 0,03 et 0,04 pour mille).

Outre les actes techniques nombreux qu'entraînerait ce type de prise en charge, il y aura lieu de valoriser les actes humains.

- Les services de revalidation (actuellement centres de réadaptation fonctionnelle reconnus par l'INAMI) nécessiteront un encadrement en personnel similaire en nombre aux services aigus mais qualitativement différents.

Le besoin en place se situe entre 0.2 et 0.3 pour mille. Le prix de journée au centre dépendra des actes humains effectivement prestés auprès de chaque patient.

- Si l'on exclut les patients pouvant bénéficier de « club », le besoin en service d'hospitalisation partielle de très long séjour pourrait diminuer à un taux de 0.1 pour mille, au profit des centres occupationnels extra-hospitaliers : 0.2 à 0.4 pour mille.

Comme le dit le docteur Vermeylen : « la nécessité s'impose de créer et de multiplier des institutions que l'on pourrait appeler troisième génération - clubs, resto-clubs, appartements supervisés, habitations protégées et autres - fréquentés **sans limitation de temps et s'inscrivant le plus complètement possible dans le tissu social de la ville** »¹⁰.

- Notons qu'il n'existe aucun centre de jour psychogériatrique reconnu. Les conventions INAMI s'étant développées dans le cadre du Fonds de Reclassement des Handicapés, ne peuvent s'appliquer à une population de pensionnés par définition non reclassables.

L'absence de ce type de structure de soins (centres de jour) pour personnes âgées devrait faire matière à réflexion.

En 1985, suite à un projet de l'INAMI de faire passer tous les centres conventionnés INAMI à la Santé Publique, avec comme agrément service « a partiel » ou « i partiel » soit A1, A2 ou T1,

⁹ Nous reprenons certaines de ses évaluations que nous complétons par des interviews du personnel des centres conventionnés INAMI.

¹⁰ J. VERMEYLEN, *Les malades mentaux chroniques*, *ibid.*

T2, les différents centres conventionnés INAMI se sont réunis en une fédération, qui a récemment évalué les avantages et les inconvénients des deux types de structure. Ils reprennent ci-dessous certains éléments déjà connus.

Service conventionné INAMI

Avantages convention INAMI	Inconvénients convention INAMI
<ul style="list-style-type: none"> - Favorise les « expériences pilotes » qui n'entrent dans aucune norme. - Permet l'expression de la créativité de tout un chacun. - Accepte des projets « à la carte » en quelque sorte. - Choix du personnel souhaité laissé à l'appréciation du promoteur de projet (équipe pluridisciplinaire). - Forfait pour les prestations médicales. - Prix de journée plus adapté aux besoins des centres. - Possibilités de petites unités dans maisons banalisées le plus souvent situées en tissu urbain, ce qui évite la construction, le montage de « ghettos ». - Subventionnement forfaitaire basé sur les moyens mis en œuvre et taillé à la mesure du modèle thérapeutique. - Forfait pour les prestations médicales du psychiatre, ce qui permet de répartir les heures de celui-ci en fonction des nécessités de chaque centre et non sous la forme de « surveillance médicale journalière comme c'est le cas pour les services « hospitaliers » reconnus par la « Santé Publique ». 	<ul style="list-style-type: none"> - Grande disparité des prix de journée, pas nécessairement en rapport avec plus de services rendus à la clientèle visée. - Prix de journée fixé lors de la signature de la convention. - Prix journée : très difficile d'en obtenir la révision. - Pas de programmation : <ul style="list-style-type: none"> • géographique ; • nombre de lits ou de places. - Centres conventionnés quasi inexistant en Province. - Forfait « all in » médical, ce qui ne permet pas au « patient » de continuer par exemple la thérapie avec le psychiatre de son choix. - Pas d'inspection régulière qui contrôle l'adéquation de l'outil de travail choisi aux objectifs de la réadaptation.

Service hospitalier « a »

Avantages service hospitalier « a »	Inconvénients service hospitalier « a »
<ul style="list-style-type: none"> - Prix de journée plus proche que celui des conventions INAMI. - Prix prévisionnel. - Un personnel plus ou moins en nombre égal, mais médicalisé. - Révision annuelle. - Possibilité de projet à long terme. 	<ul style="list-style-type: none"> - Intervention d'urgence en cas de crise si nous travaillons au niveau de la réadaptation. - Durée de séjour trop courte pour une réadaptation. - Minimum 30 lits. - Normes architecturales : ... panneaux vitrés pour la surveillance dans les chambres... - Chambre d'isolement. - Personnel médicalisé. Beaucoup d'infirmiers.

CONCLUSIONS

Le réseau Santé Publique des hospitalisations partielles, calqué sur les objectifs et les normes des hospitalisations complètes n'a pas connu le même succès que le réseau qui s'est développé au sein de l'INAMI avec d'autres objectifs et d'autres normes.

Il semblerait que les normes à la fois en personnel (qualitatives) et architecturales, correspondent mieux à la problématique de resocialisation qui est celle où se marquent les besoins les plus importants. En effet, les besoins essentiels se font toujours sentir au niveau de véritables services de revalidation, **intensifs en actes humains, de longue durée et à encadrement en personnel de type psycho-social**. Les services offrant un soutien à long terme tels les centres occupationnels ou les institutions de la troisième génération, semblent plus adéquats dans le cadre d'habitations ou de lieux banalisés proches du lieu de vie des patients qu'en institutions psychiatriques.

Les besoins en services aigus à haut encadrement médical et de courte durée sont réels mais quantitativement extrêmement limités.

Si les centres conventionnés INAMI devaient être reconnus par la Santé Publique, il faudrait que soient respectés ce qui a fait leur succès, à savoir le maintien d'une relative créativité dans les projets thérapeutiques, une souplesse au niveau des normes du personnel, respectant la temporalité sociale (week-end) et architecturalement toujours le plus proche possible de la vie quotidienne collective.

CHAPITRE V

LA DEMENCE

« Conduite dépourvue de raison »

Le Petit Larousse

INTRODUCTION

Si « le code pénal français de 1810 dénommait "démence" toutes les maladies mentales globales et définitives, le discours médical a peu à peu réservé le terme de démence aux seuls déments séniles, la démence précoce a été appelée schizophrénie, la démence précocissime, autisme »¹. A la fin du XIX^{ème} siècle, les statistiques psychiatriques distinguaient trois états dans la folie, la folie simple ou épileptique, la folie paralysante et la démence sénile². « La génération à laquelle nous avons appartenu a vu disparaître (...) la démence pellagreuse, lors de l'apparition de la Vit. PP, les démences biemerriennes dès que l'on eut la Vit. B12, la démence des dialysés dès que l'on découvrit le rôle de l'aluminium (...). On n'ose plus parler de démence post-épileptique, car ce terme affreux confondait, dans une étiquette meurtrière, les effets cumulés de la répétition des crises, du confinement institutionnel, de l'évolution d'encéphalopathies causales variées, voire d'intoxications médicamenteuses chroniques. »³

L'histoire du terme démence reste à faire mais il n'appartient pas au seul registre médical. Le langage commun a longtemps associé les termes « folie » et « démence » pour obtenir un effet de sens. Le fou dément (violent ?, agressif ?) suscitait, (suscite ?) bien des peurs. Encore aujourd'hui, le langage commun n'oublie pas que dans « démence sénile » il y a les termes « démence » et « sénilité ». Sénilité : « affaiblissement du corps et de l'esprit produit par la vieillesse » dit le *Petit Larousse*.

¹ N. RIGAUX, *Le discours médical sur la démence sénile : Science, Politique et Société, Thèse de doctorat en Santé Publique*, U.C.L., août 1990, p. 67.

² F. MESLÉ, J. VALLIN, « La population des établissements psychiatriques : Évolution de la morbidité ou changement de stratégie médicale ? », *Population*, 1981, pp. 1049-1050.

³ M.C. MORINEAU, H. PEQUINOT, « Problèmes cliniques du diagnostic de démence lors de l'entrée en institution », n° 74, 1990.2, p. 5.

Ces termes sont tellement connotés qu'on ne les utilise qu'avec réticence. Des expressions relevant du registre médical mais non psychiatrique⁴ « artériosclérose cérébrale », « maladie d'Alzheimer » permettent de nommer sans le faire une réalité dont on a parfaitement conscience mais qui fait peur.

Si pour les jeunes le SIDA incarne les peurs de notre fin de siècle, la « maladie d'Alzheimer » remplit ce rôle pour les personnes âgées.

Rares sont les personnes qui n'ont pas un parent, un époux, une amie, une voisine placés parce que « cela » n'allait plus. Les personnes âgées sont parfaitement conscientes des répercussions que « cela » entraîne à tous les niveaux, « cela » touche l'existence dans toutes ses dimensions.

« Je ne vais plus voir Jeanne, cela ne sert à rien, elle ne me reconnaît plus. C'est terrible d'être dans cet état-là. Ça me fait trop mal de la voir comme cela. »

Une personne âgée

« Un voisin aidait Madame X. Un jour elle l'a traité de voleur, il lui avait pris ses ciseaux, disait-elle. Le voisin a téléphoné au fils de Madame X pour lui signaler ce qu'il faisait pour sa mère et qu'il n'appréciait pas d'être traité de voleur. Un mois après, le fils faisait placer sa mère qui vivait seule depuis la mort de son mari. »

Une personne âgée, voisine de Madame X

Mais qu'est-ce que « cela » ? La démence sénile n'est pas un fait que l'on peut appréhender simplement, logiquement, mécaniquement. Ce concept n'est pas univoque, il est l'objet d'enjeu dans sa définition même.

« Dans le grand public, et il faut bien le dire, pour une partie du corps médical, la maladie d'Alzheimer a remplacé l'artériosclérose cérébrale d'antan et devient un fourre-tout diagnostique accueillant les troubles cognitifs les plus variés. »⁵

Avant toute analyse de la situation de la démence sénile à Bruxelles, il faut donc saisir les grandes lignes de force qui traversent le champ des connaissances médicales actuelles. Les deux premières sections reconstituent l'itinéraire que nous avons suivi pour en identifier les principaux points de repère. Nous avons été guidés par la thèse de Nathalie Rigaux qui, à partir de l'ensemble des publications scientifiques récentes de langue française et anglaise, permet une analyse fouillée du discours médical sur la démence.

⁴ Et sans référence à la vieillesse. La maladie d'Alzheimer permet tout à la fois d'oublier la démence et la référence au vieillissement. Cfr N. RIGAUX, *op. cit.*

⁵ C. GILLES, « La définition des démences dégénératives selon les systèmes internationaux de classement », *Acta neurol. belg.*, 1989, 89, p. 125.

I. REPÈRES POUR COMPRENDRE « LA DÉMENCE »

A. IL N'Y A PAS DE MARQUEURS SPECIFIQUES DE LA DEMENCE

À la différence de pathologies clairement identifiables (ex. : tumeur cérébrale), il n'y a pas de marqueurs spécifiques de la démence.

« Un marqueur se définit comme une caractéristique *sine qua non* de la maladie, la signature pour ainsi dire (ou partie de la signature) propre à une maladie. Le marqueur doit évidemment être spécifique à la maladie. Il s'agit du caractère particulier par lequel nous reconnaissons avec certitude que nous travaillons avec telle ou telle condition pathologique. En dépit de nos efforts, l'identification d'un marqueur spécifique demeure problématique pour la plupart des maladies liées au vieillissement. En l'absence d'un marqueur spécifique de la M.A. (Maladie d'Alzheimer), le problème de la définition de la maladie demeure particulièrement épineux ; l'absence d'une définition non univoque de la M.A. constitue toujours un obstacle important. »⁶

Ce qui n'empêche pas certains auteurs d'utiliser le terme de « marqueur de la M.A. ». Nous nous trouvons ici devant la première difficulté que rencontre le profane lorsqu'il aborde la littérature médicale : la polysémie des termes utilisés. Ainsi C. Derouesnè, dans son article « Corrélations entre lésions anatomiques, perturbations biochimiques, troubles cognitifs et comportementaux dans la maladie d'Alzheimer »⁷ note que la liaison entre les lésions anatomiques, la sévérité de la démence et les signes cliniques « peut difficilement apparaître comme isomorphe et de nature causale » pour poursuivre quelques lignes plus loin « Tous ces éléments ont conduit à avancer l'hypothèse que PS (plaques séniles) et DNF (dégénérescence neurofibrillaire) seraient à considérer plus comme des marqueurs de la maladie que comme la cause des signes cliniques. » Ces lésions sont effectivement utilisées par certains comme « preuve » *postmortem*.

Par exemple, les critères NINCDS/ADRDA distinguent trois diagnostics : pour la maladie d'Alzheimer : possible, probable, certain. « Le qualificatif certain est réservé aux cas dont le diagnostic clinique "probable" est vérifié par l'anatomopathologie. »⁸

Nous reviendrons sur les liaisons lésions anatomiques - démence, retenons simplement pour le moment qu'un marqueur spécifique de la démence tel que définit plus haut n'existe pas.

⁶ D. GAUVREAU, « La maladie d'Alzheimer, piège ou paradigme de l'interdisciplinarité : une brève introduction au projet Image », dans R. HEBERT (éd.), *Interdisciplinarité en gérontologie. Actes du IV^e Congrès international francophone de gérontologie*, Montréal, Edisem, 1990.

⁷ C. DEROUESNÉ, « Corrélations entre lésions anatomiques, perturbations biochimiques, troubles cognitifs et comportementaux dans la maladie d'Alzheimer », *Revue de Gérontologie*, suppl. au n° 3, mars 1991, pp. 2-8.

⁸ C. GILLES, *op. cit.*, p. 128.

B. LES ALTERATIONS COGNITIVES ET LES DEMENCES

Même au grand âge, les altérations des fonctions cognitives ne relèvent pas systématiquement des processus dégénératifs. Dans l'ordre des « causalités » on distingue schématiquement :

- des affections d'ordre psychiatrique (retard mental, dépression,...) ;
- des maladies neurologiques clairement identifiées (maladie de Parkinson,...) ;
- des maladies causant des démences potentiellement réversibles (carence en vitamine B12,...) ;
- des maladies causant des démences non réversibles (démence vasculaire) ;
- des démences primaires ou démences dégénératives (maladie d'Alzheimer, démence sénile).

Les syndromes démentiels associés à des pathologies potentiellement curables relèvent de certaines infections (syphilis), de la carence en vitamine B12, de l'usage de médicaments, de la présence d'une tumeur, d'hématomes sous-duraux, de facteurs endocrinologiques (hypothyroïdie) et neurologique (hydrocéphalie), de l'hypertension et finalement de la dépression⁹.

Les syndromes démentiels associés à des « états » irréversibles sont les démences vasculaires¹⁰, les démences alcooliques¹¹, la maladie d'Alzheimer.

9 Pour certains auteurs, la dépression et la démence doivent être clairement séparées ; pour d'autres, elles sont imbriquées l'une dans l'autre (cfr N. RIGAUX, *op. cit.*, pp. 31 et sv.) ; A.N. CLARFIELD note que si le concept de pseudo-démence dépressive est abandonné, le pourcentage de démence réversible diminuerait. (Cfr A.N. CLARFIELD, « The Reversible Dementias : Do they Reverse ? », *Annals of Internal Medicine*, 15 sept. 1988, pp. 476-486.

10 Dans les 32 études analysées par Clarfield, aucun cas d'amélioration d'une démence vasculaire n'est signalé. Mais certains auteurs expriment l'espoir qu'on parviendrait à au moins stabiliser le patient.

11 « With respect to dementia reversibility, the issue of alcohol abuse remains problematic. Although it is generally considered that abstinence will bring about some improvement in the Wernicke-Korsakoff syndrome, the clinical symptoms of Korsakoff disease do not usually abate. » A.N. CLARFIELD, *op. cit.*, p. 483.

C. LA PREVALENCE DES DEMENCES ASSOCIEES A DES CAUSES POTENTIELLEMENT CURABLES

Quel que soit le problème abordé, les revues de la littérature sur la démence font longuement état des faiblesses méthodologiques des recherches, faiblesses qui expliqueraient les résultats très variables obtenus. Illustrons ce fait dans l'étude de la prévalence des syndromes démentiels potentiellement réversibles. Nous nous basons sur deux revues de la littérature, la première réalisée par Clarfield analyse 32 recherches, la seconde de Barry et Moskowitz porte sur 10 recherches¹² qui sont d'ailleurs reprises dans l'étude de Clarfield¹³.

- Les difficultés sont d'ordre conceptuel.

« The definitions of treatable dementias were not consistent from study to study. Some authors considered depression to be a treatable dementia, others excluded depressed patients from their series, while still others classified them as "not demented". Alcoholic dementia was considered to be treatable by some authors and not treatable by others. Epileptic patients were considered to be "not demented" in one study and "not treatable" in another. Thus, the total number of "reversible" conditions differed considerably from study to study, depending on the definitions that were employed. »

Barry et Moskowitz, p. 1917.

- La composition des échantillons rend les résultats des études non généralisables.

- * Les patients retenus sont généralement jeunes.

« The quality of age data supplied as well as the actual overall mean age (72.3 years) make it difficult to generalize these studies to the demented population with which most clinicians deal. »

Clarfield, p. 481

- * La population étudiée est généralement composée de patients hospitalisés.

« The (...) four community-based studies taken as a group showed an average of only 4.6 % potentially reversible causes (...). This figure is much lower than the overall rate of 13.2 % computed for all studies examined. This large discrepancy hints at the possibility of an important bias. »

Clarfield, pp. 481-482

« The main bias was "referral filter". »

Clarfield, p. 484

- * La sélection d'institutions hospitalières (ex. : hôpitaux de vétérans) et la sur-représentation des jeunes expliquent la sous-représentation des femmes (47.9 % dans les études analysées par Clarfield).

12 A.M. CLARFIELD, « The Reversible Dementias : Do they Reverse ? », *Annals of Internal Medicine*, 15 sept. 1988, pp. 476-486.

13 P.P. BARRY, M.A. MOSKOWITZ, « The Diagnosis of Reversible Dementia in the Elderly. A Critical Review », *Arch. Intern. Med.*, vol. 148, sept. 1988, pp. 1914-1918.

- L'absence d'informations clefs rend les résultats moins pertinents.

« In almost two thirds of the studies (19 of 30), no information was provided about the follow-up of potentially reversible cases ; that is, whether the potentially reversible cases discovered in these 19 studies actually improved with treatment (either partially or fully) could not be determined.

For those 11 studies in which follow-up data were provided (a total of 1051 patients), 8 % of patients reversed partially and 3 % completely (total 11 %). The quality of follow-up varied. (...) »

Clarfield, p. 478

Le taux des syndromes démentiels associés à des causes potentiellement curables varie donc considérablement selon les études. Le taux moyen¹⁴ calculé par Clarfield est de 13.2 % de l'ensemble des syndromes démentiels.

En conclusion de leurs articles, Clarfield, Barry et Moskowitz posent une question éminemment politique : faut-il généraliser l'emploi extensif d'examen coûteux à tous les patients en vue de rechercher la présence d'une ou plusieurs causes potentiellement curables ?

14 Moyenne mathématique calculée en prenant la totalité des cas de 32 recherches différentes (!)

D. LE SCHEMA TYPE DE L'EXAMEN CLINIQUE

Pour illustrer la démarche clinique dans l'élaboration du diagnostic de la maladie d'Alzheimer nous suivrons pas à pas la recherche réalisée par Dennis Evans et ses collaborateurs¹⁵. L'objectif de cette recherche est d'établir la prévalence de la maladie d'Alzheimer, son originalité tient au fait de réaliser une étude épidémiologique au sein de la population (ici une banlieue de Boston) alors que la plupart des études extrapolent à l'ensemble des personnes âgées les résultats d'enquête auprès de patients hospitalisés (hôpitaux, maisons de soins)¹⁶.

L'examen clinique d'une durée moyenne de deux heures trente comportait :

- un examen neurologique ;
- un bref examen psychiatrique ;
- une brève anamnèse avec entrevue d'un membre de l'entourage ;
- des tests de laboratoire ;
- des tests neuropsychologiques.

L'examen neurologique avait pour objectif principal d'identifier les « causes » possibles des altérations cognitives en dehors de la maladie d'Alzheimer : infarctus, maladie de Parkinson, etc. Cet examen réalisé par des neurologues confirmés, se déroulait selon un protocole très structuré. Il comportait aussi quelques épreuves de langage, de coordination et mobilisation des mains, etc.

L'examen psychiatrique, réalisé par le neurologue, était bref et standardisé. Il consistait à identifier les problèmes psychiatriques, en particulier la dépression, qui pourraient interférer avec les troubles cognitifs¹⁷.

L'anamnèse et l'entrevue avec un membre de l'entourage. Outre une brève histoire médicale, il s'agissait ici de déterminer si le début des symptômes avait été soudain ou insidieux. On vérifiait aussi la présence ou l'absence de déficits visuels ou auditifs qui limiteraient les performances aux tests, de même que tous les médicaments pris durant les quinze jours précédant l'enquête.

15 D.A. EVANS and al., « Prevalence of Alzheimer's Disease in a Community Population of Older Persons. Higher Than Previously Reported », *JAMA*, november 10, vol. 262, n° 18, pp. 2551-2556.

16 Le plan d'échantillonnage est le suivant. Dans une première étape 81 % (3623 personnes) de toute la population âgée de 65 ans et plus subit un bref test de mémoire, ce qui permet de la répartir en 3 groupes (bonne, moyenne et faible performance). Dans un second temps, un échantillon aléatoire fut constitué à partir de ces 3 groupes. Vu la taille très différente des groupes, le taux de sondage diffère dans chacun d'eux. Les résultats de l'enquête furent pondérés pour tenir compte de l'importance réelle des 3 groupes. 467 personnes furent soumises à l'examen clinique.

17 Le peu d'importance accordé au point de vue psychiatrique est une constante en ce qui concerne la démence. Cfr N. RIGAUX, pp. 116 et sv.

Les tests de laboratoire. Parmi les tests de biologie clinique, on comptait un test de la syphilis, de concentration de la vitamine B12, de glucose, sodium, potassium, etc. Un électrocardiogramme était systématiquement pratiqué.

Les tests neuropsychologiques. Dix épreuves de mémoire, de capacité d'abstraction, d'attention, etc. déterminaient le niveau des performances cognitives.

Les critères des classifications internationales furent utilisés pour déterminer la présence de la maladie d'Alzheimer (Alzheimer possible ou probable).

Le DSM III précise que les troubles mnésiques (dimension A) et les troubles d'une ou plusieurs fonctions cognitives (dimension B) doivent interférer avec les activités sociales : « The disturbance in A and B significantly interferes with work or usual social activities and relationships with others. » (dimension C). La dimension C aborde donc la dimension comportementale, dimension centrale qui déterminera, dans le cas du DSM III, le caractère léger, modéré ou sévère de la démence.

Comment Evans va-t-il aborder cette dimension ?

« This criterion may be applied in the typical medical setting in which individuals are brought to attention by family or care givers, usually because such an impairment of social function has been noted. It is difficult to apply this criterion in a uniform, meaningful way in a community study, such as the present one, in which we actively identified cases. In the community, participants differ both with regard to the availability of family or friends and the sensitivity of these persons to manifestations of disease. »

Autrement dit, en dehors d'un contexte de signalement, la nature et l'ampleur des perturbations comportementales dues aux dimensions A et B ne peuvent être mesurées. Elles dépendent des contextes sociaux et familiaux. Ervin Goffman a d'ailleurs bien démontré qu'aucun comportement ne peut *en lui-même* être qualifié de hors-norme ; la déviance, la perturbation d'un comportement dépendent toujours du contexte social dans lequel il s'inscrit.

En conséquence, la dimension C fut déterminée « mécaniquement ».

« Therefore, we... adressed this concept by establishing the presence of cognitive impairment of substantial magnitude so that interference with these functions would be expected. »

L'opérationnalisation des critères de classification fut donc :

- a/ des résultats très faibles à l'un des tests de mémoires et à l'un ou l'autre test mesurant les troubles cognitifs (langage, orientation spatiale, abstraction,...) ;
- b/ le début insidieux des troubles ;
- c/ une absence de facteurs neurologiques, psychiatriques,... pouvant être cause des troubles cognitifs.

En résumé, la procédure pour établir la présence ou l'absence de la maladie d'Alzheimer est la suivante :

- y a-t-il troubles de la mémoire ;
- y a-t-il d'autres troubles cognitifs ;
- si oui, y a-t-il une ou des causes spécifiques associées aux troubles observés ;
- dans la négative, le diagnostic de la maladie d'Alzheimer était posé car la maladie d'Alzheimer est un « **diagnostic d'élimination**, puisque définie essentiellement par l'absence de toute autre cause spécifique de démence »¹⁸.

Parmi la population de 65 ans et plus de cette banlieue de Boston, la prévalence de la maladie d'Alzheimer « probable » est de 10.3 %¹⁹. La prévalence augmente de façon exponentielle avec l'âge :

- 3 % entre 65 et 74 ans (intervalle de confiance 0.8 % - 5.2 %) ;
- 18.7 % entre 75 et 84 ans (intervalle de confiance 13.2 % - 24.2 %) ;
- 47.2 % au-delà de 85 ans.

Dans la démarche active de cas, donc en dehors d'une demande, en suivant un protocole qui peut paraître schématique aux yeux des praticiens mais qui correspond exactement aux procédures conseillées, les neurologues sont amenés à accorder une place importante aux tests neuropsychologiques²⁰. Dans ces conditions que « mesure-t-on » exactement. La réponse nous fut donnée par un médecin gériatre. Ces résultats, dit-il, sont tout à fait concordants avec ceux de l'étude longitudinale de Seattle. Ils « mesurent » l'affaiblissement des facultés intellectuelles associé au vieillissement normal.

¹⁸ C. GILLES, *op. cit.*, p. 125.

¹⁹ Lorsqu'on généralise les résultats observés dans l'échantillon à l'ensemble de la population, il y a 95 chances sur 100 que la prévalence dans la population soit comprise entre 8.1 et 12.5 %.

²⁰ La littérature médicale accorde une place importante aux tests psychométriques. Elle leur accorde deux fonctions, l'une de « confirmation » du diagnostic et l'autre de critère de classement des déments selon leurs « niveaux » de démence. Cfr N. RIGAUD, pp. 119 et sv., qui ajoute : « Derrière la standardisation par la mesure, les auteurs semblent apprécier une "objectivité", une "rigueur", une manière de "rationaliser" le diagnostic. Cet attrait pour la mesure... est d'autant plus présent que le flou, l'imprécision des critères nosologiques et diagnostiques mettent en péril l'assurance de chacun dans les contours du phénomène démentiel. » (p. 121).

E. L'EXAMEN CLINIQUE SELON UN PRATICIEN

Tous les spécialistes s'accordent à dire que l'examen clinique est central, le diagnostic de la maladie d'Alzheimer est essentiellement clinique.

En voici une description²¹.

« La présentation suivante est relativement classique chez le neurologue : le patient pénètre dans le cabinet de consultation accompagné d'un membre de sa famille, ne sait trop pourquoi il est amené à consulter, se tourne vers l'accompagnateur comme pour demander de l'aide lors des questions de l'examineur (Signe de la Rotation de la Tête [SRT] ou "Head Turning Sign" [HTS]). Il a de la difficulté à donner la date²², accuse des hésitations dans son langage spontané et a tendance à minimiser ou rationaliser ses problèmes lorsqu'on aborde les difficultés notées par ses proches au niveau des AVQ²³. Il présente des troubles de mémoire depuis au moins six mois²⁴, n'a pas l'air malade et est soigné dans sa tenue. Le conjoint rapporte souvent : "À part les troubles de mémoire, sa santé est très bonne." Il ne se plaint pas de céphalée récente ou de convulsion, n'a habituellement pas de diabète déséquilibré ou d'hypertension artérielle grave, n'a pas d'histoire cérébro-vasculaire et ne prend pas beaucoup de médicaments. L'examen physique général révèle peu d'anomalies et l'examen neurologique est sensiblement négatif à l'exception des fonctions cognitives, ce qui est très important dans le diagnostic différentiel des démences neurologiques²⁵. Il est habituel d'objectiver les troubles de mémoire dès la première entrevue, fréquent de démontrer des difficultés aux épreuves visuographiques de même que des troubles praxiques, surtout si l'histoire démontre que la maladie a déjà un impact fonctionnel²⁶. La maladie évoluera sur plusieurs années, avec atteinte de plus en plus importante de la mémoire, du langage, des praxies et des gnosies en même temps que s'installent progressivement des troubles moteurs de type extrapyramidal traduisant l'apparition d'éléments de type "sous-cortical". Les manifestations psychiatriques sont également fréquentes, surtout à partir des stades intermédiaires, notamment des changements de comportement (agitation, passivité, agressivité, égocentrisme), des changements affectifs (dépression), des manifestations psychotiques (fausses reconnaissances, hallucinations, idées délirantes). La présence d'état dépressif, lié ou non à une MA latente, justifie un essai thérapeutique²⁷. La survenue précoce de manifestations psychotiques est heureusement rare car elle est de mauvais pronostic au point de vue de l'évolution. Aux stades plus avancés, la démence devient globale, accompagnée d'un tableau moteur évoquant un syndrome frontal avec hypertonie, réflexes primitifs, négligence de la personne, incontinence, et finalement état grabataire. »

La démence sénile apparaît donc comme une maladie chronique, dont l'évolution ne peut être que négative et inéluctable... sauf si la mort intervient.

