

Editeur responsable :
Eric Messens
53 rue du Président
1050 Bruxelles

Belgique-België
P.P
1050 Bruxelles 5
1/7371

ISSN 1780-0951

n° 8
09/2006

Mental'

Avec le soutien de la Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles-Capitale

Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale

idées



Dossier
Santé mentale et Précarités

Santé mentale et Logement

Sommaire

Mental'idées

est une publication de la
Ligue
Bruxelloise
Francophone pour la
Santé Mentale

L.B.F.S.M.

53 rue du Président
1050 Bruxelles

tél 0032 (0)2 511 55 43

fax 0032 (0)2 511 52 76

email lbfsm@skynet.be

Comité de rédaction

Dr. Charles Burquel
Elisabeth Collet
Dr. Denis Hers
Dr. Jean-Paul Matot

Responsable de publication

[Eric Messens](#)

Graphisme et mise en page

[Françoise Herrygers](#)

Contact rédaction:

herrygers.lbfsm@skynet.be

Photographies

[Françoise Herrygers](#)

[Eric Messens](#)

*Le Comité de rédaction se réserve le droit
de refuser la publication d'une annonce ou
d'un texte reçu.*

*Les textes parus dans Mental'idées ne
peuvent être reproduits qu'après accord
préalable de la revue et moyennant mention
de la source.*

Editorial <i>Eric Messens</i>	3
Carte blanche à <i>Alfredo Zenoni</i> <i>Le spectre de la chronicité</i>	4
Groupes et Coordinations thématiques - Programme de travail 2006-2007	8
<i>Groupes de travail</i>	8
<i>Coordinations</i>	12
infos sur http://www.squiggle.be pour <i>librement associer psychanalyse et grand public</i>	23
Dossier Santé Mentale et Précarités	24
1ère partie: Santé mentale et Logement	
<i>Luc Colinet</i> Introduction <i>La souffrance psychosociale nous concerne</i>	24
<i>Nicolas Bernard</i> <i>Objectiver la crise du logement à Bruxelles</i>	26
<i>Thierry Lahaye</i> <i>Santé mentale – Logement - Précarité</i>	29
<i>Nicolas Bernard</i> <i>L'habitat : l'au-delà du logement comme visée</i>	35
<i>Sylvain Péchoux</i> <i>Des lieux et des maux. Sur quelques relations entre le lieu de vie et la santé mentale</i>	38
<i>Marc Segers</i> <i>Quelques considérations sur les rapports entre logement et psychisme</i>	42
<i>Pascale Jamouille</i> <i>Vivre dans des cités sociales discriminées</i>	45
<i>Charles Disneur (Le Foyer Laekenois)</i> <i>Une société de logements sociaux change sa façon de faire</i>	50
<i>Dominique Van Haelen</i> <i>et Stéphane Van Der Cruyssen</i> <i>Travail social et secteur du logement social en Région de Bruxelles-Capitale ; liens avec le secteur de la santé mentale</i>	51
<i>Pol Zimmer</i> <i>Conclusions</i>	57
Psycendoc : Santé mentale - Logement... à lire	61
Agenda de la L.B.F.S.M. - Colloque belgo-sénégalais à Dakar, novembre 2006 - Congrès international, mai 2007 à Bruxelles	62
Agenda du secteur	66

Vers le 30^{ème} anniversaire de la Ligue

Vous avez dans les mains le numéro 8 de Mental'idées, dans la nouvelle tenue promise depuis plusieurs mois. Nous espérons évidemment qu'elle rendra la lecture de la revue plus agréable et qu'elle encouragera la circulation de celle-ci dans les équipes.

Numéro new-look, numéro de rentrée, avec la présentation du programme de tous les groupes de travail et des coordinations pour l'année.

Vous remarquerez que trois nouveaux groupes s'annoncent, mais, dans ce numéro, nous vous invitons aussi à lire le premier volet d'un double dossier thématique consacré au thème « Santé mentale et Précarités » traitant spécialement de la question du logement. Le second volet qui paraîtra dans le numéro 9 de janvier traitant des nouvelles formes d'exclusion.

Vous découvrirez, en Carte blanche, l'article d'Alfredo Zenoni intitulé « Le spectre de la chronicité », un texte des plus utiles en ces temps où l'on conjugue autant l'idée de l'efficacité avec celle du temps court.

L'année qui s'ouvre nous mènera, en mai 2007, au Congrès International de la Ligue. Le Comité d'organisation le prépare déjà depuis plusieurs mois et une première information sur ces journées se trouve dans les pages de ce Mental'idées.

Ce Congrès sera, nous l'espérons, un moment de rencontre important que la Ligue souhaite consacrer aux grandes mutations qui se posent à nos sociétés et à la façon dont elles viennent concerner les champs de la psychiatrie et de la santé mentale. Il vient s'inscrire logiquement comme l'aboutissement d'un travail de réflexion mené depuis cinq ans au travers de différents événements qui ont permis de questionner et de penser les enjeux actuels de société et de santé mentale.

Le Congrès sera aussi un moment de fête puisqu'il aura très exactement lieu au moment du 30^{ème} anniversaire de la Ligue !

Dans l'immédiat, nous vous présentons encore d'autres rendez-vous qui méritent l'attention : le 2^{ème} Colloque belgo-sénégalais, des journées d'étude, séminaires ou conférences proposées par des associations membres,... de quoi remplir vos agendas.

Les colonnes de Mental'idées vous sont ouvertes, pour vos annonces, propositions d'article, billets d'humeur, points de vue, réactions, suggestions de dossier thématique..., que vous soyez ou non membres de la Ligue.

A partir du prochain numéro, le n° 9, Mental'idées continuera à être envoyé gratuitement aux membres et aux personnes directement concernées ou impliquées dans les activités de la Ligue, et sera proposé en abonnement ou en achat au numéro aux autres.

Bonne lecture et bonne rentrée à toutes et à tous.

*Eric Messens
Directeur de la LBFMS*

Alfredo Zenoni

Alfredo Zenoni, docteur en psychologie, psychanalyste à Bruxelles (membre de l'École de la Cause freudienne, Association Mondiale de Psychanalyse), a été jusqu'en septembre 2004 responsable socio-thérapeutique du Foyer de l'Équipe à Anderlecht. Le Foyer est une communauté thérapeutique destinée à accueillir en "post-cure" des personnes souffrant de difficultés psychiatriques. Le travail d'accompagnement y est orienté par le souci de promouvoir des solutions qui concilient la singularité de chaque sujet et la perspective d'une socialisation variée. Le traitement du rapport avec la famille y joue un rôle non négligeable. A partir de cette expérience, A. Zenoni a poursuivi une recherche théorique concernant la pratique en institution et la clinique des psychoses. Le produit en est consigné dans des nombreux articles publiés dans différentes revues de psychanalyse, de pratique institutionnelle et de psychiatrie.

A. Zenoni est également enseignant à la "Section clinique" de Bruxelles, rattachée au Département de psychanalyse de Paris VIII. et collaborateur scientifique pour le DES en "Cliniques psychothérapeutiques" à l'Université Libre de Bruxelles.

Il a publié *Le corps de l'être parlant*, De Boeck, Bruxelles, 2ème édit, 2000, et d'autres livres en langue italienne.

Le spectre de la chronicité

La chronicité est une notion fréquemment évoquée dans les discussions et les projets de réforme relatifs à la clinique et à la thérapeutique psychiatriques¹. Cependant, elle est d'abord un concept proprement médical. « Chronique » désigne, par opposition à aigu, une affection dont l'évolution est lente et longue, mais aussi, avec un accent moins optimiste, un état de l'affection désormais inaccessible à ce que le médecin est censé prodiguer, à savoir la guérison.

Transposé dans le domaine psychiatrique, la notion de chronicité évoque surtout cette deuxième signification et se charge dès lors d'autres connotations, celle qui associe à l'état de la maladie l'idée d'une occupation indue, injustifiée, d'une place de soigné, soit encore celle d'une réduction de la vie sociale à une vie définie par le statut d'assisté. C'est à cet effet, dit « iatrogène », de la prise en charge thérapeutique qu'on se réfère principalement, lorsqu'on se penche sur le phénomène de la « chronicité » dans le champ psychiatrique. Aussi, transposée dans ce champ, la notion de chronicité est presque toujours conçue comme la conséquence collatérale, mais invalidante sur le plan social et existentiel, de l'opération qui est censée assurer l'amélioration ou la disparition de la maladie.

Le « chronique » est celui qui s'incruste dans une structure de prise en charge thérapeutique. Et l'institution ou le thérapeute qui persiste à le garder en traitement sont qualifiés de « chronifiants ».

Critique d'un présupposé

L'idée selon laquelle, passé un certain seuil, l'efficacité du traitement est inversement proportionnelle à sa durée est tributaire d'un présupposé qu'on ne peut que questionner si l'on veut éviter les conséquences pratiques parfois dramatiques qu'il entraîne. Ce présupposé veut qu'on pense les problèmes de la santé mentale sur le modèle des problèmes de la santé physique. Or, tant qu'on n'aura pas admis une spécificité de la psychiatrie au regard de la médecine, on ne sortira pas des impasses qu'entraîne la pure et simple assimilation de l'une à l'autre. La psychiatrie ne constitue pas un sous-ensemble de l'ensemble médecine, mais constitue un ensemble distinct de celui de la médecine tout en ayant avec lui une zone d'intersection.

1.

Exposé tenu dans le cadre de la 2ème Journée de rencontre « *Quand le temps devient traitement* », organisée par le Centre Hospitalier Jean Titeca et Le Gué, le 11 octobre 2005.

La pathologie psychiatrique ne peut être pensée comme l'alignement d'une série de troubles isolés, comme peuvent l'être les troubles physiques, où à chaque organe ou à chaque fonction correspondent une pathologie et une thérapeutique propres. En psychiatrie, les racines du dit « trouble » (*disorder*) dépassent largement les limites de la fonction concernée, elles renvoient à une configuration clinique globale, qu'il s'agit de reconstituer, et dont le trouble est le symptôme. Prenons ce patient qui a le sentiment pénible que sa pensée se décompose, surtout lorsqu'il doit l'exprimer, c'est-à-dire parler. Il a alors l'impression que son cerveau étouffe. Eh bien, ce jeune homme dit aussi que son drame est d'avoir échoué à se faire aimer par une femme. « *Je n'arrive pas à saisir à quel moment précis la femme veut de moi* », dit-il. Vers l'âge de dix-huit ans il avait pu enfin réaliser l'idée qui l'obsédait : aller voir un film porno. Les quelques séquences qu'il avait pu regarder avaient déclenché un état de panique qui l'avait fait se précipiter chez son père pour lui annoncer qu'il était foutu. Il avait la certitude que sa mort allait être imminente. Il avait été hospitalisé. Comment concevoir que ces éléments cliniques peuvent être isolés comme autant de « troubles » distincts, trouvant dans le DSM leur code correspondant, alors qu'ils sont manifestement les signes d'une configuration subjective globale ?

Le contexte inter-humain du trouble psychiatrique

Le rapport de la thérapeutique au temps est différent selon qu'on aborde le trouble comme une entité en soi ou selon qu'on le réfère à cette configuration subjective globale. Dans le premier cas, c'est-à-dire dans le cas où l'on conçoit l'issue de la thérapeutique comme équivalent à la disparition du trouble, la pratique ne peut se concevoir que sur le modèle de l'application d'un acte technique, comportant des phases successives et une durée limitée. Au regard de quoi tout autre aspect de la prise en charge apparaît comme une superfluité qu'il s'agirait de réduire le plus possible dans son extension et dans sa durée, sous peine d'entraîner la fameuse chronification du patient.

Par contre, si l'on conçoit le trouble psychiatrique comme la manifestation d'une structure qui dépasse de loin les limites de la fonction troublée, la belle linéarité de la progression thérapeutique et de ses phases se défait et laisse la place à un parcours dont les moments ne sont pas ordonnés selon un schéma standard, mais reflètent plutôt les vicissitudes relationnelles et existentielles de la personne qui souffre de ce trouble.

Un symptôme psychiatrique n'est pas de l'ordre d'un « observable » à un instant t . Il est indissociable de l'histoire du sujet, de sa relation à l'Autre, de ce que le patient lui-même en dit. Le contexte inter-humain du symptôme fait partie du symptôme. L'agressivité, l'interprétation délirante, l'errance, la fuite de la pensée, la perspective du suicide, l'angoisse, la consommation de drogue ou d'alcool, qui se sont atténuées, voire ont disparu dans le contexte d'une hospitalisation, peuvent se re-manifester hors du contexte hospitalier, malgré la médication, à la suite d'une mauvaise rencontre, de la rupture d'un lien, de la mort d'un grand parent, de la grossesse de la belle-soeur, d'un propos moqueur ou énigmatique, d'un choix à faire, voire simplement de la reprise des relations familiales. De même, le contexte inter-humain du traitement fait partie du traitement. Son incidence va bien au-delà du conseil et du soutien pour « maintenir un style de vie sain » que le patient qui souffre de diabète ou de troubles cardio-vasculaires peut trouver dans l'entourage, en quoi consisterait la psychothérapie, selon la célèbre biologiste des maladies mentales Nancy Andreasen². Non, le contexte d'accueil et d'accompagnement fait partie du traitement au sens où il doit constituer un contexte relationnel spécifique. Il suppose une formation destinée à permettre un style de présence et de parole qui répond à ce qui cause la difficulté sur le plan de la présence et de la parole chez le patient.

2. N. C. ANDREASEN. "Brave new brain", *Vaincre les maladies mentales à l'ère du génome*, De Boeck Université, Bruxelles, 2004, p. 50.

Du même coup, l'approche des troubles psychiatriques comme maladies de la condition humaine, - condition qui inclut immédiatement la relation à l'Autre comme composante constitutive autant de la pathologie que de son traitement - cette approche modifie profondément la perception de la temporalité du processus.

L'idée est moins celle de la suppression de quelque chose que celle de la transformation ou du changement de régime de ce quelque chose, qui reste le même : la personnalité, l'économie libidinale de base, la structure clinique ou comme on voudra l'appeler. Dès lors, l'amélioration ou la stabilisation thérapeutique apparaissent moins être le fait d'un acte technique, ou de plusieurs actes techniques, que le fait d'un processus continu où le contexte intersubjectif d'accompagnement et/ou d'hébergement joue un rôle essentiel.

D'une manière ou d'une autre, la notion d'un lien social où se nouent la singularité du désir et la référence à une réalité commune n'a pas pu s'inscrire ou s'intérioriser suffisamment pour les sujets dont nous nous occupons. Elle exige donc le plus souvent d'être réalisée, physiquement si je puis dire, par un lien social de suppléance, par un autre genre d'Autre que celui auquel le sujet est en butte. Dès lors, le contexte de la prise en charge ou de l'accueil n'est pas seulement le cadre dans lequel se déroule le traitement, mais fait partie intégrante du traitement. Et inversement, quelque chose du traitement se poursuit ou doit se poursuivre dans la conception et dans la pratique de l'accompagnement social.

D'une part, il ne s'agit pas de méconnaître dans le projet de l'hôpital, et de ses équivalents plus légers, le rôle thérapeutique – indépendamment même de la médication – que peut y jouer sa fonction d'asile, de refuge, de mise à distance. Fonction qui n'est pas reconnue lorsque la présence du sujet à l'hôpital donne lieu à la célèbre réplique : « Ici, ce n'est pas un hôtel ». Car s'il s'agit bien d'un hôtel - un hôtel pas comme les autres, certes – mais qui, comme lieu d'habitation, de vie en commun, de socialité joue tout de même un rôle non négligeable.

D'autre part, il ne s'agit pas d'accompagner et d'assister le sujet dans le registre du social comme si la dimension clinique ne devait plus y être prise en compte. On peut même aller jusqu'à dire que c'est justement lorsqu'on aborde le social que la difficulté clinique risque de réapparaître ou de se faire plus aiguë.

Se passer de l'échelle des traitements

Dès lors, nous pouvons déduire de cette étroite liaison entre le trouble et le contexte de son déclenchement comme de son traitement, une autre configuration des diverses formes de prise en charge que celle de leur disposition sur une échelle d'intensité thérapeutique décroissante qui irait de la cure à l'absence de cure. Cette notion d'échelle risque toujours de faire appréhender le recours à une forme de thérapeutique comme inapproprié, soit parce que le patient n'est plus assez malade pour une institution située sur tel point de l'échelle soit parce qu'il est encore trop malade pour telle autre institution soi disant plus évoluée. La perspective d'une succession ordonnée des formes de traitement tend le plus souvent à faire percevoir un changement de forme de traitement (passer du logement social à une communauté thérapeutique, par exemple) comme une « régression » ou comme une « rechute », et donc comme entraînant un risque de chronification, au regard du point que le sujet est censé avoir atteint sur l'échelle des traitements. C'est une perspective qui amène souvent à prendre des décisions de sortie ou de refus d'entrée qui peuvent avoir des conséquences dramatiques pour le patient et/ou pour son entourage. Croire que la suppression de l'hôpital psychiatrique ou la réduction des durées de séjour constituent en elles-mêmes un facteur de

dé-chronification revient à croire à la nature purement médico-biologique de la maladie mentale et méconnaître sa texture relationnelle, c'est-à-dire transférentielle, libidinale, sociale. Vivre seul dans un appartement, parce que cela ressemble à une forme de vie plus proche de celle de tout le monde, n'entraîne pas *ipso facto* une amélioration du soubassement clinique du patient, pas plus que le fait de résider dans une communauté thérapeutique plutôt que dans un appartement ne signifie pas une « régression » clinique.

Ne nous laissons pas suggestionner par les idéaux de dé-thérapeutisation hérités de l'anti-psychiatrie. Plaçons-nous du point de vue du patient et considérons cette diversité de formes de traitement qui s'offrent au sujet comme une multiplicité sans hiérarchie et sans progression plutôt que comme une filière évolutive. La dimension inséparablement sociale et individuelle de la clinique commande l'inséparabilité du traitement et de son contexte relationnel, sans qu'on puisse en déduire la forme qui convient en ce moment au sujet d'une succession standard: hôpital, habitation protégée, centre de jour, centre de santé mentale, consultation privée. Essayons de faire dépendre le type et la durée du traitement de *l'usage* que le sujet peut en faire en ce moment (par exemple, de cette courte hospitalisation qu'il demande) et non d'un schéma a priori. A partir du moment où la dimension sociale de la prise en charge apparaît faire partie du traitement et la dimension d'effet thérapeutique apparaît faire partir de l'accueil social, l'idée d'une séquence temporelle s'échelonnant du traitement à sa disparition perd de son évidence, et avec elle l'idée d'un traitement qui serait anachronique ou superflu. Ce n'est pas parce que le patient n'apporte rien de nouveau dans les entretiens, ne met pas en pratique les projets dont il avait parlé, voire n'a aucun projet, que la prise en charge ou l'accompagnement ne jouent pas un rôle dans la pacification de son expérience et dans la stabilisation de son rapport à l'environnement. La question n'est pas de savoir si telle prise en charge constitue un progrès ou une régression, mais si le sujet s'en sert maintenant pour faire face à une angoisse, à un sentiment suicidaire de vide, à l'imminence de sa violence, à une solitude insupportable.

Au lieu de considérer comme un phénomène de « sédimentation » de malades « chroniques » le fait que des patients psychotiques consultent encore après 10 ans un centre ambulatoire, pour reprendre les termes d'une enquête³, nous considérons, au contraire, que c'est un signe de la fonction d'amarrage et de référence que ce centre a pu réaliser pour eux – et qui a probablement permis leur maintien dans le contexte du lien social de tout le monde – le fait qu'ils aient pu s'en servir pendant des longues années.

Adopter une perspective psychiatrique plutôt qu'une perspective médico-biologique sur la maladie mentale, nous libère du spectre de la chronicité – spectre qui est plus une menace pour l'identification professionnelle du thérapeute que pour l'évolution du patient. Cela nous rend plus disponibles à un usage moins crispé, plus souple, plus adapté à chaque style de patient, de la réponse thérapeutique. Ce ne sont pas le petit nombre de traitements ou leur courte durée qui sont en soi garants de la stabilité des effets thérapeutiques obtenus. C'est plutôt la façon dont nous permettons au sujet d'y avoir recours – indépendamment de nos critères de progression ou de régression – qui va les transformer en une adresse. Celle-ci, du fait même de pouvoir être toujours possible, peut aussi se réduire à peu de chose, à quelque forme minimaliste de la prise en charge ou de l'hospitalisation. La référence à l'Autre thérapeutique en tant que possible peut à elle seule déjà avoir un effet thérapeutique.

3.
P.-B. SCHEIDER et R. CARRON. *Quelques problèmes de la chronicité du malade ambulatoire*, Archives suisses de Neurologie, Neurochirurgie et de Psychiatrie, vol. 126 (1980), 2, p. 291-302.

Groupes de travail et Coordinations thématiques

Programme 2006-2007

Groupes de travail

Les Groupes de travail thématiques de la Ligue se créent à la demande des intervenants du terrain.

Ils sont animés par un, deux voire trois ou plus de participants qui acceptent, pour un temps à définir, de prendre en charge sa dynamique et la rédaction des synthèses de réunions. Un membre de l'équipe permanente de la Ligue accompagne chacun de ces groupes et l'équipe de la L.B.F.S.M. se charge de l'ensemble de la logistique liée à ces réunions.

Chaque groupe définit librement sa méthodologie et ses axes de questionnement.

La plupart d'entre eux optent pour une approche basée sur la pratique quotidienne des participants, ce qui n'exclut pas la possibilité d'une étude de textes théoriques ou d'un échange particulier avec un invité "expert".

Les Groupes de travail de la Ligue se réunissent, généralement, une fois par mois à raison de deux heures en journée. Cette décision aussi se prend collégalement entre participants.

Ils sont gratuits et, le plus souvent, ouverts à tous les professionnels que leurs institutions soient ou non membres de la L.B.F.S.M.

La Ligue demande simplement aux intervenants intéressés d'y engager une présence régulière et à chacun de ces groupes de produire, au moment où il le juge opportun, un outil qui permette de transmettre le fruit de son travail à un public élargi : article, manifestation scientifique, étude, document d'information destiné à tous.

Institutions

et Logique de travail ambulatoire

Personnes ressources

Ayache L. - S.S.M. du Serv. Soc. Juif, tél: 02 538 14 44

Messens E. - L.B.F.S.M., tél: 02 511 55 43

Encalado J-CI. - S.S.M. sect Uccle, Forest, Watermael-Boisfort, équipe adultes, tél: 02 375 10 06

Groupe ouvert à toutes institutions

Réunions : le 3ème jeudi du mois de 9h.00 à 11h.00 dans les locaux de la L.B.F.S.M.

Dates : 21 septembre, 19 octobre, 16 novembre, 21 décembre 2006.

Clef de la réflexion : *Nouvelles plaintes au sein des formes contemporaines de la famille.*

Cette année on s'interrogera sur les modalités d'entrée en thérapie, et ceci à partir d'un constat.

Aujourd'hui, de plus en plus de sujets s'adressent au thérapeute avec des manifestations symptomatiques qui témoignent d'un "trop". Ne pas pouvoir arrêter de manger, de bouger, de boire, de jouer, de travailler, de penser, c'est ainsi que se présente très fréquemment le symptôme d'aujourd'hui: symptôme qui encombre le sujet qui cherche, auprès du thérapeute, d'en être soulagé. Ce constat est également valable pour le champ de l'enfance. Que l'enfant soit pris dans un tourbillon agitatif ou qu'il soit excessivement branché sur un objet-gadget à haute tension, c'est par le même côté pulsionnel que le phénomène se présente, pour nous interroger.

Est-il permis de déduire de ces nouvelles plaintes dans la clinique que la modalité contemporaine de la souffrance est une souffrance par excès, reléguant les plaintes plus "classiques" d'insatisfaction, de privation, de "trop-peu" à l'arrière plan ? Est-il permis d'en déduire que c'est le "trop", et non plus tellement le "manque" qui est la forme contemporaine du malaise dans la civilisation ? Et peut-on en déduire que le thérapeute est moins sollicité comme détenteur d'un savoir dont le patient serait privé, que comme opérateur qui pourra aménager un arrangement plus vivable avec un pulsionnel qui s'affole ?

Ces questions ne peuvent s'aborder sans interroger en même temps la modernité et sa production d'objets nouveaux, qui proposent des satisfactions prêts-à-porter. Une observation clinique rapportée par un participant de l'année passé, qui montrait l'éclosion d'une hyperactivité chez un enfant le jour après qu'il venait d'entendre de son père quittant définitivement le foyer : "Maintenant, tu es l'homme dans la maison," nous enseigne que la question du statut du père d'aujourd'hui doit également être abordé. Ce sont ces questions que l'on mettra en débat, à partir de vignettes cliniques et des demandes concrètes telles qu'elles sont adressées aux différentes institutions à l'étude.

Intermèdes Clinique

Personnes ressources

Hubeau B.- Le Pré-Texte, tél: 02 376 62 74

Van Puymbroeck Ch. - C.P.J. du Wops, tél: 02 736 90 86

Groupe ouvert aux travailleurs issus d'institutions ou de services ayant un lien avec le champ de la santé mentale au sens large.

Réunions : le 3ème lundi du mois de 9h.30 à 11h.30 dans les locaux de la L.B.F.S.M.

Dates : 18 septembre, 16 octobre, 20 novembre, 18 décembre 2006 et 15 janvier, 19 février, 19 mars, 16 avril, 21 mai et 18 juin 2007.

Clef de la réflexion : le transfert.

Après en avoir déjà fait le choix la saison dernière, le groupe Intermèdes-clinique s'est engagé avec détermination, depuis la rentrée 2005, sur le thème du transfert et de la réponse par lui appelé dans l'accompagnement clinique, à travers ses modalités multiples. En regard de la spécificité de ce thème, la nécessité d'en passer par un effort de repérage théorique, avec l'idée d'un minimum de « langage commun », nous est apparu progressivement indispensable. C'est ainsi que nous avons choisi comme points d'arrimage deux textes traitant de la clinique des psychoses nettement orientés par la psychanalyse : le premier de Jean-Pierre Deffieux "le sujet paranoïaque et le transfert en institution" et le deuxième d'Alfredo Zenoni "Logique du transfert dans la psychose".

C'est encore sur le mode d'une discussion autour de vignettes cliniques que s'est construit notre travail de questionnement et de réflexion. Cette formule nous a en outre permis une fois encore de mesurer combien il est enseignant d'explorer en la partageant l'après-coup de notre action. La journée d'étude organisée par le Réseau 2, qui aura lieu à la rentrée prochaine, sur le thème "des réponses au transfert" sera sans doute un lieu de relance à notre élaboration commune.

Pratiques cliniques avec les justiciables

Personnes ressources

Dubocquet J. - Unité ambul. d'Enaden, tél: 02 534 63 73

Messens E. - L.B.F.S.M., tél: 02 511 55 43

Sohie Cl. - S.S.M. du Tournais, tél. 069 22 05 13 et 02 345 38 48

Groupe ouvert aux travailleurs de la Santé Mentale qui rencontrent des justiciables et à tout professionnel proche de ce champ d'intervention.

Réunions : Tous les deux mois, le 2ème mardi de 9h.00 à 11h.00 dans les locaux de la L.B.F.S.M., sauf en avril 2007

Dates : 10 octobre, 12 décembre 2006 et 13 février, 17 avril, 12 juin 2007.

Clef de la réflexion : Passage à l'acte et récidive.

Nous vous proposons à partir de cas cliniques, une réflexion sur le statut du passage à l'acte appréhendé dans une logique subjective, propre à la perspective psycho-dynamique.

Que dire de la violence, de la récidive après un passage à l'acte ?
Quels sont nos objectifs avec des patients qui interrogent les limites du travail de symbolisation ?

Nous mettrons en tension notre visée de travail avec une politique gestionnaire basée sur l'évaluation de l'efficacité à court terme.

Dans la mesure où le monde judiciaire utilise des grilles d'évaluation et de prédiction d'actes violents, comment pouvons-nous encore défendre une éthique qui s'appuie sur le cas par cas ?

Nous étudierons l'usage de ces grilles.

Santé mentale et Insertion

Personnes ressources

Braive Ch. - Le Bivouac, tél 02 373 95 90

Materne M. - tél 0472 82 12 27

Fontmarty Fl. - La Ramée, tél 02 344 18 94

Groupe ouvert à tout intervenant intéressé par la question de la réinsertion en santé mentale.

Réunions : le deuxième jeudi du mois de 14h00 à 16h00 dans les locaux de la L.B.F.S.M. ou dans les institutions accueillantes

Dates : 14 septembre, 12 octobre, 9 novembre, 14 décembre 2006, ...

Clef de la réflexion : Comment explorer et faciliter les relais existants pour permettre une meilleure insertion en santé mentale.

Axes principaux du programme :

- Paupérisation et accessibilité au logement par les personnes avec pathologie psychiatrique
- Ecueils et potentialités d'une mise en activité : Bénévolat, Mise au travail Ateliers protégés, Cours et formations
- Approche du concept de droit à la différence et d'intégration en regard de la rentabilité
- Approche spécifique des différentes aides financières accordées
- Echange d'informations, de questions et de réflexions émanant de la pratique des intervenants

Modes d'interventions

- Accueil de personnes ressources en relation avec les thèmes abordés par le groupe
- Visites et connaissances de lieux ou d'initiatives utiles dans le tissu social et urbain
- Partage d'expériences concrètes de tentatives d'insertion.

Travail communautaire et de réseau en santé mentale

Personnes ressources

Thomas N. et Corral N. - S.S.M. Le
Méri dien, tél: 02 209.63.91
E-mail: meridcommu@apsy.ucl.ac.be

*Groupe largement ouvert depuis 9 ans
aux professionnels travaillant dans le
secteur psychosocial intéressés par la thé-
matique.*

Réunions : 5 fois sur l'année
académique, le jeudi de 13h00 à
16h00 dans les locaux du S.S.M. Le
Méri dien - rue du Méri dien, 68 à 1210
Bruxelles

Dates : 5 octobre, 7 décembre 2006 et
15 février, 5 avril, 7 juin 2007.

LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE COMME APPROCHE COMPLÉMENTAIRE AUX APPROCHES TRADITIONNELLES DE LA SANTÉ MENTALE.

Né au Canada et en Amérique Latine, ce courant cherche des alternatives individuelles et collectives pour tenter de répondre à la complexité des problèmes vécus par des populations vivant en situation de précarité.

Clef de la réflexion 2006-2007 : Intime et politique. Travail communautaire de proximité : comment se positionner ? comment résister ?