21 R. BOUCHARD, « Maladie d'Alzheimer : Éléments neurologiques du diagnostic différentiel ». R. HEBERT, (éd.), *Actes du IV^e Congrès International Francophone de Gériologie*, Montréal, 1990. Les renvois dans le texte sont de nous.

22 À cette question classique, le patient d'un médecin gériatre belge répondit : « Comment voulez-vous que je la sache, dans notre maison de retraite il n'y a pas de journaux... » et ce médecin d'ajouter que les conditions de vie dans certaines MRS étaient proches de la déprivation sensorielle.

23 A.V.Q. = Activités de la Vie Quotidienne.

24 I.C.D. 10 en plus des critères de D.S.M. III, introduit un critère de durée : « les troubles mnésiques doivent être présents depuis au moins six mois ».

25 Recherche des autres causes neurologiques.

26 « Objectiver les troubles de mémoire », « démontrer des difficultés » aux épreuves se réalisent à l'aide des tests neuropsychologiques. L'impact fonctionnel fait référence à la dimension comportementale.

27 Pour déterminer la présence de troubles dépressifs, on utilise l'épreuve thérapeutique. Si le patient réagit positivement aux anti-dépresseurs, c'est la preuve d'un trouble dépressif.

F. NECESSITE D'UN DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Poser le diagnostic de maladie d'Alzheimer est poser un diagnostic d'exclusion. Or, « les auteurs signalent eux-mêmes que les démences sont sur-diagnostiquées (...) Autrement dit, dans la pratique, les cliniciens ont trop peu cherché les causes réversibles (...) »²⁸.

Pour illustrer ce fait, citons ici longuement M.C. Morineau et H. Péquignot décrivant leurs expériences dans une clinique gériatrique²⁹.

« Rappelons d'abord 4 observations choisies à dessein comme tout à fait banales (...).

- **Un dément nonagénaire est amené d'urgence à l'hôpital Cochin.** Le chef de clinique qui le fait admettre le montre à l'un de nous, en soulignant le fait qu'il est soigné de sa personne, et qu'il fut autrefois un universitaire important. La constatation d'une nuque un peu moins mobilisable me fait faire une ponction lombaire. Le diagnostic de méningite tuberculeuse confirmé, a pourtant été fait trop tard pour changer le pronostic.
- **Un homme de 86 ans est amené à ma consultation par sa fille. Il serait « perdu » depuis la mort de sa femme il y a un an.** Il est passé de lieu d'accueil de type hôtelier à d'autres établissements de type psychiatrique, où il a été mis sous benzodiazépines qui ont aggravé sa maladie. On renonce à l'examiner dans de mauvaises conditions de consultation et on lui fait subir un contrôle minimum, comportant un scanner cérébral, avant toute décision sociale. En fait, 5 jours après, sont apparus des signes neurologiques, en rapport avec une métastase cérébrale massive d'un cancer bronchique. En moins de 3 semaines, malgré le traitement de son hypertension intra-crânienne, il sera mort.
- **Un homme de 68 ans, ancien pilote, est adressé par un service de neurologie, avec le diagnostic "Alzheimer"** donné à la famille, appuyé sur un examen psychométrique. Il aurait fait un épisode hallucinatoire un an avant, présente des troubles de la mémoire, que le médecin traitant met sur le compte d'une dépression, mais qui, sur le vu des tests ci-dessus signalés, ont fait affirmer la démence. Cet homme, hypertendu, suit par ailleurs un traitement continu pour troubles du rythme. Il va s'améliorer très vite sous anti-dépresseur tricyclique. Un examen systématique lui trouve une image de condensation du lobe supérieur du poumon droit (segment antérieur) dont la ponction montre qu'il s'agit d'un adénocarcinome qui sera opéré par lobotomie, après avoir vérifié l'absence de métastases actuelles, notamment par un scanner cérébral.
- **Une femme de 82 ans, vivant en résidence de retraite avec son mari, présente depuis plusieurs années des troubles de la mémoire s'aggravant progressivement avec altération des fonctions intellectuelles qui font porter le diagnostic de démence sénile.** Elle nous est adressée pour "placement", l'importance de la détérioration rendant son maintien en résidence impossible. L'interrogatoire du mari nous apprend que depuis des années, elle se dit "allergique" à tous les médicaments et à de nombreux aliments. Elle a progressivement réduit son alimentation à quelques verres de lait quotidiens. Le diagnostic d'avitaminose B est porté, et, après 15 jours de vitaminothérapie importante, elle

28 N. RIGAUX, *op. cit.*, p. 157.

29 M.C. MORINEAU, H. PEQUIGNOT, « Problèmes cliniques du diagnostic de démence lors de l'entrée en institution », *op. cit.*, pp. 5-8.

retrouve la quasi totalité de ses facultés intellectuelles, ce qui permettra de mettre en œuvre une psychothérapie et un traitement neuropsychique efficace. (...)

Durant une journée prise au hasard, ces médecins ont constaté que sur 36 malades venus de leur domicile (entrées directes), 13 soit un tiers (36 %) l'avaient été pour troubles de type démentiel. Or, « sur ces 13, nous n'avons finalement retenu que deux fois le diagnostic de démence sénile ; il y avait 1 syndrome dépressif, 2 surdosages en médicaments à action neuropsychique, 1 insuffisance cardiaque, 7 syndromes métaboliques, 3 déshydratations, 2 hyponatrémies de déplétion, 1 hypercalcémie. (...) ».

Et de conclure : "Notre but a été de rappeler que le diagnostic de démence ne doit être fait qu'avec crainte et tremblement, car il n'est jamais urgent de porter ce diagnostic... Pour l'instant, les démences de type Alzheimer ont une évolution inéluctable, et aucune thérapeutique n'a fait preuve de son efficacité. C'est un diagnostic très lourd à porter pour le patient, pour son entourage et pour la société. L'évolution en est longue, et, souvent pendant des années, les signes discrets seront compatibles avec une vie normale, puis presque normale. Il n'est pas du tout évident qu'il faille changer le regard des autres sur la personne atteinte en lui collant une étiquette si péjorative. **Par contre, ce qui est capital et urgent, c'est d'éliminer le diagnostic d'une autre affection mentale curable.** »³⁰

Et Clarfield d'ajouter :

« One must be wary of overdiagnosing dementia because the diagnosis itself is not foolproof. In one study, in only 15 of 35 patients diagnosed as having presenile dementia, did the diagnosis hold on follow-up years later. Ron and colleagues reported similar results in another center. »

ou encore :

« It is well known that patients with aphasia or deafness can be mistaken by labelled as demented with presumably similar negative consequences (...) the label turned out to be disabling. »

30 Souligné par nous dans le texte.

G. PREMIERES CONCLUSIONS

Personnellement, la surprise avait été grande lors de notre première rencontre avec un médecin gériatre. Celui-ci affirmait que ce qui importait n'était pas le diagnostic mais une mise au point sélective visant l'amélioration ou la stabilisation de l'état général du patient. Nous voulions bien le croire, maintenant nous en sommes convaincus. Voici les arguments :

a/ Poser un « vrai » diagnostic de maladie d'Alzheimer n'aide en rien le malade.

Diagnostiquer correctement la maladie d'Alzheimer est reconnaître d'une part l'existence de troubles cognitifs et comportementaux signalés par l'entourage et d'autre part l'existence de l'impuissance médicale tant au niveau théorique (absence de cause connue) que pratique (absence de thérapeutique curative). La seule utilité de ce diagnostic est symbolique et sociale, ce qui en fait aussi son danger. Dans la mesure où la charge que représente une personne atteinte de troubles cognitifs, charge matérielle, affective, relationnelle devient trop lourde à porter pour le conjoint, la famille, l'environnement social, le diagnostic de la maladie d'Alzheimer permet des mesures de placement.

« C'est l'entourage qui, en appelant le médecin signale l'entrée dans la démence. »³¹

Intuitivement les familles connaissent la fonction symbolique de la maladie d'Alzheimer. Présentant la présence de troubles de la mémoire, de troubles cognitifs, certaines familles hésitent à consulter, ce qui n'est pas toujours sans risque pour la personne âgée.

« On est souvent frappé par la tolérance des familles vis-à-vis des troubles démentiels de l'un des leurs. »³²

« On se demande parfois comment la famille a pu tenir. Certains patients nous arrivent dans un tel état. »

Médecin gériatre

b/ Poser un « faux » diagnostic de maladie d'Alzheimer a des conséquences très dommageables pour le patient.

Que le patient reste ou non dans son cadre de vie familial, il sera confronté, comme tout son environnement, à l'image d'une maladie incurable qui transformera radicalement son existence. La puissance créatrice de l'hypothèse risque une fois de plus de se réaliser : faux dément, le patient a

³¹ N. RIGAUX, *op. cit.*, p. 45.

³² D. LAPLANE, cité par N. RIGAUX, p. 113.

beaucoup de chance de présenter à la longue les comportements d'un « vrai ». De plus, les actions thérapeutiques possibles ne seront pas entamées.

c/ Ne pas entreprendre de démarches cliniques sérieuses parce que le patient est vieux et présente des troubles cognitifs relève de l'abandon médical.

Les exemples donnés par Morineau et Pequinot en témoignent. Ce n'est pas parce que la médecine est impuissante face à certains troubles cognitifs qu'il ne faut pas mettre en œuvre les moyens cliniques dont on dispose pour soigner ce qui peut l'être et donc le diagnostiquer.

Pour les patients psychogériatriques "résident" « le raisonnement fataliste est tellement incrusté que, ce qui est considéré comme un droit pour le restant de la population, quel que soit la gravité de leur maladie, devient presque inconcevable dans leur cas »³³.

« (...) une consultation étiquetée "gériatrie" ne voit que des personnes âgées présentant des troubles mentaux. Heureusement très peu de ces admissions pour "pertes des facultés intellectuelles" correspondent à une démence. Ce sont la plupart du temps, des confusions mentales »³⁴.

d/ La prescription d'examen doit être faite en fonction du patient et non en fonction de protocoles standardisés.

L'art médical ne doit pas se résumer à l'application de procédures routinisées. C'est en cela que les médecins sont et resteront de vrais « professionnels ».

Larson et ses collègues³⁵ ont calculé que le protocole d'examen envisagé comme « normes » par le National Institute on Aging coûtait approximativement 668 dollars par patient (dollars de 1984) tandis que le coût de leur stratégie beaucoup plus sélective était de 209 dollars par patient.

« An argument has been made that even if reversible cases are not found, patients with dementia are still at high risk for other medical diseases, and these conditions should be sought after and treated vigorously. It is undoubtedly true that patient with dementia often present with serious pathology, but this finding does not necessarily imply that each patient with dementia needs a full and costly lab workup to look for occult diseases not shown to reverse dementia. Rather, these patients should be considered at high risk with respect to their general health and offered appropriate therapy. **The goal should be to make the patient more comfortable or functional rather than to try (usually invain) to reverse dementia (...).**

33 F. ROELANDTS, « Le suivi médical du patient psychogériatrique "résident" », Fondation pour la Psychogériatrie, p. 20.
34 M.C. MORINEAU, H. PEQUINOT, *op. cit.*, p. 7.
35 Cité par Clarfield, *op. cit.*, p. 484.

For most reversible causes, the workup can be appropriately and economically done starting with a searching history and guided physical examination, followed by a selective and hierarchical choice of laboratory tests.

In the excitement of the chase, it must never be forgotten that most patient, who will in the end be shown to have an irreversible cause for their dementia, still require support and care. As has been pointed out elsewhere, the physicians must remember that his job is always to "care" for the demented patient : the opportunity for a true cure seldom arises. »³⁶

« La qualité de l'aide offerte (...) doit être dans l'intérêt du patient et non dans celle du praticien. C'est là l'essence même de la relation thérapeutique et la condition de son efficacité (...) La rémunération de cette aide ne peut donc être la motivation essentielle du thérapeute ; celle-ci est concurrencée par une motivation proprement professionnelle qui le cas échéant, peut ou doit devenir prépondérante (...) "Je suis là pour vous aider. Evidemment, j'entends aussi gagner ma vie. Mais l'argent est ce qui me permet de faire mon métier et non l'inverse. Il n'y a pas de commune mesure entre ce que je fais et ce que je gagne." »³⁷

Certains médecins l'auraient-ils oublié ? Comment comprendre autrement des paroles telles que celles-ci :

« Il faudrait que la mise en place de structure ambulatoire ne soit pas d'un point de vue financier, nuisible à l'hôpital. C'est la seule manière de s'assurer que la décision du médecin qui décide de référer le patient à l'institutionnel ou à l'ambulatoire soit prise sereinement. »

36 CLARFIELD, pp. 484-185.
37 A. GORZ, *Métamorphoses du travail. Quête du sens. Critique de la raison économique*, Galilée, 1988, pp. 178-179.

H. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL ET SOINS DES MALADIES INTERCURRENTES VERSUS ABANDON MEDICAL : UN PROBLEME SOCIAL ET MORAL

Jusqu'ici nous avons posé le problème en terme neutre en proposant une recette de bon sens : ni abandon ni acharnement médical mais hautes compétences médicales. Cette façon de faire occulte les questions auxquelles doivent faire face la patient que généralement on oublie, les familles, les soignants, et bien sûr l'ensemble de la société.

« Il est bon de rappeler ici que la cause de la mort des déments est moins identifiée comme étant la démence elle-même que comme provoquée par des maladies intercurrentes³⁸.

(...) Décider de traiter les maladies intercurrentes, quand il y a démence, c'est décider de maintenir la vie "malgré" la démence. L'enjeu de la décision de traiter apparaît ici très directement comme étant la vie et la mort. »³⁹

La pensée dichotomique (abandon médical versus acharnement thérapeutique, médicalisation de la prise en charge versus prise en charge sociale) permet de poser le débat mais il faut aussi que chacun accepte de ne pas jouer avec les mots. La prise en charge médicale peut très bien cacher d'autres formes d'abandon. Inversement, le recours à des formes « sociales » de prise en charge peut très bien servir des impératifs (budgétaires par exemple) qui conduiront à terme à la dégradation de la situation des personnes âgées en perte d'autonomie psychique.

Comme profane nous ne pouvons être que surpris négativement cette fois, par certains discours. Un médecin s'est plaint du rôle « social » que devait remplir l'hôpital. Il expliquait ainsi que certains patients âgés devaient être hospitalisés avec toutes les conséquences négatives liées à l'hospitalisation parce que l'entourage était indisponible. Indisponible... pour conduire plusieurs fois (7 à 8 fois) la personne âgée à l'hôpital en vue d'examen médicaux. S'agit-il ici d'une carence « sociale » de l'entourage ou d'une carence « organisationnelle » de l'hôpital⁴⁰ ? Who cares ?

38 « The most common life threatening complications of DAT are pneumonia oral UIT. Pneumonia is usually a consequence of sustained dysphagia resulting in aspiration of liquids or solids. The incidence of UIT is increased in patients with incontinence. » VOLICER et al., cité par N. RIGAUX, *op. cit.*, p. 182.

39 N. RIGAUX, *op. cit.*, p. 183.

40 Longuement décrite par A. STRAUSS et al., *Social Organization of Medical Work*, The University of Chicago Press.

II. REPÈRES ADDITIONNELS POUR COMPRENDRE LES ENJEUX POSÉS PAR LA DÉMENCE

Sous le terme de démence sont regroupés des symptômes qui selon les normes médicales relèvent de troubles mentaux d'origine organique. Il est temps de fournir brièvement quelques points de repères pour comprendre non la « démence » mais les enjeux que cette « maladie » nous pose.

A. LES ALTERATIONS SENILES SONT PROPRES A L'ESPECE HUMAINE

En 1906, Alzheimer décrit une maladie particulière du cortex cérébral à partir du cas d'une patiente de 51 ans dont le cerveau à l'autopsie présentait des dégénérescences neurofibrillaires, dégénérescences jamais identifiées auparavant. En 1911, il rapporta le cas d'une autre malade âgée de 56 ans dont le cerveau présentait des plaques séniles, autre caractéristique de ce qui deviendrait la maladie d'Alzheimer, mais baptisée « démence présénile » par Alzheimer lui-même⁴¹. Ces lésions neurologiques sont connues sous le nom d'altérations séniles.

« Cette triade pathologique (plaque sénile, dégénérescences neurofibrillaires, dégénérescence granulovasculaire) n'est rencontrée que dans l'espèce humaine. Certes, des dépôts amyloïdes cérébraux, surtout périvasculaires sont observés chez des sujets âgés de certaines espèces (chiens, par exemple) ; mais les filaments hélicoïdaux appariés sont spécifiques de l'espèce humaine. Cela signifie qu'il n'existe pas de modèle animal satisfaisant des altérations "séniles" de l'homme, ce qui limite considérablement les possibilités expérimentales. »⁴²

41 Y. CHRISTEN, « À propos de la découverte d'Alzheimer », dans R. HEBERT, (éd.), *Actes du IV^e Congrès International Francophone de Gérontologie*, Montréal, 1990, p. 147.

42 J.F. FONCIN, « Le concept de vieillissement cérébral humain est-il utile ? », in R. HEBERT, (éd.), *Actes du IV^e Congrès International Francophone de Gérontologie*, Montréal, 1990, p. 181.

B. LES ALTERATIONS « SENILES » SONT FORTEMENT CORRELEES A L'AGE

« Les séries d'autopsie de routine provenant d'hôpitaux généraux montrent des altérations "séniles" en proportion rapidement croissante à partir de la sixième décennie, pour atteindre 90 % de cas avec dégénérescence neurofibrillaire dans la corne d'Ammon à la huitième décennie ; les plaques séniles néocorticales apparaissent un peu plus tôt, mais ont une prévalence un peu moindre. »⁴³

⁴³ FONCIN, *op. cit.*, p. 181, qui ajoute toutefois à la page suivante : « Les lésions de la triade "sénile" paraissent moins fréquentes chez les nonagénaires que chez les octogénaires. »

C. LES PERFORMANCES INTELLECTUELLES BAISSENT AVEC L'AGE TOUTEFOIS LES VARIATIONS INTER-INDIVIDUELLES SONT GRANDES A AGE CONSTANT

Depuis 1956, K. Schaie suit des cohortes d'individus de tout âge pour mesurer l'évolution des aptitudes intellectuelles, recherches connues sous le nom de Seattle Longitudinal Study⁴⁴. Les aptitudes intellectuelles sont mesurées à partir de cinq dimensions :

- la signification verbale (capacité à comprendre des idées exprimées par des mots) ;
- l'orientation spatiale (faculté d'imaginer des objets dans deux ou trois dimensions de l'espace) ;
- le raisonnement inductif (capacité à résoudre des problèmes logiques) ;
- le nombre (capacité à manipuler des chiffres et à traiter rapidement et précisément des problèmes quantitatifs simples) ;
- la fluence verbale (capacité de se souvenir de mots écrits ou prononcés).

Les conclusions portent d'une part sur les données moyennes (scores moyens aux cinq tests par âge) et d'autre part sur les évolutions (pourcentage de personnes ayant décliné intellectuellement après sept ans, toujours en tenant compte de l'âge).

Les scores moyens par âge

« Ces données moyennes (...) suggèrent principalement que l'on atteint un plateau vers le trentaine, et que celui-ci se maintient à peu près jusqu'à l'âge de 60 ans (en dépit du déclin de quelques facultés aux alentours de la cinquantaine). Puis on note un déclin très net et de plus en plus rapide, qui intervient cependant selon des rythmes différents en fonction du sexe et des facultés concernées. Ce déclin semble se manifester plus vite chez les femmes que chez les hommes pour le test d'orientation spatiale, alors que c'est l'inverse qui se produit pour le test de fluence verbale. Il est toutefois important de remarquer que l'amplitude absolue du déclin reste faible jusqu'à environ 80 ans. »

L'évolution

« S'il est vrai qu'en moyenne les capacités intellectuelles diminuent après 60 ans, il est également vrai que, jusqu'à 65 ans, seulement à peu près un quart des sujets de notre étude ont, individuellement, présenté des signes incontestables d'un déclin sur les sept années écoulées. La pente du graphique s'accroît quelque peu une fois franchi le cap des 75 ans, mais il est néanmoins tout à fait clair que, même vers 88 ans, plus de la moitié des membres de notre échantillon ont maintenu leur niveau fonctionnel pendant une période de 7 ans, et ce à l'égard de toutes les capacités intellectuelles examinées dans notre étude. »

⁴⁴ K.W. SCHAIE, « Le vieillissement s'accompagne-t-il nécessairement d'une baisse des fonctions cognitives ? », *Alzheimer Actualités*, décembre 1989, n° 39, pp. 8-11.

Comment explique-t-il ces variations ?

« Un mode de vie aisé, qui permet un maximum de stimulation environnementale, sans dissolution de la famille, constitue un facteur hautement prédictif d'un vieillissement intellectuel réussi. Combinez cet élément avec le fait que de telles personnes font la plupart du temps preuve d'une attitude flexible, et vous avez la recette, très claire, de ce qui est nécessaire pour demeurer à de hauts niveaux de fonctionnement mental. »

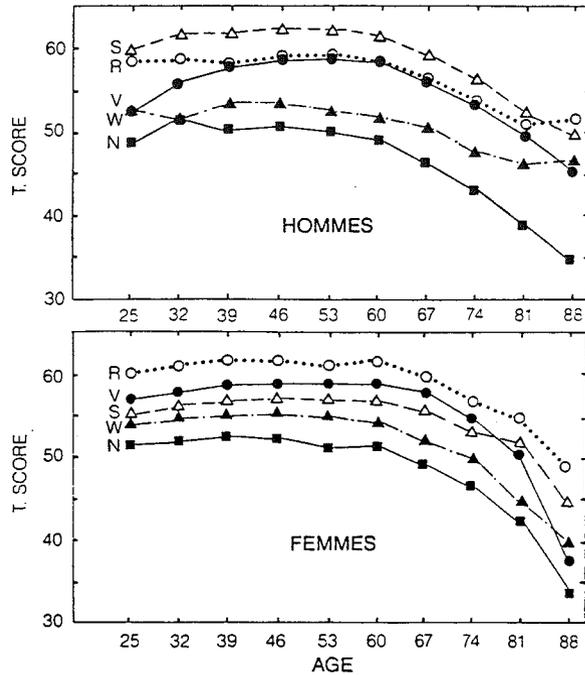


Figure 1. Etude longitudinale de l'évolution des capacités mentales: signification verbale (V), orientation spatiale (S), raisonnement inductif (R), nombre (N) et fluence verbale (W).

D. LA PREVALENCE DE LA DEMENCE AUGMENTE AVEC L'AGE

Toutes les remarques concernant la prévalence des démences réversibles (cfr *infra*) s'appliquent aussi à celle de la démence. En conséquence⁴⁵,

« Nos acquis sur l'épidémiologie de la DTA (démence type Alzheimer) peuvent se résumer en quelques lignes (...). Le taux moyen⁴⁶ de prévalence de la DTA est voisin de 3%. Mais les estimations varient selon les études dans une fourchette allant de 1 à 10%. Les interprétations possibles de ces différences sont multiples et mettent en cause avant tout les problèmes méthodologiques. »

« Il est classique de dire que la prévalence de la DTA croît "exponentiellement" avec l'âge. Inférieure à 1% entre 65 et 70 ans, elle est proche de 10% au-delà de 85 ans. Les données sont cependant insuffisamment précises pour distinguer une augmentation exponentielle d'une croissance linéaire rapide (...)

On ne peut actuellement déceler aucune variation géographique cohérente des taux de prévalence (...)

Les femmes semblent plus que les hommes à risque de DTA. La différence de prévalence entre les sexes, qui n'est pas retrouvée dans toutes les études, semble plus nette au-delà de 80 ans... le niveau d'éducation pourrait être à l'origine de cette différence. »

D'où, « en dehors de l'âge, aucun facteur de risque de la démence, de type d'Alzheimer n'a encore été identifié avec certitude ».

Un courant se développe⁴⁷ qui envisage le « traitement du vieillissement normal ».

« L'expression même semble paradoxale : comment traiter (donc considérer comme pathologique) ce que l'on qualifie de normal ? Ce paradoxe apparent s'éclaircit dans la mesure où l'on se rappelle que chez certains auteurs, le normal et le pathologique sont en continuité l'un par rapport à l'autre, la démence apparaissant comme l'exacerbation des caractéristiques du vieillissement "normal", vieillissement normal pouvant être lui-même considéré comme "a-normal" lorsque l'on utilise les normes propres aux adultes. »⁴⁸

45 A. ALPÉROVITCH, « Épidémiologie de la maladie d'Alzheimer. Acquis, controverses et perspectives », dans R. HEBERT, (éd.), *Actes du IV^e Congrès International Francophone de Gérontologie*, Montréal, 1990, pp. 190-194.

46 Est-il calculé de la même façon que le taux moyen des démences réversibles donné par Clarfield ?

47 Les actions envisagées portent surtout sur le déclin des fonctions cognitives (exemple, les cliniques de la mémoire), K.W. SCHAIÉ en est un grand partisan. Mais certains ne renoncent pas à agir sur l'âge biologique, « la recherche de substances qui "rajeunissent" peut faire rêver ». Cfr N. RIGAUX, *op. cit.*, p. 275.

48 N. RIGAUX, *op. cit.*, p. 273.

E. LES ALTERATIONS « SENILES » ET LA DEMENCE

Outre l'aspect comportemental, la démence se caractérise par des troubles cognitifs (perte de la mémoire immédiate,...). Le déclin des fonctions cognitives, la démence définie cliniquement et les altérations « séniles » étant fortement associés à l'âge de même que les altérations « séniles », il n'est pas surprenant de trouver... une corrélation entre démence et altérations séniles.

Indépendamment de ce problème fondamental, les conclusions des recherches dans ce domaine ne sont pas probantes. Comme l'écrit C. Derouesne,

« Depuis le travail de Blessed et coll., il est habituel de considérer les plaques séniles comme directement liées aux manifestations cliniques de la maladie... L'étude portait sur le cerveau de 60 sujets dont 26 seulement présentaient une démence sénile de type Alzheimer (les autres correspondaient à des sujets considérés comme normaux, à des patients atteints d'affections psychiatriques ou de démences vasculaires)... Les auteurs ont trouvé que le nombre de plaques séniles était corrélé d'une part avec le comportement du patient et d'autre part, avec la sévérité du déficit cognitif.

Toutefois, plusieurs objections peuvent lui être adressées (...) Le point peut-être le plus important est d'ordre statistique. La liaison entre le nombre de PS et les scores cliniques était établie par une régression linéaire qui présentait une grande variance. Surtout, la corrélation n'était significative que si les patients atteints de MA étaient mélangés avec les autres sujets : lorsque la seule population des patients atteints de MA était prise en compte, la corrélation devenait faible pour le score de démence et non significative pour le score IMC (test cognitif) (...)

Un seul travail a porté uniquement sur des sujets atteints de MA, de gravité diverse. (...) Aucune corrélation n'a été mise en évidence, dans cette étude, entre le nombre de PS et la sévérité de la démence.

D'autres éléments paraissent aller à l'encontre de la responsabilité directe de PS dans le déterminisme des manifestations cliniques.

Il existe des observations de sujets non déments dont le cortex présentait un nombre de PS important, bien que toutefois inférieur à celui observé chez les patients déments (...) »⁴⁹

Passant successivement en revue les lésions neuropathologiques (plaques séniles, dégénérescences neurofibrillaires,...), les perturbations biochimiques (baisse de l'activité cholinergique, ...), les déficits métaboliques, les manifestations cliniques, Derouesne constate que les données sont très contradictoires. Il en conclut :

« Beaucoup de difficultés rencontrées dans l'étude des corrélations entre les différentes manifestations de la MA proviennent, d'une part, d'une simplification abusive du modèle conceptuel de la maladie et d'autre part, du petit nombre de malades étudiés souvent d'un seul point de vue. »⁵⁰

49 Ce qui pose tout le problème de la détermination d'un « seuil ». Cfr N. RIGAUX.
50 C. DEROUESNE, *op. cit.*

CONCLUSION

Comme beaucoup de troubles mentaux, la « démence » échappe largement au modèle médical⁵¹.

Deux tendances traversent le champ médical sans nécessairement s'opposer. Pour les uns, l'avenir le plus prometteur consiste à cerner parmi l'ensemble des syndromes démentiels des entités qualitativement différentes (certaines formes de démence seraient liées à des facteurs génétiques, d'autres à des perturbations non encore identifiées,...). Pour les autres, la démence est « l'exacerbation du vieillissement normal » selon la formule de N. Rigaux.

« Après l'étape de fusion démence présénile/démence sénile, plusieurs indices invitent à faire de la maladie d'Alzheimer une facette d'un processus plus général encore, celui du vieillissement cérébral (...). Ce genre de résultats invite à penser que tout le monde finit par faire un Alzheimer si on lui donne le temps ! Le système génétique aurait ici pour fonction de définir la vitesse du processus. Cela correspond assez bien au schéma proposé par Donald Price : les mongoliens (...) seraient les plus précocement affectés, montrant les marques de la maladie dès la fin de leur seconde décennie, certains cas de forme familiale présenteraient ces lésions dès leur troisième ou quatrième décennie, les sujets à forme tardive vivraient sans anomalies jusqu'à 70 ou 80 ans et, serait-on tenté d'ajouter, les autres jusqu'à 100 ou 110 ans ce qui leur donnerait toutes les "chances" de mourir avant. On notera (...) la tendance à la globalisation de la recherche biomédicale actuelle puisqu'on s'accomode désormais très bien de mettre dans une même catégorie des situations pathologiques qu'un médecin purement taxinomiste (ou typologiste) ne saurait associer (trisomie 21, forme familiale de la maladie d'Alzheimer, forme tardive et même vieillissement "normal"). »⁵²

La démence pose problème surtout dans sa dimension comportementale ; les troubles du comportement sont la raison du placement.