L'intime est une dimension de plus en plus mise en avant actuellement. Cela nous interpelle, comme travailleurs de la santé mentale. Nous voudrions aborder cette dimension à partir de l'optique communautaire, en articulant intime et politique.

Pour nous aider dans cette réflexion, nous inviterons diverses personnes spécialisées sur cette thématique.

Si vous êtes intéressé, veuillez avoir l'amabilité de confirmer votre participation à N. Thomas ou N. Corral par téléphone au 02 209 63 91 ou par e-mail: meridcommu@apsy.ucl.ac.be

La singularité du travail psychothérapeutique avec des patients atteints de maladie à pronostic létal

Personnes ressources

Daune Fr. – C.H.U. Bordet, 02 541 33 22
Flausch A. – Centre de Guidance U.L.B.,
tél: 02 503 15 56

*Groupe ouvert aux travailleurs en santé
mentale et dans le réseau hospitalier, en
contact avec ce type de patients et dont le
suivi se fait en ambulatoire et/ou à l'hôpital.
Les patients sont des adultes et/ou des
enfants.*

Réunions : une fois toutes les six
semaines dans les locaux de la
L.B.F.S.M. et toujours un vendredi de
9h00 à 11h00.

Dates : 15 septembre, 20 octobre, 1^{er}
décembre 2006 et 19 janvier, 2 mars,
20 avril et 1^{er} juin 2007.

Nous réfléchissons ensemble autour de vignettes cliniques apportées par les participants.

Des lectures de textes théoriques sont suggérées et discutées, et ce, en lien avec le travail clinique.

Clefs de réflexion actuelles :

- place du psychologue à l'hôpital avec les équipes soignantes
- cadre et travail psychothérapeutique

Clefs de réflexion possibles :

- temps et travail psychothérapeutique
- corps et travail psychothérapeutique

Le groupe est ouvert à de nouveaux participants sous réserve d'un premier contact avec l'une des animatrices. En effet, le nombre de participants est limité et ce, afin de préserver la confiance et la qualité des échanges autour de situations cliniques souvent complexes.

Migrations, exils et ruptures

Personnes ressources

Vanoeteren A. - Ulysse, tél: 02 533 06 70
Messens E. - L.B.F.S.M., tél: 02 511 55 43

Groupe ouvert à tout intervenant concerné par les questions d'inter- et de transculturalité en santé mentale

Réunions : à partir de novembre, le 4ème vendredi de 14h00 à 16h30, sauf en mai, dans les locaux de la LBFSM.

Dates : 24 novembre, 22 décembre 2006 et 26 janvier, 23 février, 23 mars, 27 avril, 22 juin 2007.

Clef de la réflexion : Nouveaux repères.

La clinique de l'exil condense l'ensemble des pratiques d'accueil et d'aide en santé mentale auprès de publics qui ont vécu les phénomènes migratoires depuis une cinquantaine d'années. Les vagues de migrations économiques du début ont inscrit des histoires familiales depuis plusieurs générations sur le sol occidental. Elles ont été diversement acceptées et intégrées.

Les grands rééquilibres géopolitiques de la fin des années 80 ont ensuite mis sur les routes de plus en plus d'exilés à la recherche d'un pays d'asile pour fuir la pauvreté et le danger là où ils vivaient. Ces phénomènes ont entraîné des attitudes de fermeté et de fermeture politiques qui ont pour effet d'ajouter les vécus traumatiques, plus encore lorsqu'ils se jouent dans la clandestinité.

L'expérience douloureuse de ces vies en exil et de ces statuts hors-monde ne doit pas faire oublier que les souffrances ont commencé dans le pays d'origine. Les ruptures, les séparations, mais aussi l'espoir, le courage ont comme scènes autant le pays d'où l'on vient que le pays où l'on va. Tous ces déplacements renvoient à des expériences d'acculturation, de perte, de bravoure qui laissent des traces symptomatiques spécifiques, parfois très profondes. Elles demandent aux praticiens la capacité de penser l'universalité et la spécificité d'une clinique destinée aux migrants, aux déplacés, aux réfugiés et à ceux qu'ils ont quittés.

Les enjeux de l'évaluation en santé mentale

Personnes ressources

Thierry Van de Wijngaert - Juan Vives, tél : 02 524 67 36

Philippe Fouchet – Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation de l'U.L.B., tél : 02 650 48 57

Eric Messens – L.B.F.S.M., tél : 02 511 55 43

Groupe ouvert aux travailleurs de la santé mentale intéressés par la question spécifique de l'évaluation dans le champ de la santé mentale.

Réunions : tous les mois à partir de janvier 2007, dans les locaux de la L.B.F.S.M., dates et horaires à fixer.

Clef de la réflexion : Etat de la question et propositions pour un manifeste.

A la suite du Colloque « Evaluer l'évaluation » et de la recherche menée par les Assises de l'Ambulatoire, la Ligue propose de poursuivre un travail de réflexion sur les enjeux de l'évaluation.

Les raisons ne manquent pas. La poussée vers l'évaluation est un discours rampant qui touche d'autres univers. C'est d'ailleurs du monde économique et du management qu'il est parti et d'où il puise ses maîtres-mots. La spécificité du champ de travail en psychiatrie et en santé mentale invite à reprendre les vocabulaires de l'évaluation, à les déconstruire, à reformuler des concepts et à construire des outils d'évaluation avant tout pour rendre compte des pratiques, avant d'aligner des résultats. Il s'agit surtout de démedicaliser le modèle de l'évaluation, d'autant que certains partenaires font la promotion de modèles basés sur les certitudes, tel que l'Evidence Base Médecine, pour valider les pratiques, et même « les bonnes pratiques » comme on entend de plus en plus souvent cette nouvelle forme de discrimination s'imposer et être reprise par des pouvoirs publics intéressés de disposer d'un moyen simple pour savoir où orienter leurs financements.

La Ligue souhaite entretenir une activité de réflexion autour de la thématique de l'évaluation, continuer à démonter les principes idéologiques qui en sous-tendent le discours de fond et faire des contre-propositions méthodologiques qui soient éthiquement pertinentes dans le domaine psycho-médico-social d'intervention.

La reformulation des choses devrait être « l'humain » dont on s'occupe et à quelles conditions, éthiques, déontologiques, il est possible de se préoccuper d'évaluer des pratiques qui ne sont pas réductibles à des évidences, l'humain étant ce qui échappe par nature à l'évidence. En psychiatrie et de manière générale en santé mentale, l'évaluation ne sert à rien si elle pose les choses comme des « innés naturels », alors que le véritable enjeu de l'évaluation est surtout de pouvoir construire des hypothèses de travail, les obligations étant plutôt des obligations de moyens que de résultats.

En projet pour 2007

Jeunes travailleurs en santé mentale

A l'initiative d'une collègue travaillant dans un Service membre de la Ligue, un groupe de travail réservé aux Jeunes travailleurs en santé mentale sera lancé en 2007. Il s'inscrira dans les suites de la Journée Traversées qui avait été organisée en 2004 sur le thème de la transmission entre générations de professionnels. Les informations concernant les personnes ressources et les modalités de participation seront données dans le n°9 de Mental'idées.

Coordinations

Les Coordinations à la Ligue sont ouvertes et travaillent au bénéfice du secteur.

Elles sont animées par un ou plusieurs coordinateur(s) - professionnel(s) de terrain - subsidié(s) par la CoCof ou la CoCom via son S.S.M. - pour effectuer ce travail d'animation et de coordination entre les partenaires professionnels, spécialisés ou non.

Afin de garantir leur légitimité, les coordinations - représentées par les P.O. des institutions-hôtes - sont signataires d'une convention qui définit leurs objectifs généraux, les méthodologies à promouvoir, les rôles des différents partenaires ainsi que la durée de validité de la convention. Sont co-signataires de ce document: la L.B.F.S.M., la F.S.S.M.B. et l'A.S.S.M.B.-bico.

Chaque coordinateur définit librement la méthodologie, les axes de questionnement ainsi que le calendrier de réunions des différents groupes de travail de sa coordination avec les personnes y participant.

Il est également chargé d'attirer l'attention de la Ligue et des Fédérations concernées sur les points d'ordre politique ou autre qui nécessiteraient une action ou une réaction concertée du terrain. Enfin, le coordinateur a un rôle privilégié d'interlocuteur auprès de la L.B.F.S.M., de la F.S.S.M.B. et de l'A.S.S.M.B.-bico.

Plusieurs fois par an, selon nécessité, la Ligue organise une réunion de Coordination des Coordinations, où signataires de la convention et coordinateurs peuvent se rencontrer.

Coordination Enfance

Coordinatrice

Labby A. - S.S.M. L'Eté, secteur Enfants, Adolescents et Famille
tél: 02 526 85 48
e-mail: annelabby@hotmail.com

Pour rappel, les groupes de travail issus de la Coordination Enfance ont pour projet d'articuler des approches interdisciplinaires et intersectorielles respectueuses des différences. Ces rencontres ont pour objectif de permettre aux divers intervenants de se pencher sur leurs pratiques respectives et d'en approfondir la spécificité dans un processus d'élaboration inter-actif.

Par le biais de ce processus de réflexion, la Coordination enfance soutient l'éclosion de nouvelles formes de partenariat.

Depuis mai 2005, deux nouveaux groupes de travail ont vu le jour, ils sont le reflet des préoccupations et des questionnements actuels de nombreux professionnels rencontrés dans les SSM ou dans les structures du réseau avec lesquelles les SSM sont amenés à travailler : pouponnières, centres d'hébergement, COE, SAJ, structures résidentielles de l'Aide à la Jeunesse...

Ces deux groupes sont « Santé mentale, clinique des pathologies narcissiques de la parentalité » et « Clinique de l'exil / Enfants, familles ».

■ Santé Mentale, Clinique des pathologies narcissiques de la parentalité

Intitulé en 2005-2006 : Santé mentale/Clinique de l'indifférenciation

Sont invités à participer à ce groupe, tous les professionnels confrontés à cette clinique, qu'ils travaillent en structure ambulatoire ou résidentielle : services de santé mentale, équipes SOS Enfants, centres d'orientation éducative, équipes d'aide en milieu ouvert, Service de l'Aide à la Jeunesse, pouponnières, centres d'hébergement, centres résidentiels de l'Aide à la Jeunesse...

Réunions : Un vendredi matin toutes les six semaines de 9h15 à 11h15 à la L.B.F.S.M.

Clef de la réflexion : A ce jour, il apparaît que les professionnels sont de plus en plus souvent confrontés à des situations familiales où le fait d'ouvrir un « espace de paroles » aux parents afin de penser leur parentalité et l'individualité de leur enfant révèle un « abîme » de confusion entre les espaces psychiques de chaque protagoniste et pose dès lors une série de questions :

- questions sur les troubles psychiques et les modalités de défense du ou des parent(s) quant au fait de percevoir leur enfant comme un être différencié
- dans ce contexte de "mise à mal" de l'individualité de l'enfant, questions sur l'impact de la ou des relation(s) parentale(s) sur la construction psychique, le développement cognitif et moteur de l'enfant
- questions sur l'approche thérapeutique auprès de ces familles.

La parentalité remobilise le narcissisme de chaque futur parent.

Dates : 13 octobre, 17 novembre 2006 et 12 janvier, 16 février, 30 mars, 11 mai 2007

La clinique que nous souhaitons mettre au travail concerne des parents ayant vécu de très lourdes carences infantiles ayant mis à mal à des degrés divers leur narcissisme et les zones archaïques de la construction psychique de l'individu, autrement dit le niveau de l'activité réflexive, les liens entre émotions et représentations mentales, le processus de symbolisation et partant le processus de subjectivation. Pour répondre à l'exigence d'un retour aux concepts théoriques enrichis des considérations récentes sur les repères structurels, les professionnels se devront de relever le défi de co-construire un processus de soin à plusieurs et en réseau en articulant la dimension psychique et sociale.

Pratiquement, 6 réunions de 2 heures chacune seront programmées pour l'année académique 2006-2007. Elles seront réparties en trois modules. Trois invités extérieurs, choisis pour leur sensibilité manifeste sur le sujet, viendront enrichir nos réflexions.

Premier module : retour au concept de narcissisme. Un texte sera exposé et travaillé durant deux séances. Deuxième séance : un professionnel extérieur sera invité pour nous permettre de rebondir sur nos réflexions.

Deuxième module : Une première approche des avatars du narcissisme sur la construction psychique de l'individu. Un texte sera présenté et travaillé durant deux séances. Deuxième séance, présence d'un invité extérieur.

Troisième module : Expositions de vignettes cliniques en lien avec les deux modules précédents. Deuxième séance : présence d'un invité extérieur.

Les modules étant en construction, l'intitulé des deux textes et le nom des invités ne seront accessibles qu'à partir de septembre 2006. Toute personne intéressée est invitée à prendre contact avec Anne Labby.

Clinique de l'exil, Enfants et familles

Tout professionnel interpellé et en questionnement par rapport à cette clinique est invité à participer à ces réunions afin de relever le défi de co-construire un processus de soin à plusieurs et en réseau articulant la dimension psychique et sociale.

Réunions : mensuelles, chaque 3ème vendredi du mois, de 12h30 à 14h30 à la L.B.F.S.M

Dates : 15 septembre, 20 octobre, 17 novembre, 15 décembre 2006

Clef de la réflexion : *Ce groupe aborde les questions spécifiques que se posent les professionnels face aux situations familiales marquées par un vécu d'exil dans des contextes de non-régularisation ou de régularisation administrative dans le pays d'accueil.*

Les enjeux liés entre autres, à l'attente des titres de séjour, à la dimension interculturelle, à un vécu traumatique souvent de l'ordre de l'impensable seront déclinés dans leurs dimensions systémiques et intrapsychiques sans oublier les compétences motrices et cognitives de l'enfant.

La réflexion portera également sur la nature des soins qu'il convient d'apporter en tenant compte de l'hétérogénéité d'un nombre appréciable de facteurs culturels, économiques et politiques, de la subjectivité de l'enfant et de la spécificité de la parentalité.

Dans un second temps, le groupe souhaite proposer un travail de co-construction et de réflexions communes avec les organisations et institutions sociales d'accueil.

Pratiquement, une alternance de réflexions théoriques et de présentations cliniques est prévue.

En 2006-2007, les réflexions théoriques approcheront le volet traumatique de cette clinique : actualités théoriques et cliniques du traumatisme psychique (cf. article de J. Roisin).

Santé Mentale, Logopèdes

Groupe ouvert à tout logopède confronté à cette clinique travaillant en SSM ou dans des structures parallèles: écoles spéciales, centres de réadaptation fonctionnelle, centres d'hébergement, centres de jour...

Clef de la réflexion : *Ce groupe aborde les questions spécifiques à la prise en charge des enfants qui présentent des symptômes logopédiques divers dans des contextes familiaux où existent de nouveaux enjeux de l'intersubjectivité. Comment penser les troubles de l'apprentissage et les prises en charge logopédiques face à une clinique qui révèle une grande confusion entre l'espace psychique du ou des parent(s) et celui de l'enfant. Entre évaluation, rencontre, rééducation et restauration des contenants de pensée, quelle souplesse dans la prise*

Réunions : mensuelles, programmées en alternance le lundi et le vendredi, de 9h.15 à 11h.15 dans les locaux de la L.B.F.S.M.

Dates : vendredi 22 septembre, lundi 23 octobre, vendredi 24 novembre, lundi 18 décembre 2006.

■ Autour du lien social/Enfants, familles

Intitulé en 2005-2006 : Santé mentale/Assistants sociaux

Le groupe est donc ouvert à tout professionnel émanant de diverses structures dans le social travaillant dans un contexte de précarité du lien et/ou de précarité sociale.

Réunions : mensuelles, programmées chaque 2ème mercredi du mois de 9h15 à 11h15 dans les locaux de la L.B.F.S.M.

Dates : 13 septembre, 11 octobre, 8 novembre, 13 décembre 2006.

en charge et quelles articulations et " crochetage " avec les représentants " psy " et assistants sociaux ? Quels projets de prévention soutenir ?

Au cours de l'année académique 2006-2007, le groupe souhaite poursuivre ses réflexions en alternant des lectures théoriques et des présentations cliniques en lien avec la thématique : suite des investigations théoriques.

Clef de la réflexion : *Ce groupe a pour objectif de mettre en débat les questions et les préoccupations des professionnels qui travaillent dans le secteur psychosocial ambulatoire ou résidentiel avec des situations familiales où il existe une précarité du lien parent-enfant ou/et une précarité sociale. La précarité du lien peut être due à des raisons diverses : parent en grande détresse psychique ou séjournant régulièrement en psychiatrie, parent souffrant d'une maladie à risque légal, parent incarcéré, familles « clochardisées », ...*

La spécificité de ce groupe vise à donner, à côté des questions cliniques, une place à une grille de lecture sociale, sociétale, éthique voire politique (parfois trop reléguée au second plan en secteur santé mentale). Qu'en est-il de l'évolution des structures de soins et d'aide eu égard à la patientèle ou public ? Qu'en est-il de la fonction d'accueil ? Quelle articulation avec le réseau d'accueil et d'aide à l'enfance ? Quelles responsabilités sociales et familiales face aux médias, au net ?

Ce groupe intitulé « Autour du lien social / Enfants, familles » est une continuité du groupe « Santé mentale / Assistants sociaux ». Le changement de nom a été acté en septembre 2005 suite à une restructuration du projet avec proposition d'ouverture à tout professionnel intéressé par la thématique quelle que soit sa formation initiale.

Pratiquement, en 2006-2007, le groupe s'inscrit dans la continuité des réflexions de l'année académique 2005-2006. Approfondissement des questions soulevées par les diverses présentations des services. Alternance de réflexions théoriques et cliniques.

Septembre 2006 : Lecture de l'article « La santé mentale face aux mutations sociales » de Jean Furtos.

Nouveau projet en cours...

■ un nouveau groupe de travail ayant pour objectif de réunir des professionnels du secteur de la santé mentale et du secteur de l'enseignement (écoles et PMS) est en préparation.

Sont invités à participer à ce groupe, tous les professionnels interpellés par cette clinique et soucieux de la partager dans ce champ intersectoriel.

Réunions : Pratiquement, une première rencontre sera organisée dans le courant du mois d'octobre 2006.

Dates : Une date sera sélectionnée et privilégiée parmi les deux dates suivantes en fonction des réponses réceptionnées : lundi 2 octobre 2006 de 16h30 à 18h30 – lundi 16 octobre 2006 de 16h30 à 18h30.
Lieu : L.B.F.S.M.

Clef de la réflexion : *La clinique en santé mentale met en évidence un malaise de plus en plus généralisé dans les apprentissages chez les enfants, les demandes logopédiques explosent. En SSM, on observe une clinique où le versant psychique et le versant socio-éducatif des difficultés s'entremêlent avec son cortège de symptômes relationnels, comportementaux et cognitifs... ; clinique « délicate » à la croisée de la souffrance psychique du parent et de la souffrance de l'enfant qui touche fréquemment des zones très archaïques de la construction psychique. Ces enfants et leurs familles constituant un « public commun » pour le champ de l'enseignement et le champ de la santé mentale, la mise en commun des questionnements apparaît comme une nécessité.*

L'objectif de ce groupe de travail est donc d'offrir aux professionnels des deux champs « un temps d'arrêt » pour penser leur travail dans leurs institutions respectives, dans leurs contacts avec leur réseau ou encore au sein d'une politique de prévention.

Coordination Adolescence

Coordinateurs

Dehan B. - S.S.M. Chapelle-aux-Champs,
U.C.L., tél: 02 764 31 20,
e-mail: bernard.dehan@apsy.ucl.ac.be

Van Uffel Ch. - S.S.M. de Saint-Gilles,
tél: 02 542 58 58,
e-mail: coodinationado.ssm.stgilles@skynet.be

Cathy Caulier. - S.S.M. de Saint-Gilles,
tél: 02 542 58 58

■ Adolescence - Aide à la Jeunesse et Santé Mentale

Groupe composé de travailleurs d'institutions des secteurs de l'Aide et protection de la Jeunesse et de la santé mentale ; ambulatoire, résidentiel, sous contrainte ou volontaire.

Réunions : mensuelles, le 1er mardi du mois de 9h.30 à 11h.30 dans les locaux de la L.B.F.S.M.

Dates : 5 septembre, 3 octobre, 7 novembre, 5 décembre 2006

Clef de la réflexion : De nouvelles modifications seront apportées voire exigées par les pouvoirs subsidiaires dans le secteur de l'Aide à la Jeunesse. Les participants se proposent d'en prendre connaissance.

Sur cette base une réflexion sera amorcée.

La méthodologie du groupe reste une présentation à tour de rôle de chaque participant au départ de son travail ou bien du lieu où il intervient. Il nous importe dans ce groupe de préserver un lieu d'interface entre différents acteurs de différents secteurs et de pouvoir travailler les représentations que chacun peut se faire de son travail et de celui de ses collègues. La clef de la réflexion présentée plus haut consistera l'axe transversal au cours des réunions, avec la possibilité d'inviter ponctuellement quelques acteurs directement impliqués dans les modifications à venir dans les secteurs de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé Mentale.

■ Carrefour AdosAdultes

Dans la foulée des carrefours ados-Adultes des années antérieures, le groupe organisateur du dernier carrefour se réunira en octobre pour évaluer la possibilité de poursuivre l'expérience et le cas échéant d'en définir les modalités.

Si l'activité se poursuit, appel sera fait à de nouveaux partenaires.

Toute personne intéressé(e) prendra contact avec les Coordinateurs Adolescence: B. Dehan - tél: 02 764 31 20, e-mail : bernard.dehan@apsy.ucl.ac.be et Chr.Van Uffel - tél: 02 542 58 58, e-mail: coodinationado.ssm.stgilles@skynet.be

Nouveau projet en cours...

■ Recherche-Action - Adolescence: Questions d'actualité

Il est possible à tout intervenant du domaine de l'aide et de la protection de la jeunesse, de l'hospitalier, de la santé mentale, du milieu scolaire et de la criminologie de proposer sa participation à cette recherche-action. Il suffit de prendre contact avec la Coordination Adolescence qui fera relais auprès du comité d'accompagnement.

Réunions : Une première réunion du comité d'accompagnement aura lieu au Centre Chapelle-aux-Champs.

Dates : le mardi 12 septembre 2006

Dès ce mois de septembre, un comité d'accompagnement se constitue afin d'élaborer une analyse de l'actualité de l'adolescence dans le secteur de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé Mentale. La coordination adolescence est née des « ex-nouveaux » décrets de l'aide et de la protection de la jeunesse. Près de vingt ans ont passé, que sont devenus ces repères et en quoi sont-ils amenés à se modifier ? Suite à l'affaire du jeune Joe Van Holsbeeck, différents ministres ont réagi et décidé de mettre en place différentes nouvelles mesures concernant la jeunesse, le sécuritaire et la prévention.

Cette actualité de l'adolescence, nous nous proposons de l'analyser avec pour fil d'Ariane *la question de l'âge de la majorité*. Il nous semble en effet qu'autour du thème des « dix-huit ans » gravitent un ensemble de questions concernant l'actualité des adolescents : les difficultés de prises en charge en institution pour les jeunes de 17 ans, l'obligation scolaire, la criminalité et les mesures juridiques autour des mineurs d'âge, les hospitalisations sous contraintes, et plus loin, la question des stages parentaux et de la prévention.

Coordinatrice

Boniver I. - S.S.M. Le Wops

tél: 02 762 97 20

e-mail: isabelleboniver@hotmail.com

■ Groupe Formateurs

Groupe semi-fermé.

Prendre contact avec Isabelle Boniver pour toute information

Clef de la réflexion : : La formation articulée au terrain.

Le pôle "Formation" de la Coordination continuera, comme par le passé, à répondre aux demandes de formation du secteur "Personnes âgées".

Une expérience d'une douzaine d'années aidant, les formateurs en sont arrivés à, de plus en plus, exposer les préoccupations du terrain. Cette évolution repose tant sur l'identité particulière des formateurs - tous travailleurs en Service de Santé Mentale et intervenants confrontés quotidiennement à une pratique de proximité avec les personnes âgées - que sur leur volonté de répondre à la structure des demandes qui leurs sont adressées tout en faisant en sorte que leurs formations dépassent le simple cadre informatif en s'ouvrant aux questions qui mobilisent années après années les professionnels psycho-médico-sociaux, toutes fonctions confondues, et font leur actualité.

Etant tous issus de Services membres de la Ligue, les formateurs cherchent également par ce biais à transmettre leurs valeurs - comme l'articulation au terrain et l'importance d'une pratique plaçant le patient, ici la personne âgée, au centre de la clinique et du débat - mais aussi leurs références, leurs rencontres avec le sujet, leurs réalités de travail.

C'est dans ce contexte processuel que le groupe poursuivra l'analyse et la prise en charge de modules de formations.

Nouveau projet en cours...

■ Place des personnes âgées dans notre société : droits, citoyenneté, espaces de vie, images, souffrances, parole, maltraitance...

Ce groupe de travail se veut ouvert à l'ensemble des participants de la coordination (santé mentale, maisons de repos secteur public et privé, maisons de repos et de soins public et privé, centre de jour, service de soins à domicile, services de santé mentale, hôpitaux gériatriques, hôpitaux psychiatriques, appartements supervisés), ainsi qu'à de nouveaux participants du réseau.

Première réunion de reprise : le mercredi 6 septembre, de 9h15 à 11h15 à la L.B.F.S.M.

Cette première réunion est importante ; elle permettra de cerner les thèmes de cette année pour les temps de séminaires, et de fixer les dates pour les réunions de travail « interne »

Si vous ne pouvez être présent à cette rencontre du 6 septembre, vous pouvez contacter après cette date la

Pour 2006-2007, les participants de la Coordination "Personnes âgées" poursuivront leurs réflexions dans une reconfiguration des deux axes de travail initiés depuis 3 ans .

Pour rappel, le premier axe était résolument tourné vers la clinique et accessible à tous les professionnels travaillant au contact de la personne âgée dans ses divers lieux de vie et de soins, tandis que le second, plus ciblé, se préoccupait plus de coordination politique.

Pour cette nouvelle année académique, le choix de la coordination découle des souhaits exprimés par les participants lors de l'évaluation et du bilan de cette dernière année.

De commun accord, ils veulent prioritairement donner la parole à des personnes-ressources, des experts, des professionnels, des représentants des personnes âgées et des familles.

Plusieurs approches du vieillissement pourront ainsi être abordées : en santé mentale et publique, en démographie, en communication. Les interventions permettront d'aborder les grands débats actuels autour des cycles de vie, de la santé et du grand âge, des lieux de vie, des images et stéréotypes, etc...

Pour lancer la réflexion, le débat sera ouvert sur les atteintes aux droits des personnes - comprenant la maltraitance - par un temps d'échange sur les questions liées au respect dû à la personne âgée, à l'importance accordée à sa parole et à celle de ceux qui la fréquente au quotidien. Ce temps d'échange aura sans doute lieu en **novembre 2006**.

coordinatrice ou la permanente de la L.B.F.S.M. pour le programme qui sera ainsi établi.

Isabelle Boniver 02/762 97 20 ou 0486 15 7 88

Françoise Herrygers 02/ 511 55 43

Cette nouvelle dynamique de travail s'articulera dans une alternance de réunions entre participants de la coordination et de tables-rondes, séminaires ou matinées d'étude où la diversité des contributions des intervenants favorisera une compréhension plus nuancée des enjeux liés au vieillissement.

THÈMES EN PERSPECTIVE :

MALTRAITANCE , BIENTRAITANCE

Les négligences, les abus et la maltraitance envers les personnes âgées continuent, à travers diverses situations cliniques, à préoccuper les intervenants du groupe et les aînés eux-mêmes ! Il s'agit donc pour le moins de reconnaître une triste réalité qui atteint de 5 à 10% de la population âgée.

Le groupe désire informer la personne âgée de ses droits et amener les professionnels de la santé et du social à intervenir afin qu'ils soient respectés et rester en relation avec la personne âgée.

SUICIDE DES PERSONNES AGEES

Rarement abordé dans notre société, le suicide des personnes âgées est souvent qualifié de "légitime" ou encore de "rationnel". Moins spectaculaire que chez les jeunes, il est perçu comme un choix "sensé", celui d'avancer un peu l'heure de sa mort. Pourtant, les personnes âgées aussi souffrent. Leur mal-être ne perd pas en intensité à mesure qu'elles avancent en âge.

APPROCHE CULTURELLE DE LA MORT

Prétendre accompagner des personnes en fin de vie demande en amont un grand travail de réflexion sur soi-même et sur l'autre. Il est primordial avant toute action de se positionner dans la société et de délimiter clairement son champ d'action pour éviter toute dérive. C'est cette raison essentielle qui incite actuellement les participants à donner au groupe de travail la possibilité de travailler cette question

PUBLICITE/MEDIAS ET IMAGE FAITE AU VIEILLISSEMENT

Au travers de leur pratique quotidienne, les intervenants voient ponctuellement, mais depuis quelques années déjà, des images véhiculées par les médias concernant la santé des personnes âgées qui semblent souvent contradictoires. L'image la plus courante consiste à assimiler la vieillesse à la mauvaise santé physique et, bien souvent, à la confusion mentale voire à la démence. Par ailleurs, certaines images d'une « vieillesse réussie » semblent presque suggérer qu'en ayant un « style de vie sain », on peut arrêter le processus du vieillissement. La plupart des personnes âgées que nous rencontrons se situent « quelque part » entre ces deux extrêmes.

Par notre travail clinique, nous essayons de prendre et de défendre - en santé mentale comme dans d'autres secteurs d'aide aux personnes âgées - une autre image du vieillissement, avec en sus l'idée d'utiliser un "média" plus large (tel le forum santé mentale ou le cinéma) pour sensibiliser un plus large public, y compris les personnes âgées et les "autres" professionnels, à nos réflexions de praticiens.

Toutes les questions d'actualité concernant le vieillissement continueront à être débattues, afin de se positionner de façon cohérente en tant que praticiens et citoyens pour - si nécessité - être prêt, en tant que Coordination, à interpeller le monde politique. Le groupe aura également à coeur de continuer ses débats avec les parlementaires bruxellois sur le thème de la maltraitance, des maisons de repos et des formations.

Durant toute l'année, la coordination aura également pour tâche de transmettre le travail réalisé en S.S.M. avec les personnes âgées, en participant activement à diverses activités, journées d'étude, sensibilisations et séminaires.

Toutes demandes de collaborations ou d'informations peuvent être introduites auprès de la coordinatrice.