« Sur le plan clinique, la MA (maladie d'Alzheimer) est caractérisée par l'association d'un déficit cognitif et de troubles du comportement. Ces derniers sont en fait hétérogènes et peuvent être décrits sous trois chapitres : les manifestations psychiatriques (modifications de la personnalité, troubles psychotiques,...), la diminution d'autonomie (self-care, maintenance : se laver, manger...) et les troubles instrumentaux (se servir du téléphone, préparer les repas, bricoler...). Les échelles dites d'activité quotidienne comprennent habituellement des questions se rapportant à ces 3 secteurs d'activité. Le problème posé est de savoir si les manifestations comportementales sont directement liées aux déficits cognitifs ou non.

Certains auteurs décrivent un parallélisme étroit entre ces diverses manifestations. L'exemple en est la classification de Reisberg.

Cette position est rejetée par d'autres auteurs qui insistent sur la variabilité des manifestations cliniques selon les individus.

(...) Le travail à ce jour le plus complet est celui de Teri et coll. qui montre qu'il existe bien une corrélation entre le déficit cognitif et les déficits instrumentaux dans la vie quotidienne mais non avec les troubles du comportement. »⁵³

51 Mais non nécessairement à la prise en charge médicale.

52 Y. CHRISTEN, *op. cit.*, p. 151.

53 C. DEROUESNE, *op. cit.*, pp. 6-7. Souligné par nous dans le texte.

III. LES CADRES SOCIAUX DE LA PRISE EN CHARGE

Dans une large mesure, la prise en charge de la démence est indissociable de la prise en charge de la vieillesse. Elles s'inscrivent dans un ensemble de rapports sociaux : rapport entre les générations, entre les hommes et les femmes, entre les différents intervenants (famille, médecin,...), entre les pouvoirs publics et les structures de soin.

A. LES FACTEURS DE RISQUE SONT NOMBREUX A BRUXELLES

Xavier Leroy, en s'inspirant de la méthode suivie par Gilbert Dooghe, a déterminé l'importance des groupes à risque à Bruxelles. Les facteurs de risque retenus sont :

- le grand âge ;
- le veuvage, la séparation ou le divorce ;
- être sans enfant ;
- vivre seul ;
- être semi-valide ou invalide ;
- avoir de faibles revenus ;
- avoir déménagé récemment.

La conclusion est la suivante : « Il apparaît que les personnes âgées bruxelloises cumulent plus souvent un plus grand nombre de risques que les Wallons et surtout sur les Flamands. Bien qu'économiquement plus aisés, ils sont défavorisés du fait qu'ils sont plus âgés et plus isolés. »⁵⁴

⁵⁴ X. LEROY, « Évaluation des groupes à risque et des besoins dans la population âgée bruxelloise », in *Psychogériatrie. Aspects préventifs et curatifs*, Fondation Julie Renson, 1988, pp. 81-88.

B. VIVRE SEULE EST LE LOT DE LA MAJORITE DES FEMMES AGEES

En 1981, un peu plus de la moitié (53.6 %) des Bruxelloises âgées de 65 ans et plus vivaient seules. Nous ne disposons malheureusement pas de chiffres fiables pour les années ultérieures⁵⁵

Proportion de femmes vivant seules selon les âges. Bruxelles, 1970, 1981

	1970	1981
65-69 ans	40.6	42.6
70-74 ans	48.4	52.9
75-79 ans	53.5	60.6
80-84 ans	52.2	61.8
85 ans et +	43.5	56.8
65 ans et +	47.0	53.6

Trois-quarts des femmes vivant seules sont veuves. Le veuvage, beaucoup plus fréquent chez les femmes que chez les hommes est la grande cause de l'habitat en solitaire.

Proportion d'hommes vivant seuls selon les âges. Bruxelles, 1970, 1981

	1970	1981
65-69 ans	16.7	18.6
70-74 ans	20.4	21.8
75-79 ans	23.0	27.0
80-84 ans	27.6	33.9
85 ans et +	30.9	40.4
65 ans et +	20.5	24.1

La surmortalité masculine, l'âge au mariage moins élevé des épouses, expliquent que les hommes sont moins souvent veufs et donc qu'ils continuent d'habiter avec leur conjoint : 42 % des

⁵⁵ L'Institut National de Statistiques publie bien ce type de renseignements à partir des données du registre national. Malheureusement, en particulier à Bruxelles, les communes considèrent souvent les pensionnaires des maisons de repos comme des personnes vivant seuls. Les chiffres sont donc non fiables tant pour le logement collectif qu'individuel. À Bruxelles, pour la population de 65 ans et plus, il y aurait seulement en 1990 3584 personnes en logement collectif (643 hommes et 2941 femmes) soit 2.14 % de personnes hébergées collectivement ! Le nombre de cohabitants serait vraisemblablement aussi sous-évalué.

hommes âgés de 85 ans et plus sont chef de ménage ou habitent avec leur épouse. Cette situation n'est vécue que par 10 % des femmes de ces âges.

Tant pour les hommes que pour les femmes âgés la cohabitation est de moins en moins fréquente à Bruxelles. Pour les femmes âgées de 80 à 84 ans elle passe de 17.4 % en 1970 à 9.7 % en 1981 (respectivement 23.0 % et 13.6 % pour les femmes de 85 ans et plus), tandis que chez les hommes de 80 à 84 ans, la cohabitation passe de 9.4 % en 1970 à 4.2 % en 1981 (respectivement 14.7 % et 6.9 % au delà de 84 ans).

C. A TOUT AGE, LES FEMMES HABITENT PLUS SOUVENT EN COLLECTIVITE QUE LES HOMMES

Le taux d'hébergement en logement collectif augmente rapidement avec l'âge. Les femmes prédominent : 78 % des personnes hébergées sont des femmes. Elles sont certes plus nombreuses dans la population âgée, de plus à chaque âge, elles vivent plus souvent en institution que les hommes.

**Taux d'herbergement collectif des hommes et des femmes selon l'âge.
Bruxelles - 1981**

	<u>Hommes</u>	<u>Femmes</u>
65-69 ans	1.24	1.36
70-74 ans	1.96	2.46
75-79 ans	2.97	4.95
80-84 ans	6.16	10.33
85-89 ans	10.00	17.36
90-95 ans	12.43	24.20
95 ans et +	19.40	29.26
65 ans et +	2.87	5.58

D. VIVRE SEUL NE VEUT PAS NECESSAIREMENT DIRE ETRE ISOLE

Dans quelle mesure les personnes âgées peuvent-elles compter sur l'aide de leur famille, voisins et amis ? Différents intervenants rencontrés au cours de cette recherche ont signalé que les enfants seraient actuellement plus attentifs qu'avant à leurs parents placés en MR ou MRS. Serait-ce dû à un sentiment de culpabilité lié à l'absence d'aide avant le placement ? On peut en douter car, comme le disait une assistante sociale, les rapports entre les parents placés et leurs enfants reflètent généralement ceux qu'ils avaient entre eux avant le placement.

« Certains enfants limitent leur visite au jour où la personne âgée reçoit son allocation personnelle. Allocation qu'elle leur donnera... »

Encore faut-il avoir des enfants. À Bruxelles, 27 % des personnes âgées de 65 ans et plus n'ont pas d'enfant⁵⁶.

Selon une enquête du département d'hygiène et de médecine sociale de l'Université de Gand, 38 % des personnes âgées vivent seules sans possibilité de prise en charge familiale⁵⁷.

O. Kutu, dans une recherche portant sur les soins et services à domicile d'une banlieue liégeoise constate pour sa part que « l'aide des voisins et amis joue essentiellement au bénéfice des isolés sans enfants ».

« (...) On découvre que les *couples* qui ont des enfants reçoivent des visites familiales et des visites de voisins et amis. Par contre, les couples sans enfant et qui n'ont donc pas de visite familiale de leurs enfants n'ont pas non plus des voisins et amis. C'est vraisemblablement l'application de l'effet "Saint-Mathieu" : ceux qui ont beaucoup, recevront beaucoup et les autres qui ont peu, recevront encore moins (...)

La situation s'inverse pour les *isolés*. Les isolés qui ont des enfants et donc des visites familiales ne reçoivent pas la visite de voisins et d'amis. Par contre, les isolés qui n'ont pas d'enfants, reçoivent des visites de voisins et d'amis.

(...) En ce qui concerne les aides apportées par les voisins et amis, les isolés sont les seuls à bénéficier de l'aide (...) notamment pour la préparation des repas, pour la lessive et le repassage, mais surtout pour les courses et les achats de médicaments (...), tandis que les autres (couple et "en famille") n'en reçoivent aucune. »⁵⁸

⁵⁶ X. LEROY, *op. cit.*, p. 63.

⁵⁷ Y. MERCIER, « Vieillir à domicile », *Journal du médecin*, n° 517.

⁵⁸ O. KUTY, F. CORREIA, G. MANCUSO, « La population des soins et services à domicile. Une enquête à Liège », *Revue Belge de Sécurité Sociale*, juin-juillet 1989, pp. 501-517.

Une histoire de cas

Début juillet 1990, Monsieur B., 82 ans, fait une chute nécessitant une hospitalisation. L'hôpital met en évidence un problème d'ordre somatique (pierre à la vésicule biliaire) qui nécessiterait une intervention chirurgicale. Un psychiatre de l'hôpital diagnostique aussi un début de démence. Monsieur B. refuse l'intervention et rentre chez lui. Quelques mois plus tard, une voisine qui prend soin de lui appelle un médecin car Monsieur B. hurle de douleur. Ce médecin s'adresse au C.S.M. pour un avis psychiatrique complémentaire. L'infirmière sociale du C.S.M. se rend donc au domicile de Monsieur B. Celui-ci vit dans le dénuement le plus total : il ne va plus toucher sa pension, ne paie plus son loyer, le gaz et l'électricité ont été coupés. Une intervention urgente s'impose. Le médecin et le psychiatre s'entendent pour faire hospitaliser Monsieur B. bien que celui-ci soit très réticent. Il est admis dans le service G. d'un hôpital général où un cancer du foie et une démence sont diagnostiqués. Le transfert vers un service V est décidé. Quelques jours après son transfert, Monsieur B. décède.

L'aide de la famille, des amis, des voisins, etc. permet le maintien à domicile voulu de manière explicite par beaucoup de personnes âgées. On s'en doute, cette aide ne supprime pas les problèmes médicaux⁵⁹ selon certains médecins, elle les compliquerait parfois.

⁵⁹ Ceci doit être précisé car certains discours lénifiants l'oublient parfois.

E. LES AIDANTS ONT BESOIN D'ÊTRE AIDÉS

Beaucoup de personnes âgées en perte d'autonomie psychique vivent en dehors des structures institutionnelles, soit seules, soit en famille. « La majorité des personnes âgées sont soignées à domicile, même celles atteintes de démence. »⁶⁰ Dans ce cas, les troubles démentiels ne sont pas nécessairement identifiés comme tels.

Histoire d'une intervention auprès d'une famille.

Madame X. consulte un Centre de Santé Mentale. Elle n'en peut plus. Son mari est devenu au cours du temps de plus en plus dépendant d'elle. Elle n'ose plus sortir faire une course, son mari tient toujours à être près d'elle, tout près d'elle... en toutes circonstances, quand elle cuisine, se lave, etc. À part sa fille, elle ne reçoit pour ainsi dire plus personne. Un nouveau problème se pose. Depuis peu de temps, son mari urine la nuit dans la garde-robe de leur chambre. Le médecin de famille, lui, a conseillé de relier sa jambe à celle de son mari. Ainsi, quand celui-ci se lèvera la nuit, elle pourra s'en apercevoir et le guider au W.C. qui se trouve tout près de leur chambre. Même ses nuits ne lui appartiennent plus.

Au C.S.M., on demande à Madame X. si elle a déjà envisagé la possibilité d'un placement, ... la réponse est ambiguë. On lui conseille de supprimer la corde qui la nuit la relie à Monsieur, de fermer à clef la garde-robe, d'ouvrir toutes grandes les portes de leur chambre et du W.C., et de laisser celui-ci éclairé⁶¹. Et ça marche, Monsieur X. n'urine plus dans la garde-robe. Le problème de Madame X. n'est toutefois pas réglé pour autant. Sa fille s'oppose à ce qu'elle rencontre le C.S.M. car celui-ci veut que sa mère place son père..., ce que la fille de Monsieur X. trouve inadmissible. Madame X. fait donc part au C.S.M. qu'elle ne veut plus entendre parler de placement.

À force de travail, le C.S.M. encourage Madame X. à retrouver un peu d'autonomie personnelle. Durant une heure, deux fois par semaine, une aide vient tenir compagnie à Monsieur X. pendant que Madame courageusement « abandonne » son mari. Au début, elle n'osait pas s'éloigner, elle restait montre en main assise sur un banc dans le parc tout proche. Au fur et à mesure, Madame X. put de nouveau sortir, rencontrer ses amies. L'état de Monsieur X. ne s'améliorait ni ne se dégradait. Un jour, Madame X. mourut brusquement. Après 3 semaines, la fille de Madame X. demandait le placement de son père.

Comme le souligne Philippe Meire,

« Il n'est pas inutile de rappeler que les familles sont les premiers travailleurs et les premiers thérapeutes dans le domaine de la gériatrie et de la psychogériatrie en particulier (...) Certes, ce sont parfois des thérapeutes maladroits, découragés ou épuisés... cela n'est pas rare chez les thérapeutes. Souvent, il leur est beaucoup demandé et parfois beaucoup trop, au point que l'entourage familial devient le "patient caché" de la situation.

60 E. LEVIN, « Efficacité des services destinés aux personnes âgées en état de confusion et à leurs familles », dans *Psychogériatrie. Aspects préventifs et curatifs*, Fondation Julie Renson, 1988, p. 84.

61 Les institutions spécialisées le savent bien, le patient désorienté se dirige spontanément la nuit vers la source lumineuse.

(...) Les aidants ont besoin d'être aidés. Mais comment... »⁶²

Pour aborder la question posée par Philippe Meire « Comment aider les aidants ? », il faut décrire les relations qui se nouent entre les différents intervenants. Nous pouvons pourtant déjà avancer une conclusion.

L'aide à la famille ne doit pas se limiter à un travail sur le corps du patient psychogériatrique (toilette, etc.) même si celui-ci est indispensable. La charge que représente un patient psychogériatrique pour son entourage est tout autant psychologique que physique⁶³. Cela est vrai pour tous les intervenants : famille, médecin, infirmières, etc. La charge que représente aussi la vieillesse pour la personne âgée est tout autant psychologique que physique⁶⁴.

62 P. MEIRE, « Le travail avec les familles », *Psychogériatrie. Aspects préventifs et curatifs*, Congrès International de Bruxelles, octobre 1987, Fondation Julie Renson, 1988, p. 213.

63 N. DOCQ-BRUNEEL, *Approche qualitative du vécu de la cohabitation parent âgé-enfant adulte*, mémoire de licence en sciences médico-sociales, U.C.L., 1987, cité par Ph. Meire.

64 Ch. HERFRAY, *La vieillesse. Une interprétation psychanalytique*, Epi-Desclée de Brouwer, Paris, 1988.

F. LES GENERALISTES SONT AU CŒUR DU DISPOSITIF MEDICAL

Ni la gériatrie, ni la psychogériatrie ne font partie de l'univers quotidien de Monsieur et Madame « Tout le monde ». On ne s'adresse jamais spontanément aux spécialistes de ces disciplines. Le premier répondant est le médecin généraliste.

Face à une pathologie somatique bien définie nécessitant une mise au point du diagnostic ou une hospitalisation (maladie cardiaque, pulmonaire,...) le généraliste enverra son patient à l'hôpital général le plus proche, quel que soit l'âge du patient.

Vis-à-vis d'une personne âgée « confuse » et en l'absence d'autre pathologie, ses réactions peuvent être tout autres.

En dehors d'une situation de crise (agitation, agressivité,...) et si le patient dispose d'un entourage adéquat, le généraliste posera, souvent rapidement et *in petto* le diagnostic de démence, si l'âge du patient l'y invite. Pour lui, le problème psychogériatrique sera « résolu ». Tant que l'entourage supporte le patient et ne met pas en jeu sa propre santé physique ou celle du patient, le généraliste laissera les choses aller. Si la situation s'aggrave, il sera toujours temps d'intervenir en recommandant alors l'hospitalisation du patient, porte d'entrée pour un placement définitif. La fonction attribuée aux soins à domicile est de retarder le moment du placement.

« Le pronostic du généraliste est (...) inséparablement social et médical. La problématique qui lui est soumise est donc selon lui multidimensionnelle et sa réponse doit se fonder sur une prise en compte simultanée de nombre de paramètres dont le diagnostic strictement médical ne constitue pas toujours, loin s'en faut, le principal. Déjà sceptiques quant à l'"apport réel" (entendez au plan proprement scientifique) que peut leur valoir un examen diagnostique effectué en hôpital, au regard de leurs observations cliniques propres, bien des généralistes doutent que cette mise au point puisse leur être d'un quelconque secours dans la décision qu'ils ont à prendre, décision souvent importante en ce qu'elle va engager radicalement le devenir de leur patient.

Ainsi la question de la réversibilité ou de l'irréversibilité d'un trouble, si chère aux spécialistes, peut n'avoir pour le généraliste qu'une valeur opératoire secondaire en comparaison d'autres paramètres comme le support social, les moyens de déplacement, l'offre de services sociaux facilitant le maintien à domicile. C'est aussi pour cette raison que, contrairement aux médecins hospitaliers qui en appellent quasi exclusivement à la collaboration avec les généralistes, le discours de ces derniers implique bien davantage les intervenants de première ligne : ils soulignent par exemple avec insistance la carence en moyens disponibles à ce niveau - en aide seniors, en "récureuses", en infirmières, en suivi social, etc. - en vue de prévenir le processus d'institutionnalisation. »⁶⁵

65 M.N. BEAUCHESNE, « Vieillesse et représentations sociales : réflexions à propos de la prévention en psychogériatrie », *Les Cahiers du Germ*, IV/1988, n° 207, p. 48, pp. 45-50.

L'avantage de cette attitude est la non-stigmatisation du patient. L'évolution dans la démence peut être lente⁶⁶. Le maintien à domicile permet au patient de conserver les points de repère encore existants. Les problèmes posés par cette attitude sont de trois ordres.

Premièrement, en considérant à partir de ses seules observations cliniques, le patient sur la voie de la démence, le généraliste s'interdit de poser les questions qui aideraient au diagnostic différentiel. En vrac et sans du tout être exhaustif : l'état de confusion du patient ne résulte-t-il pas de l'abus de médicaments ? N'est-ce pas une dépression ? Le résultat d'un traumatisme ou d'une tumeur cérébrale ?...

En deuxième lieu, le généraliste pourra essayer de neutraliser les symptômes (agitation, déambulation nocturne,...) via la prescription de médicaments mais sans en maîtriser parfaitement l'usage.

En troisième lieu enfin, en considérant que l'entourage peut juste subir courageusement son sort, le généraliste risque de ne voir que l'aspect matériel de la situation, sans en saisir les dimensions socio-affectives. Rappelons ici, à titre d'exemple, la suggestion faite à Madame X. de s'enchaîner un peu plus à Monsieur pour résoudre un problème matériel. Si Monsieur urine dans la garde-robe, c'est « normal » vu son état...

Enfin, les internistes signalent l'état général désastreux de certains patients : diabète non soigné, etc. Ce problème ne relève pas de la seule responsabilité du médecin généraliste. La crainte de l'hôpital, du médecin reste bien présente dans notre société. A tort ou à raison, Monsieur B. a refusé l'aide médicale et préféré souffrir seul, chez lui...

La place centrale du généraliste est un fait, son apport au patient, à la famille est loin d'être négligeable. Les généralistes sont la pièce maîtresse du dispositif médical qui permet le maintien à domicile. Eux seuls peuvent faire en sorte qu'« une mise au point » se réalise sans passer nécessairement par l'hospitalisation de longue durée.

« Une brève hospitalisation dans le cadre d'un programme de soins à domicile permet très souvent à un patient de reprendre pied, surtout s'il ne change pas de médecin, ni d'équipe soignante. »⁶⁷

66 Elle semble très variable d'un sujet à l'autre, cfr O. SAINT-JEAN, « Hétérogénéité de la maladie et des malades », *La Revue de Gériatrie*, suppl. au n° 13, mars 1991.

67 L. PLOTON, « Evolution des idées, des moyens, et des résultats concernant les soins à domicile psychogériatrique », *La Revue de Gériatrie*, tome 14, n° 5, mai 1989, p. 191 (pp. 190-194).

Toutefois, la formation des généralistes en psychogériatrie est insuffisante.

« Les médecins qui rencontrent le plus les problèmes psychogériatriques, les généralistes, sont les moins formés en psychogériatrie. »⁶⁸

Les généralistes assument aussi la prise en charge médicale des patients psychogériatriques dans les M.R.S..

« Il est surprenant de voir la variété de réactions des médecins généralistes face aux patients. Ce qui est un état de démence sévère pour l'un ne l'est pas du tout pour l'autre. Certains ne prennent même pas la peine d'indiquer aux infirmières des changements de traitement. »

Infirmière d'une M.R.S.

La grande place laissée par la législation au médecin généraliste dans les M.R.S. milite elle aussi en faveur d'une bonne formation psychogériatrique des généralistes.

68 F. ROELANDS,

G. LA PSYCHOGERIATRIE INTERVIENT SOUVENT UNIQUEMENT EN BOUT DE COURSE

Les possibilités d'intervention des psychogéiatres sont limitées par le mode d'arrivée des patients dans les services spécialisés. C'est une « crise » qui provoque l'arrivée du patient dans ceux-ci.

« En cours d'évolution, certains pensionnaires heurtent la sensibilité des autres patients et des familles, par exemple en défécant dans les couloirs. Nous devons alors les transférer. »

Médecin coordinateur d'une M.R.S.

« L'orientation vers la psychogériatrie se fait lorsque la pathologie évolue vers une démence importante, c'est-à-dire lorsque le patient devient dérangeant. »

Médecin gériatre

« A l'hôpital, le petit vieux qui perturbe est dément, alors on nous l'envoie. »

Médecin gériatre

« Il est encore peu fréquent de voir consulter un service spécialisé en dehors de ces épisodes de crise : le psychiatre est souvent appelé après coup quand l'hospitalisation a déjà eu lieu depuis un certain temps et que les symptômes se multiplient soit du côté de la personne "placée" (confusion, dépression, agitation,...), soit du côté de la famille "placeuse" (agressivité envers les soignants, conflits entre enfants, surprotection angoissée du parent placé,...). Ces situations sont fréquentes et il est difficile d'intervenir à ce moment (...) »⁶⁹

Selon les spécialistes, les familles chercheraient souvent à minimiser les troubles dont souffre la personne âgée.

69 Ph. MEIRE, *op. cit.*, p. 217.

H. IL Y AURA DE PLUS EN PLUS DE PERSONNES TRES AGEES

« Je cherche le mot juste, mais je ne le trouve pas. Il y a longtemps que je le cherche (...) On dit qu'au siècle prochain, quand l'espérance de vie sera de cent cinquante ans, on oubliera non seulement le nom de ses grands-parents, mais aussi celui de ses parents. Si j'ai connu un jour le mot que je cherche, comment ai-je bien pu le perdre. »

Nina Berberova
C'est moi qui souligne

Les conséquences du vieillissement de la population peuvent être abordées sous deux angles :

- la proportion des groupes d'âge au sein d'une population pose le problème des rapports entre générations ;
- le nombre de personnes aux différents âges donne une indication des « besoins » de chaque génération.

Seul le second point de vue sera retenu. Toutes les données démographiques de cette section ont été fournies par Thierry Eggerickx de l'Institut de Démographie de l'U.C.L.

Dans l'avenir, le nombre de personnes âgées à Bruxelles dépendra des facteurs suivants : l'histoire démographique belge, les phénomènes migratoires, les phénomènes de mortalité.

L'histoire démographique belge

Le déficit des naissances de la guerre 1914-1918 affecte par exemple directement le nombre de personnes actuellement âgées de 70 à 74 ans.

Au 1^{er} janvier 1990, il y avait à Bruxelles :

49.313 Belges âgés de 65 à 69 ans
29.491 Belges âgés de 70 à 74 ans
34.836 Belges âgés de 75 à 79 ans

Les phénomènes migratoires

Ils sont particulièrement importants à Bruxelles, et contrairement aux autres facteurs démographiques, ils peuvent varier rapidement. C'est un facteur d'incertitude important dans les projections démographiques. A l'heure actuelle, parmi les générations âgées, le nombre de sorties de l'agglomération dépasse systématiquement le nombre d'entrées, ce qui réduit le nombre de personnes âgées résidant dans l'agglomération bruxelloise. Vis-à-vis des personnes âgées, certaines communes ont un solde migratoire positif, elles attirent plus de personnes âgées qu'elles n'en rejettent. C'est le

cas de Berchem, Ganshoren et dans une moindre mesure de Watermael Boitsfort et Evere. D'autres communes sont « répulsives » : St Gilles, St Josse, Schaerbeek, Bruxelles-ville (cfr annexe : Les soldes migratoires par groupe d'âge).

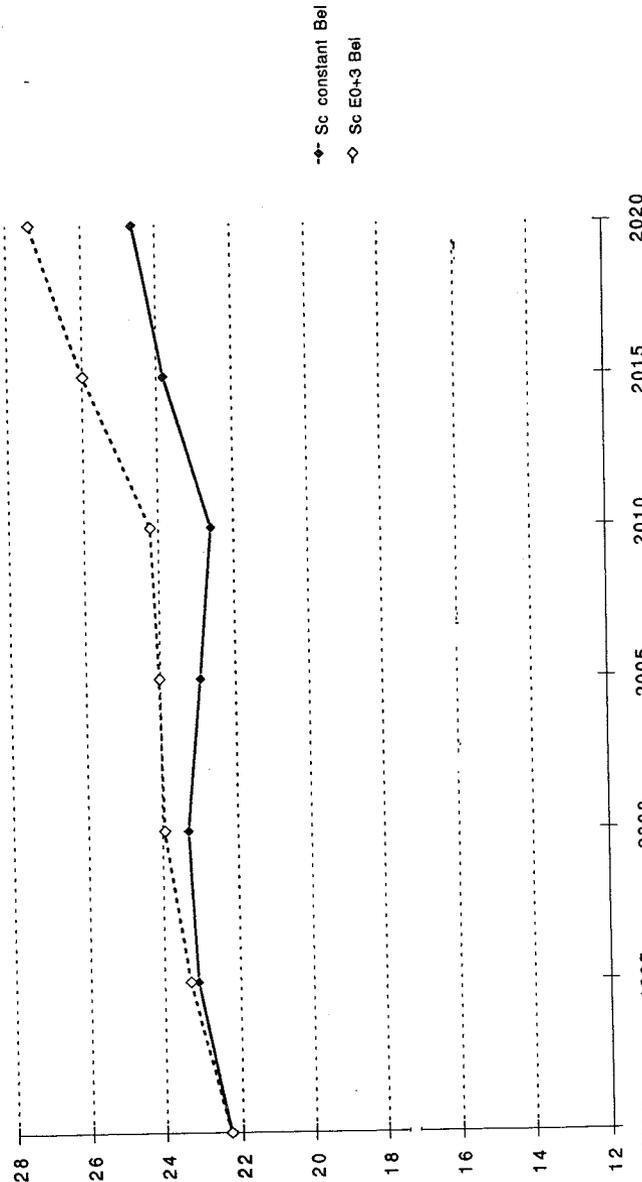
Les phénomènes de mortalités

L'indice retenu par Th. Eggerickx est l'espérance de vie. Celle-ci progresse depuis le début du siècle. Si cette progression se maintient, le nombre de personnes âgées augmentera (voir page suivante).

Les scénarios

Les projections démographiques ont été élaborées selon deux scénarios, le premier maintient constant les comportements démographiques actuels (même solde migratoire, même espérance de vie par âge), le second maintient constant le solde migratoire mais fait l'hypothèse d'une augmentation de l'espérance de vie de 3 ans en 2015.

Evolution de la proportion de Belges de plus de 60 ans en Région Bruxelloise de 1990 à 2020, selon deux scénarios



Population de 75 ans et plus à Bruxelles

	Scénario constant		Scénario Espérance de vie + 3 ans	
	C.A.	Indice	C.A.	Indice
1990	80.995	100	80.955	100
1995	73.583	91	75.331	93
2000	79.704	98	84.405	104
2005	70.813	98	88.08	109
2010	78.047	96	89.994	111
2015	73.783	91	89.456	110
2020	69.707	86	89.304	110

Population de 85 ans et plus à Bruxelles

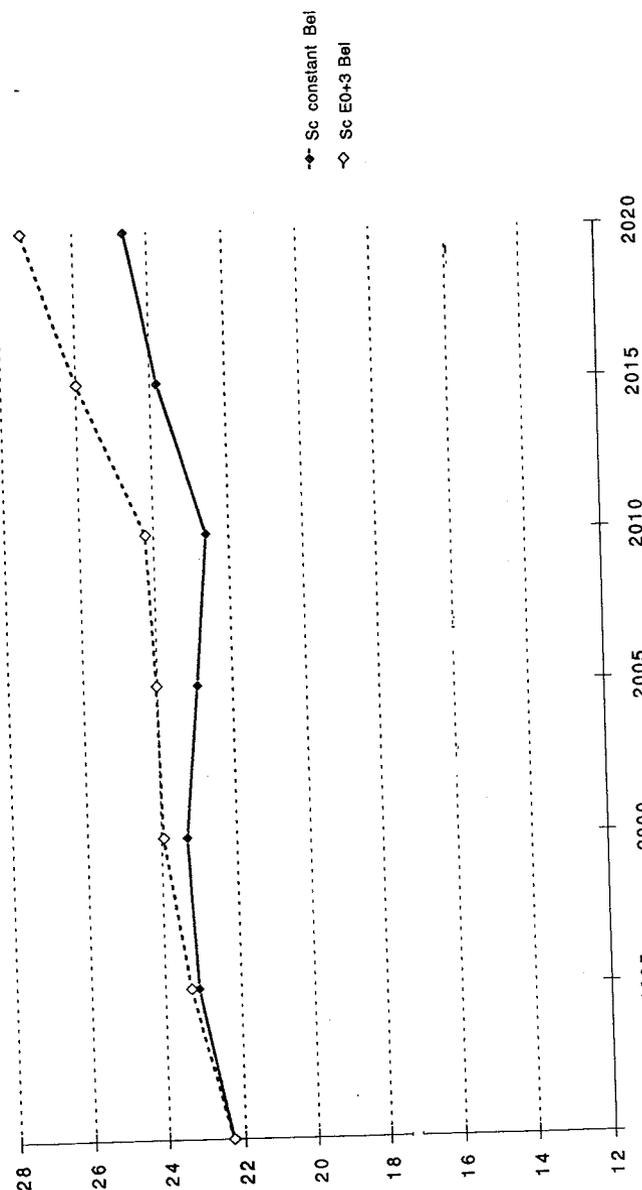
	Scénario constant		Scénario Espérance de vie + 3 ans	
	C.A.	Indice	C.A.	Indice
1990	18.710	100	18.710	100
1995	21.309	114	22.313	119
2000	22.770	122	25.584	137
2005	18.387	98	22.776	122
2010	21.605	115	28.442	152
2015	21.616	115	30.912	165
2020	20.299	108	32.368	173

Dans un avenir très proche, l'an 2000, quel que soit le scénario, l'augmentation tout à fait prévisible du grand âge (85 ans et plus) se traduira par une demande supplémentaire de services pour ce groupe d'âge. Ce qui ne veut pas nécessairement dire que la demande totale des personnes âgées augmentera⁷⁰. Cependant, les services de santé seront de plus en plus souvent appelés à travailler auprès de personnes fort âgées.

De plus, Michel Loriaux nous apprend que les hypothèses du scénario espérance de vie + 3 ans sont minimales.

⁷⁰ Dans le scénario constant, le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus serait amené à descendre légèrement.

Evolution de la proportion de Belges de plus de 60 ans en Région Bruxelloise de 1990 à 2020, selon deux scénarios



Population de 75 ans et plus à Bruxelles

	Scénario constant		Scénario Espérance de vie + 3 ans	
	C.A.	Indice	C.A.	Indice
1990	80.995	100	80.955	100
1995	73.583	91	75.331	93
2000	79.704	98	84.405	104
2005	70.813	98	88.08	109
2010	78.047	96	89.994	111
2015	73.783	91	89.456	110
2020	69.707	86	89.304	110

Population de 85 ans et plus à Bruxelles

	Scénario constant		Scénario Espérance de vie + 3 ans	
	C.A.	Indice	C.A.	Indice
1990	18.710	100	18.710	100
1995	21.309	114	22.313	119
2000	22.770	122	25.584	137
2005	18.387	98	22.776	122
2010	21.605	115	28.442	152
2015	21.616	115	30.912	165
2020	20.299	108	32.368	173

Dans un avenir très proche, l'an 2000, quel que soit le scénario, l'augmentation tout à fait prévisible du grand âge (85 ans et plus) se traduira par une demande supplémentaire de services pour ce groupe d'âge. Ce qui ne veut pas nécessairement dire que la demande totale des personnes âgées augmentera⁷⁰. Cependant, les services de santé seront de plus en plus souvent appelés à travailler auprès de personnes fort âgées.

De plus, Michel Loriaux nous apprend que les hypothèses du scénario espérance de vie + 3 ans sont minimales.

⁷⁰ Dans le scénario constant, le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus serait amené à descendre légèrement.

« (...) les progrès de la longévité font émerger une forme résolument différente du vieillissement. Pour la première fois, les vieux peuvent effectivement être considérés comme les "responsables" directs du vieillissement démographique, et non plus, paradoxalement, les enfants, lorsque ceux-ci brillent par leur absence.

(...) Pour les pays européens, par exemple, la plupart des projections reposent sur l'hypothèse d'un accroissement assez limité de l'espérance de vie, de l'ordre de 3 ans à l'horizon de 2025. Ce faisant, les prévisionnistes semblent s'obstiner à reproduire une erreur qu'ils ont-mêmes dénoncée à plusieurs reprises en rappelant que, dans le passé récent, les progrès réalisés ont presque toujours été nettement supérieurs aux prévisions. »⁷¹

Michel Loriaux reprenant les travaux de Josiane Duchesne et Guillaume Wunsch⁷² poursuit : « C'est cette audace qui nous a fait par exemple reprendre une nouvelle hypothèse concernant la mortalité limite selon laquelle la durée moyenne d'existence pourrait atteindre 90 ans, avec des pointes de survie jusqu'à 115 ans. Avec un tel schéma de mortalité, les conséquences directes sont proprement stupéfiantes : non seulement la population vieillissait d'environ 15 ans, ... mais les personnes de 65 ans et plus atteindraient les 40 % parmi lesquels la moitié serait des vieillards de 80 ans et plus, dont la proportion serait ainsi multipliée par un facteur 6 par rapport à la situation actuelle. »

71 M. LORIAUX, « Il sera une fois... la révolution grise. Jeux et enjeux autour d'une profonde mutation sociétale », M. LORIAUX et al. : *Populations âgées et révolution grise. Les hommes et les sociétés face à leurs vieillissements*, Ciaco, p. 6.
72 J. DUCHESNE, G. WUNSCH, « Les tables de mortalité limite : quand la biologie vient au secours du démographe », in M. LORIAUX et al., *op. cit.*, pp. 321-342 ; « Population Aging and the Limits to Human Life », in W. LUTZ (ed.), *Future Demographic Trends in Europe and North America. What can we Assume Today*, Academic Press, pp. 27-40.

I. VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION ET DEPENSES DE SANTE

En France, comme le montrent Andrée et Arié Mizrahi⁷³, l'effet mécanique du vieillissement de la population a eu peu d'incidence sur l'augmentation des dépenses. Par contre, ils observent un phénomène de « médicalisation des personnes âgées ». Ce n'est donc pas tellement le nombre de personnes âgées qui influe sur l'augmentation des dépenses mais bien les changements dans les modes de prise en charge médicale. En France « la dépense médicale en francs constants par personne a augmenté entre 1970 et 1980, de 80 % pour les personnes de 40 à 64 ans, de 98 % entre 65 et 79 ans et de 137 % après 80 ans ». Les personnes âgées sont plus souvent que par le passé hospitalisées dans les services aigus et dans les services de longue durée. Toutefois « à morbidité égale, la consommation médicale décroît avec l'âge, et les personnes âgées se soignent nettement moins que les jeunes adultes ».

« Les soins médicaux peuvent avoir, dans le même temps, des effets aux résultats apparemment contraires sur l'évolution des dépenses médicales :

- l'apparition et la mise en œuvre de traitements totalement performants, c'est-à-dire entraînant la guérison, peuvent améliorer l'état de santé de la population et diminuer au moins à moyen terme la mortalité et les dépenses médicales : c'est le cas par exemple du traitement de la tuberculose ;
- des traitements nouveaux plus efficaces que les anciens peuvent entraîner une rémission de certaines maladies et allonger la survie de malades atteints d'affections actuellement non guérissables, augmentant ainsi dans chaque classe d'âge le nombre de malades qui doivent être traités et par suite les dépenses médicales ;
- sans avoir d'impact immédiat sur la mortalité, les soins améliorent, en moyenne, l'état de santé des personnes qui auraient survécu de toute manière.

La résultante de ces effets n'est pas aisément mesurable et peut varier au cours du temps ; dans la période récente, l'état de santé de chaque classe d'âge s'est amélioré (espérance de vie, invalidité), mais au prix d'un plus grand nombre de maladies traitées, à un coût croissant : contrairement aux idées reçues, les soins actuels sont peut-être une des sources de l'accroissement des dépenses futures. »⁷⁴

73 A. MIZRAHI, A. MIZRAHI, « Vieillissement et croissance des dépenses de santé. La faible "responsabilité" des personnes âgées... », ?, pp. 77-83.

74 Andrée MIZRAHI, Arié MIZRAHI, *op. cit.*, p. 78.

J. SI LA MORT N'INTERVIENT, ARRIVE LE TEMPS DE LA GRANDE VIEILLESSE

« Les vieux ne bougent plus
leurs gestes ont trop de rides
leur monde est trop petit
du lit à la fenêtre
puis du lit au fauteuil
et puis du lit au lit. »

J. BREL

« Ainsi l'âge a-t-il raison de nous, le temps est-il notre maître. Notre apparence physique le donne à voir. La perte d'autonomie liée à la détérioration fonctionnelle, l'usure physiologique à laquelle nul organisme vivant n'échappe et l'implacable fatigue inhérente à l'amenuisement de l'énergie pulsionnelle ont abouti à un corps vieux, dont les modifications se révèlent sans merci et sans retour possible. Le désir aussi s'est amenuisé : investir demande un tel effort ! En dépit de ce qui vient tempérer et corriger la marche vers le déclin, celui-ci s'impose. »⁷⁵

Des vieux nous montrent tous les jours qu'il est possible de vivre, de vivre bien, vieux. Puis vient le temps de la grande vieillesse. Les deuils, ceux des personnes chères, de l'époux, des frères et des sœurs, des cousins et cousines, des amis, des amies, mais aussi les deuils de soi-même, de la beauté du corps, de la jeunesse passée, de l'efficacité des gestes, viennent marquer du sceau de la réalité la vie, ma vie, notre vie. Alors commence le temps de la "vieillesse avancée et les temps de la fin". »⁷⁶

75 Ch. HERFAY, *La vieillesse. Une interprétation psychanalytique*, Epi-Desclée de Brouwer, 1988, p. 183.
76 Ch. HERFAY, *op. cit.*, p. 226.

IV. LA PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE

Dans le courant des années '80, la politique de santé s'est profondément modifiée. Il s'agissait d'obtenir à la fois une meilleure prise en charge médicale des patients âgés et une réduction des coûts de cette prise en charge. L'idée de base était la suivante :

- réduction du nombre de lits indice V, services de long séjour (et donc très coûteux) mais souvent sans efficacité médicale (personnel réduit, absence de moyens techniques, etc.) ;
- création des services indice G, service de mise au point médicale intégré à l'hôpital général. La personne âgée, comme les enfants, devait être l'objet d'une approche spécifique. Le traitement initié en service G pouvait être poursuivi soit au domicile, soit en V, soit en M.R.S. ;
- création des M.R.S., structure d'accueil pour patients atteints de maladies chroniques (la mise au point du diagnostic étant faite, le traitement initié, la surveillance médicale spécialisée ne s'imposant pas) et dépendant d'autrui dans la réalisation des activités de la vie quotidienne (se laver, manger, etc.).

La mise en place de cette nouvelle stratégie débuta par la création des M.R.S. Cependant, nous entamerons la description de la prise en charge institutionnelle des déments par le biais du système hospitalier.

A. LES LITS GERIATRIQUES A BRUXELLES

Le nombre de lits gériatriques à Bruxelles a légèrement diminué depuis 1982 (-3,6 %).

- Evolution du nombre de lits gériatriques à Bruxelles

	1982	1988	1990
G	-	357	580
H	43	-	-
R	224	-	-
V	1.173	855	681
Vp	101	225	225
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	1.541	1.437	1.486

Jusqu'en 1988, dernière année où les statistiques officielles sont disponibles, la création des lits G fut le fait des hôpitaux privés. Les services hospitaliers G et V de la région bruxelloise se caractérisent alors par un grand contraste entre les institutions publiques et privées. Les premières sont essentiellement présentes sous l'indice V tandis que les secondes ont investi l'indice G. Ce contraste unique à Bruxelles n'existe pas pour l'indice Vp, service V pour patients psychogériatriques.

**Distribution des lits gériatriques selon les services
Proposition de lits publics et privés, Bruxelles, Belgique, 1988**

	Bruxelles					Belgique				
	Lits publics		Lits privés		Total	Lits publics		Lits privés		Total
	CA	%	CA	%		CA	%	CA	%	
G	24	6,7	333	93,3	357	2.688	48,3	2.880	51,7	5.568
V	735	86,0	120	14,0	855	2.704	64,9	1.465	35,1	4.169
Vp	105	46,7	120	53,3	225	777	37,2	1.310	62,8	2.087

Les services gériatriques bruxellois ont une durée moyenne de séjour inférieure à leurs homologues belges⁷⁷.

Durée moyenne de séjour dans les services gériatriques, Bruxelles, Belgique, 1988

	Bruxelles	Belgique
G	29,38	31,44
V	71,00	79,26
Vp	56,69	103,97

⁷⁷ Une analyse fouillée des durées de séjour est impossible. Les conclusions sur base des données des années 1980-1988 ne peuvent certainement pas servir d'indice de la situation présente vu la transformation profonde du champ. De plus, la qualité des données permet difficilement leur analyse. Comment par exemple interpréter des chiffres comme ceux-ci : pour un groupe d'institutions plus de 50 % des patients n'y restent qu'une seule journée (!).

Les lits gériatriques à Bruxelles

Indice G	Nombre de lits agréés	% de lits indice G dans l'ensemble des lits de l'hôpital
<i>Hôpitaux universitaires</i>	29.	3,5
AZ V.U.B.	24.	6,1
Brugmann	24.	2,9
S ^t Pierre	24.	6,0
<i>Hôpitaux généraux avec service C et D</i>		
Centre h. Bracops	54.	25,5
La Cerisaie	60.	39,0
Molière-Longchamp	24.	12,6
Clinique Europe	48.	23,5
Parc Léopold	24.	11,5
S ^t Etienne	48.	19,9
S ^t Jean	24.	7,4
S ^t Michel	24.	12,6
Institut Deux Alice	54.	35,1
Hôpital Français	40.	22,0
<i>Hôpitaux sans service C ou D</i>		
Clinique Faisanderie	48.	64,9
Magnolia	30.	100,0
Indice G	580	
<i>Indice V et Vp</i>		
Centre gér. La Cerisaie	30	
Centre hosp. V (Berchem)	100	
Centre hosp. Bracops	30	
Centre méd. gér. La Charette	120	
Centre psychogériatrie	120 Vp	
Etablis. hosp. V (Jette)	90	
Heysel S ^t Lambert	50 + 44 VR	
Institut Albert 1 ^{er} Reine Elisabeth	60	
Inst. des Invalides de Guerre	64	
Institut Pacheco	77 105 Vp + 24 VR	
Magnolia	60	
Indice V	906 + 68 VR	

B. QUELS SERVICES HOSPITALIERS PRENNENT EN CHARGE LES PATIENTS DEMENTS ?

Deux sources d'informations pouvaient fournir des indications à ce sujet : un sondage auprès des services eux-mêmes et les données du relevé infirmier minimum (R.I.M.).

Le sondage auprès des services G

Sur les 12 services G non universitaires, un tiers ne garde pas les patients déments (Groupe I), un tiers en accepte un petit nombre (au maximum 10 % de leurs patients : Groupe II), le dernier tiers les hospitalise dans leurs services ; les patients présentant des troubles démentiels représentent alors de 15 à 33 % des patients (Groupe III).

- Groupe I « Nous avons très peu de déments, nous les envoyons en psychiatrie. »
 « Le personnel n'aime pas ça. »
 « Nous n'acceptons les déments que pour une rééducation physique. »
- Groupe II « Nous en avons en permanence environ 10 %. Nous les gardons juste le temps de la mise au point, beaucoup retournent en famille avant de trouver une M.R.S. »
 « C'est la symptomatologie (agitation ou non) qui prime non le diagnostic. Si le patient est trop agité nous refusons. »
 « C'est un peu une gare de triage avant le placement en M.R.S. »
- Groupe III « 15 % des patients sont déments, nous avons surtout des cas sociaux. »
 « Actuellement nous en avons plus ou moins 20 %. Notre service est très accueillant, les familles préfèrent l'environnement médical plutôt que psychiatrique. »
 « Nous travaillons beaucoup avec les généralistes. Nous ne sélectionnons pas nos patients, nous avons toujours environ un tiers de déments. »

Les hôpitaux où le service G est important, c'est-à-dire où les lits G sont proportionnellement nombreux, se montrent en général plus ouverts aux troubles démentiels.

Le sondage auprès des services V

Sur onze services « V », deux se spécialisent dans ce type de problème : la Fondation pour la psychogériatrie et l'Institut Pacheco (les services Vp), quatre refusent les patients déments séniles, quatre en acceptent mais en petit nombre, un se spécialise dans le traitement des cancéreux en stade

terminal. Les services V qui acceptent des déments séniles signalent qu'ils ne sont pas équipés pour réaliser un travail psychologique ou une surveillance attentive.

Le résumé infirmier minimum

A Bruxelles, durant l'année 1988, le R.I.M. a enregistré 548 patients ayant le diagnostic de démence (diagnostic 290 selon la classification O.M.S. des troubles mentaux). Rappelons que l'enregistrement R.I.M. porte sur 4 périodes d'observation de 5 jours chacune. Tous les patients des hôpitaux généraux doivent être enregistrés durant ces périodes⁷⁸.

60 % des patients « déments » sont hospitalisés dans des services V et Vp, 22 % dans des services D, 4,6 % dans des services G. Pour interpréter convenablement ces résultats, il faut savoir que l'Institut Pacheco se trouve dans toutes les statistiques concernant les patients (R.I.M., nombre de journées d'hospitalisation, etc.) sous l'indice V et non Vp. Un très grand nombre des patients psychogériatriques soignés en V sont en réalité soignés à l'Institut Pacheco.

Distribution du diagnostic de démence selon les services R.I.M., Bruxelles, 1988

	CA	%	Nombre moyen de journées d'observation R.I.M.
A	14	2,55	4,5
C	28	5,11	2,46
D	122	22,26	3,67
G	25	4,56	3,4
H ⁷⁹	21	3,83	2,71
L	1	0,18	-
S	7	1,28	3,71
V	168	30,66	5,23
Vp	162	29,56	5,27
Tous les services	548	99,99	4,53

Parmi les 548 patients enregistrés, 28,5 % étaient des hommes, 71,5 % des femmes. Dans les services V et Vp, les hommes sont légèrement plus nombreux (31 %). L'ensemble de ces patients a donné lieu à 2481 journées d'observation R.I.M., soit en moyenne 4.53 journées par patient pour

78 En conséquence, les hôpitaux psychiatriques sont exclus de l'analyse. Ils seront couverts par l'enquête patient.
79 Les hommes sont légèrement plus nombreux (31 %).

l'ensemble des services. Toutefois cette moyenne est plus faible dans les services C et H* et plus forte dans les services V et Vp. Le R.I.M. portant sur des périodes d'observation de 5 jours, un nombre moyen de journées d'observation supérieur à 5 jours signifie qu'un certain nombre de patients furent repris dans 2 périodes d'observation. Un nombre moyen de journées d'observation faible est un indice de la brièveté du passage du patient dans le service.

En conclusion, deux institutions, la Fondation pour la Psychogériatrie et l'Institut Pacheco, prennent vraiment en compte les patients déments séniles. La grande majorité des patients hospitalisés sous le diagnostic de démence s'y trouvent. C'est pourquoi la description de la clientèle se limitera à ces deux institutions. Depuis 1988, certains services G leur accordent *peut-être* plus d'importance. On peut difficilement affirmer que les patients déments encombrant les hôpitaux généraux. Si les patients hospitalisés sous le diagnostic de démence passent par les services aigus des hôpitaux généraux⁸⁰, en particulier dans les services D, le nombre de journées d'hospitalisation des patients déments ne représente qu'une très faible part, de l'ensemble des journées d'hospitalisation de ces services, mais peut-être est-ce encore trop pour ces services...

80 C'est le cas d'au moins 40 % d'entre eux en 1988 car un même patient passant des services aigus aux services V peut être enregistré deux fois. Normalement un patient n'est admis dans un service V qu'après mise au point dans un service aigu.

C. LES SERVICES G NE VOIENT PAS LES MEMES PATIENTS
PSYCHOGERIATRIQUES QUE LES SERVICES Vp

Selon le R.I.M., les services G bruxellois voient peu de patients ayant des problèmes mentaux (85 patients R.I.M. en 1988) et parmi ceux-ci, la grande majorité (62 %) souffrent de troubles névrotiques, tandis que les services Vp prennent en charge surtout des états psychotiques, essentiellement les états psychotiques organiques. Mais vu le grand nombre de patients psychogériatriques dans les services Vp⁸¹, les patients des services gériatriques souffrant de troubles névrotiques ont tout autant de chances statistiques d'être soignés en Vp qu'en G.

Troubles mentaux rencontrés dans les services hospitaliers gériatriques.
Bruxelles, R.I.M., 1988

	Service G		Service V		Service Vp	
	CA	%	CA	%	CA	%
- Etats psychotiques organiques séniles et préséniles (290)	25	29,4	168	56,8	162	59,8
- Psychoses alcooliques (291)	-	-	12	4,0	28	10,3
- Psychoses dues aux drogues (292)	-	-	1	0,3	-	-
- Etats psychotiques organiques transitoires (293)	2	2,3	7	2,4	-	-
- Autres états psychotiques organiques (chroniques) (294)	1	1,2	7	2,4	2	0,7
Etats psychotiques organiques	28	32,9	195	65,9	192	70,8
Psychoses schizophréniques (295)	-	-	6	2,0	4	1,5
Psychoses affectives (296)	3	3,5	7	2,4	2	0,7
Etats délirants (297)	-	-	7	2,4	8	3,0
Autres psychoses non organiques (298)	1	1,2	4	1,3	9	3,3
Psychoses spécifiques de l'enfance (299) (??)	-	-	4	1,3	-	-
Autres psychoses	4	4,7	28	9,5	23	8,5
- Troubles névrotiques (300)	4	4,7	12	4,0	-	-
- Troubles de la personnalité (301)	2	2,3	1	0,3	2	0,7
- Syndrome de dépendance alcoolique (303)	9	10,6	9	3,0	10	3,7
- Pharmacodépendance (304)	1	1,2	4	1,3	-	-
- Abus de drogues sans dépendance (305)	1	1,2	10	3,4	14	5,2
- Troubles du fonctionnement physiologique d'origine psychique (306)	-	-	1	0,3	-	-
- Symptômes non classés ailleurs (307)	2	2,3	-	-	2	0,7
- Troubles de l'adaptation (309)	2	2,3	-	-	-	-
- Troubles mentaux spécifiques non psychotiques consécutifs à une atteinte cérébrale organique (310)	9	10,6	8	2,7	3	1,1
- Troubles dépressifs non classés ailleurs (311)	22	25,9	28	9,5	21	7,7
- Troubles de la conduite non classés ailleurs (312)	1	1,2	-	-	2	0,7
Troubles névrotiques de la personnalité et autres troubles non psychotiques	53	62,4	73	24,6	54	19,9
Retard mental (319)	-	-	2	0,7	-	-
Total en CA	85		296		27	

81 Étant donné la présence parmi les patients des services V d'un certain nombre de « vrais » V (cfr *infra*), les services Vp voient un nombre de patients inférieur à la somme des V et Vp RIM soit 567 patients.

D. LES PATIENTS SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHOTIQUES D'ORIGINE ORGANIQUES SONT ORIENTES VERS DES SERVICES DIFFERENTS SELON LEUR AGE

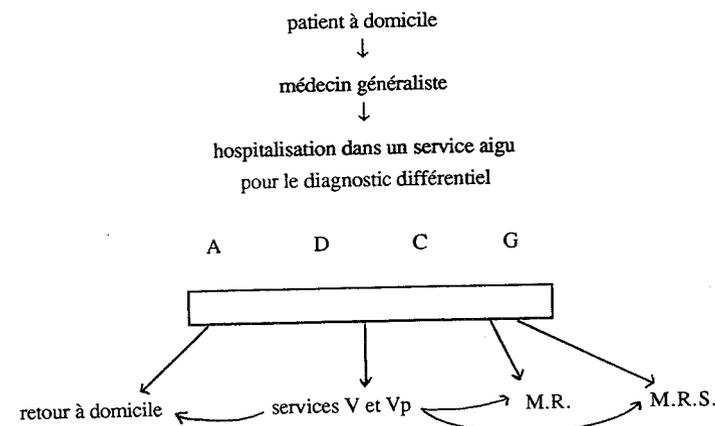
Parmi les états organiques, trois-quarts sont des démences, les psychoses alcooliques, les états psychotiques organiques transitoires, les psychoses dues aux drogues représentent respectivement 21,4 %, 6,4 % et 1,5 %. L'âge des patients souffrant de ces pathologies est systématiquement inférieur dans les services A, C et D comparativement au services V et Vp. Le diagnostic « état psychotique organique transitoire » (essentiellement des confusions) est posé dans les services aigus A, C et D.

Distribution des états psychotiques organiques selon les services Bruxelles, R.I.M., 1988

	Démences (290)		Psy. alcooliques (291)		Psy. drogues (292)		Confusions (293)		Autres (chronique)	
	%	Age moyen	%	Age moyen	%	Age moyen	%	Age moyen	%	Age moyen
A	2,55	76,8	12,0	47,8	27,3	33,0	31,9	57,2	36,6	54,4
C	5,11	71,9	4,8	49,2	9,1	47,0	4,2	53,5	9,8	43,2
D	22,26	79,9	25,3	58,5	45,4	41,2	27,7	55,6	19,5	67,2
G	3,83	84,7	4,8	-	-	-	4,2	83,0	2,4	69,0
H*	3,83	84,7	4,8	64,7	9,1	48,0	2,1	81,0	7,3	72,6
L	0,18	66,0	1,2	77,0	-	-	2,1	36,0	2,4	37,0
M	-	-	-	-	-	-	2,1	44,0	-	-
S	1,28	80,3	2,4	54,5	-	-	8,5	82,7	-	-
U	-	-	1,2	53,0	-	-	-	-	-	-
V	30,66	86,8	14,5	65,9	9,1	86,0	14,9	83,9	17,1	87,1
Vp	29,56	82,2	33,7	63,4	-	-	-	-	4,9	89,5
Total en CA	548			83		11		47		41
en %	75,1		11,4		1,5		6,4		5,6	

E. LES FILIERES DE LA PRISE EN CHARGE

Le modèle « rationnel » de la prise en charge hospitalière des troubles démentiels répondrait au schéma suivant :



Via le R.I.M., nous savons déjà qu'en 1988 les services A (psychiatrie aiguë) et les services G (gériatrie aiguë) prennent peu en charge les patients psychogériatriques présentant des états psychotiques organiques. La mise au point du diagnostic différentiel s'effectue-t-elle dans les services indice D (service de diagnostic et de traitement médical) ? Rappelons au lecteur que la polypathologie est fréquente et que la mise au point différentielle du diagnostic ne se réduit donc pas à la seule dimension psychiatrique.

Comme à Bruxelles, deux institutions sont au cœur de la prise en charge hospitalière des patients « déments », la description des filières de soins partira de ces services, appelés ici Vp même si l'une de ces institutions comporte des lits indice V et Vp.

E1. LE MODE D'ENTREE DANS LES SERVICES Vp

Origine des patients des deux institutions spécialisées dans la prise en charge des patients déments, Bruxelles, 1990

	Institut A	Institut B	A + B
Hôpitaux	64,24	68,11	66,47
M.R./M.R.S.	15,94	9,69	12,33
Domicile ⁸²	19,82	22,20	21,20

Deux-tiers des patients Vp sont donc passés par un hôpital avant d'être hospitalisés en service Vp. Un cinquième sont hospitalisés directement dans les services Vp sans y être transférés d'un hôpital ou d'une M.R./M.R.S.

Nous disposons de données très détaillées pour un service Vp en 1987. Parmi les patients transférés par les hôpitaux, 32 % avaient été hospitalisés préalablement pour une durée très brève, moins de 3 jours (pour certains, moins d'une journée, le transfert d'hôpital à hôpital s'est donc effectué dans la même journée). De ces patients transférés rapidement, un quart (25 %) venait de services V, services V dans lesquels ils n'avaient pour ainsi dire pas séjournés.

Voici qui confirme que certains hôpitaux préfèrent ne pas prendre en charge certains patients ou s'estiment non compétents.

La gravité des cas expliquerait-elle le transfert rapide ? On peut en douter, sauf peut-être pour les patients transférés après un bref passage en V (près de 50 % de décès).

⁸² Cette catégorie, de même que son équivalent en terme de sorties, peut comprendre des patients qui séjournent chez eux avec l'accord du médecin, pour de longs week-ends d'une durée supérieure à 3 jours.