Des rencontres avec l'ensemble des services de santé mentale bruxellois seront également programmées avec chaque centre de façon individuelle.

Coordination Santé Mentale et Précarités

Coordinateur

Colinet L. - S.S.M. le Méridien
tél: 02 218 56 08

■ Précarités, exclusion et clinique

Groupe ouvert aux travailleurs de S.S.M., de maisons médicales, de maisons d'accueil, de C.P.A.S. de services psycho-sociaux et d'associations concernées par le sujet.

Réunions : le 3ème jeudi du mois de 14h30 à 16h30 dans les locaux de la L.B.F.S.M.

Chacune des réunions est prise en charge, tant pour le contenu que pour l'animation, à tour de rôle, par les participants

Dates : 19 octobre, 16 novembre, 21 décembre 2006

Clef de la réflexion : Comment mieux rencontrer la personne précarisée dans ses difficultés psychiques ? La souffrance psycho-sociale... ça nous concerne.

Le champ de la santé mentale a aujourd'hui largement dépassé la problématique psychiatrique centrée sur la psychose et la névrose. La question de la souffrance psycho-sociale interpelle de plus en plus les praticiens de la santé et les travailleurs sociaux.

La pauvreté économique n'est pas en elle-même responsable de l'apparition des troubles mentaux mais ce sont les conditions de vie précaires, instables, qui entraînent un nombre important de problèmes existentiels accompagnés d'une souffrance psychique non négligeable.

Pour cette problématique nos méthodes thérapeutiques d'usage courant (entretiens individuels ou familiaux réguliers sur rendez-vous avec introspection, anamnèse, analyse de la demande,...) sont peu appropriées et le plus souvent vouées à l'échec. La Coordination propose une réflexion à ce sujet par l'organisation de réunions mensuelles. Ces réunions rassemblent des acteurs psycho-sociaux de différents secteurs (SSM, Maisons Médicales, CPAS, Aide à la jeunesse, associations de proximité, Observatoire de la santé, Service de lutte contre la pauvreté,...). Les participants partagent leurs expériences respectives de travail, leurs réussites, leurs échecs, leurs questions. L'articulation avec des apports théoriques (invités, articles, livres, vidéo,...) leur permet de trouver ce qui peut servir de points de repère et de support dans leur travail au quotidien. Cette mise en commun et ces échanges permettent aussi de lutter contre une certaine forme de découragement et de sentiment d'impuissance.

■ Logement et Santé mentale

Contacts : Michèle De Bloudts - LBFSM, tél: 02.511.55.43

Ce groupe rassemble actuellement des professionnels d'horizons divers - SSM, Société de logement social, Association de quartier, CASG, CPAS, Maison Médicale, Maison d'accueil, Syndicat de locataires -, des chercheurs d'université, des mandataires politiques,...
Le groupe est ouvert à toutes les personnes intéressées par le sujet.

Réunions : Elles ont lieu le jeudi de 14h00 à 16h00 dans les locaux de la L.B.F.S.M. .

Dates : trois réunions sont programmées avant Noël, 28 septembre, 26 octobre et 23 novembre 2006

Groupe de travail initié par Thierry Lahaye (fonctionnaire du service santé de la COCOF), au sein de la coordination Santé Mentale et Précarités.

Plusieurs objectifs sont poursuivis :

- rassembler, valoriser et mettre en perspective les données statistiques, les études et enquêtes menées sur le thème " santé mentale et logement " ;
- favoriser une meilleure connaissance des personnes en souffrance psychosociale et mieux comprendre les processus qui ont mené à la précarisation. Une attention particulière sera apportée à la question de la souffrance psychosociale dans les cités sociales.
- soutenir, et éventuellement former, les acteurs de première ligne, heurtés quotidiennement par cette souffrance, les aider à la supporter et leur donner les moyens et les outils pour y répondre ;
- informer sur les ressources locales pour permettre à chacun de s'en saisir par un travail de réseau ;
- interpellier les mandataires politiques.

Le travail de l'année 2006-2007 sera axé notamment :

- 1° sur l'élaboration d'une plaquette « santé mentale et logement » destinée aux acteurs psycho-sociaux de première ligne ainsi qu'aux mandataires politiques et responsables des sociétés de logement social ;
- 2° sur l'organisation et la mise sur pied d'une journée d'études consacrée à ce même thème « santé mentale et logement ». Cette journée est prévue pour l'automne 2007.

■ Dossier bibliographique

"Santé Mentale et Pauvretés"

La remise à jour du dossier bibliographique SM et Pauvretés publié en 1997 est en cours. Les personnes intéressées par ce travail sont invitées à prendre contact avec **Luc Colinet, SSM Le Méridien tél: 02 218 56 08**

Coordination des Urgences

Coordinateurs

Hoyois Ph. - L.B.F.S.M., tél: 02 511 55 43

Dr Gillain B. - Services des Urgences,
Unité de Crise et d'Urg. psychiatriques
U.C.L./Clinique St.-Luc
tél: 02 764 21 21 - bip 7005
e-mail: benoitgillain@hotmail.com

Delsart Cl. - S.S.M. Chapelle-aux-
Champs/Unité de Crise et d'Urgences
psychiatriques U.C.L./Clinique St.-Luc
tél: 02 764 21 21
e-mail: claudinedelsart@skynet.be

Dr. Gilson S. - S.S.M. de l'U.L.B., Centre
de Guidance, tél: 02 503 15 56

Dr. Matot J.-P. - S.S.M. de l'U.L.B.
Psycho-Belliard Plaine, tél: 02 650 59 26

Coordination des Urgences U.C.L.

■ Coordination unité de crise et d'urgences psychiatriques U.C.L / St.-Luc et Services de Santé Mentale / Inter- secteur Bruxelles Sud-Est

*Contacts : Dr. Gillain B. et Delsart Cl.
- tél: 02 764 21 21
e-mail: claudinedelsart@skynet.be*

Groupe ouvert aux équipes pluridisciplinaires des S.S.M. et à toutes équipes ambulatoires et hospitalières afin d'y débattre de problématiques communes en matière de situations de crises et d'urgences. Le groupe est constitué, à la fois, de notre réseau de base mais s'ouvre également de manière plus large à d'autres équipes intéressées et avec lesquelles pourrait s'instituer une collaboration.

Clef de la réflexion : Problématisation de questions et d'expériences liées à des situations de crises et d'urgences.

1. Réunion clinique

La réunion clinique regroupe, entre autres, différents intervenants des S.S.M. de l'intersecteur sud-est et de l'Unité de Crise des Cliniques Universitaires Saint-Luc. Des intervenants issus d'institutions diverses participent en fonction des situations.

Il s'agit d'un espace de réflexions, d'échanges et d'intervention. Cet espace - qui se veut ouvert - s'appuie essentiellement sur :

- Des situations cliniques communes
- La problématique clinique de patients
- Le partage d'idées théoriques
- La pertinence des modalités et du moment de la passation de prises en charge, très importante, tant pour les patients et leurs familles que pour les équipes concernées.

2. Réunion de coordination

Notre réseau a mis en évidence l'intérêt, pour la qualité de nos pratiques, de maintenir un lieu de rencontre qui favorise les échanges para-cliniques.

La réunion de coordination est entre autres un espace de circulation d'informations sur le paysage santé (au sens large, c'est-à-dire partant du postulat que la santé est en lien avec de multiples facteurs - social, culturel, etc. - qui l'influencent). Cette réunion est aussi un espace privilégié de mise à plat d'interrogations sur nos pratiques mutuelles, nos collaborations, nos incompréhensions, etc.

*Pour plus de renseignements : Claudine Delsart, coordinatrice urgences,
tél: 02 764 21 21*

Réunions : Réunion mensuelle clinique le 3ème vendredi de chaque mois de 9h.00 à 10h.30 en la salle de réunion de la Résidence, 4ème étage, Place Carnoy - 1200 Bruxelles.

Réunion en sous groupes sur les thèmes des différentes coordinations dont nous aurons à échanger en fin d'année (le secret professionnel, les enfants - ados, logement et santé mentale, évaluation, convention de collaboration).

3. Rencontre des intervenants sur le lieu de leur pratique

Nous pensons que le travail de réseau s'appuie d'abord sur la connaissance mutuelle de pratiques différenciées et complémentaires. La qualité de prise en charge des patients et la continuité des soins impliquent également la création de liens entre les différents intervenants.

Pour ce faire, d'une part, les membres de l'équipe des urgences se rendront dans les différents S.S.M. afin d'y rencontrer les collègues avec lesquels ils sont susceptibles de collaborer lors de leur réunion clinique.

D'autre part, nos collègues des S.S.M. seront invités à participer au travail de crise en venant, eux aussi, partager un temps de travail avec l'équipe des urgences.

Nous sommes conscients que cette année, pour des raisons diverses, nous n'avons pu développer, de la même manière et autant que nous le souhaitons, ces rencontres. Nous avons donc décidé que, durant cette année académique prochaine, nous y accorderons une importance particulière et centrale, tant pour les patients que pour notre équipe et celles du secteur.

Pour plus de renseignements : Claudine Delsart, coordinatrice urgences, tél: 02 764 21 21

4. Comité d'accompagnement des suites de l'étude menée par Philippe Hoyois, sociologue. Groupe de travail urgences, L.B.F.S.M.

5. Poursuite de la participation au projet réseau,
coordinatrice Stéphanie Martens.

Nous sommes partenaires du projet d'articulation entre l'Intersecteur S.S.M., Unité de Crise, Services de Police et médiateurs sociaux pour un meilleur accueil et une meilleure orientation des usagers au sein de leur réseau de proximité.

6. Réflexion sur l'organisation d'un Colloque portant sur le thème «Urgences psychiatriques, Urgences psychiques ».

7. Participation aux réunions entre les différents coordinateurs pour partager nos réflexions quant à ce qui se joue au niveau de chaque coordination.

8. Réflexion sur la délivrance d'anti-psychotiques à action prolongée.

9. Projet d'une étude sur les TS à l'adolescence à partir de leur passage aux urgences.

10. Rencontre avec l'équipe du centre de jour « le quotidien » de Fond'Roy.
Ici, il s'agit de notre réseau qui participe à un autre réseau.

11. Rencontre avec l'équipe de AUXAD (infirmières à domicile) afin de réfléchir à une possibilité de prise en charge de patients.

■ Situations et pratiques de crise et d'urgence en santé mentale

Contact :

Hoyois Ph., tél: 02 511 55 43

Groupe réunissant la Coordination Urgences de l'U.L.B. et la Coordination Urgences de l'U.C.L.

Il est accessible aux S.S.M., aux équipes hospitalières et à toutes personnes impliquées dans la prise en charge de situations de crise et d'urgence..

Réunions et dates : si ce groupe de travail vous intéresse, veuillez contacter Philippe Hoyois au 02 511 55 43

Clef de la réflexion : *Analyse de l'impact de différents contextes individuels et/ou collectifs sur le développement de situations d'émergence, de crise et d'urgence.*

L'objectif poursuivi par ce groupe de travail est d'obtenir un aperçu global relativement détaillé de la diversité des situations de crise et d'urgence rencontrées à Bruxelles, des facteurs qui peuvent en être à l'origine, des pratiques qui spontanément ou institutionnellement s'efforcent d'y apporter au moins des éléments de solution, des difficultés de tous ordres auxquelles les intervenants concernés doivent faire face et des solutions qu'ils élaborent pour les résoudre. Ce travail suppose de développer les contacts avec les intervenants de terrain, dispersés dans de multiples services, de façon à pouvoir saisir in situ, d'une part, les dynamiques qui conduisent aux situations de crise et d'urgence rencontrées et, d'autre part, les manières de structurer les processus de réponse. Ces derniers peuvent se jouer à plusieurs niveaux : individuel (patients et intervenants) mais aussi institutionnel et plus largement encore local ou inter-institutionnel. L'élucidation de ces situations et de ces pratiques devrait permettre de mettre en évidence des éléments de solution adaptés aux contextes de terrain.

■ Coordination Service de Santé Mentale U.L.B.

Contacts :

Dr. Matot J.-P. - tél: 02 650 59 26

Dr. Gilson S. - tél : 02 503 15 56

Hoyois Ph. - tél 02 511 55 43

Coordination ouverte aux équipes des S.S.M., aux équipes hospitalières, médecins généralistes, services sociaux, services d'aide à la jeunesse, centres P.M.S., enseignants,...

Clef de la réflexion : *Développement de collaborations, de réflexions, d'études, de projets dans le domaine de la prévention et/ou la prise en charge des situations de crise et d'urgence en santé mentale, avec les services d'urgences des hôpitaux de stage de l'U.L.B.*

■ Etude des demandes urgentes adressées au Centre de Guidance du S.S.M.-U.L.B.

Contacts : *Dr. Gilson S. et Mme K. Roess - tél: 02 503 15 56*

ET MISE EN PLACE D'UNE COLLABORATION AVEC LE RÉSEAU MÉDICAL, D'AIDE PSYCHOLOGIQUE ET SOCIALE DU QUARTIER DES MAROLLES, EN LIEN AVEC LE SERVICE DE PSYCHIATRIE DU C.H.U. DE ST.-PIERRE ET D'AUTRES PARTENAIRES DU SECTEUR DE LA SANTÉ MENTALE

Mise en place d'une réunion mensuelle dans la perspective d'une réflexion commune sur les dispositifs de prise en charge des demandes ; recherche-action visant à développer le travail local en réseau avec les maisons médicales des Marolles, du Miroir et l'Entraide des Travailleuses, mais également avec d'autres équipes et institutions actives dans le quartier.

Poursuite de la recherche-action EOLE

Promoteurs : J-P. Matot, I. Pelc, V. Dubois;
avec la collaboration de F. Weil, J-P.
Ermans

Contacts :

*Dr. Matot J.P. - tél: 02 650 59 26,
Montag D. - tél: 02 223 75 52*

Le projet EOLE a démarré effectivement en janvier 2002.

Pour rappel, il s'agit d'une recherche-action financée de manière intermittente par le ministère fédéral de la santé depuis 2002 (le subside actuel arrive à échéance en décembre 2006) et un soutien des pouvoirs régionaux, en l'occurrence de la CoCof, devrait être obtenu en 2006-2007 pour développer le travail de réseau lié au projet Eole.

La permanence téléphonique, assurée par une équipe de cliniciens de la santé mentale, remplit plusieurs missions :

- aide à la gestion clinique des situations difficiles en santé mentale au bénéfice des intervenants de première ligne dans le secteur de la santé (médecins généralistes, infirmiers, professionnels des maisons médicales, ...), de l'enseignement (centres PMS, directions d'établissements scolaires, enseignants, éducateurs, ...), de l'aide sociale (centres d'action sociale globale, foyers d'accueil, CPAS, ...);
- formation permanente des intervenants de première ligne à l'analyse de la demande en santé mentale et à l'utilisation du réseau de soins;
- amélioration des collaborations entre intervenants de première ligne et réseau de soins en santé mentale;
- inventaire détaillé et actualisé des ressources en santé mentale disponibles en Région de Bruxelles-Capitale, de leurs spécificités et de leurs modalités de fonctionnement;
- identification des besoins en santé mentale peu ou non couverts en Région de Bruxelles-Capitale.

Infos sur <http://www...>

www.squiggle.be,

pour librement associer psychanalyse et grand public.