Destination des patients d'un service Vp selon la durée de l'hospitalisation préalable dans un autre service hospitalier, 1987

Hospitalisé dans un service Vp :	Décès	Domicile	Transfert vers hôpital	Transfert vers M.R./M.R.S.	Total
- après long séjour préalable	28,46	18,46	4,62	48,46	100,0
- après très court séjour préalable	24,19	17,74	3,23	54,84	100,0

La durée de séjour dans ce service fut-elle réduite grâce à la mise au point préalable généralisée à l'hôpital général ? Au contraire, les patients ayant séjourné dans les hôpitaux généraux préalablement à leur admission dans ce service Vp ont en moyenne une durée d'hospitalisation plus longue.

Durée de séjour des patients d'un service Vp selon le mode d'arrivée

Patients hospitalisés en Vp	1987			1990		
	dans le service Vp	dans HG	durée totale	dans le service Vp	dans HG	durée totale
- après un séjour préalable > 3 jours dans un hôpital	70	35	105	73	29	102
- sans séjour préalable ou de très brève durée	53	-	53	63	-	63

L'effet négatif des transferts d'hôpital en hôpital pour les patients psychogériatriques se trouve une fois de plus confirmé.

Pourcentages de patients envoyés vers les deux institutions Vp
selon les hôpitaux bruxellois, 1990

<i>Hôpitaux universitaires</i>		
AZ V.U.B.	2,14	
Brugmann	20,08	
Erasme	8,00	
S ^t Luc	0,78	
S ^t Pierre	27,29	
Clinique univ. de Bruxelles (1990)	5,46	63,75
<i>Hôpitaux généraux sans V ni G</i>		
La Basilique	1,17	
Bordet	1,17	
P. Brien	1,56	
Cavell	0,78	
C. de Paepe	2,14	
Fondation Lambert	0,78	
I.M.C. Anderlecht	0,19	
I.M.C. Etterbeek, Ixelles	2,14	
S ^{te} Anne, S ^t Remi	0,97	
S ^{te} Elizabeth	6,24	17,15
<i>Hôpitaux généraux avec G ou A</i>		
Inst. Brugmann	0,39	
Bracops	7,80	
Deux Alice	0,19	
Europe	0,39	
Faisanderie	1,17	
Français	0,78	
Molière-Longchamp	0,78	
Parc Léopold	0,58	
S ^t Etienne	0,97	
S ^t Jean	2,73	
S ^t Michel	0,58	16,36
<i>Services, indice V</i>		
Centre hospit. V Berchem	0,97	
Centre hospit. V Jette	0,58	
La Cerisaie	0,19	1,95
<i>Hôpitaux psychiatriques</i>		
Titeca	0,39	
Sans Souci	0,39	0,78

En conclusion, pour certains patients, l'efficacité du modèle « rationnel » de la prise en charge ne se vérifie pas. La mise au point préalable dans les hôpitaux généraux suivie d'un transfert en Vp n'est pas à Bruxelles, dans les conditions présentes⁸³, la solution la plus efficace dans la prise en charge des troubles démentiels.

⁸³ Les conditions présentes sont d'une part l'absence de psychogériatres dans les services G et D et d'autre part l'obligation pour ces services d'avoir des durées de séjour brèves, ce qui est peut-être incompatible avec une prise en charge sérieuse de certains troubles.

E2. LES SUITES DE L'HOSPITALISATION EN VP

Les deux grandes institutions de prise en charge des troubles démentiels à Bruxelles ont un mode d'entrée très semblable (cfr *infra*). Il n'en est pas de même pour le mode de sortie.

Orientations des patients suite à leur hospitalisation dans un service Vp, Bruxelles, 1990

	Institut A	Institut B	A + B
Décès	25,45	10,91	17,43
Retour au domicile	21,43	32,73	27,66
Transfert vers M.R.	35,71	9,82	21,44
Transfert vers M.R.S.	9,38	18,36	14,33
Transfert vers hôpital	8,03	28,18	19,14

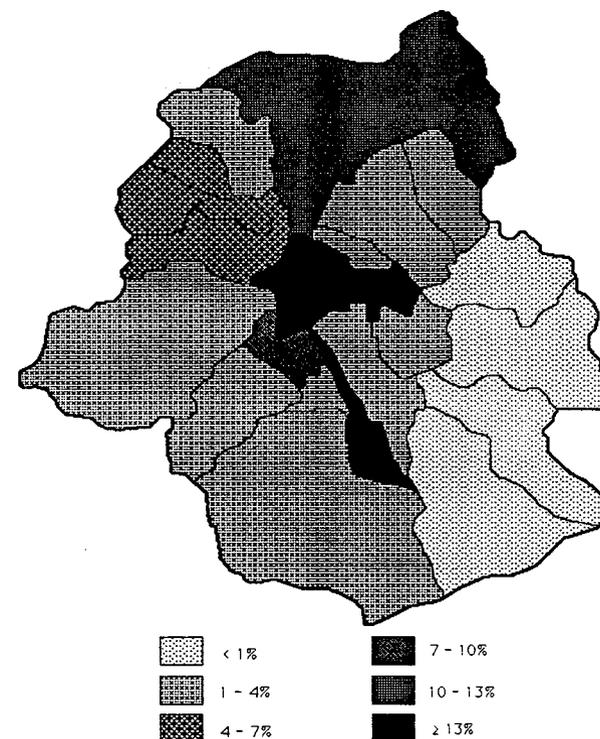
La signification de cette distribution très différente des sorties est complexe. L'institution B refuse l'admission de patients en « stade terminal », c'est un choix clairement annoncé. Qu'en est-il dans l'institution A ? Les transferts vers les hôpitaux proportionnellement plus nombreux dans l'institution B s'expliqueraient-ils par l'absence d'une infrastructure technique propre ? Le rapport différent entre M.R. et M.R.S. s'expliquerait-il par les liens institutionnels spécifiques que ces deux institutions entretiendraient avec leurs M.R. et M.R.S. ?

Autant de questions auxquelles nous ne saurions répondre et qui ne sont peut-être pas importantes. La complexité sociale de la prise en charge de la « démence » explique peut-être à elle seule ces stratégies différentes. Comment gérer médicalement ce qui échappe largement au savoir médical ? « Gérer » c'est-à-dire à la fois être rentable, garder un personnel motivé et aider au mieux le patient selon les moyens dont on dispose.

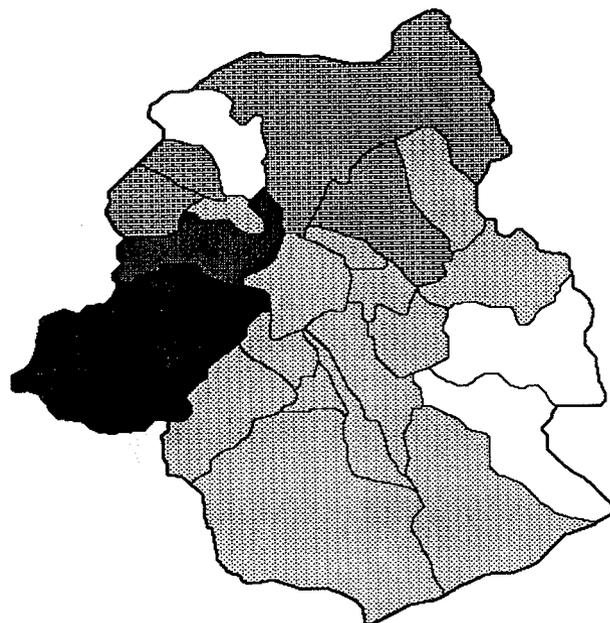
F. LA PROXIMITE GEOGRAPHIQUE EST IMPORTANTE

Les patients, leur familles, les hôpitaux, les CPAS recherchent la proximité géographique des services par rapport au domicile des patients.

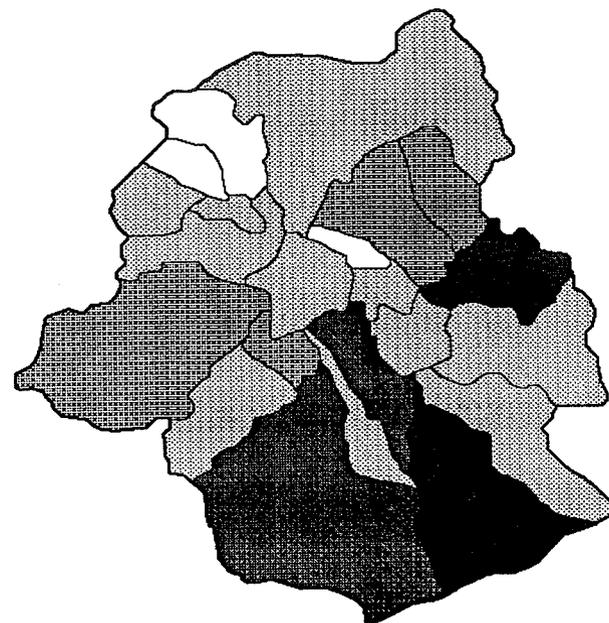
Lieu de domicile des patients de l'Institut Pachéco (1000 Bruxelles)



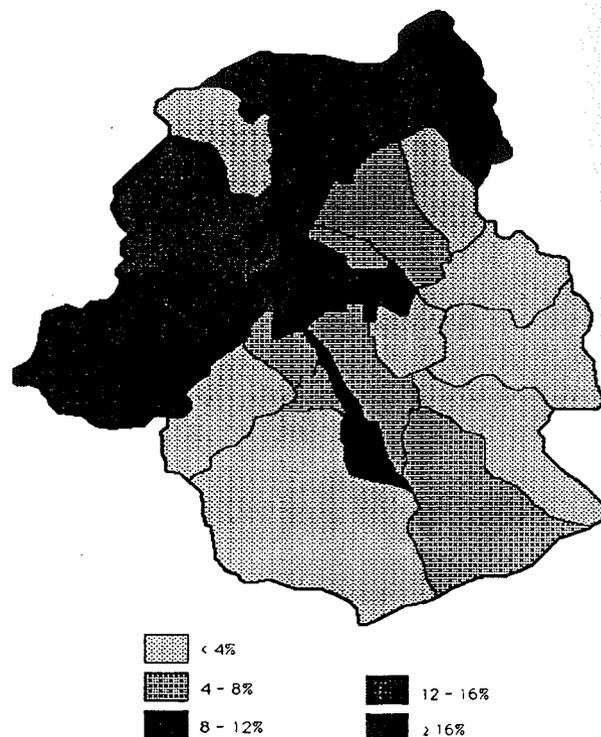
Lieu de domicile des patients du service V 1050
Caussée de Gand (1080 Bruxelles)



Lieu de domicile des patients du service V,
169 Chaussée de la Hulpe, (1170 Bruxelles)



G. LE TAUX D'ADMISSION DANS LES SERVICES VP VARIE SELON LA COMMUNE DE DOMICILE



Certaines communes comme Auderghem, Woluwé, etc. sont certainement peu représentées.

H. LES PATIENTS HOSPITALISES DANS LES SERVICES VP NE SONT PAS REPRESENTATIFS DE LA POPULATION AGEE

Les 3 services Vp ont à la fois une clientèle d'hommes jeunes et de femmes âgées.

Structure par âge de la clientèle des trois services Vp de Bruxelles, 1990⁸⁴

	Hommes	Femmes
55 ans ou -	6,2	1,7
56-60	5,5	0,7
61-65	9,0	1,3
66-70	13,2	7,4
71-75	8,3	5,0
76-80	25,0	23,2
81-85	17,4	26,8
86-90	13,9	23,8
91-95	1,4	8,4
96 et +	-	1,7
	99,9	100,0

Comme on pouvait s'y attendre, les patients des services Vp sont âgés. La présence relativement importante d'hommes jeunes surprend (21 % des hommes ont moins de 66 ans). Ces hommes jeunes ne sont probablement pas tous atteints de démence pré-sénile. Il s'agit vraisemblablement d'une clientèle différente (psychoses alcooliques, etc.). La distribution atypique des états civils masculins en est un autre indice (surreprésentation des célibataires et des divorcés). Les services psychogériatriques de Bruxelles remplissent dans ce cas une fonction qui relève de la psychiatrie au sens large.

« Le groupe des jeunes patients socialement déclassés, très souvent agressifs, connus dans un nombre considérable d'institutions qui refusent de les prendre en charge, constitue un nouveau problème. »

84 Pour rappel, un de ces services n'établit pas de distinction entre les patients V et Vp.

Etat civil de la clientèle des services Vp et de la population bruxelloise, 1990

<u>Hommes</u>			
	Services V		Bruxelles 65 ans et +
	%	% valide	
Célibataire	9,5	9,9	6,3
Marié ou séparé	56,9	59,3	72,0
Divorcé	12,6	13,2	4,9
Veuf	16,8	17,6	16,8
Inconnu	4,2	-	-

<u>Femmes</u>			
	Services V		Bruxelles 65 ans et +
	%	% valide	
Célibataire	10,1	10,8	9,9
Marié ou séparé	16,8	18,0	19,1
Divorcé	8,7	9,3	5,9
Veuf	57,7	61,9	65,1
Inconnu	6,7	-	-

Rapport hommes/Femmes : nombre de femmes pour 100 hommes

	Services Vp	Bruxelles
55 ans ou -	55	
56-60	25	
61-65	31	122
66-70	116	138
71-75	125	169
76-80	192	203
81-85	320	260
86-90	355	334

Comparativement à la population bruxelloise, les hommes de moins de 76 ans sont surreprésentés dans les services V. Entre 76 et 80 ans, la proportion d'hommes et de femmes dans les services Vp est fort semblable à celle de la population bruxelloise. Au-delà de 80 ans, les femmes sont plus fréquemment hospitalisées dans un service V que les hommes, en particulier entre 81 et 85 ans.

CONCLUSIONS

En l'absence de psychogériatres dans les services A, D et G et face à l'obligation faite à ces services de maintenir des durées de séjour relativement brèves, les services aigus des hôpitaux généraux ne sont ni encouragés ni disponibles à prendre en compte la majorité des troubles démentiels. Dans les conditions présentes les services Vp de Bruxelles remplissent une mission médicale essentielle auprès des patients psychogériatriques « déments ». Ils y font face avec peu de moyens.

De plus, leur fonction n'est pas strictement psychogériatrique : ils prennent en charge des pathologies qui relèvent de la psychiatrie et de la gériatrie au sens large des termes.

Limiter le nombre de lits Vp où les moyens déjà trop réduits dont disposent ces services n'est pas possible à Bruxelles dans l'état actuel des choses.

Une politique de soins qui tablerait sur le transfert des patients psychogériatriques selon le schéma aigu, post-aigu chronique fait fi des effets négatifs des transferts pour ce type de patients.

Si l'on veut développer une approche différente en psychogériatrie, par exemple en créant des services Gp, il faut absolument que : ces services ne se limitent pas aux « beaux » cas psychogériatriques et s'organisent en conséquence, c'est-à-dire deviennent d'une certaine manière des Vp...

V. LA PRISE EN CHARGE EN M.R./M.R.S.

A. LES M.R.S. ONT ETE CREEES POUR REDUIRE LES DEPENSES DE SANTE

Dans le cadre de la loi du 2 février 1982 attribuant au Roi certains pouvoirs spéciaux, le ministre des Affaires sociales, J.-L. Dehaene, permet la création d'un nouveau type d'institutions de soins, les maisons de repos et de soins, M.R.S., « structure de remplacement permettant de raccourcir le séjour en hôpital ou de l'éviter »⁸⁵.

Il s'agit d'une part de fournir une structure d'accueil pour les patients qui ne nécessitent pas une surveillance médicale spécialisée permanente (fonction de l'hôpital) mais « plutôt des soins infirmiers et paramédicaux ainsi qu'une aide dans l'accomplissement des actes essentiels de la vie journalière »⁸⁶ et d'autre part de prévoir une intervention financière spécifique qui couvre l'ensemble des soins mais non les frais de séjour et d'hôtellerie (contrairement au prix de la journée d'entretien à l'hôpital qui tient compte de ces frais).

La création des M.R.S. s'intègre dans la politique ministérielle qui vise « à diminuer la totalité des interventions des pouvoirs publics »⁸⁷ pour rétablir l'équilibre financier dans le secteur de la santé. Cette politique consiste à réduire le nombre de lits d'hôpitaux par la suppression et/ou la conversion de ceux-ci en M.R.S., de même que le nombre de journées d'hospitalisation via une réduction des séjours de longue durée. Aussi l'agrégation de lits M.R.S. est subordonnée à la suppression de lits hospitaliers⁸⁸.

L'arrêté royal n° 59, du 22 juillet 1982, créant les M.R.S. prévoit aussi qu'une agrégation spéciale peut être accordée aux services intégrés de soins à domicile (*Moniteur*, p. 8567).

85 Rapport au Roi, le *Moniteur Belge*, 27 juillet 1982, p. 8564.

86 Note politique sur les services gériatriques, les services V et les maisons de repos et de soins. Conception et concrétisation de la politique en matière d'infrastructure pour les personnes âgées malades et nécessitant des soins. Cabinet du ministre des Affaires sociales, septembre 1985, p. 3.

87 Rapport au Roi, le *Moniteur Belge*, 27 juillet 1982, p. 8565.

88 « ... l'agrégation spéciale relative à un nombre de lits de soins ne pourra être accordée que si elle va de pair avec une réduction équivalente de lits hospitaliers dans des services hospitaliers désaffectés ; il sera précisé par arrêté royal ce qu'il faut entendre par "réduction équivalente", art. 1, § 4 de l'arrêté royal n° 59 du 22 juillet 1982.

B. LES M.R.S. ISSUES DES HOPITAUX SONT ORGANISEES AUTOUR DES SOINS INFIRMIERS

Les normes pour l'agrégation spéciale de maisons de repos et de soins furent fixées par l'arrêté royal du 2 décembre 1982 qui précise tant les normes architecturales que les normes d'organisation⁸⁹. Les M.R.S. sont destinées aux personnes atteintes d'une maladie de longue durée, sans référence donc à l'âge du patient⁹⁰.

« Pour être admise, la personne doit être fortement tributaire de l'aide de tiers pour pouvoir accomplir les actes essentiels de la vie journalière et doit, en outre, satisfaire à au moins une des deux conditions suivantes :

1° soit se trouver dans deux des situations suivantes :

- être grabataire ;
- ne pouvoir s'alimenter seule de façon à ce qu'un aidant doive nourrir le bénéficiaire ;
- nécessiter chaque jour une toilette complète, faite par une autre personne ;
- souffrir d'incontinence chronique ;

2° soit être atteinte de troubles sérieux d'orientation dans l'espace et dans le temps. »

Pour 30 personnes nécessitant des soins, il est prévu :

- au moins trois praticiens de l'art infirmier ;
- suffisamment de personnel qualifié pour les soins complémentaires
- au moins l'équivalent d'un emploi exercé à temps plein par un kinésithérapeute et/ou un ergothérapeute.

L'arrêté ministériel du 2 décembre 1982 fixe le nombre programme de lits dans les M.R.S. à deux par mille habitants⁹¹.

Fin 1982, l'architecture générale du projet M.R.S. est donc en place.

La création et le financement de lits M.R.S. dépendent :

- de la suppression/conversion de lits d'hôpitaux en particulier les lits V ;
- du respect des normes d'infrastructure et de fonctionnement ;

89 *Moniteur*, 7 décembre 1982, pp. 14086-14089.

90 *Moniteur*, 7 décembre 1982, p. 14017.

91 Dans les 10 MR et MRS dépendant de la CPAS de Bruxelles et de la Fondation pour la psychogériatrie, 3,3 % des patients ont moins de 45 ans, 2 % ont de 46 à 50 ans, 3,3 % ont de 51 à 55 ans.

- des caractéristiques des bénéficiaires, qui ne doivent pas seulement être atteints d'une maladie de longue durée mais être fortement dépendants de tiers pour l'accomplissement des actes de la vie courante.

Le forfait M.R.S. couvre uniquement les soins mais non l'hébergement du patient. Fin 1982, l'équipe soignante pour 30 lits étant composée de 5 infirmiers, 6 membres de personnel soignant et un équivalent temps plein kinésithérapeute et/ou ergothérapeute.

Le fait d'être atteint d'une maladie de longue durée (fonction initiale des M.R.S.) ne fut jamais pris en compte dans les critères d'admission, sauf en ce qui concerne la « désorientation dans le temps et dans l'espace ». Cependant cette particularité des patients psychogériatriques ne donne lieu à aucun moyen d'action spécifique. Les M.R.S., issus des hôpitaux, sont essentiellement des lieux de soins infirmiers de base. La surveillance médicale est assurée par les généralistes, selon le principe du libre choix du patient.

« (...) La mission de ces M.R.S. me semble obscure.

- *S'agit-il de soins palliatifs ?* Si oui, les équipes doivent être formées aux soins palliatifs et on s'explique mal alors les retours fréquents des patients M.R.S. vers l'aigu.

- *Est-ce le maintien de la stabilisation de la pathologie ?* Dans ce cas, la présence du médecin et surtout sa prise de responsabilité dans l'organisation des soins s'impose ; il doit disposer des moyens nécessaires à cette mission et il est étonnant de voir des patients renvoyés vers l'aigu pour des traitements aussi simples qu'une perfusion (...) Est-il admissible qu'un patient qui séjourne en M.R.S. pour des troubles cognitifs d'origine dégénérative soit, du fait de l'évolution normale et prévisible de sa maladie, décrété indésirable et renvoyé vers l'aigu avec une fin de non retour, l'obligeant à réentamer le circuit aigu-post aigu-chronique ? »⁹²

⁹² C. GILLES, « Les structures de soins destinées aux âgés », texte d'une conférence.

C. L'HOTELLERIE EST-ELLE FINANCIEREMENT ABORDABLE ?

Les frais d'hôtellerie en M.R.S. et M.R. sont à charge du client ou de sa famille. Actuellement, il faut compter *au minimum* 35.000 francs par mois, tout frais compris (pampers, etc.). Beaucoup de pensions sont inférieures à ce chiffre.

Montants moyens des pensions⁹³ dans 5 M.R.S. ou M.R. à Bruxelles selon l'âge et le statut du pensionnaire, novembre 1990

			Hommes	Femmes
M.R.	1	privé CPAS	22.261	24.944
			22.543	23.332
M.R.	2	privé CPAS	24.296	33.405
			24.160	20.038
M.R.S.	1	privé CPAS	24.563	21.254
			24.263	25.308
M.R.S.	2	privé CPAS	23.604	31.174
			24.020	32.540
M.R.S.	3	privé CPASD	23.836	22.890
			21.208	22.270

Denis Kessler et Pierre Pestiau⁹⁴ ont montré que dans les pays développés le niveau de vie des personnes âgées est en nette augmentation et ce, grâce aux prestations sociales (pensions, etc.). Ils signalent aussi que les personnes âgées disposent globalement de biens patrimoniaux plus importants que les personnes jeunes... Et c'est heureux pour elles, car les pensions moyennes des personnes très âgées ne leur permettent certainement pas de s'offrir le séjour en MRS.

⁹³ Il s'agit uniquement des pensions gérées par les institutions.

⁹⁴ D. KESSLER, P. PESTIAU, « Pensions publiques et niveau de vie des personnes âgées », dans : M. LORIAUX et coll., *Populations âgées et Révolution grise. Les hommes et leurs sociétés face à leurs vieillissements*, CIACO, 1990, pp. 829-844. Signalons l'absence de données concernant la Belgique. Cet article se base sur des données disponibles : Canada, R.F.A., France, etc.

D. UNE JOURNEE DE PATIENT VUE A PARTIR DES TACHES INFIRMIERES

Donner des soins infirmiers consiste à être en relation avec un patient. L'intitulé de cette section « Une journée de patient vue à partir des tâches infirmières » veut rappeler ce fait. Il s'agit d'attirer l'attention du lecteur sur les conditions de vie quotidienne du patient et conjointement de l'infirmier.

Dans les M.R.S., les soins infirmiers de base (toilette, alimentation,...) représentent 91 % du total des soins, les soins médico-techniques (aide aux méthodes diagnostiques, administration de médicaments,...) 9 %⁹⁵.

Selon le relevé infirmier minimum (R.I.M.), les patients déments séniles des hôpitaux sont très dépendants dans la réalisation des activités de la vie quotidienne⁹⁶.

Pourcentage de patients « déments » ayant besoin d'aide dans les activités de la vie quotidienne (A.V.Q.)

Se laver	93 %
Sens de l'orientation	91 %
S'habiller	90 %
Comportement psycho-social	88 %
Manger	84 %
Communication	81 %
Aller à la toilette	79 %
Incontinence urine/selles	78 %
Se déplacer	64 %

95 N. RIGAUX, A. GOMMERS, *Charge de travail infirmier et dépendance des malades chroniques âgés. Problèmes soulevés par la reconversion des hôpitaux gériatriques V en maisons de repos et de soins*, U.C.L., 1985, pp. 18-19.

96 Chiffres communiqués par le ministère de la Santé Publique. Pour les patients déments séniles (diagnostic principal), pour l'ensemble des hôpitaux généraux de Belgique, 1988.

Pourcentage de patients « déments » auxquels les soins infirmiers suivants furent donnés

Soins d'hygiène	94 %
Soins d'alimentation et hydratation (per os)	85 %
Soins d'alimentation et hydratation (par souche)	4 %
Élimination urinaire et/ou fécale	81 %
Mobilisation	70 %
Soins aux patients désorientés	58 %
Aide pour l'habillement civil	49 %
Éducation à l'autonomie en vue de la sortie	26 %
Prise en charge d'une crise émotionnelle	12 %
Rédaction de l'anamnèse infirmière	3 %

Quatre cinquièmes des patients déments ont reçu des soins au niveau des activités vitales (se laver, manger, éliminer), les soins spécifiquement relationnels (soins aux patients désorientés, éducation à l'autonomie en vue de la sortie, prise en charge d'une crise émotionnelle) s'adressaient à un nombre plus réduit de patients.

Voici de larges extraits du texte d'un infirmier responsable d'un service Vp⁹⁷. Il nous décrit son travail qui est aussi pour une large part le travail quotidien des infirmiers, infirmières et aides soignantes en M.R.S..

« La toilette quotidienne. Nos patients prennent une douche quotidienne⁹⁸, à l'exception des patients ne pouvant plus quitter le lit. Les patients invalides prennent leur douche dans des sièges mobiles prévus à cet effet. Ces sièges sont conçus de telle manière qu'ils facilitent la toilette intime. Pour certains patients très âgés, la douche est une expérience nouvelle, mais ils s'habituent rapidement. Certains patients deviennent très agressifs sous la douche. »

« Un aspect concernant peut-être moins les soins de santé, mais néanmoins très important, consiste à régulièrement rafraîchir, à "changer" les patients. Le recours à des couches culottes jetables permet une économie certaine, bien que le produit soit en lui-même très coûteux. L'inconvénient réside dans le fait que le patient considère souvent la couche comme un jouet (...). Les problèmes de déjection étant fréquents chez les séniles, nous sommes confrontés régulièrement à des cas de (pseudo)diarrhée, mais aussi de constipation et sommes parfois amenés à procéder à une déjection manuelle⁹⁹. »

« Une occupation très importante, et à laquelle le personnel soignant consacre beaucoup de temps, est l'alimentation des patients. Nous tentons de maintenir les vieillards séniles dans une condition physique optimale, ce qui passe forcément par une alimentation suffisante. Certains

97 H. VAN SPITAEEL, *La psychogériatrie vue par un chef infirmier*, Fondation pour la psychogériatrie, pp. 26-34.

98 Ce qui n'est pas toujours le cas, dans certains endroits la douche est hebdomadaire. Par contre, l'emploi de douches et non de bains se généralise.

99 L'emploi de la sonde a de moins en moins bonne presse, l'emploi de lavement régulier existe, dans ce cas la personne est parfois liée à sa chaise pour éviter « qu'elle n'en mette partout ».

patients ont complètement perdu la notion de "manger". D'autres peuvent encore manger, mais refusent la nourriture pour l'une ou l'autre raison. Ces raisons sont très diverses : le changement de milieu, un état dépressif, ou simplement le désintéressement de la vie. L'alimentation doit certes être adaptée aux besoins du patient. Il nous faut veiller à une grande flexibilité, qui nous permette de passer aisément de la nourriture solide à une nourriture liquide. Aux patients munis d'une sonde gastrique, nous tentons toujours d'administrer la nourriture par voie orale, à côté de la sonde pour stimuler la déglutition, avec pour but principal de pouvoir enlever la sonde le plus rapidement possible. »

• « Pour diverses raisons, nous tentons de sortir le vieillard invalide de son lit et de le mobiliser. Cela se fait en collaboration avec les kinésithérapeutes du service. Les raisons de cette attitude sont simples :

- manger assis est plus agréable que manger couché ;
- le patient a bien meilleure mine dans un fauteuil que dans son lit ;
- cela rend les visites plus agréables ;
- effet préventif sur les escarres ;
- le patient est stimulé physiquement et psychiquement. »

• « (...) La prévention des escarres est également capitale : notons, parmi d'autres, changement de position, frictions, alternance de matelas pneumatiques et le dépistage éventuel. Lorsque nous décelons des escarres chez un patient, nous pouvons en déduire pratiquement que son état général régresse. Les escarres constituent en effet un paramètre fiable. De même, une évolution favorable des escarres d'un patient signifie une amélioration de l'état du patient, y compris de son état cérébral ! »

• « Contrairement aux pratiques en cours dans les milieux hospitaliers traditionnels, à savoir attacher le malade à son lit (et ce pour des raisons diverses), nous tentons de limiter au maximum les privations de liberté infligées aux patients. le patient ne sera fixé à son lit que si cela est médicalement inévitable. C'est le cas notamment des malades sous perfusion ou transfusion, ou dans les cas extrêmes d'agressivité ! »

• « Administration de médicaments. Pour ce faire, l'infirmier doit faire preuve d'imagination. En effet, ce travail peut être nerveusement très éprouvant. L'administration des médicaments pose des problèmes par le fait que chaque patient a sa propre façon de les prendre. Ce ne sont pas tous de braves patients qui ouvrent docilement la bouche pour avaler leur médicament sans mot férir. Il faut recourir à une multitude de "trucs" et de tactiques pour faire prendre leurs médicaments aux patients :

- écraser les comprimés ;
- les édulcorer ;
- user de ruse ;
- dire simplement : "après tout, il est quand même payé" ;
- changer le mode d'administration : comprimé, sirop. »

« Le temps requis n'est (...) pas proportionnel à la dépendance : la personne continente mais ayant besoin d'aide pour aller aux toilettes, demandera beaucoup de plus de temps que l'incontinent à qui on aura mis une sonde. De plus, il faut remarquer que pour un même niveau de dépendance, la charge de travail sera liée tout à fait étroitement aux choix faits en matière de qualité des soins : laisser la personne sur une chaise percée, lui mettre une sonde, demandent beaucoup moins de temps que de changer régulièrement les couche-culottes (...). Même pour un type de soin identique comme la mise des langes, on observe une fréquence journalière de changement variant de 5 à 9 fois, sans que ces différences soient justifiées par la gravité de l'incontinence. »¹⁰⁰

100 N. RIGAUX, A. GOMMERS, p. 18.

Dans les services dits aigus¹⁰¹, les patients hospitalisés supportent, avec plus ou moins bonne grâce les contraintes liées à l'hospitalisation, l'espoir de guérir fait que les désagréments de la vie hospitalière sont tolérés (l'horaire de l'hôpital prime sur les habitudes personnelles, etc.), le patient essaie d'être « un bon patient ».

Dans les M.R.S., l'espoir d'un mieux est faible tant pour les soignés que pour les soignants. La vie quotidienne reste toutefois rythmée par les activités de soins : on vous mobilise tous les jours à onze heures pour vous conduire de votre fauteuil à la toilette,... l'heure des repas est déterminée par l'horaire du personnel, pour faciliter le travail vous prenez votre douche, etc. Les zones de résistance où le patient peut encore manifester son individualité sont bien réduites : la prise de médicaments « chaque patient a sa façon propre de les prendre », le refus de s'alimenter ou l'agressivité¹⁰² qui ne tourneront jamais à son avantage...

« Pour ne prendre qu'un seul exemple, Benoît Lapiere et al. rapportent comment le refus de certaines personnes âgées institutionnalisées de s'alimenter est à la fois le dernier refuge de la liberté individuelle et l'expression la plus violente qui puisse être de celle-ci, dans une institution ayant pour mission de faire survivre les corps. »¹⁰³

101 Les hôpitaux traitent de moins en moins des affections aiguës et de plus en plus de maladies chroniques en phase aiguë : cancer, diabète, arthrite, maladies cardio-vasculaires. Ces maladies sont de longue durée, l'issue du traitement n'est pas garantie, la polypathologie est fréquente, elles sont très coûteuses à traiter, etc. Cfr A. STRAUSS and all., *Social Organization of Medical Work*, The University of Chicago Press.

102 Qui peut être très forte. Des soignants sont parfois mordus, blessés. Il y a chaque année quelques accidents de travail de ce type.

103 N. RIGAUX, *op. cit.*, p. 96.

E. LE TRAVAIL DANS LES SERVICES VP, M.R.S., M.R. EST DUR

Tout d'abord, le travail en M.R.S. est physiquement dur. Soulever plusieurs patients plusieurs fois par jour exige des reins solides.

« Les patients ne restent pas plus de 3 heures sur le même os, même pendant la nuit ils sont retournés. »

Il est aussi psychologiquement dur, enfin il l'est symboliquement. La littérature anglo-saxonne utilise le terme « dirty work ». Ce concept introduit par H. Hugues recouvrait initialement la part de l'activité professionnelle qui ne peut être valorisante : actes immoraux ou illégaux (engagement d'un personnel non qualifié pour remplir des prestations relevant légalement de la profession d'infirmier) ; actes dommageables pour le client (transfert de patient pour des raisons organisationnelles), etc.

« It is hard to imagine an occupation in which one does not appear, in certain repeated contingencies, to be practically compelled to play a role of which he thinks he ought to be a little ashamed morally. »¹⁰⁴

Par extension le concept de « dirty work » a été utilisé pour qualifier non seulement certains actes posés dans le cadre de l'activité professionnelle, mais certaines activités professionnelles en tant que telles. Il s'agit des métiers où la part du « travail sale » (socialement non valorisant) domine : travaux physiquement sales¹⁰⁵, travaux fatigants, dangereux, routiniers et généralement non gratifiants.

Les conséquences de cet état de fait sont les difficultés de recrutement, l'absentéisme et la démotivation du personnel.

« Une unité de gériatrie n'est pas valorisante en soi, en particulier pour les jeunes infirmières diplômées. Nous n'arrivons pas à remplacer les départs. »

« La transformation de lits V en lits M.R.S. a posé de gros problèmes. Tous les patients les plus impotents furent regroupés dans le même service. Ce fut catastrophique pour les patients et pour la tolérance du personnel. »

« Il y a le cercle vicieux des congés de maladie. Si le lundi matin, vous n'êtes que 2 ou 3 pour 40 malades et que vous avez un peu mal au dos, il est tentant de se faire porter malade. »

« Je crois qu'il n'est pas nécessaire de faire un dessin, mais soigner jour après jour les mêmes patients, dont l'état n'évolue pas beaucoup, avec lesquels il y a peu de conversation possible, ce n'est pas toujours facile. Nous avons cependant trouvé une solution bien simple : tous les six

104 A. STRAUSS and all., *op. cit.*, p. 343.

105 The blood-urine-feces handling of nursing personnel is an instance of this class of dirty work.

mois, chaque kiné "change de secteur". Cela permet de varier le cadre de travail, de changer d'équipe soignante, de changer de patients. »

« Lorsqu'on voit qu'une personne va craquer, on la change de service. »

« Le problème de base en psychogériatrie sont les soins journaliers qui recommencent chaque jour, mois après mois, qui sont toujours à refaire. »

« Les étudiants de première année doivent maintenant faire un stage de 15 jours en gériatrie. On parle de le porter à 3 semaines. Ça les dégoûte du métier d'infirmière »

Infirmier-Professeur

Dans quelle mesure n'est-il pas aussi un « dirty work » au sens restreint du terme ? N'a-t-on jamais un peu honte de donner à manger, laver,... quelqu'un sans lui parler, en se fermant les yeux, pour ne plus voir dans l'autre qu'un corps ?

F. LES INSTITUTIONS POUR PATIENTS DÉMENTIS SONT DES INSTITUTIONS FERMÉES

Les patients déments ne sont pas enfermés dans une pièce¹⁰⁶. Ils vivent toutefois dans des institutions fermées. Sans la clef, vous n'y entrez ou n'en sortez facilement. Cette clef est de plus en plus rarement une « vraie » clef.

« Notre maison est, par suite de la gravité des troubles d'orientation dont souffrent les résidents, un lieu fermé. Pourtant la porte d'entrée est toujours ouverte. Les portes vers les lieux de vie et les ascenseurs s'ouvrent par un code chiffré qui comprend trois chiffres à composer en sens inverse. Il se trouve que nos résidents ne sont plus capables d'une telle démarche intellectuelle... »¹⁰⁷

Des écrans de verdure, palissades, talus infranchissables servent de clôture lorsque les pensionnaires déments ont accès à un jardin, ce qui est rare à Bruxelles. Ils sont généralement localisés à l'étage, l'ascenseur se révélant un obstacle suffisant. De plus, selon certains :

« L'angoisse est plus forte d'être au dehors qu'en dedans. Ils sont ici chez eux. »

106 Ils peuvent par contre être liés à leur siège, à leur lit.
107 E. KEIRSE, « La maison de repos et de soins psychogériatrique "De Wingerd". Un lieu de vie alternatif pour les déments séniles », dans *Psychogériatrie. Aspects préventifs et curatifs*, Fondation Julie Renson, p. 289.

G. GRANDES OU PETITES INSTITUTIONS ?

« Mettez une petite vieille encore passablement bien dans une chambre avec deux grabataires, après un mois, elle devient grabataire comme les deux autres. Avec des non-grabataires, elles se parlent encore, cela les maintient. »

et la même infirmière d'ajouter directement après,

« Une pensionnaire bien avec une grabataire, la grabataire ira mieux. »

La première proposition de cette infirmière justifie l'organisation des patients en secteurs selon une gradation des troubles. Suivant l'évolution dans la démence, les patients seront transférés de secteur en secteur à l'intérieur d'une même institution. Les différents secteurs auront la même disposition architecturale, la même décoration murale. Ceci pour réduire l'impact négatif du transfert. Une telle organisation suppose une grande institution¹⁰⁸, une capacité d'accueil suffisante pour que le « roulement » aléatoire des patients puisse se réaliser sans nuire au fonctionnement de l'ensemble.

Les partisans des petites institutions basent leur choix¹⁰⁹ sur la prise en compte conjointe des deux propositions en exergue : ils tablent sur l'aspect thérapeutique des relations entre patients.

Dans tous les types d'institutions, la possibilité de déambulation des patients sera conditionnée par la disposition physique des lieux. Une architecture en cloître permet au patient de tourner sans rencontrer d'obstacle, une structure linéaire ne le permet pas. Peu de patients déments bruxellois ont l'occasion de fouler le sol, le vrai.

Dans tous les cas, l'atmosphère est la plus familiale, la plus chaleureuse... possible. Le dément soit se sentir chez lui, le climat affectif sera bienveillant, la communication soignant-soigné valorisée.

108 La proposition peut se renverser : un grand immeuble à étage facilite une telle organisation.
109 Ici aussi le choix de l'immeuble conditionne peut-être le choix de la philosophie.

H. L'ORIENTATION VERS LA REALITE VERSUS LA REGRESSION

La stratégie volontariste d'action thérapeutique vise à freiner l'évolution dans la démence : stabiliser les pertes d'autonomie, limiter les comportements perturbants¹¹⁰. Il s'agit de stimuler régulièrement la personne (l'exercice, la répétition permettra de récupérer ou stabiliser une fonction altérée), de maintenir des rituels et des activités de la vie antérieure (manger assis avec d'autres, le tricot, l'épluchage de légumes, la conduite régulière au WC, etc.). Les ergothérapeutes sont les chevilles ouvrières des activités d'animation-apprentissage. On attend du personnel et des patients des comportements précis. Tout ce qui contribue à maintenir le patient en contact avec la réalité sera encouragé. Chaque patient aura son nom inscrit sur la porte de sa chambre, les menus seront affichés, la télévision allumée, les murs seront décorés avec les photos de la dernière fête ou excursion. Mais la réalité n'est pas toujours aussi simple à rappeler. Si une patiente vient vous dire : « Au revoir Madame, merci beaucoup mais je dois rentrer chez moi, mon mari m'attend. », il faudra lui rappeler que ce n'est pas possible, qu'elle sait bien que son mari est mort.

S'adapter à la réalité n'est guère aisé lorsque la réalité se présente sous des couleurs aussi noires... Il n'est pas facile non plus de s'entendre dire tous les jours « Je préférerais être ailleurs. » Telle est la réalité à laquelle les soignants doivent faire face.

La deuxième tendance qui ne s'oppose pas nécessairement à la première, insiste sur la nécessité de respecter le patient, ses rythmes : il faut laisser l'insomniaque déambuler, il faut accepter de trouver des patients qui s'oublient dans le couloir, qui dorment dans le lit qui n'est pas le leur. Il ne faut pas vouloir à tout prix « rectifier » ou stabiliser les comportements. L'évolution prévisible de la maladie fait en sorte que le dément n'en est pas maître, la meilleure chose qu'on puisse faire est de ne pas brimer le patient, de lui offrir un espace social de tolérance où il pourra vivre en toute sécurité sa démence. Il ne s'agit pas d'abandonner le patient, des activités d'animation, de mobilisation seront proposées mais sans s'intégrer dans une stratégie individualisée d'intervention.

110 A.M. GYSELYNCK-MANBOURG, « Approche de la psychopathologie des personnes âgées », dans M. LORIAUX et coll., *Populations âgées et Révolution grise. Les hommes et les sociétés face à leurs vieillissements*, CIACO, 1990, pp. 343-362, ou « Stratégies thérapeutiques en milieu institutionnel », dans *Psychogériatrie. Aspects préventifs et curatifs*, Fondation Julie Renson, 12988, pp. 233-242.

I. UN EXEMPLE D'INSTITUTION NON MEDICALISEE

« Les soins et la solitude, c'est horrible.
Les personnes âgées demandent un toit, à manger et de la chaleur humaine. »

Des personnes contestent l'approche centrée sur les soins. Elles constatent le grand vide relationnel qui existe dans les M.R.S. : les patients sont alignés dans le couloir ou autour d'une pièce, la TV rempli le silence..., d'autres déambulent... Elles proposent un modèle alternatif, non médicalisé¹¹¹ de prise en charge des patients en perte d'autonomie psychique. Des expériences existent en Flandre, d'autres vont se réaliser à Bruxelles¹¹². Voici brièvement l'expérience de « Huis Perrekes » à Geel. Cette maison accueille 15 personnes en perte d'autonomie psychique, sans problèmes physiques particuliers.

L'intérêt de cette expérience est de poser les conditions d'efficacité d'une prise en charge qui prend au sérieux tous les grands leitmotifs de la littérature : atmosphère familiale et chaleureuse, contact avec la réalité, espace de tolérance, respect de la personne.

Première condition : avoir une pyramide d'âge équilibrée : un tiers des patients ont moins de 70 ans, un tiers ont entre 70 et 80 ans, le dernier tiers a plus de 80 ans. Ceci leur permet d'avoir un faible taux de mortalité (la perte d'autonomie psychique n'est pas la cause première de la mortalité), qui à son tour facilite l'intégration des nouveaux. Une fois intégré dans la maison, on y vieillit et l'on y meurt.

Deuxième condition : une petite institution permet l'auto-régulation du groupe. Les cohabitants nouent des relations, échangent chaleur, sécurité et... disputes. Chaque soir, un plus jeune met au lit une plus vieille. Des couples se créent, se séparent. Lorsqu'une personne devient grabataire¹¹³, elle reste présente dans le groupe, les cohabitants l'entourent. Le groupe est thérapeutique.

Troisième condition : pour mener une vie normale, il faut avoir des conditions de vie normales. Il faut donc une « vraie » maison possédant les caractéristiques habituelles de la maison familiale avec sa cuisine, sa salle à manger, ses chambres. Tous ces espaces sont accessibles à tous et leurs agencements familiaux. Les chambres seront à l'étage, on y accèdera par un escalier (et non pas par un ascenseur), etc. Cette maison est dans une « vraie » rue, dans un « vrai » quartier. Les

111 C'est-à-dire sans aucun personnel soignant à demeure : infirmiers, aide soignantes, paramédicaux. Ceux-ci, de même que les médecins généralistes dans les M.R.S. interviennent à la demande, selon les mêmes modalités d'intervention qu'à domicile.

112 Un groupe envisage de créer des maisons à Anderlecht selon le modèle français des « Parentèles ».

113 Deux personnes seulement ont atteint ce stade, les autres décès ont eu lieu sans l'atteindre.

pensionnaires peuvent en sortir et y entrer. Ils ouvriront eux-mêmes la porte au boucher, au boulanger, aux parents venant visiter leur proche. Ils iront à la messe à l'église paroissiale (il n'y a donc ni café, ni salon de coiffure, ni salle d'ergothérapie). L'environnement matériel est simple, reconnaissable, comme dans le passé¹¹⁴.

Quatrième condition : respecter l'autre comme on doit respecter tout être humain. Chaque individu est unique, possède son histoire propre et une évolution propre. L'équipe doit donc être au courant de l'histoire de chacun¹¹⁵ et être attentive à l'évolution de chacun. Telle personne n'ayant jamais danser, s'y met ; des désirs sexuels « nouveaux » se manifestent. Des couples se forment, dorment ensemble et le matin se disputent en s'accusant mutuellement... d'avoir fait pipi au lit.

Cinquième condition : les accompagnateurs sont choisis non sur base de diplôme¹¹⁶ mais sur leur capacité à communiquer avec des personnes démentes. Ils doivent agir avec discrétion, manifester une capacité d'empathie et de respect. Ils doivent donc désapprendre les réflexes des adultes vis-à-vis des personnes en difficultés. Si une chose tombe, il ne faut pas la ramasser... Lorsqu'une cohabitante cherche sa sacoche, il ne faut surtout pas la trouver ; il ne faut pas habiller le patient mais le soutenir dans ses efforts pour s'habiller lui-même, quitte à ce qu'il soit « mal » habillé¹¹⁷. Il s'agit donc d'une présence-absence. Il faut faire confiance aux capacités de l'autre de se sauver lui-même, quitte à ce que cela ne soit pas la « bonne » façon de se sauver. Lorsque l'état du cohabitant l'exige, il faut combler les lacunes d'une manière discrète. (Si une personne se précipite sur la nourriture il faut que les plats se succèdent très vite devant elle, si elle mange avec la main, il faut lui glisser discrètement une fourchette dans la main). L'accompagnateur doit être facteur de sécurité car l'angoisse est grande. Il doit aussi veiller aux limites, car les limitations sont réelles.

Les trois piliers de cette philosophie (le groupe est thérapeutique, la vie doit être la plus normale possible, les accompagnateurs doivent faire preuve d'empathie) ont une contre-partie. Les nouveaux venus doivent être capables de se maintenir dans un groupe. Ils doivent encore être capables de se battre pour trouver leur place¹¹⁸. Dès son arrivée, une ancienne bonne de curé, a d'initiative mis la table du déjeuner, ce qu'elle fit jusqu'au jour de sa mort. Un autre gèrera la télévision, le troisième les poules, etc. Mais il faut encore vouloir gérer quelque chose, ou en retrouver l'envie.

114 Même à un stade très avancé de démence, tous les pensionnaires reconnaissent toujours leur chambre.

115 La connaissance de l'histoire personnelle de chacun est « officiellement » très importante. Comment le personnel peut-il en tenir compte lorsqu'il change de services, pour lui permettre de tenir le coup ?

116 Ce qui est fréquent dans le champ.

117 Ce qui s'oppose à l'optique « orientation vers la réalité » où le patient doit garder une image positive de lui-même, c'est-à-dire conforme.

118 Sinon ils doivent quitter le groupe et trouver un autre lieu d'hébergement, ce qui est arrivé quelquefois.

J. LES NOUVELLES M.R.S. : TOUJOURS PLUS !

Début 1991, le ministre de la Santé Publique, Philippe Busquin, poursuivant l'objectif de réduction de l'intervention financière des pouvoirs publics et répondant au souhait de certains intervenants¹¹⁹, établissait une hiérarchisation des M.R.S. en quatre catégories : O, A, B, C.

Catégorie de M.R.S.	Forfait journalier	Personnel pour 30 lits
O	50	0,5
A	250	2,5
B	980	9,0
C	1300	12,5

Le degré de dépendance du patient détermine la catégorie de MRS.

Catégorie de M.R.S.	Dépendance physique par rapport aux activités quotidiennes (A.V.Q.)	Dépendance psychique et physique
O ¹²⁰	Aucune	Pas dément
A	Se laver et/ou s'habiller	Désorienté dans le temps et dans l'espace sans dépendance physique
B	Se laver et/ou s'habiller Se déplacer et/ou aller à la toilette	Désorienté Se laver et/ou s'habiller
C	Se laver et/ou s'habiller Se déplacer et/ou aller à la toilette Incontinence et/ou manger	Désorienté Se laver et/ou s'habiller Se déplacer et/ou aller à la toilette et/ou incontinence et/ou manger

La dépendance du patient dans la réalisation des activités de la vie quotidienne se « calcule » sur base d'échelle. Est dépendant celui qui obtient un score de (3) pour le critère concerné.

119 Intervenants qui estimaient que toutes les M.R.S. n'appliquaient pas les mêmes critères d'admissibilité et ne remplissaient pas leur mission de façon identique.

120 Cette catégorie est incompatible avec la définition même des M.R.S., d'où son nom « O pour zéro ».

A titre d'exemple, voici l'échelle de dépendance par rapport à l'habillement :

- 1° peut complètement s'habiller et se déshabiller sans aucune aide ;
- 2° a besoin d'une aide partielle pour s'habiller sous la ceinture (sans tenir compte des lacets) ;
- 3° a besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture ;
- 4° doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture.

Les échelles pour la désorientation sont :
orientation dans le temps (idem pour l'orientation dans l'espace)

- 1° pas de problème ;
- 2° de temps en temps, rarement des problèmes ;
- 3° des problèmes presque chaque jour ;
- 4° tout à fait désorienté ;
- 5° impossible à évaluer vu l'aggravation de son état.

Si l'on compare la situation de 1991 à celle de 1990, on constate que l'ancienne norme M.R.S. s'applique seulement aux M.R.S. « C » avec toutefois une augmentation du forfait.

Automne 1990

Été 1991

Forfait : 1.151 frs¹²¹
 5 infirmières A2
 6 aides soignantes
 1 équivalent temps plein
 kiné ou ergo

Forfait : 1.300 frs
 5 infirmières
 6 aides soignantes
 1 kiné/ergo/logo
 (0,5) infirmier ou kiné/ergo/logo
 supplémentaire

12 personnes

Les M.R.S. « A » et « B » sont soumises à des normes bien inférieures. Autrement dit, les « vraies » M.R.S. sont réservées aux cas lourds non par rapport à une pathologie chronique mais

121 « Le forfait a été calculé sur base des salaires de la convention collective valant pour les M.R. (dont les barèmes sont inférieurs aux barèmes de la convention collective valant pour les hôpitaux), et pour des personnes ayant 5 ans d'ancienneté. Autrement dit, pour du personnel infirmier plus qualifié (A1) et disposant d'un nombre d'années d'ancienneté supérieur, le forfait ne permet pas de financer l'équivalent de 11/30 soignants (+ 1 kiné/ergo). N. RIGAUD, *op. cit.*, annexe 3, p. 9.

par rapport à la dépendance du patient dans les A.V.Q. Dans cette logique, « être désorienté dans le temps et dans l'espace » et ne plus savoir/pouvoir se laver et/ou s'habiller s'équivalent.

En psychogériatrie, la hiérarchisation des M.R.S. risque d'accentuer tous les dysfonctionnements du système au premier rang desquels la difficulté de recrutement, l'absentéisme et la démotivation du personnel. Quant aux patients, ils pourront de moins en moins compter sur un environnement normal.

« C'était beaucoup mieux avant (il y a 15, 20 ans) quand il n'y avait pas la distinction M.R./M.R.S. On rentrait ici parce qu'on ne voulait pas rester seul, on y vieillissait et on y mourrait. Maintenant on entre beaucoup plus vieux et déjà bien mal en point. »

« En France, en 1977, 83 % des personnes hébergées n'avaient pas de troubles du comportement, aujourd'hui 45 % seulement n'en ont pas. »¹²²

La formation de service de seconde zone favorise la démotivation des équipes, la coupure avec les services extérieurs et le transfert continu des patients. »

Groupe de travail « Psychogériatrie »
Proposition de normes psychogériatriques, mai 1987

« Réduire le financement, cela signifie encore moins de personnel donc moins de service. Cela revient à renvoyer le patient vers l'hôpital à la moindre chose. »

Comment créer un environnement prothétique dans ces conditions ? Le terme de « mouroir » fait peur au public, au personnel. Sommes-nous en train d'en reconnaître l'existence légale (les M.R.S. « C ») sous prétexte de rationalisation ?

122 Concours médical, 27 mai 1989, p. 1805.

VI. CONCLUSIONS

« Le diagnostic de démence ne doit être fait qu'avec crainte et tremblement, car il n'est jamais urgent de porter ce diagnostic (...) Par contre, ce qui est capital et urgent, c'est d'éliminer le diagnostic d'une autre affection mentale curable : le diagnostic de démence n'est qu'un diagnostic d'élimination. »¹²³

Le cadre médical général

A Bruxelles, trop peu de psychiatres se passionnent pour la psychogériatrie. Le diagnostic différentiel est très peu réalisé. Les services des hôpitaux généraux ne sont pas intéressés par les patients psychogériatriques. Les deux seules institutions spécialisées se débrouillent avec les moyens du bord, qui sont réduits. Les lieux de vie pour les patients psychogériatriques (M.R., M.R.S.) ont été organisés selon le modèle hospitalier. L'intervention du médecin généraliste est central pour le maintien à domicile.

Pour une politique psychogériatrique

Une politique de santé publique ne peut se limiter aux seuls actes médicaux efficaces : séparation du curable et de l'incurable, organisation de filières différenciées de prise en charge. La démence, comme tous les autres troubles mentaux que la médecine est impuissante à guérir, met en question notre rapport à l'a-normalité, supprime les barrières entre les problèmes personnels, sociaux et médicaux.

Toutes les initiatives qui permettent à la personne âgée en perte d'autonomie psychique de rester intégrée dans la vie de la cité sont à encourager, donc à financer sur base régulière c'est-à-dire non au coup par coup ou au compte goutte :

- formation des médecins généralistes en psychogériatrie ;
- possibilité pour les médecins généralistes de consulter des psychiatres. Le psychiatre interviendrait comme consultant sans être directement impliqué dans la prise en charge. Cela exigerait le remboursement des prestations médicales des psychiatres sans que ceux-ci voient le patient ;
- une politique de prise en charge intégrée s'impose : coordination avec les CPAS, les services d'aide à domicile, les S.S.M., les médecins généralistes et spécialistes. L'objectif doit être le

¹²³ M.C. MORINEAU et H. PEQUINOT, *cf supra*.

soutien au patient et aux familles confrontées à la démence de l'un des leurs. Il faut permettre aux familles de « souffler », de prendre des vacances, de continuer à mener une vie sociale équilibrée.

Enfin, la responsabilité des pouvoirs publics est engagée vis-à-vis de la qualité de vie offerte aux personnes âgées hébergées dans les institutions.

« Il sera créé au sein du service un climat psychologique favorable adapté aux besoins des patients psychogériatriques (environnement prothétique). L'établissement de l'horaire, le rythme des différentes occupations et activité, le tour de rôle du personnel... seront étudiés en fonction de ces besoins. »¹²⁴

Il ne faut pas être thérapeute pour savoir que la chaleur humaine fait partie des besoins de base de tout être humain.

¹²⁴ Conclusions du groupe de travail en psychogériatrie, mai 1987, pp. 8-9.

CONCLUSIONS

Les pouvoirs publics ne transformeront pas la perception que les gens ont de la maladie, des médecins, des psychogériatres. Les pouvoirs publics ne pourront jamais non plus imposer « la recette d'un vieillissement intellectuellement réussi » : mode de vie aisée sans dissolution de la famille, environnement stimulant, absence de maladie cardio-vasculaire...¹²⁵. Mais ils peuvent contribuer à en créer les conditions ou au contraire à les dégrader.

Si le maintien à domicile est une priorité, il faut que la personne âgée, très souvent une veuve vivant seule, aie l'occasion de vivre en ville, dans son quartier. Ce qui implique la présence de petites épiceries, de cafés, d'associations de toutes sortes (paroisse, clubs, etc.) et aussi un minimum de sécurité¹²⁶.

L'inscription dans la trame sociale doit exister le plus longtemps possible même lorsqu'il y a hébergement collectif. De petites entités situées au rez-de-chaussée avec prise de responsabilité des pensionnaires (ex. : cuisine) offrent un cadre de vie qui permet objectivement cette inscription.

« Jusqu'il y a peu, les seniors valides étaient accueillis dans les "maisons de repos" et c'est par conséquent au cours de leur séjour dans ces institutions qu'ils devenaient déments. Il est bien difficile de distinguer cause et conséquence. »¹²⁷

Enfin, on peut impliquer les personnes âgées elles-mêmes dans la prestation de services. « Il faut repenser l'ensemble des activités qui exigent un don de soi (métiers de soins, d'assistance, d'aide, d'enseignement) dans la perspective du développement des services auto-organisés et bénévoles. Les impasses de l'État-providence tiennent en partie à la conception absurde qui veut que les uns (retraités et préretraités) soient payés pour rester inactifs ; les autres pour travailler beaucoup ; les troisièmes (les chômeurs mis au travail, sous-statut...) pour faire provisoirement ce que les premiers n'ont pas le droit de faire et les seconds pas le temps de faire. En poursuivant dans cette voie, les retraités seront, au XXI^{ème} siècle (vers 2030), à peu près aussi nombreux que les actifs. Ils auront travaillé professionnellement pendant environ trente années et, au moment de leur départ à la retraite, auront encore devant eux vingt à vingt-cinq ans pendant lesquels ils pourront et, en général, désireront rester actifs. Toute l'organisation sociale des activités sans but économique (d'aide, de soins, d'animation culturelle, d'aide au développement, etc.) est à redéfinir sur la base de ces données, dans le sens d'une *synergie*, au sein d'un système à deux piliers : des services institutionnalisés et centralisés d'un côté, des services auto-organisés, coopératifs et bénévoles de l'autre. »¹²⁸

125 W. SCHAIE, voir *infra*.

126 Le développement de la petite délinquance, du nombre de voitures et de leur vitesse, du prix des loyers sont autant de menaces ressenties fortement.