«*Faut-il en finir avec la psychanalyse ?*», titrent certains médias, relayant notamment les tendances gestionnaires de la santé mentale... Au même moment, en une époque de risque zéro, de principe de précaution... les responsables publics, soucieux de donner des garanties aux *consommateurs*, envisagent de réglementer l'exercice des psychothérapies, de la psychanalyse, ou leur pratique en institution... Pour sa part, le public interroge les psychanalystes au même titre que d'autres professionnels : hommes politiques, chefs d'entreprise, juges...

Bien sûr tout ceci doit être envisagé dans un contexte global. Cependant, les psychanalystes seraient dans l'erreur d'entendre déliquescence du lien social, déboulonnage des positions d'exception, résistance à l'analyse... Même hors de la clinique, la formule «*Il n'est de résistance que de l'analyste*» vient à point nommé telle une invitation à reprendre l'ouvrage. Chaque génération n'a-elle pas à s'y coltiner ?

Bien sûr, la situation transférentielle, empêche de «répondre» à une interpellation. Il n'en va pas de même quand les questions sont adressées en dehors de la cure. Il ne s'agit cependant ni de répliquer, ni de riposter (même à un misérable Livre Noir) mais bien de répondre de notre pratique, de notre spécificité, à notre manière.

Dans cet esprit, ces dernières années plusieurs initiatives ont vu le jour. L'une d'entre elle est le [site Internet squiggle.be](http://www.squiggle.be) initié par quelques analystes francophones¹.

L'idée est très simple : il s'agit de prendre au sérieux les questions les plus triviales que se pose l'homme de la rue : pourquoi les rêves ? Quid de la guérison ? Quelle formation ? Qu'est ce que l'inconscient ou l'association libre ?... A ces questions, des psychanalystes issus de différentes associations et pays répondent en leur nom en étant attentifs à être très compréhensibles par le grand public. Se côtoient praticiens célèbres et inconnus; l'important résidant dans cette manière de témoigner.

Il ne s'agit ni d'être journalistique ou factuel, ni pédagogique, ni scientifique... Il s'agit plutôt de faire entendre, à la première personne du singulier, sa manière d'être analyste, sa relation à l'analyse, à son analyse, à la théorie, aux collègues...

Nous faisons le pari que les analystes ont à y gagner, non seulement d'entendre les questions qui sont posées, mais également de tenter de se mettre au travail au travers d'elles et au travers de la mise à l'épreuve d'une capacité à y répondre dans un langage simple.

Au plus vif de l'actualité, Freud, dans l'analyse profane, dialogue avec son interlocuteur impartial, qui va jusqu'à «*donner des signes d'impatience*». Plus tard, Donald W. Winnicott et Françoise Dolto s'adresseront à des auditeurs... Aujourd'hui, via Internet, l'homme de la rue revient avec semblables interrogations.

Dans l'agora, la parole de l'analyste est possible sans pour autant qu'il cède sur son éthique; sans pour autant qu'il se compromette dans de vains shows médiatiques.

Sur ces bases, au fil du temps, depuis octobre 2005, cet espace s'élabore, sans urgence, entre gens honnêtes, analystes, non-analystes et amis de la psychanalyse au sens où J. Derrida l'entend, c'est à dire avec exigence et «*sans alibi*»...

Vincent MAGOS, Psychanalyste

1. Le comité éditorial est composé de Judith Dupont, Jean Florence, Karel Lambers, Vincent Magos, Francis Martens et Susann Wolff.

sur www.squiggle.be

QUESTIONS - RÉPONSES

Aux questions du grand public, répondent des psychanalystes francophones issus de différentes associations et pays.

Derniers articles

Une psychanalyse, pourquoi ça fait mal ? par Luc Dethier

Y a-t-il compatibilité entre cure psychanalytique et médicaments ? par Monique Liart

SQUIGGLE, REBONDS ET MÉDITATIONS...

Des points de vue, témoignages, cartes blanches... Des textes de psychanalystes, de philosophes, d'artistes, de juristes, d'enseignants, d'écrivains,... Vos textes...

Derniers articles

Quel sort réserver aux agresseurs sexuels ? [Collectif]

Les enfants face au meurtre de Nathalie et Stacy par Vincent Magos

Renaissance de l'ordre moral par Bertrand Ogilvie

Psychanalyse et écriture par Nicole Malinconci

La souffrance psychosociale nous concerne.

Luc COLINET

Thérapeute familial au SSM Le Méridien
Responsable Coordination Santé Mentale et Précarités

Aujourd'hui le champ de la santé mentale a largement dépassé la problématique psychiatrique centrée sur la psychose et la névrose. Ce n'est pas pour autant que la santé mentale doit laisser de côté ce qui a constitué jusqu'il y a peu son objet principal à savoir la maladie mentale, mais il apparaît de plus en plus aux praticiens et aux travailleurs sociaux, les premiers interpellés, que la problématique de la santé mentale s'étend à la question du trouble, à la question de la souffrance, et comme le dit Jean De Munck :

« il faut prendre ça très au sérieux, ce n'est pas simplement une mode ou une dérive du champ de la santé mentale, plus profondément ça annonce une transformation et ça participe d'une transformation de la question sociale. »

Pour lui, jusqu'il y a quelques années les choses étaient relativement claires. On a bien étudié le phénomène de pauvreté et des inégalités sociales. Dans la société il y avait les pauvres et les non-pauvres, les intégrés et les non-intégrés, les inclus et les exclus, ...

Globalement les personnes étaient dans des états stables. Mais, tous ces états stables se sont mis tous à trembler, pas seulement du côté des pauvres mais aussi du côté des autres, des inclus, des intégrés.

On est entré progressivement dans une problématique de la précarité et non de la pauvreté c'est-à-dire d'état relativement instable, au bord du gouffre pour ainsi dire. On risque à tout moment d'y tomber.

Nous pensons que la pauvreté économique n'est pas en elle-même responsable de l'apparition de troubles mentaux mais que ce sont les conditions de vie précaires, instables (la précarisation du travail, la difficulté à trouver un logement, l'insécurité, les ruptures affectives, l'isolement,...) qui entraînent un nombre important de problèmes existentiels accompagnés d'une souffrance psychique non négligeable. Malgré le fait que l'état social ait essayé de répondre à ces situations de précarisation par la distribution de ressources, ressources monétaires, ressources de logement, d'écoles spécialisées et services spécialisés, cette politique n'a pas empêché la dislocation du lien social, l'affaiblissement des solidarités, la montée des incivilités et de la violence sociale, car ce qui est en jeu souvent ce sont des schémas institués de comportements de discriminations, de non-reconnaissance, de

stigmatisation (Jean De Munck). D'autant plus que l'aide sociale va de plus en plus dans le sens d'une individualisation des problèmes et d'une contractualisation, cause fréquente d'une hyper-responsabilisation de la personne de sa situation, « *c'est de ta faute si tu ne t'en sors pas !* ».

Le sujet est ainsi confronté de plus en plus aux normes stigmatisantes, invalidantes, qui entraînent l'intériorisation d'une identité négative, une mauvaise estime de soi, un sentiment d'infériorité et de honte.

« Rares sont les personnes qui peuvent jouir d'une bonne santé mentale si elles ont une image souillée d'elles-mêmes, si elles se dévalorisent et qu'elles ne croient pas qu'elles valent quelque chose pour les autres »

Michel Tousignant

Tout cela, pour Jean De Munck, appelle une autre politique, une politique de reconnaissance.

Cette souffrance, que nous qualifierons de psychosociale s'impose aux acteurs éducatifs et sociaux (éducateurs, professeurs, travailleurs sociaux,...) ainsi qu'aux soignants spécialisés, elle apparaît sur les lieux du travail éducatif et social.

Les situations marquées par une souffrance psychosociale apparaissent le plus souvent comme le dépôt d'un vécu pénible des personnes, dépôt effectué sur les lieux du social, dans la relation avec l'intervenant, qui « empêche » leur travail. Elle oblige celui qui reçoit l'expression de cette souffrance à reconsidérer sa manière d'agir, à faire l'expérience de ce que cela l'empêche d'accomplir son activité sur le mode habituel.

« L'intervenant est mis en demeure de répondre à cette souffrance par une attitude compréhensive qui est dans une suspension des causalités et une suspension de l'agir. »

V.Colin et J.Furtos

L'enjeu ici est la reconnaissance de l'autre comme sujet, comme être vivant parmi ses semblables.

Une des constantes de cette clinique psychosociale est le malaise de l'intervenant, son sentiment d'impuissance. Ce qui est en souffrance ici, c'est la relation elle-

même, et l'intervenant qui tente de la faire vivre. Cette souffrance portée est vécue et interprétée comme le signe du mal-être de l'autre.

Les travailleurs sociaux sont familiers des situations de pauvreté mais ils sont néanmoins souvent démunis dans la confrontation aux différentes formes de souffrance qu'ils rencontrent et qui prennent rarement la forme de demandes de soins explicites. Elle contraint ceux qui la reçoivent à développer leur écoute en articulation avec les soignants spécialisés (« les psys »), dans le cadre de réseaux, de manière plus ou moins instituée.

Les soignants psys sont sans doute « experts » en matière de souffrance psychique mais ils semblent très mal à l'aise avec ces situations de souffrances apparues sur le lieu du social, qui leur sont envoyées sans qu'il y ait une demande personnelle exprimée. Ces multiples sollicitations en provenance du social (CPAS, PMS, Police, Aide à la jeunesse, Sociétés de logement social,...) viennent bousculer leur cadre habituel. Certaines voix s'élèvent pour ne pas psychiatiser ou psychologiser le social.

Les acteurs sociaux et soignants spécialisés sont néanmoins amenés à développer des pratiques se situant à l'articulation du sujet et du collectif, de l'individuel et du social. Des acteurs de divers horizons se sont engagés : éducateurs, travailleurs sociaux, cliniciens, associations de quartier, intervenants locaux avec des compétences composites associant plusieurs références d'expériences ou de connaissances. Le travail en réseau, les dispositifs de proximité, d'accueil et d'écoute, les interventions mobiles, les actions communautaires et d'autres innovations cliniques ont conduits ces dernières années à réduire pratiquement certains écarts existants entre le dispositif d'action publique et la situation des personnes en grande difficulté. En particulier, le partenariat et le travail en réseau apparaissent dans ce cadre comme incontournable .

« La place du clinicien n'existe qu'en appui sur le travail de lien des autres professionnels, donc les psys ont à travailler avec d'autres, à condition d'aménager le cadre de la rencontre pour que celle-ci soit possible et permette le déploiement du transfert. »

V.Colin et J.Furtos

Le partage et l'analyse des expériences d'intervention peuvent aider à mieux comprendre ce que vivent les personnes en situation de précarité et les aider à améliorer leur situation. Une évaluation des actions engagées est certes difficile mais nécessaire. Elle permettra d'assurer aux acteurs une meilleure vision de leur place respective et d'améliorer ainsi les complémentarités possibles.

Au niveau de la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale, les réunions de la Coordination Santé Mentale et Précarités rassemblent depuis plusieurs années déjà des acteurs psycho-sociaux de différents secteurs en rapport avec la santé mentale (SSM, Maisons Médicales, CPAS, maisons d'accueil,

Secteur de l'Aide à la jeunesse, associations de proximité,...). Les participants partagent leurs expériences respectives de travail, leurs réussites, leurs échecs, leurs questions. L'articulation avec des apports théoriques (invités, articles, livres,...) leur permet de trouver ce qui peut servir de points de repère et de support dans leur clinique. Ce travail de mise en commun et d'échanges permet aussi de lutter contre une certaine forme de découragement et de sentiment d'impuissance.

Depuis septembre 2004, à l'initiative de Thierry Lahaye (administration Cocof), s'est constitué, au sein de la coordination, un groupe de travail « **Logement et santé mentale** » qui rassemble des personnes d'horizons divers (SSM, Sociétés de logement social, associations de quartier, CASG, CPAS, maison médicale, chercheurs d'université, syndicat de locataires, mandataires politiques,...). Son objectif consiste à faire un état des lieux du logement à Bruxelles, de son impact sur la santé mentale des habitants, ainsi que d'étudier comment on peut répondre au mieux aux difficultés rencontrées par les travailleurs sociaux sur le terrain, notamment dans les habitations sociales. En effet, le logement touche aux aspects essentiels de la vie de l'individu. Il conditionne aussi bien sa santé mentale que physique en lui procurant un abri et une intimité, en favorisant son bien-être et en lui permettant de s'insérer dans un réseau social.

Les précarités économiques, sociales, affectives auxquelles sont confrontés de plus en plus de locataires de logements sociaux (et privés aussi d'ailleurs) engendrent une souffrance psychosociale qui interpelle les travailleurs sociaux, s'impose à eux et les laisse fort démunis.

Ce groupe de travail a été très actif et nous avons voulu lui réserver une place importante dans ce dossier thématique consacré à la « souffrance psychosociale ». Ce numéro de la revue est consacré en grande partie à des articles en rapport avec cette problématique du logement, le numéro suivant mettra en avant la question de la désinsertion sociale et fera l'écho de diverses initiatives « innovantes » dans le secteur de la clinique psychosociale. ■

- BENASAYAG M. et SCHMIT G., *Les passions tristes. Souffrance psychique et crise sociale.*, La Découverte, Paris, 2003, 2006.

- COLIN V. et FURTOS J., *La clinique psychosociale au regard de la souffrance psychique contemporaine.*, in M. Joubert et C.Louzoun, Répondre à la souffrance sociale, ERES, 2005.

- DE MUNCK J. : discours inaugural de la formation « Santé Mentale en contexte social : interculturalité et précarité », S.S.M. Le Méridien, 13 janvier 2006.

- JOUBERT M., *Souffrances morales et question sociale : un enjeu de reconnaissance.*, in M.Joubert et C. Louzoun, Répondre à la souffrance sociale, ERES, 2005.

- TOUSIGNANT M., *Les défis pour une nouvelle solidarité sociale*, Confluences, n°10 juin 2005, Institut Wallon pour la Santé Mentale, Namur.

Objectiver la crise du logement à Bruxelles

Nicolas BERNARD,
professeur aux Facultés universitaires Saint-Louis

Le marché du logement en Région de Bruxelles-Capitale connaît actuellement un état de tension d'une gravité telle qu'il est légitime de parler de crise, à tout le moins à l'égard des individus défavorisés et des personnes à revenus moyens. Mais en quoi consiste exactement cette crise, comment se manifeste-t-elle et où puise-t-elle ses origines ? Loin des slogans et des idéologies, le présent article entend aligner quelques chiffres, tirés d'études récentes, susceptibles d'asseoir de la manière la plus objective la matérialité de cette crise du logement.

Le secteur du logement étant régi très largement par la loi de l'offre et de la demande, il convient d'examiner successivement chacun de ces pôles.

1. L'offre de Logement

a) Parc immobilier inaccessible financièrement

Ainsi que le confirment tous les indicateurs, le coût de la location a explosé à Bruxelles ces dernières quinze années. Si elle a connu un pallier entre 1993 et 1998, la progression des loyers a repris de plus belle depuis. Ainsi, entre 1998 et 2004, les appartements à une et deux chambres ont vu leurs loyers augmenter de 30% (par rapport à une croissance de 10% de l'indice-santé), tandis que les tarifs locatifs des habitations de plus grande taille ont grimpé d'environ 50% durant la même période. Il existe, par voie de conséquence, une disproportion croissante entre le revenu moyen et le prix de la location, lequel croît nettement plus vite que le premier (+46% entre 1986 et 2001, c'est-à-dire que si je gagne 100 euros de plus, le loyer, lui, augmente de 146). Par ailleurs, il se confirme que ce sont les loyers les plus bas (ou les moins élevés) qui grimpent le plus, en dépit de leur qualité déficiente. La revalorisation des tarifs locatifs touche donc principalement les plus pauvres.