127 J.P. BAEYENS, « La prévention de la démence a un sens. Qu'en est-il de son efficacité » dans : *Psychogériatrie. Aspects préventifs et curatifs*, Fondation Julie Renson, 1988, p. 196 (pp. 193-198).

128 A. GORZ, *op. cit.*, pp. 180-181.

CONCLUSION

Nous reprenons dans les conclusions tout d'abord des éléments descriptifs caractérisant la psychiatrie bruxelloise. Ces éléments sont issus des données du Ministère de la Santé Publique et de l'INAMI. Ensuite, nous reprenons, dans l'enquête qui leur est consacrée, les différents « profils » de patients fréquentant les divers services psychiatriques. Et enfin, nous détaillons les domaines d'action prioritaires identifiés grâce à l'ensemble de l'enquête.

CARACTERISTIQUES DE LA PSYCHIATRIE 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 service de santé mentale, en hôpital). Les deux tendances sont plus dans un rapport de complémentarité que d'opposition. Par régions, on remarque des différences et la psychiatrie bruxelloise, objet de l'étude, se démarque de celles des autres régions sur plusieurs points. Nous les examinons successivement par secteurs.

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 que celle des autres régions. Le phénomène s'explique par le fait qu'il existe à Bruxelles un déficit de lits existants (surtout les lits T) par rapport aux lits programmés et une absence de lits F et O.
- Les Bruxellois (surtout âgés de 15 à 59 ans) sont plus fréquemment admis à l'hôpital psychiatrique que les Wallons ou les Flamands. La différence entre la Région bruxelloise et les deux autres Régions résulte en partie du fait qu'en Flandre et en Wallonie, l'hospitalisation de longue durée existe encore dans les services F et O alors qu'à Bruxelles le taux plus élevé d'admission cache en partie des réadmissions. 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 refuge 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 élevés 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 est plus courte à Bruxelles qu'en Flandre ou en Wallonie. Par contre, la durée moyenne de séjour dans les services psychiatriques est semblable à Bruxelles et dans le pays.

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 seraient en partie les mêmes patients qui sortent et qui rentrent.

Une offre 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.

- On remarque à Bruxelles une croissance des journées d'hospitalisation (augmentation de 26 % entre 1981 et 1988) pendant que, globalement, on assiste à une diminution du nombre des journées d'hospitalisation de l'ordre de 10 %. Cette opposition des évolutions provient de l'absence de lits F et O à Bruxelles et de la baisse de l'activité de ces lits dans le pays.
- Les taux d'occupation des hôpitaux bruxellois sont inférieurs aux taux observés dans l'ensemble du pays, quel que soit le type de service. Il n'y a pas encombrement du système hospitalier psychiatrique bruxellois.
Il n'est dès lors pas nécessaire de créer de nouveaux lits psychiatriques à Bruxelles.
- 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 de neuropsychiatres (24 % de ceux-ci sont domiciliés à Bruxelles).

2. AU POINT DE VUE DES CENTRES CONVENTIONNES INAMI

47 % (soit 352) des places conventionnés INAMI (adultes et enfants) sont localisés 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 nombre 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 SANTE 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. AU NIVEAU PSYCHOGERIATRIQUE

Dans l'absolu Bruxelles se caractérise par un nombre plus important de personnes âgées que les autres régions du pays. Le pourcentage de population de plus de 65 ans est le suivant : Bruxelles (17.4 %), Wallonie (15.34 %), Flandre (14.44 %).

Les patients déments séniles sont principalement hospitalisés dans les deux services bruxellois programmés sous l'indice Vp, alors que dans les autres régions ils sont hospitalisés dans les services agréés sous l'indice T ou sous l'indice V (dans le cadre de la programmation Vp).

Par ailleurs, l'ensemble des services gériatriques (G-V-Vp) bruxellois connaît une durée moyenne de séjour inférieure à leurs homologues belges.

PROFIL DES PATIENTS FREQUENTANT LES DIFFERENTES INSTITUTIONS PSYCHIATRIQUES

L'étude réalisée ici est une analyse de l'offre et non une analyse de la demande ou du besoin qui aurait impliqué des compétences médicales. Dans cette perspective, nous avons effectué une enquête sur les clientèles des différents types d'institutions qui composent l'offre. Cette enquête nous renseigne à la fois sur les profils des patients et sur le fonctionnement des institutions.

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.

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 retrouve 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, ils souffrent aussi de troubles anxieux et psychologiques). Ils ont un passé psychiatrique peu important, fait en majorité de contact 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 service psychiatrique 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.

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 socio-culturelles qui vont dans le même sens que celles constatées dans la présente recherche. Cfr N. Quemada et F. Casadebaig, « Morbidité psychiatrique et niveau socio-culturel », *Social Psychiatry*, 15, 1980, pp. 145-155.

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 invalide et bénéficie d'allocations d'invalidité. Au total, les trois quarts 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 FB/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 des psychiatres et à l'issue de l'hospitalisation, ils sont maintenus en institution. En hôpital psychiatrique, ils sont très peu suivis en consultation.

L'analyse de ces profils démontre l'existence de deux groupes de patients dans les institutions bruxelloises :

- une population « légère »² 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 »² 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.

DOMAINES D'ACTION PRIORITAIRES

Suite aux différents volets de cette étude, nous avons identifié les cinq domaines d'action prioritaires suivants :

- les soins pour patients chroniques ;
- la définition d'une politique au niveau des services de santé mentale ;
- la coordination et la collaboration entre institutions ;
- la définition d'une politique des urgences psychiatriques ;
- la prise en charge des déments séniles.

² Les termes de « léger » et de « lourd » que nous avons choisi d'utiliser ont ici une signification particulière. Ils résument un ensemble de caractéristiques aussi bien psychiatriques (passé psychiatrique, diagnostic) que sociales (classe sociale, 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.

I. LES SOINS POUR PATIENTS CHRONIQUES

Qui sont-ils ?

L'enquête-patients montre que les **trois-quarts des patients** de l'échantillon fréquentant les services psychiatriques **ne travaillent pas**.

En hôpital psychiatrique, 10 % des patients seulement travaillent et en service d'hospitalisation partielle ou service conventionné INAMI, 18 % des patients travaillent. 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. 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 % gagnent moins de 30.000 FB par mois). 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.

En effet, le profil socio-économique et clinique des patients traduit le lien étroit et la causalité circulaire qui existe entre 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 identité 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.

Où sont-ils ?

Ceci nous amène à examiner avec plus de précision la situation des ces 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, 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 ?

Dans l'enquête-patient, représentative des patients psychiatriques bruxellois présents en institution à telle date ou consultant pendant une période donnée, nous avons relevé une population que nous avons qualifiée de « chronique ».

Des indicateurs de chronicité jugés pertinents à la fois sur le plan social et psychiatrique, ont été utilisés conjointement :

- le nombre d'années durant lesquelles ils bénéficient d'une allocation d'invalidité est égale ou supérieure à deux ans ;
- le nombre d'hospitalisations en psychiatrie est égal à cinq et/ou la durée de séjour hospitalier pendant les deux ans précédant l'enquête est égale ou supérieure à un an ;
- un contact avec la psychiatrie existe depuis minimum dix ans.

Au total, 44 % de l'échantillon correspondent à au moins un des trois critères. Nous avons considéré que le « noyau dur » des chroniques était défini par la conjonction d'au moins deux critères. Cela concerne 19 % de l'échantillon, soit un patient sur cinq. On les retrouve **principalement en hôpital psychiatrique** (40 % des patients d'hôpitaux psychiatriques sont chroniques) et-en service d'hospitalisation partielle ou service conventionné INAMI (26 % des patients fréquentant ces dernières institutions sont chroniques). Ils sont moins nombreux en service de santé mentale (soit 10 % des patients les fréquentant) et moins nombreux également en service psychiatrique d'hôpital général (soit 9 % de leurs patients).

Si l'hôpital est le lieu principal d'hébergement des patients chroniques, il n'est pas la seule institution à les prendre en charge³. 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 aiguë, être suivie en ambulatoire, quoiqu'en nombre réduit étant donnés les moyens humains que mobilise ce type de population.

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 les plus élevés ;

³ Nous avons extrapolé le nombre de chroniques de l'échantillon à l'ensemble de la population fréquentant les institutions bruxelloises à partir des données dont nous disposons en respectant les différentes règles proportionnelles déjà appliquées dans la construction de l'échantillon.

- Dans le secteur ambulatoire : chiffres de base : 13.737 patients consultant en 1989, soit 10 % de la population : 1.380 patients chroniques répondent à au moins 2 critères de chronicité.
- Dans le secteur hospitalier : les chiffres de base (nombre de lits psychiatriques jour et nuit, jour ou nuit et places conventionnés INAMI selon les règles de construction de l'échantillon) sont :

- service psychiatrique en H.G. (A) : 207 patients ;
- hôpital psychiatrique (A + T) : 452 patients ;
- service hospitalis. part. ou conventionné INAMI : 394 patients

les résultats (c'est-à-dire les patients ayant au moins 2 critères de chronicité) sont :

- services psychiatriques en H.G. (A) : 19 patients (6 %) ;
- hôpital psychiatrique (A + T) : 184 patients (57 %) ;
- service hospitalier part. + conventionné INAMI : 122 patients (37 %) ;

TOTAL : 325 patients

et 325 patients représentent 31 % des patients hospitalisés dans tout service psychiatrique à un moment donné soit 1 patient sur 3.

On a donc un total de 1.708 patients chroniques qui est un chiffre minimal dans la mesure où ne sont pas comptés :

- les patients chroniques non présents dans l'institution le jour de l'enquête ;
- les patients psychiatriques hébergés en maison de repos ;
- les patients psychiatriques hébergés en service Vp ;
- les patients fréquentant les consultations des hôpitaux.

- le cas échéant, la durée d'hospitalisation de ces patients est longue. Ils sont hospitalisés principalement en service T dont nous avons pu constater le coût élevé. En termes de coûts 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.

Que faire pour ces patients ?

Avant d'examiner des points précis concernant certaines institutions en particulier, il nous semble important d'envisager globalement le problème des patients chroniques à Bruxelles.

1. Nous avons constaté en effet que divers types d'institutions aux normes différentes prenaient toutes en charge des patients chroniques dans des proportions variables.
Aussi une concertation commune réunissant les principaux partenaires et les pouvoirs publics permettrait d'optimiser le travail de chaque institution. Cela permettrait de travailler en plus étroite collaboration entre institutions et dès lors avec une plus grande efficacité pour le bien du patient.
Afin d'éviter autant que possible les problèmes de concurrence et de double emploi, les spécificités de chaque type d'institutions devront être maintenues (travail aigu, travail à long terme, réinsertion sociale, follow up à l'extérieur). Ainsi un **réseau de soins pour patients chroniques** pourrait-il être établi à Bruxelles avec pour objectif de mieux travailler ensemble pour augmenter la qualité de vie des patients.
2. Le développement de lits supplémentaires en services T ne doit pas être recherché car il n'y a pas encombrement dans les hôpitaux psychiatriques, comme le montrent les taux moyens d'occupation bruxellois, plus faibles que dans le pays. Par contre, il est important de revaloriser les lits T déjà existants à Bruxelles, autant en terme d'images qu'en termes de moyens (personnel, soutien des projets thérapeutiques internes et en collaboration avec d'autres institutions). Certains services T à Bruxelles se spécialisent dans la prise en charge de psychotiques chroniques avec des programmes adaptés. Ils refusent le modèle de l'efficacité et estiment à juste titre qu'il faut du temps pour obtenir des résultats. Plus que toute autre spécialité, la psychiatrie pose le problème des limites de la médecine scientifique. **Même si la psychiatrie se rapproche de plus en plus du modèle médical, les normes de celui-ci ne doivent pas s'appliquer de façon mécanique à la psychiatrie.** Une politique qui viserait à abaisser systématiquement les durées de séjour pourrait créer des effets pervers : réadmissions plus fréquentes, circulation de patients de services à services... Même des séjours de longue durée dans les services aigus ne sont pas à exclure systématiquement.

D'une manière générale en psychiatrie, la précision des objectifs et la souplesse des critères administratifs sont à rechercher.

3. Le crédit de lits prévus pour Bruxelles par la programmation hospitalière pourrait être utilisé par la création de maisons de soins psychiatriques et d'habitations protégées. Une partie des patients bruxellois correspond en effet à la définition des patients susceptibles d'être hébergés dans ces structures.

Cependant, que ce soit en hôpital psychiatrique, en maison de soins psychiatriques ou en habitation protégée, l'objectif à atteindre aujourd'hui pour les patients chroniques est celui de l'existence d'un niveau de qualité de vie décent. Psychiatres, épidémiologistes et planificateurs de soins sont d'accord sur ce point. L'existence et le maintien de la qualité de vie sont d'après de récentes études un des meilleurs prédicteurs de non-rechute des patients. Et la qualité de vie ne s'obtient que par le développement d'activité autre que la simple surveillance. Or, les normes prévues actuellement par la loi en M.S.P. et en H.P., de même qu'en service T, sont insuffisantes pour permettre, sinon la réadaptation du patient chronique, du moins le maintien de cette qualité de vie aujourd'hui défendue.

Il faut dès lors augmenter ces normes et même veiller parfois à leur modification qualitative. Nous entendons par là le renforcement du personnel paramédical et social.

Ceci pose une question financière : **un meilleur encadrement suppose de nouveaux moyens.**

Notons également que les patients psychiatriques qui se trouvent actuellement en maison de repos devraient pouvoir y rester plutôt que d'être déménagés en maison de soins psychiatriques.

Aussi, certaines de ces maisons de repos hébergeant des patients psychiatriques devraient pouvoir disposer de lits M.S.P. avec un encadrement spécifique pour ces patients. De plus, certains lits M.R.S. hébergeant des patients psychiatriques de plus de 60 ans devraient pouvoir être convertis en lits M.S.P. dans la mesure où ces patients relèvent de pathologies faisant l'objet des M.S.P. Ces patients pourraient ainsi bénéficier de soins psychiatriques adaptés.

4. Les prises en charge de patients psychotiques vivant en appartement dans la cité par des services de santé mentale ou d'autres instances correspondent en fait à **des soins psychiatriques à domicile.**

C'est une formule qui, étant donné son coût peu élevé, devrait être amenée à se développer.

Dans cette perspective se pose la question des habitations protégées. Seront-elles propriété de l'hôpital ou des services de santé mentale ? Ce sont théoriquement des structures charnières entre ces deux types d'institutions. Il serait bon qu'il en soit ainsi dans la pratique.

5. Il est très important de développer la consultation post-hospitalière, peu présente à l'hôpital psychiatrique, à partir de l'hôpital lui-même.

L'étude a clairement démontré que lorsque les patients étaient suivis en consultation, principalement en service psychiatrique d'hôpital général, la durée de séjour hospitalier en cas de rechute était nettement plus courte que lorsqu'ils n'étaient pas suivis. Il faut cependant reconnaître qu'il ne s'agit peut-être pas du même type de patients...

6. Deux politiques différentes existent pour la prise en charge de patients qui d'un point de vue statistique présentent des caractéristiques médicales et sociales similaires. Il s'agit des services d'hospitalisation partielle et des services conventionnés INAMI. Avant d'envisager d'harmoniser les politiques, il faudrait à l'aide d'étude de cas, vérifier la similitude du profil médical des patients fréquentant ces deux types d'institution. Cette évaluation doit se faire par rapport aux objectifs de réadaptation sociale, principe de base des services conventionnés INAMI.

Rappelons également ici que les besoins essentiels se font toujours sentir au niveau de véritables services de révalidation, intensifs en actes humains, de longue durée et à encadrement en personnel de type psychosocial. Il est important en effet que partout l'acte humain et intellectuel soit revalorisé en psychiatrie.

Un mode d'agrément clair devrait pouvoir être établi de même qu'une appellation nouvelle plus significative que celle de « centres conventionnés INAMI ».

II. DEFINITION D'UNE POLITIQUE AU NIVEAU DES SERVICES DE SANTE MENTALE

L'absence d'une réelle politique de planification des services de santé mentale et leur caractère d'organisations à projets 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 sont 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. On peut se demander si la couverture des soins est bien assurée au travers d'une telle diversité.

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 permet d'atteindre des gens qui, autrement ne fréquenteraient pas un service de santé mentale.

Même si l'on peut imaginer qu'en certaines matières, les besoins sont partiellement couverts à Bruxelles, il n'empêche qu'une **programmation des services à l'échelon de la Région, faite à partir de l'évaluation des besoins des populations, serait nécessaire**. Or, à l'heure actuelle, si on connaît grâce à l'étude la diversité des services, on ne connaît pas les besoins des populations. Ces deux termes devraient faire l'objet d'**évaluation régulière afin de les adapter l'un à l'autre**.

Ceci nous amène aux propositions suivantes :

- a/ les services de santé mentale devraient mieux définir le ou les projets qui sont les leurs conjointement avec les pouvoirs publics, et accepter de soumettre ces projets à une évaluation régulière par ces mêmes pouvoirs publics. L'évaluation devrait porter à la fois sur la pertinence du projet par rapport à une politique de santé mentale globale et sur l'évolution du projet par rapport aux critères préalablement définis.
Afin d'aider les services de santé mentale à évaluer leur pratique, **des outils standardisés tel un résumé psychiatrique minimum**, devraient être mis sur pied. Il est important d'utiliser un outil diagnostic commun et internationalement reconnu, ce qui n'empêche nullement l'usage de descriptions cliniques plus complète pour ceux qui le souhaitent ;
- b/ une « **connaissance épidémiologique** » c'est-à-dire une compréhension des problèmes spécifiques du territoire dont les services de santé mentale sont responsables devrait être effectuée. Cela aiderait les services de santé mentale à se définir plutôt à partir de critères externes (besoins des populations) qu'internes (volonté et intérêt des professionnels). Un organisme tel que la plate-forme de concertation pourrait les assister dans cette tâche ;

- c/ autant il importe que les services de santé mentale définissent des **objectifs plus précis**, autant il est souhaitable que **les exigences soient plus souples en matière de gestion**. Ainsi on pourrait laisser une autonomie plus grande aux services de santé mentale quant à la gestion de leur personnel et envisager une organisation financière (enveloppe adaptée annuellement) plus souple et plus facile à traiter.
A l'intérieur du cadre déjà existant, une fonction de coordination et d'animation pourrait être soutenue financièrement.

III. LA COORDINATION ET LA COLLABORATION ENTRE INSTITUTIONS

Bien qu'elle existe plus aujourd'hui qu'hier, la **collaboration entre les institutions bruxelloises 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. De même, des relations de collaboration sont établies entre les services de santé mentale et les services d'hospitalisation partielle et les services conventionnés INAMI. Ceci témoigne d'une meilleure collaboration que par le passé. Les interviews réalisés 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 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 personnels se sont mis sur pied.

Des **expériences d'échanges de personnels** hospitalier/extra hospitalier existent (ex. : PL 3 St Pierre - Artaud) et fonctionnent avec succès, permettant aux uns et aux autres de connaître le travail et le type de problèmes de leurs collègues et dès lors de mieux surmonter des écueils de communication. Elles devraient se généraliser autant que plus possible. Ainsi, il faut donc favoriser les rencontres. Ainsi, un organisme tel que la plate-forme de concertation amènera les professionnels de divers types de services à se rencontrer plus souvent et à mieux se connaître.

Il faut **favoriser les mi-temps professionnels** d'une même personne dans deux institutions différentes. L'expérience a prouvé que cela facilitait le passage de patients à partir d'hôpitaux psychiatriques ou de service psychiatrique général en hôpital général vers les services de santé mentale.

Peu de choses sont prévues à l'heure actuelle dans la **formation des médecins post gradués** pour les sensibiliser à l'existence du secteur extra-hospitalier. Aussi lorsqu'ils commencent leur pratique, comment pourraient-ils faire appel au secteur ambulatoire qu'ils ne connaissent pas ? Au minimum une information devrait leur être communiquée, et des possibilités de stages devraient pouvoir être envisagées. De manière plus générale, la formation et l'information devraient être plus généralisées et soutenues financièrement.

IV. LA DEFINITION D'UNE POLITIQUE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES

Les institutions de première ligne c'est-à-dire principalement les médecins généralistes et les services d'urgence devraient **mieux fonctionner à Bruxelles**.

Les généralistes sont responsables de 37 % des envois vers les services psychiatriques des hôpitaux généraux et de 13 % des envois vers des hôpitaux psychiatriques. Ils envoient dans ces institutions des patients souffrant de troubles dépressifs et de troubles anxieux.

On peut se demander si ces troubles doivent toujours faire l'objet d'une hospitalisation. Lorsque le psychiatre hospitalise en hôpital psychiatrique et en service psychiatrique d'hôpital général, il le fait pour des troubles dont la nécessité de l'hospitalisation est apparemment moins discutable, c'est-à-dire des troubles psychotiques, des troubles bipolaires et des assuétudes.

Le généraliste manque de formation au niveau des problèmes psychiatriques et est par ailleurs peu au courant et peu informé du réseau extra-hospitalier. Rien pendant ses études n'est prévu en ce sens. Il s'en suit un réflexe d'envoyer ses patients à l'hôpital et même à l'hôpital psychiatrique alors qu'il pourrait aussi faire appel à d'autres structures pour certains cas.

Il faut donc veiller à leur donner les moyens à la fois en formation et en informations.

Les **services d'urgence reliés au 100** sont le premier envoyeur à l'hôpital psychiatrique et le deuxième à l'hôpital général. Un patient sur cinq entre en hôpital psychiatrique par le service d'urgence. Un patient sur cinq entre en service psychiatrique d'hôpital général par le service d'urgence.

Aujourd'hui tels qu'ils sont conçus, sans équipe spécialisée ni soutien financier, fonctionnant avec des post gradués en cours de formation qui ont pour réflexe d'hospitaliser et de médicaliser, les services de gardes sont souvent un service de tri.

Des expériences en cours (intersecteur S^t Luc et PL 3 S^t Pierre - Artaud) essayent de traiter la crise là où elle arrive et d'amorcer une prise en charge ambulatoire à ce moment-là⁴. On sait d'expérience que le passage d'un thérapeute à l'autre est toujours très délicat et rencontre peu de succès, étant donné la relation qui s'est nouée entre le thérapeute et le patient. Ces expériences tendraient à montrer que le passage de thérapeute est plus réussi quand il est préparé. De telles expériences pilotes de la prise en charge de l'urgence doivent être encouragées et soutenues financièrement.

Un type d'institution prend en charge la psychiatrie qualifiée d'« aiguë » plutôt que d'urgence. Il s'agit des services A situés en hôpital général. Ces derniers s'occupent bien des problèmes pour lesquels ils ont été créés, contrairement à ce qui se passe dans beaucoup de pays où la désinstitutionnalisation a eu pour effet d'engorger les services de première ligne de patients chroniques⁵. Ce n'est pas le cas à Bruxelles. Cela ne signifie pas pour autant que ces services ne sont pas confrontés à des réalités importantes comme la dépression, trouble guérissable aujourd'hui mais dont l'importance est croissante et risque de constituer un problème de santé publique majeur dans les années à venir⁶.

⁴ Le développement au sein du service des urgences des Cliniques St Luc d'une unité de crise composée de 4 psychiatres psychothérapeutes et de 3 infirmières psychiatriques a été évaluée par une recherche prospective à la demande du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales de la Communauté française. Par ce dispositif et utilisant uniquement 12 lits d'hospitalisation provisoire de 24 h. maximum, ils obtiennent un taux d'hospitalisation psychiatrique de 17 %, un renvoi au médecin traitant de 17 % et 66 % des patients entament à la garde une prise en charge ambulatoire de crise. 19 % la poursuivent moins d'un mois et 46 % vont jusqu'au bout du traitement de 3 mois. L'analyse du follow up démontre une évolution positive de ces patients. Notons enfin que dans la phase d'intervention de crise, cette unité travaille avec 3 centres de Santé Mentale (WOPS, GRES, Chien Vert) qui viennent au service des urgences rencontrer le patient et envisager la prise en charge ambulatoire du patient. Cfr DE CLERCQ, M., CASSIERS, L., « Le travail de la crise à l'épreuve de l'urgence », *Acta Psychiat. Belg.*, 1990, 90, pp. 81-99 ; DE CLERCQ, M., HOYOIS, Ph., BRUSSELMANS, M., « Assessment of outcome after 2 years of crisis intervention in the emergency service of a general hospital », *Stefanis « Psychiatry Today »*, 1990a, 3, pp. 865-874.

⁵ Pour plus de renseignements sur ce problème, voir Céline MERCIER et Gaston P. HARNOIS, « L'hôpital psychiatrique : d'hier à demain », *Revue Canadienne de Psychiatrie*, vol. 31, février 1986.

⁶ La prévalence de la dépression majeure sur le temps de vie (8.3 %), plus élevée que celle de la schizophrénie ou de la maladie d'Alzheimer, montre que cette maladie est l'une des plus fréquentes parmi la population générale. Outre la sévérité des symptômes cliniques, les épisodes dépressifs majeurs peuvent conduire au suicide dans 15 % des cas. Le taux de mortalité dû au suicide en Belgique est de 2.1 % dans la population globale. Ce taux augmente jusqu'à 13.8 % dans le groupe d'âge 14-25 ans et de 25 % dans la mortalité de la population entre 25 et 34 ans, représentant dès lors la première cause de mortalité pour ce groupe d'âge avant les accidents routiers et le cancer. Cfr Prof. J. MENDLEWICZ, Communication au XV^e Congrès de l'Association Internationale pour la Prévention du Suicide, 11-14 juin 1989. Appliquant le modèle de Stoudemire « The economic burden of depression », le Prof. Mendlewicz a estimé le coût total de la dépression pour l'année 1988 à environ 40 milliards de francs belges soit 15.9 milliards de coûts directs et 25.2 milliards de coûts indirects.

Dans l'ensemble, les lits A sont bien utilisés à Bruxelles où se posent les problèmes propres à une grande ville. Ils sont donc indispensables.

V. LA PRISE EN CHARGE DES DEMENTS SENILES

Un sondage auprès des services hospitaliers V et G et l'analyse des données du résumé infirmier minimum ont montré que **seules deux institutions Vp prennent vraiment en charge les patients déments séniles à Bruxelles**, avec un encadrement correspondant aux services V. Parmi ces patients, les trois-quarts sont des femmes.

En l'absence de psychogérialtes dans les services A, D et G et face à l'obligation faite à ces services de maintenir des durées de séjour relativement brèves, les services aigus des hôpitaux généraux ne sont ni encouragés ni disponibles pour prendre en compte la majorité des troubles démentiels.

La reconnaissance d'un indice spécifique pour les institutions appelées aujourd'hui Vp correspondrait dès lors à la reconnaissance d'une situation de fait et leur permettrait de disposer des moyens particuliers que requiert ce type de patients.

L'efficacité du modèle rationnel de la prise en charge (domicile, médecin généraliste, hospitalisation en service aigu pour le diagnostic différentiel et à partir de là soit retour à domicile, soit transfert en service V/Vp ou M.R./M.R.S.) ne se vérifie pas sur le terrain de la psychogérialtrie à Bruxelles.

Une politique de soins qui tablerait sur le transfert des patients psychogérialtriques selon le schéma « aigu - post aigu - chronique » doit tenir compte des effets négatifs des transferts pour ce type de patients. La mise au point préalable dans les hôpitaux généraux suivie d'un transfert en Vp n'est pas actuellement à Bruxelles la solution la plus efficace de la prise en charge des troubles démentiels. Dans l'état actuel des choses, la mise au point du diagnostic se fait souvent en service Vp.

Nous avons constaté que **la proximité géographique est importante** en matière d'hospitalisation en psychogérialtrie : les patients, leur famille, les hôpitaux, les CPAS recherchent la proximité géographique des services par rapport au domicile des patients, afin sans doute de faciliter le maintien des relations. C'est ainsi que le taux d'admission dans les services Vp varie selon les communes. Nous avons remarqué que **la population de l'Est de Bruxelles est peu représentée dans les institutions Vp de la capitale**. Où sont-ils ? (les patients déments séniles de l'Est de

Bruxelles). Les patients hospitalisés dans les services Vp ne sont pas représentatifs de la population âgée. Les services Vp ont une clientèle de femmes âgées et d'**hommes jeunes** (21 % des hommes ont moins de 66 ans ; il s'agit surtout de psychoses alcooliques). Les services Vp remplissent là une **fonction psychiatrique** qui ne devrait pas être la leur. Les patients devraient, soit être transférés ailleurs (M.S.P.- H.P.), soit maintenus dans les services Vp (mais alors ils devraient relever d'un autre indice). Des études complémentaires concernant la prise en charge de ces populations devraient être réalisées.

Avec le développement des familles nucléaires et l'augmentation du travail féminin, le problème de la dépendance des personnes âgées n'est plus résolu dans le cadre familial. On recourt dès lors de plus en plus à des solutions d'hébergement alors qu'en même temps l'espérance de vie s'allonge. Et on assiste d'autre part à une privatisation de la prise en charge qui rend parfois difficilement supportable le coût imputé aux familles. **L'hôtellerie en M.R.S. est difficilement abordable** : les frais en M.R.S. sont de 35.000 FB/mois minimum. La moyenne du montant des pensions des patients (calculée dans une M.R.S.) est de 32.450 FB/mois. Cela pose souvent des problèmes qui ne trouvent actuellement d'autre solution que dans le soutien financier des CPAS, autre forme de subside public. L'augmentation du forfait en M.R.S. n'est donc pas suffisante pour couvrir les frais de séjour.

Le travail dans les services Vp et dans les M.R.S. est psychologiquement et physiquement dur. Il en résulte un **recrutement de plus en plus difficile du personnel, un absentéisme et une démotivation de celui-ci**. Des actions importantes doivent être envisagées au niveau de la revalorisation et du soutien à ce type de travail, qui est parmi les plus lourds dans le domaine des soins. Les formations spécialisées devraient permettre à la fois d'augmenter la qualification du personnel et de trouver des bénéfices secondaires dans un travail qui reste de toute façon éprouvant. Des systèmes de rotation et d'échange de personnel tels qu'ils existent en psychiatrie adulte peuvent être imaginés.

Et enfin - il faudrait commencer par cela - toutes les initiatives qui permettent à la personne âgée en perte d'autonomie psychique **de rester intégrée dans la vie de la cité sont à encourager**. Elles sont dès lors à financer sur base régulière. Ainsi par exemple :

- prévoir une formation des médecins généralistes en psychogérialtrie ;
- créer la possibilité pour les médecins généralistes de consulter des psychiatres. Le psychiatre intervient comme consultant sans être directement impliqué dans la prise en charge. Cela exigerait le remboursement des prestations médicales des psychiatres sans que ceux-ci voient le patient ;
- organiser une politique de prise en charge intégrée : coordination entre les CPAS, les services d'aide à domicile, les services de santé mentale, les médecins généralistes et les spécialistes. Un

des objectifs doit être le soutien aux patients et aux familles confrontées à la démence de l'un des leurs. Il faut permettre aux familles de souffler, de prendre des vacances, de continuer à mener une vie sociale équilibrée...

*

*

*

Assurer la prise en charge des patients chroniques, définir une politique des services de santé mentale, développer la coordination et la collaboration entre institutions, établir une politique des urgences psychiatriques, organiser la prise en charge des déments séniles.

Voilà cinq défis que la psychiatrie bruxelloise devra relever dans les années à venir.

Nous espérons que ce travail contribuera à définir les grandes lignes d'une politique de santé mentale à Bruxelles, à améliorer la prise en charge des patients psychiatriques et à soutenir les professionnels dans leurs efforts quotidiens et leur recherche d'une meilleure efficacité.

BIBLIOGRAPHIE

- ALPEROVITCH, A., « Epidémiologie de la maladie d'Alzheimer. Acquis, controverses et perspectives », in HEBERT, R. (Ed.), *Interdisciplinarité et Gérontologie, Actes du IV Congrès International Francophone de Gérontologie*, Montréal, Edisem, 1990.
- Annuaire statistique des établissements de soins*, Rapport annuel, Situation au 1^{er} janvier 1989, Service d'Etudes, Administration des Etablissements de Soins, Ministère de la Santé Publique.
- BACHRACH, L.L., « Desinstitutionalisation and Women Assessing the Consequences of Public Policy », *American Psychologist*, October 1984, vol. 39, n° 10, pp. 1171-1177.
- BAEYENS, J.P., « La prévention de la démence a un sens. Qu'en est-il de son efficacité », in *Psychogériatrie. Aspects préventifs et curatifs*, Congrès International de Bruxelles, octobre 1987, Bruxelles, Fondation Julie Renson, 1988.
- BARRES, M., *Le secteur instrument de transformation du service public en santé mentale. Sectorisation et Prévention en Psychiatrie*, sous la direction de P.F. CHANOIT et J. de VERBIZIER, coll. Psychiatrie et Société ERES, Toulouse, 1987.
- BARRY, P.P., MOSKOWITZ, M.A., « The diagnosis of Reversible Dementia in the Elderly. A Critical Review », *Sept. Arch. Intern. Med.*, September 1988, vol. 148, pp. 1914-1918.
- BEAUCHESNE, M.N., « Vieillesse et représentations sociales : réflexions de la prévention en psychogériatrie », *Les Cahiers du Germ IV*, 1988, n° 207.
- BONTEMPS, Ch., *Les Services de Santé Mentale dans la Communauté Française de Belgique (Wallonie-Bruxelles). Des chiffres sur l'offre et la demande*, Confédération Francophone des Ligues de Santé Mentale, 1988.
- BOUCHARD, R., « Maladie d'Alzheimer : Eléments neurologiques du diagnostic différentiel » in HEBERT, R. (Ed.), *Interdisciplinarité et Gérontologie, Actes du IV Congrès International Francophone de Gérontologie*, Montréal, Edisem, 1990.
- CASTEL, R., « Vers les nouvelles frontières de la médecine mentale », *Rev. Fr. de Sociologie*, 1973, XIV, n° spécial.
- CHAUVENET, A., *Médecine au choix, médecine de classe*, Paris, PUF, 1978.
- CHRISTEN, Y., A propos de la découverte d'Alzheimer in HEBERT, R. (Ed.), *Interdisciplinarité et Gérontologie, Actes du IV Congrès International Francophone de Gérontologie*, Montréal, Edisem, 1990.
- CLARFIELD, A.N., « The Reversible Dementias : Do they Reverse ? », *Annals of Internal Medicine*, September 1988, pp. 476-486.

- CORIN, E.E., BIBEAU, G., MARTIN, J.C., LAPLANTE, R., *Comprendre pour soigner autrement. Repères pour régionaliser les services de santé mentale*, Les Presses de l'Univ. de Montréal, 1990.
- CORTEN, Ph., *Hospitalisations partielles et centres de réadaptation fonctionnelle*, Rapport déposé au Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement, 1987.
- CORTEN, Ph., PELC, I., *Evaluation des rôles des centres de santé mentale. Etude épidémiologique de la Communauté Française de Belgique*, Rapport déposé au Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement, 1987.
- CROZIER, M., « Liberté, Complexité », *Le Débat*, 1990, n° 60, pp. 75-80.
- DEROUESNE, C., « Corrélations entre lésions anatomiques, perturbations biochimiques, troubles cognitifs et comportementaux dans la maladie d'Alzheimer », *Revue de Gériatrie*, mars 1991, suppl. au n° 3.
- DQC-BRUNEEL, N., *Approche qualitative du vécu de la cohabitation parent âgé - enfant adulte*, Mémoire de licence en Sciences Médico-Sociales, UCL, 1987.
- DUCHESNE, J., WUNSCH, G., « Les tables de mortalité limite : quand la biologie vient au secours du démographe », in LORIAUX, M. et alii : *Populations âgées et révolution grise. Les hommes et les sociétés face à leur vieillissement*, CIACO, 1991.
- DUCHESNE, J., WUNSCH, G., « Population Aging and the Limits of Human Life » in LUTZ, W. (Ed.), *Future Demographic Trends in Europe and North America. What can we Assume Today*, Academic Press, 1991.
- EVANS, D.A. et alii, « Prevalence of Alzheimer's Disease in a Community Population of Older Persons. Higher Than Previously Reported », *JAMA*, November 10, 1989, vol. 262, n° 18, pp. 2551-2556.
- FISCHER, W., BARRELET, L., « Les coûts des traitements psychiatriques. Une approche comparative de trois catégories de patients », *Médecine Sociale et Préventive*, 1987, 32, pp. 169-175.
- FONCIN, J.F., Le concept de vieillissement cérébral humain est-il utile ?, in HEBERT, R. (Ed.), *Interdisciplinarité et Gérontologie. Actes du IV Congrès International Francophone de Gérontologie*, Montréal, Edisem, 1990.
- GAILLY, A., *Psyische klachten bij Turken en hun benadering. Cultuur en Migratie*, V.Z.W., 1988.
- GARSOU, M., VAN DEN HOVE, D., *Les organisations alternatives : une autre manière de gérer les différences*, Institut Sc. du Travail, U.C.L., Dossier n° 5, 1983.
- GAUVREAU, D., La maladie d'Alzheimer, piège au paradigme de l'interdisciplinarité : une brève introduction au projet Image in HEBERT, R. (Ed.), *Interdisciplinarité et Gérontologie. Actes du IV Congrès International Francophone de Gérontologie*, Montréal, Edisem, 1990.
- GILLES, C., « La définition des démences dégénératives selon les systèmes internationaux de classement », *Acta Neurol. Belg.*, 1989, 89.

- GILLES, C., *Les structures de soins destinées aux personnes âgées*, texte conférence.
- GORZ, A., *Métamorphoses du travail. Quête du sens critique de la raison économique*, Paris, Galilée, 1988.
- GROOT, L.M.J., BREDA, J., *Evaluatie Ziekenhuisprogrammatie - Deel II : Psychiatrische Ziekenhuiszorg*, Brussel, 1989.
- GROOT, L.M.J., BREDA, J., *Evaluation de la programmation hospitalière - Partie II : Soins hospitaliers psychiatriques*, Bruxelles, 1989.
- GYSELYNCK-MAMBOURG, A.M., « Approche de la psychopathologie des personnes âgées », in LORIAUX, M. et alii, *Populations âgées et révolution grise. Les hommes et les sociétés face à leur vieillissement*, CIACO, 1990.
- GYSELYNCK-MAMBOURG, A.M., Stratégies thérapeutiques en milieu institutionnel, in HEBERT, R. (Ed.), *Psychogériatrie. Aspects préventifs et curatifs*, Congrès International de Bruxelles, octobre 1987, Bruxelles, Fondation Julie Renson, 1988.
- HERFRAY, Ch., *La vieillesse. Une interprétation psycho-analytique*, Paris, Epi - Desclée de Brouwer, Paris, 1988.
- HOYOIS, Ph., *Les urgences psychiatriques dans le réseau hospitalier de l'U.L.B.*, Bruxelles, L.B.F.S.M., 1989.
- KELLER, M.B., LANORI, P.W., KLERMAN, G.L., ANDRESEN, N.G., ENDICOT, J., CORYEEL, W., FAWCET, J., RICE, J.P., HIRSCHFELD, R.M., « Received by Depressed Patient », *Arch. Gen. Psychiatry*, May 1986, vol. 43, pp. 458-466.
- KESSLER, D., PESTIAU, P., « Pensions publiques et niveau de vie des personnes âgées » in LORIAUX, M. et alii, *Populations âgées et révolution grise. Les hommes et leurs sociétés face à leur vieillissement*, CIACO, 1990.
- KLERMAN, G.L., *Trends in Utilization of Mental Health Services, Perspectives for Health Services Research Medical Care*, May 1985, vol. 23, n° 5, pp. 589-591.
- KLERMAN, G.L., WEISSMAN, M.M., « Increasing Rates of Depression », *JAMA*, April 21, 1989, vol. 261, n° 15, pp. 2229-2235.
- KOVES, W., « Les méthodes d'évaluation en santé mentale in Evaluation des soins de santé mentale », sous la direction de P.F. CHANOIT et J. DE VERBIZIER, Coll. Psychiatrie et Société, Toulouse, ERES, 1990.
- KUTY, O., CORREIA, F., MANCUSO, G., « La population des soins et services à domicile. Une enquête à Liège », *Revue Belge de Sécurité Sociale*, juin-juillet 1989, pp. 501-517.
- LACROSSE, J.M., VERHAEGEN, L., « La période de latence : de la pédologie aux structures de prévention (1900-1960) », *La Revue Nouvelle*, octobre 1979, n° 10, pp. 227-239.
- LEROY, X., « Evaluation de groupes à risques et des besoins dans la population âgée bruxelloise », in *Psychogériatrie. Aspects préventifs et curatifs*, Congrès International de Bruxelles, octobre 1987, Bruxelles, Fondation Julie Renson, 1988.
- LEVIN, « Efficacité des services destinés aux personnes âgées en état de confusion et à leurs familles », in *Psychogériatrie. Aspects préventifs et curatifs*, Congrès International de Bruxelles, octobre 1987, Bruxelles, Fondation Julie Renson, 1988.

- LORIAUX, M., « Il sera une fois... la révolution grise. Jeux et enjeux autour d'une profonde mutation sociétale », in LORIAUX, M. et alii, *Populations âgées et révolution grise. Les hommes et les sociétés face à leur vieillissement*, CIACO, 1990.
- MECHANIL, C., *Alternative to Mental Hospital Treatment : a Sociological Perspective*, Paper presented at Conference on Alternatives to Madison, Wisconsin, Oct. 1975.
- MEIRE, P., « Le travail avec les familles », *Psychogériatrie. Aspects préventifs et curatifs*, Congrès International de Bruxelles, octobre 1987, Bruxelles, Fondation Julie Renson, 1988.
- MENDLEWICZ, J., *Depression or Public Health Issue*, Communication présentée au XV Congrès de l'Association Internationale pour la Prévention du Suicide, I.A.S.P., 11-14 juin 1989.
- MERCIER, L., HARNOIS, G.P., « L'hôpital psychiatrique : d'hier à demain », *Revue Canadienne de Psychiatrie*, février 1986, vol. 31, pp. 35-43.
- MERCIER, L., *Réinsertion sociale et qualité de la vie*, Communication présentée au Forum des Structures Psycho-socio-thérapeutiques, Bruxelles, Confédération Francophone des Ligues de Santé Mentale en Belgique, juin 1989.
- MERCIER, Y., « Vieillir à domicile », *Journal du Médecin*, n° 517.
- MESLE, F., VALLIN, S., « La population des établissements psychiatriques : Evolution de la morbidité ou changement de stratégies médicales ? », *Population*, 1981, pp. 1049-1050.
- Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement, Administration des établissements de soins, 1990 : *Une date historique pour le secteur psychiatrique. Conception et concrétisation du plan politique pour la psychiatrie*, 31 juillet 1990.
- MIZRAHI, A., MIZRAHI, A., *Vieillesse et croissance des dépenses de santé. La faible responsabilité des personnes âgées*, pp. 73-88.
- MONITEUR BELGE, 7 décembre 1982.
- MORINEAU, M.C., PEQUIGNOT, H., *Problèmes cliniques du diagnostic de démence lors de l'entrée en institution*, 1990, 2, n° 74.
- Note politique sur les services gériatriques, les services V et les maisons de repos et de soins. *Conception et concrétisation de la politique en matière d'infrastructure pour les personnes âgées malades et nécessitant des soins*, Cabinet du Ministre des Affaires Sociales, sept. 1985.
- PLOTON, L., « Evolution des idées, des moyens et des résultats concernant les soins à domicile psychogériatriques », *La Revue de Gériatrie*, mai 1989, tome XIV, n° 5, pp. 190-194.
- QUEMADA, N., GOMMERS, A., CASADEBEI, G.F., « Morbidité psychiatrique et niveau socio-culturel », *Social Psychiatry*, 15, 1980, pp. 145-155.
- Rapport AU ROI, *Moniteur Belge*, 27 juillet 1982.
- RIGAUX, N., GOMMERS, A., *Charge de travail infirmier et dépendance des malades chroniques âgées. Problèmes soulevés par la reconversion des hôpitaux gériatriques V en maison de repos et de soins*, U.C.L., 1985.
- RIGAUX, N., *Le discours médical sur la démence sénile : Science - Politique et Société, Thèse de doctorat en Santé Publique*, U.C.L., août 1990.

- ROELANDTS, F., *Le suivi médical du patient psychogériatrique "résident"*, Bruxelles, Fondation pour la Psychogériatrie.
- ROELANDTS, F., *Preventie crisissituaties by psychogeriatrisch patiënten*, Texte présenté au Comité Scientifique de la présente recherche.
- SAINT-JEAN, O., Hétérogénéité de la maladie et des malades, *La Revue de Gériatrie*, mai 1991, supplément au n° 13.
- SCHAIK, K.W., « Le vieillissement s'accompagne-t-il nécessairement d'une baisse des fonctions cognitives ? », *Alzheimer Actualités*, déc. 1989, n° 39.
- SPAHEY, J., *Initiation à la médecine sociale*, Ed. Casterman, 1951.
- STRAUSS, A. and alii, *Social Organization of Medical Work*, The University Chicago Press.
- STRAUSS, *Negotiations, Varieties, Contexts, Process and Social Order*, Josey Bass Publishers, San Francisco, 1980.
- ST SAULIEU, R., TIXIER, P.E., MARTY, M.O., *Les fonctionnements collectifs de travail*, Rapport de recherche CESO, Paris, MACI, 1978.
- VAN SPITAEI, H., *La psychogériatrie vue par un chef infirmier*, Bruxelles, Fondation pour la psychogériatrie.
- VERHAEGEN, L., LACROSSE, J.M., *Analyse et évaluation critique du fonctionnement du secteur psychiatrique en Belgique*, Recherche effectuée sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé, sous la direction de E.A. SAND et M. ELKAIM, FNRS, Bruxelles, 1984.
- VERHAEGEN, L., *Les psychiatries, médecines de pointe ou d'assistance*, Cabay, 1985.
- VERHAEGEN, L., « Nouvelles techniques psychologiques et division du travail en psychiatrie », *Revue Suisse de Sociologie*, 1982, 8, pp. 591-607.
- VERMEYLEN, J., *Les malades mentaux chroniques*, Texte présenté au Comité Scientifique de la recherche.
- VAN DORMAEL, M., BEAUCHENE, M.N., *Prévention en Psychogériatrie*, Rapport de recherche sous la direction de M. MOULIN, Centre de Sociologie de la Santé de l'Institut de Sociologie de l'U.L.B., Bruxelles, 1987.
- QUEMADA, N., CASADEBAIG, F., « Morbidité psychiatrique différentielle selon le niveau socio-culturel », *Social Psychiatry*, 1980, 15, pp. 145-155.
- DE CLERCQ, M., CASSIERS, L., « Le travail de la crise à l'épreuve de l'urgence », *Acta. Psych. Belg.*, 1990, 90, pp. 81-99.
- DE CLERCQ, M., HOYOIS, P., BRUSSELMANS, M., « Assessment of outcome after 2 years of crisis intervention in the emergency service of a general hospital », *Stefanis, Psychiatry Today*, 1990a, 3, pp. 865-874.

TABLE DES MATIERES

Remerciements	1
Composition du comité scientifique	2
INTRODUCTION	3
A. Méthologie	4
B. Contexte global	6
C. Paysage psychiatrique bruxellois	10
CHAPITRE I	20
A TRAVERS LES CHIFFRES : LA TRANSFORMATION DU CHAMP PSYCHIATRIQUE	20
I. La structure hospitalière à Bruxelles	23
II. L'activité des hôpitaux	26
A. Journées d'hospitalisation	26
B. Taux d'occupation des lits	30
C. La durée moyenne de séjour	33
III. L'activité médicale dans les hôpitaux bruxellois	39
A. Les prestations médicales dans les hôpitaux	40
B. Le coût global de l'hospitalisation	44
C. Quelques questions	45
IV. La clientèle bruxelloise des hôpitaux psychiatriques	46
A. Bruxelles n'est pas une entité close sur elle-même	46
B. Les Bruxellois sont fréquemment hospitalisés à l'hôpital psychiatrique	48
C. Une situation très contrastée selon les communes bruxelloises	51
V. Conclusion	53
Annexe - Les prestations techniques en neuropsychiatrie	54
A. L'électro-encéphalogramme domine	54
B. Les potentiels cérébraux évoqués : la plus forte croissance	56
C. Les autres examens	56
D. Equilibre entre l'ambulatoire et l'hospitalier	57
E. Rapport entre le nombre de neuropsychiatres et le nombre de prestations en neuropsychiatrie	58
F. Rapport entre les prestations médicales en neuropsychiatrie et les dépenses de soins de santé	59

CHAPITRE II
ENQUETE CLIENTELE

	60
Pourquoi une enquête ?	60
I. Méthodologie de recueil de données	61
II. Echantillon	63
III. Indices de fiabilité de l'échantillon	68
A. Echantillon hospitalier	68
Age	68
Origine géographique	69
B. Echantillon Services de Santé Mentale	69
Age	70
Sexe	70
C. Echantillon hospitalisation partielle	71
Age	71
Sexe	71
IV. Spécificité de la clientèle psychiatrique	73
Age	73
Sexe	74
Isolement	74
Analyse des résultats - Description de l'échantillon	75
I. Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon par type d'institution	75
1. Domiciliation du patient	75
2. Sexe des patients	77
3. Age des patients	78
4. Etat-civil et mode de vie	79
5. Nationalité	81
6. Niveau d'études	82
7. Profession	83
8. Rapport au travail	84
9. Revenus	86
Conclusions	87
II. Caractéristiques cliniques de l'échantillon par type d'institution	88
1. Quels sont les différents diagnostics des patients Profils cliniques par institutions	88 90
2. Depuis combien de temps les patients fréquentent-ils les circuits psychiatriques ?	91
2.1. La clientèle se divise en deux groupes : l'une est plus ancienne, l'autre moins	91
2.2. La moitié des patients a été hospitalisée en psychiatrie	92

2.3. Un quart de l'échantillon a été hospitalisé plusieurs fois	93
2.4. Qui a déjà été hospitalisé en psychiatrie ?	94
3. Qui est pris en charge ailleurs ?	97
3.1. Un tiers des patients sont pris en charge ailleurs	97
3.2. Qui consultent-ils ?	98
Passé psychiatrique et prise en charge	99
4. Qui arrive en urgence ?	100
5. Par qui sont envoyés les patients ?	104
5.1. Le patient lui-même, l'entourage et la famille jouent des rôles importants, abstraction faite d'un envoi médical	104
5.2. Les différentes institutions n'ont pas toutes les mêmes envoyeurs médicaux	105
5.3. Le système psychiatrique n'est pas clos : les différentes institutions s'envoient respectivement des patients	108
5.4. Quand ils interviennent, la police envoie en H.P. et les services sociaux en hospitalisation partielle et en S.S.M.	111
Qui envoie où ?	113
6. Quelle action est envisagée à l'issue de l'épisode	114
6.1. Toutes les institutions n'ont pas la même politique	114
6.2. Que fait-on avec qui ?	115
Qu'est-ce qui est prévu à l'issue de l'épisode ?	119
7. Profil détaillé des différentes institutions	120
7.1. Il n'y a pas de spécialisation significative dans les pathologies parmi différents services H.G.A.	120
7.2. Profil différentiel des clientèles d'hôpitaux (H.G.A. - H.P.A.H.P.T.)	121
7.3. En H.G.A., la clientèle est plus féminine ; en H.P.A. et H.P.T. elle est plus masculine	122
7.4. Profil d'âge par institution	122
7.5. En H.G.A. ils vivent plus avec leur conjoint, en H.P.A. plus seul, en H.P.T. plus en institution	124
7.6. En H.G.A., ils sont plus mariés ; en H.P. ils sont plus célibataires et en H.P.A., ils sont célibataires ou mariés	125
7.7. La quasi totalité des patients d'H.P.T. ne travaillent pas	125
7.8. Les patients d'H.G.A. ont un revenu moyen supérieur à celui des H.P.A. et le revenu moyen de ces derniers est supérieur à celui des patients d'H.P.T.	126
7.9. En H.G.A., ils sont plus envoyés par des généralistes et spécialistes non psy ; en H.P.A. et H.P.T. par des psychiatres	126
7.10 Le passé hospitalier des patients va croissant d'H.G.A. vers l'H.P.T. en passant par l'H.P.A.	127
7.11 Il y a une spécialisation parmi les pathologies prises en charge par les différents H.P.	128

III. Carrières psychiatriques	130
1. Mouvements et passages sur deux ans	130
1.1. Passage sur deux ans par région	130
1.2. Typologie des passages	131
2. 2.1. Groupe et durée de fréquentation	133
2.2. Qui a de longues hospitalisations ?	135
3. Durée d'hospitalisation - de consultation sur deux ans	136
3.1. Durée de séjour d'hospitalisation sur deux ans	136
3.2. Durée de consultation sur deux ans	139
4. Nombre de passages des patients dans les hôpitaux étudiés	144
5. Episodes de soins	146
6. Qui sont les chroniques ?	151
Conclusions	159
CHAPITRE III	
LES SERVICES DE SANTE MENTALE A BRUXELLES	162
Introduction	162
Analyse descriptive des services de santé mentale	164
Méthodologie	165
1. Localisation des services de santé mentale	166
2. Analyse du personnel	169
2.1. Psychiatres	170
2.2. Psychologues	171
2.3. Assistants sociaux	171
2.4. Autres professionnels	174
3. Activités	175
3.1. Activités de consultation	176
3.2. Visites à domicile	185
3.3. Travail non consultation	186
4. Profil des clientèles des services de santé mentale	197
4.1. Différence des clientèles des S.S.M. et des hôpitaux psychiatriques	197
4.2. Hétérogénéité des clientèles des S.S.M. entre eux	198
Conclusions - Les services de santé mentale, des organisations à projets	202
Recommandations	206

CHAPITRE IV
SERVICES CONVENTIONNES INAMI ET HOSPITALISATION PARTIELLE

- 1. Nombre de places
- 2. Nombre de journées et nombre de patients
- 3. Occupation et durée de séjour
- 4. Encadrement
- 5. Architecture
- 6. Qui sont-ils ?
- 7. Options pour le futur

Conclusions

CHAPITRE V
LA DEMENCE

Introduction

I. Repères pour comprendre « La démence »

- A. Il n'y a pas de marqueurs spécifiques de la démence
- B. Les altérations cognitives et les démences
- C. La prévalence des démences associées à des causes potentiellement curables
- D. Le schéma type de l'examen clinique
- E. L'examen clinique selon un praticien
- F. Nécessité d'un diagnostic différentiel
- G. Premières conclusions
- H. Diagnostic différentiel et soins des maladies intercurrentes versus abandon médical : un problème social et moral

II. Repères additionnels pour comprendre les enjeux posés par la démence

- A. Les altérations séniles sont propres à l'espèce humaine
- B. Les altérations « séniles » sont fortement corrélées à l'âge
- C. Les performances intellectuelles baissent avec l'âge, toutefois les variations inter-individuelles sont grandes à âge constant
- D. La prévalence de la démence augmente avec l'âge
- E. Les altérations « séniles » et la démence

Conclusion

III. Les cadres sociaux de la prise en charge

- A. Les facteurs de risque sont nombreux à Bruxelles
- B. Vivre seule est le lot de la majorité des femmes âgées
- C. A tout âge, les femmes habitent plus souvent en collectivité que les hommes
- D. Vivre seul ne veut pas nécessairement dire être isolé
- E. Les aidants ont besoin d'être aidés
- F. Les généralistes sont au cœur du dispositif médical
- G. La psychogériatrie intervient souvent uniquement en bout de course
- H. Il y aura de plus en plus de personnes très âgées
- I. Vieillesse de la population et dépenses de santé
- J. Si la mort n'intervient, arrive le temps de la grande vieillesse

217

218

219

220

221

222

224

228

229

229

231

231

232

233

235

238

239

241

244

245

245

246

247

249

250

251

252

252

253

255

256

258

260

263

264

269

270

IV. La prise en charge hospitalière

- A. Les lits gériatriques à Bruxelles
- B. Quels services hospitaliers prennent en charge les patients déments ?
- C. Les services G ne voient pas les mêmes patients psychogériatriques que les services Vp
- D. Les patients souffrant de troubles psychotiques d'origine organique sont orientés vers des services différents selon leur âge
- E. Les filières de la prise en charge
 - 1. Le mode d'entrée dans les services Vp
 - 2. Les suites de l'hospitalisation en Vp
- F. La proximité géographique est importante
- G. Le taux d'admission dans les services Vp varie selon la commune de domicile
- H. Les patients hospitalisés dans les services Vp ne sont pas représentatifs de la population âgée

Conclusions

V. La prise en charge en M.R./M.R.S.

- A. Les M.R.S. ont été créées pour réduire les dépenses de santé
- B. Les M.R.S. issues des hôpitaux sont organisées autour des soins infirmiers
- C. L'hôtellerie est-elle financièrement abordable ?
- D. Une journée de patient vue à partir des tâches infirmières
- E. Le travail dans les services Vp, M.R.S., M.R. est dur
- F. Les institutions pour patients déments sont des institutions fermées
- G. Grandes ou petites institutions ?
- H. L'orientation vers la réalité versus la régression
- I. Un exemple d'institution non médicalisée
- J. Les nouvelles M.R.S. : toujours plus !

VI. Conclusions

Conclusions

CONCLUSION

Caractéristiques de la psychiatrie bruxelloise

- 1. Au point de vue hospitalier
- 2. Au point de vue des centres conventionnés INAMI
- 3. Au point de vue des services de santé mentale
- 4. Au niveau psychogériatrique

Profil des patients fréquentant les différentes institutions psychiatriques

Domaines d'action prioritaires

- I. Les soins pour patients chroniques
 - Qui sont-ils ?
 - Où sont-ils ?
 - Que faire pour ces patients

271

272

275

278

280

280

282

286

287

290

291

293

294

294

294

295

297

298

302

304

305

306

307

309

312

314

315

315

315

317

317

317

318

319

320

320

321

323

- II. Définition d'une politique au niveau des services de santé mentale
- III. La coordination et la collaboration entre institutions
- IV. La définition d'une politique des urgences psychiatriques
- V. La prise en charge des déments séniles

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

325

327

328

330

333

338