Comment expliquer ce hiatus grandissant entre revenu et loyer ? Tout simplement par la constatation d'une sous-représentation manifeste, dans le calcul de l'index, de la part réservée aux frais de logement. En effet, le poste loyer n'est repris, dans le fameux "panier de la ménagère", qu'à concurrence de 5,5% alors, comme

on le verra plus loin, qu'il mange presque un tiers du budget global d'un ménage bruxellois moyen. Loin de se combler, le fossé séparant revenus du travail et coût de la location est appelé, par conséquent, à se creuser indéfiniment, quand bien même un encadrement des loyers serait, par extraordinaire, instauré.

Conséquence : le ménage bruxellois moyen affecte pas moins de 30% de son budget aux frais de logement, ce chiffre médian dissimulant par ailleurs des proportions proprement intolérables au sein du monde de la précarité (64% pour le 1er décile de revenus, et 40% jusqu'au 5ème décile). On peut dire, sous un autre angle, que la majorité des locataires bruxellois (54%) débourse, pour pouvoir se loger, une somme équivalente à 41% minimum de l'ensemble de ses gains. Et, dans la mesure où les charges du logement sont souvent réglées par priorité, les ménages concernés se voient contraints de rogner sur d'autres postes, non moins essentiels pourtant, comme la santé ou l'éducation.

En bonne logique, la hauteur des loyers est tributaire des tarifs en vigueur dans le marché de l'acquisition. Or, le secteur de l'immobilier a enregistré un véritable boom à la fin des années quatre-vingt et en connaît un autre actuellement, depuis la fin des années nonante. On a ainsi observé, entre 1998 et 2003, des augmentations des valeurs proprement affolantes, de l'ordre de 59% pour les unifamiliales, 56% pour les appartements et 77% pour les immeubles de rapport. Ici aussi, ce sont les logements modestes qui voient leurs tarifs grimper le plus. Notons, par ailleurs, que les maisons à Bruxelles sont plus chères de 69% par rapport à la Wallonie et de 30% en ce qui concerne la Flandre. On peut, pour rendre compte de la surchauffe dans le marché de l'acquisition, épinglez l'envolée des prix des terrains à bâtir en Belgique, évaluée à + 150 % depuis 1985. Et, à Bruxelles, ce tarif a quasiment décuplé depuis 1966, contribuant notablement à la flambée des prix dans le secteur acquisitif. Aujourd'hui, le prix du mètre carré s'élève à 226,2 euros dans la capitale, soit dix fois plus pratiquement qu'en Wallonie. En dépit de cette situation pour le moins préoccupante, le nombre de propriétaires occupants s'est fortement apprécié à Bruxelles sur la période 1990-2000, passant de 32,5% à 41%. Inégalement répartie entre les classes sociales, cette progression spectaculaire ne doit pas faire occulter

l'accroissement des difficultés de remboursement de prêt hypothécaire. Ainsi, chaque année, 8.000 Belges surendettés perdent leur logement pour cette raison, pendant que 80.000 autres propriétaires impécunieux connaissent de graves problèmes de paiement.

b) Parc immobilier dégradé

En plus d'être onéreux, le parc immobilier présente souvent à Bruxelles un état défectueux. Ainsi, suivant l'enquête "Diversités urbaines" réalisée dans le cadre du Plan régional de développement, 19% des logements sont "sans petit confort", c'est-à-dire, dépourvus de salle de bain ou d'un W.-C. intérieur et 38% des logements n'ont pas de chauffage central. Moins de la moitié des logements sont pourvus de "grand confort", et donc disposent d'une salle de bain, d'un W.-C. intérieur, d'un chauffage central et d'une cuisine de 4 m2 minimum. La même étude a établi qu'un logement sur trois est jugé en état améliorable (34%) et un logement sur dix est jugé en état insatisfaisant ou mauvais (respectivement 10% et 2%). Pour les appartements, la situation est encore moins favorable : les logements de deux et trois pièces concentrent à eux seuls plus de la moitié du parc dont l'état est insatisfaisant ou mauvais. Même si l'enquête socio-économique de 2001 fait état de progrès en la matière (le nombre de logements sans confort de base a ainsi baissé d'un tiers entre 1991 et 2001), "ce constat ne peut être qualifié que d'intolérable", résume le récent 9ème Rapport sur l'état de la pauvreté en Région de Bruxelles-Capitale.

c) Parc immobilier inoccupé

On dénombre dans la Région de Bruxelles-Capitale entre 15.000 et 30.000 logements vides. Parmi ceux-ci, 80% appartiennent au secteur privé, dont 62% à des particuliers. Le tout, sans prendre en considération les très nombreux étages vacants au-dessus des commerces qui, généralement, échappent à toute comptabilité. Sur ces nombreuses habitations improductives, 5.000 seraient louables en l'état, immédiatement. Et, lorsque l'on sait que deux logements en moyenne pourraient être réalisés dans une habitation vide, on réalise le potentiel qu'il y a là, potentiel à mettre en regard du nombre de ménages demandeurs d'un logement social (près de 30.000, ce qui représente le double d'individus environ). L'équation est, certes, un peu simpliste mais elle a le mérite de frapper les esprits et de mettre le doigt sur une grave injustice sociale.

Doivent être pointés, pour expliquer ces situations d'inoccupation, les facteurs suivants, alignés dans le désordre : spéculation immobilière, indivision successorale, lenteur de l'appareil judiciaire, impéritie de nombreux propriétaires âgés, manque de moyens de certains propriétaires, etc. Et le cercle vicieux de s'installer progressivement : conscient de la mauvaise réputation attachée au quartier, les propriétaires se désintéressent progressivement d'un bien dont ils ne peuvent plus espérer tirer un profit substantiel, que ce soit à la vente ou à la location. Ce qui ne fait qu'ac-

centuer encore l'état de déliquescence global du voisinage, lequel renforce en retour la morosité ambiante, et ainsi de suite.

d) Parc immobilier inadapté

Le parc immobilier bruxellois souffre d'inadaptation par rapport à la demande. Ainsi, plus de 30% des logements sont dans l'incapacité d'offrir une chambre à chaque membre du ménage. En cause, notamment : l'obsession de certains propriétaires peu scrupuleux de fractionner l'immeuble en un maximum de petits appartements, afin de rentabiliser au maximum l'investissement de départ. Résultat : l'offre locative à Bruxelles est essentiellement composée d'appartements (91%), lesquels ne comptent la plupart du temps qu'une chambre (43%) ou deux (33%). Par voie de conséquence, les logements de plus grande taille s'arrachent tandis que leurs loyers s'envolent (+50% entre 1998 et 2004).

Cherchant, dans la mesure du possible, à pallier certaines carences du secteur privé, les agences immobilières sociales briguent par priorité les grands logements. Las, les habitations de ce type restent rares et, par conséquent, extrêmement onéreuses, trop chères en tout cas pour le public visé par l'agence immobilière sociale. Ainsi, les logements disposant de trois chambres à coucher ou plus ne constituent que 17,5% du parc immobilier total des agences immobilières sociales. Et le bonus financier (de 450 euros) offert par la Région à l'agence immobilière sociale pour tout logement de quatre chambres ou plus pris en gestion ne semble manifestement pas assez attractif pour résorber cette carence structurelle.

Pour leur part, les sociétés immobilières de service public ne proposent guère plus d'habitations destinées aux grands ménages. Et cette proportion a encore tendance à être dégressive à cet égard puisque le nombre de grands logements (3 chambres et plus) a connu un repli de 22% entre 1990 et 1998 au sein du parc immobilier public. En 2000, en tout cas, les appartements de 4 chambres ou plus ne représentent que 4% du volume global. Dans ces conditions, il n'est pas surprenant de voir les familles nombreuses patienter près de dix ans en moyenne pour intégrer le parc immobilier public. Notons néanmoins que les habitations proposées par le Fonds du logement dans le cadre de l'aide locative se distinguent par un taux particulièrement élevé de logements de 4 chambres minimum puisque ressortit à cette dernière catégorie pas moins d'un tiers de l'offre globale.

Il convient toutefois de noter que les grands ménages (qui comptent 5 personnes, enfants compris, ou plus) ne constituent "que" 6,5% du total des ménages bruxellois. Étant donné, par ailleurs, que largement plus de la moitié de ces grands ménages est propriétaire, taux bien supérieur à la moyenne dans la capitale (41%), on peut situer la demande locative des grands ménages sur le marché privé dans une fourchette allant de 6.300 et 10.100 logements "seulement",

lesquels restent cependant à construire.

e) Insuffisance de l'offre publique de logements

Le patrimoine géré par les sociétés de logement social compte 38.000 unités seulement (soit 7,6% du parc immobilier bruxellois global), et ce alors même que la moitié des ressortissants de la capitale satisfait, en termes de revenus, aux conditions d'admission dans le parc public. Certes, il faut ajouter au volume du parc public le bon millier d'habitations gérées par les agences immobilières sociales (1.250 plus ou moins), ainsi que les 520 logements développés dans le cadre de l'aide locative du Fonds du logement et les 601 unités construites ou rénovées au sein des contrats de quartier. Sans compter la dizaine de milliers d'habitations appartenant aux communes et aux C.P.A.S., louées toutefois au prix du marché le plus souvent. Il n'en reste pas moins que le volume de logements "à caractère social" reste dramatiquement insuffisant, singulièrement pour une ville comme Bruxelles dont la population se paupérise à une cadence accélérée.

2. La demande en logements

Depuis 1997, Bruxelles voit avec plaisir sa population grandir à nouveau, après de nombreuses années de reflux. Toutefois, cet accroissement de population, chiffré à 50.000 personnes environ, ne s'est pas accompagné d'une augmentation proportionnelle d'unités d'habitations, ce qui exacerbe la tension sur le marché locatif. Si son impact, largement fantasmé, requiert d'être relativisé, l'élargissement de l'Union européenne ne contribuera certainement pas à relâcher le marché.

Il convient également de pointer une tendance sociologique massive, qui a pour effet de démultiplier encore

la demande : l'éclatement des ménages.

On enregistre, en effet, une hausse constante des isolés dans une capitale comme Bruxelles (où pas moins d'un ménage sur deux est aujourd'hui composé d'une seule personne), tandis que le nombre de familles monoparentales tend à se multiplier (+56% au cours des 20 dernières années), singulièrement au sein de la sphère de la précarité. De manière telle que, à nombre égal d'habitants, la Région bruxelloise doit affronter aujourd'hui une demande accrue de logements, qu'elle peine manifestement à rencontrer puisqu'elle n'a produit par an, depuis 1998, que 500 nouveaux logements à caractère social ou moyen.

Conclusion

Le marché du logement à Bruxelles connaît actuellement une situation d'une sévérité telle qu'il est devenu extrêmement malaisé, même pour un ménage disposant de ressources modérées, de trouver une habitation en bon état, adaptée et accessible financièrement. Le problème ne se situe pas tant au niveau de l'ampleur du stock immobilier que de l'accessibilité de celui-ci. Une politique volontariste est aujourd'hui, plus que jamais, nécessaire pour rétablir le droit fondamental — et constitutionnel — à un logement décent, droit dangereusement mis à mal dans notre capitale. Cette intervention peut revêtir la forme d'un vaste plan, en phase d'expérimentation actuellement, de construction de logements sociaux ou plutôt, comme c'est prévu dans l'accord de gouvernement bruxellois, prendre les traits d'une allocation-loyer assortie d'un encadrement des tarifs locatifs. Mais qu'au moins, la puissance publique adresse, enfin, un signal fort à ses administrés. À défaut de quoi, Bruxelles, vidée à la fois de sa classe moyenne et de ses habitants défavorisés, deviendra définitivement la ville duale des extrêmes.



Santé Mentale - Logement - Précarité

Thierry Lahaye
Conseiller
Service Santé
Commission Communautaire Française

Le logement est un déterminant majeur de la santé. Il est l'une des questions les plus importantes parmi celles qui déterminent les conditions de vie des personnes. Il est le pivot central autour duquel s'organise la vie sociale. *« Il constitue à la fois : une espace fonctionnel servant d'abri et permettant l'exercice d'activités intimes reliées par exemple à la nourriture, au repos, à l'hygiène personnelle ; un espace identitaire, lieu de construction d'une individualité et objet d'un processus de personnalisation ; et un espace de socialisation, à savoir le lieu d'un rapport à l'autre co-présent (membres du ménage, amis, voisins...) et d'un rapport à l'Autre, abstrait, le « système », la « société globale »¹.*

Le logement représente un facteur indéniable de sécurisation, d'insertion, de ressourcement et de garantie de l'intégrité familiale. Il touche aux aspects essentiels de la vie de l'individu et il est également le point de départ des mobilités quotidiennes.

Le logement constitue une sphère ou une bulle en rapport étroit avec l'identité de chacun et il offre un espace privé, appropriable où exprimer ses goûts, sa personnalité, où construire pour soi et les siens un repaire, une « niche » pour se protéger d'un extérieur souvent représenté comme menaçant. Il conditionne pour l'individu aussi bien sa santé mentale que physique en lui procurant un abri et une intimité², en favorisant son bien-être et en lui permettant de s'insérer dans le réseau des relations sociales de l'environnement dans lequel il se situe. Il conditionne aussi la réalisation effective d'autres droits fondamentaux.

Le logement apparaît également, comme un des pivots majeurs des processus de précarisation. De plus en plus de locataires, notamment ceux qui habitent dans les logements sociaux et dans les logements dégradés sont confrontés à des parcours de vie plus ou moins chaotiques jalonnés par des privations de droits, de sécurité, de ressources, de soins, d'éducation, de culture. Les précarités économiques, sociales, affectives qui caractérisent ces personnes engendrent des problèmes de souffrance psychique³.

Cette souffrance vécue et rencontrée ne relève pas de la maladie mentale au sens strict, mais les personnes sont psychologiquement malmenées, fragilisées par la précarité.

1. Le logement favorable à la santé

Le logement est un bien complexe, par ses dimensions économiques et sociales, patrimoniales et affectives, positionné dans le cadre d'un marché.

Il n'est pas seulement une cellule où l'on habite, il est situé dans un espace précis dont on ne peut l'abstraire. Sa valeur économique, affective et symbolique dépend de sa localisation et de son environnement. Le terme d'habitat permet de mieux rendre compte de la complexité des phénomènes. Il désigne les rapports entre le logement et son environnement, jusqu'à inclure l'ensemble des liens entre une communauté et son territoire. L'habitat est bien plus qu'un simple logement, qu'un bien de consommation. Il est un lieu d'appropriation, de symbolisme, de relations familiales et sociales, il se comprend dans son rapport à l'espace et à la durée. L'habitat renvoie aux fonctions essentielles, liées et nécessaires à la vie quotidienne, de l'habitant occupant, de l'utilisateur de la ville et du citoyen. Quand on parle d'habitat urbain, on prend en compte non seulement la fonction résidentielle de la ville, mais également les autres fonctions qui permettent à l'homme de subsister et de s'approprier cet espace.

Le logement et son environnement sont sans conteste les éléments contribuant le plus, avec l'entourage familial et l'école, à la structuration de l'individu et à la consolidation de son identité au sein de la société. Ils sont également les lieux privilégiés de constitution de la citoyenneté et sont un élément essentiel de promotion de la santé. Lors de la Quatrième conférence ministérielle sur l'environnement et la santé à Budapest en juin 2004, l'O.M.S qualifie d'habitat favorable à la santé *« l'habitat qui assure les circonstances nécessaires et suffisantes à la santé physique, mentale et sociale, à la sécurité, à l'hygiène, au confort et à l'intimité ».*

Un habitat favorable à la santé « doit offrir une intimité et une sécurité satisfaisante et permettre de jouir de la sécurité d'occupation ; il doit être suffisamment grand, lumineux, chauffé et aéré, être physiquement accessible, présenter une structure stable et durable, être équipé des infrastructures de base telles qu'adduction d'eau, assainissement, collecte des déchets, se situer dans un environnement de qualité convenable sur les plans écologique et sanitaire, et, enfin, être à une distance raisonnable du lieu de travail et des services de base, le tout, pour un prix abordable »⁴.

2. Logement et santé mentale

« Parce qu'habiter suppose le développement de relations particulières à l'espace, au temps, à la lumière, à soi, à autrui, les conditions d'habitat influencent la santé mentale. »⁵

Le logement situe socialement

Il existe une relation sensible entre les individus et leur environnement social et matériel, cet environnement va renvoyer une image de soi et permettre de se positionner vis-à-vis des autres d'une manière valorisée ou dévalorisée.

Le logement donne un état civil, une identité sociale, un « enracinement », un « territoire », signe d'une intégration sociale. C'est une première dimension, d'ordre juridique, administrative qui renvoie aux notions d'identité, d'état civil. Le logement constitue le point d'ancrage de l'individu dans la société. Ainsi, avoir un logement, c'est tout d'abord, avoir une adresse qui témoigne que l'on est quelque part, que l'on a prise sur un espace et donc que l'on est quelqu'un. L'absence de logement ne permet plus aux personnes d'être contactées et les inscrit hors des circuits sociaux, par extension, hors du social. L'individu – pour être dans la normalité au sein de la société – doit avoir un lieu, une localisation, une identité fixée et reconnaissable. Il existe dans notre société des prescriptions récurrentes qu'il faut exécuter pour répondre aux normes de fonctionnement social.

Si l'adresse permet d'être identifié par les autres, toutes les adresses n'ont pas la même valeur, chacune renvoie à un territoire, à un environnement particulier qui présentent des caractéristiques et des images différentes.

Le logement est aussi le support d'identités sociales, de l'identification à une classe sociale ou à un groupe culturel. Le logement situe socialement. Une traduction plus familière peut être proposée : « Dis-moi où tu habites, je te dirai qui tu es ». La qualité du logement, des bâtiments, des espaces collectifs, de la localisation urbaine sont des éléments qui composent la valeur sociale d'un espace. Cette dimension « caractéristiques du bâti et image de soi » explique certaines réactions de locataires devant le manque ou le refus

d'entretien de problèmes techniques du bâtiment par leur bailleur. Ces dysfonctionnements non réparés sont perçus par les locataires comme l'expression d'un manque de considération voire de mépris à leur égard. Au-delà, l'inconfort généré par ces dysfonctionnements, c'est l'image de soi qui est en jeu. « La ségrégation spatiale de l'habitat, la concentration dans des espaces spécifiques ont généré des phénomènes de relégation urbaine caractérisés par une dévalorisation des quartiers et de leurs habitants. La mauvaise réputation de ces quartiers rejaillit sur l'estime de soi, par des phénomènes d'identification bien connus de l'individu à son milieu, en l'occurrence à son logement, puis à son quartier. L'expression clinique des altérations de l'estime de soi, est pour l'essentiel, contenue dans les symptômes de la lignée dépressive. »⁶

Les analyses montrent également que les populations démunies socialement, précarisées économiquement et qui vivent sur des territoires socialement disqualifiés sont souvent des publics « captifs », c'est-à-dire qu'ils se trouvent, au vu de leur situation et du marché du logement, dans l'impossibilité d'accéder à d'autres territoires, à une autre offre... La difficulté à imaginer un avenir ailleurs, la désignation du quartier où ils habitent comme un lieu problématique favorisent l'intériorisation par les habitants d'un profond sentiment de dévalorisation.

Espace social et image sociale se renforcent mutuellement, vivre dans un espace socialement dévalorisé renvoie une image négative de soi, l'espace social disqualifié fait écho à sa propre disqualification sociale. La relégation apparaît comme la transcription spatiale de la précarité.

Cependant, il est souhaitable de se défaire d'une certaine vision négative de ces territoires que suggèrent les termes de disqualifiés, de crise, de déclin ou de relégation qui conduisent souvent à formuler des programmes ou actions vus d'en haut, exogènes aux enjeux de quartiers en référence à une norme dominante du « bon quartier » qu'ils sont sensés rejoindre un jour.

Ne faut-il pas se poser la question de la richesse intrinsèque de ces territoires et des habitants qui y vivent, de leurs potentialités, de leurs atouts afin de les valoriser dans le cadre de stratégies de promotion de la santé mentale et de développement qui fassent appel à des logiques endogènes ?

La valorisation des ressources humaines et culturelles et des réseaux de solidarité de ces territoires devrait être un axe majeur d'une politique de santé mentale.

Habiter, c'est s'approprier le logement

« L'habiter » renvoie à la notion d'investissement, il introduit le rapport de soi à soi et de soi à l'autre et identifie un espace du dedans et du dehors. Bernard Salignon⁷ invite à réfléchir sur ce qui pourrait n'être qu'un jeu de mots mais se révèle être l'un des fondements de

« l'habiter » : « Habiter chez soi c'est habiter son moi ».

Cette approche de l'habiter se réfère à la dimension du sujet. Le chez soi est l'espace du privé, de l'intime, de la relation, il renvoie à l'histoire singulière de la personne, à ses expériences affectives, ses expériences de vie. « *Outre sa fonction de protection de l'extérieur, le logement se définit comme un contenant, une enveloppe physique et psychique où l'intimité trouvera place pour se déployer, où l'individu pourra s'autoriser à être lui-même. Alors, ce qui n'était qu'un appartement pourra se transformer en un « appartenant », en un « chez soi ». « L'intégrité psychique et corporelle est conditionnée par la possibilité d'intimité »*⁸.

Le chez soi est le lieu privilégié de l'expression de l'affectivité, des interactions familiales, des relations sociales en territoire connu, lieu du confort et de l'intimité physique.

Il crée une distance entre soi et autrui, il permet la maîtrise d'une portion d'espace, il délimite le dedans du dehors, en cela il est espace de protection. Le chez soi se présente donc comme un espace d'investissement affectif et spatial.

Il est le point d'ancrage des relations familiales et affectives. Etre bien chez soi, c'est être bien avec soi-même et être bien avec ceux avec qui l'on vit. C'est se sentir inscrit dans un environnement humain, affectif et sécurisant. « *Le logement cesse d'être un lieu protecteur lorsque l'individu y est confronté à des difficultés venant de l'extérieur. La notion d'espace privé rejoint le concept de propriété : un logement de mauvaise qualité, trop perméable à l'extérieur, transformant un immeuble en une sorte « de loft communautaire » peut être source de souffrance majeure dès lors qu'il n'offre plus un abri suffisant au regard, au bruit, à l'intrusion. Ce contenant violé sera ressenti par extension comme une effraction de l'intimité et donc de soi. Ces phénomènes sont potentiellement générateurs de manifestations pathologiques : anxiété, mouvements dépressifs, insomnie, vécus de persécution ou encore dysfonctionnement social »*⁹.

Le logement défini comme le lieu de l'intimité domestique est aussi le noeud des relations sociales. L'approche du chez soi par le lien social permet de repérer les différents systèmes et réseaux de relations qui se nouent entre la personne et la société. « *La qualité de ces relations dépendra des modalités dominantes de la rencontre, de la configuration spatiale et de la qualité du bâti ou de son niveau de dégradation »*¹⁰.

Les liens sociaux établis à partir du logement sont de plusieurs natures : les relations de voisinage et les relations au quartier, à la ville.

Les relations de voisinage s'inscrivent dans les relations de logement à logement, dans le rapport aux parties communes des immeubles. Le partage d'un même espace social résidentiel est porteur d'enjeux qui se cristallisent sur différents objets : les nuisances

sonores, la définition du propre et du sale, les pratiques éducatives, les manières de se comporter dans les espaces publics. Il génère des clivages, des conflits, des connivences, des alliances, des compromis.

Les qualités techniques du bâti sont essentielles dans ce système de relations de voisinage. Les demandes d'isolation acoustique, thermique dépassent les raisons économiques et/ou techniques. Il existe un réel besoin de rechercher un espace protégé, une « bulle protectrice ». Si la frontière entre les espaces privés disparaît, s'il y a porosité, chacun se sent atteint, vulnérable. On constate un véritable écrasement des espaces de la vie familiale et personnelle. Tout ce qui fait partie de la vie intime se trouve en quelque sorte collectivisé de force. Chacun profite des scènes de ménage rituelles, du chien qui aboie, de la chaîne hi-fi...

L'extérieur, l'autre, vécus comme menaçants, deviennent source de conflits permanents, provoqués ou subis. « *Les parties communes d'un immeuble constituent une zone frontière entre soi et les autres. Elles n'appartiennent pas en propre à l'individu qui doit les partager avec ses voisins. Ces espaces sont propices à l'éclosion de tensions lorsque leur fonction-tampon est défaillante ou attaquée par des tentatives d'appropriation : encombrement par des objets personnels (poussettes, vélos...), annexion comme lieu de rencontre (groupes d'adolescents)... Une part de ces appropriations correspond probablement à une inadéquation de l'habitat lorsque que celui-ci ne prend pas suffisamment en compte certains besoins domestiques ou sociaux. »*¹¹

Les relations au quartier, à la ville dépendent fortement du niveau d'insertion des personnes. Plus la personne est intégrée, plus elle devient mobile. Son espace relationnel est large. A contrario, moins elle est intégrée plus elle est dépendante, attachée, recluse, assignée à résidence, ou alors dans ce que l'on pourrait identifier comme une « hyper mobilité » mais qui s'assimile à un désengagement, une non-appartenance.

Les personnes précarisées sont peu mobiles ou bien dans un processus d'errance. La question de la mobilité n'est pas une question technique renvoyant à l'existence ou non d'un moyen de locomotion, individuel ou collectif. Pour se déplacer, il faut qu'il y ait un intérêt. Les personnes disqualifiées socialement, ne trouvent plus souvent le désir, l'énergie, les raisons de se déplacer. Leur espace de vie se restreint progressivement, tout comme leurs réseaux relationnels.

3. Crise du logement et son impact sur la santé mentale

Le thème de la crise dans l'histoire du logement depuis les débuts de l'industrialisation au XIXème siècle est un thème récurrent. Il trouve son origine dans les problèmes de pénurie de l'offre, d'insalubrité, d'inadaptation entre offre et demande, d'inégalités fortes entre les différents groupes sociaux.

La crise du logement s'exprime aujourd'hui en terme de possibilité d'accès, de maintien dans les lieux, de difficultés de cohabitation, de déséquilibres sociaux et économiques. « *La déstabilisation de la relation locative est devenue une des questions les plus préoccupantes pour de nombreux ménages bruxellois. La fin d'un bail, son non-renouvellement, voire sa rupture est le début d'un déclassement social durable, éventuellement sanctionné ou prolongé par la déstabilisation des relations familiales, sociales et professionnelles. La raréfaction du nombre de logements décents à loyers modérés multiplie les demandes implicites ou explicites de la population, tant à l'adresse des politiques sociales en général qu'à l'égard des politiques du logement et notamment du logement social.* »¹²

Dans de nombreuses situations, le logement, espace intime qui permet d'être soi, cesse d'être un lieu privilégié lorsque le locataire est confronté dans son intérieur, à des difficultés émanant de l'extérieur. Ainsi, les problèmes de voisinage (relationnels, bruits domestiques...) peuvent être la cause de manifestations pathologiques (anxiété, dépression, insomnie...) lorsque le locataire ne se sent plus protégé dans son intimité. L'exiguïté de certains logements est également un facteur prédisposant aux difficultés et aux troubles pouvant affecter la santé mentale des occupants. Ceux-ci n'ont guère de place pour se mouvoir ou voir respectée leur intimité.

Le logement constitue une longue chaîne dont chacun des segments interagit sur l'autre. Les personnes ne sont pas assignées à résidence et aspirent à passer d'un maillon à l'autre en fonction de leur âge, de la composition de leur famille, de leurs capacités financières. Cette mobilité résidentielle suppose que le parc de logements offre des disponibilités dans chacun de ses segments. Or, tous les indicateurs le montrent, on assiste aujourd'hui à un blocage du système et les besoins émergent de façon pressante dans chacun des segments. Ce blocage est évident pour les populations qui n'ont pas encore pu accéder au logement ou qui se trouvent dans l'incapacité d'en changer notamment en raison de la faiblesse de leurs revenus. Cette pénurie se transforme en véritable crise de logement.

Pour de nombreuses catégories de populations, bénéficier d'un logement décent et financièrement accessible est de l'ordre de l'aléatoire voire de l'impossibilité. La question du logement pour ces catégories se pose en termes difficiles voire dramatiques. Les difficultés rencontrées relèvent d'une insuffisante solvabilité au regard du fonctionnement du marché locatif. Un nombre important de bruxellois allouent plus de 40% de leur revenu au logement. Pour boucler un budget absorbé par une charge logement trop élevée, ces bruxellois sont amenés à réduire les dépenses de première nécessité notamment par un recours aux soins de santé plus tardif, par le délaissement de certaines filières de soins (dentistes, kinésithérapeutes...), par des restrictions alimentaires et vestimentaires, par l'absence de participation à des activités culturelles...

Sont concernés par la question du logement, non seulement des « exclus » mis en avant à chaque vague

de froid, mais une multiplication de situations de précarité (les chômeurs, les travailleurs en emploi précaire, les jeunes en difficulté d'insertion, les personnes de 50 ans précarisées sur le plan professionnel, les familles monoparentales...).

Si on soulève le toit des maisons et des immeubles, Bruxelles abrite des vies. Ces vies sont des vies d'individus, de familles qui, pour beaucoup, n'en peuvent plus de souffrir physiquement et psychiquement et de vivre dans la précarité.

La précarisation du travail et l'insécurité sociale, la multiplication des situations de basculement, de rupture affectent les trajectoires individuelles et collectives et engendrent la difficulté à s'inscrire de manière durable dans des repères valorisants et équilibrants sur le plan social et économique.

Les déchirures affectives fragilisent les supports sociaux qui permettent de s'inscrire de façon structurante et cohérente au sein du corps social. Nous sommes dans un processus de fractionnement des solidarités et des cadres de vie. Il n'est pas rare, aujourd'hui, de voir des personnes dégringoler, perdre leurs repères, leurs soutiens et leur niveau d'appartenance, pour passer par des stades d'isolement et d'exclusion. Différents rapports montrent que 30% des Bruxellois sont en situation de pauvreté ou de précarité suivant les normes européennes.

L'ensemble des acteurs du logement, dans leur diversité, sont confrontés aux problèmes de santé mentale, au sens large de mal-être. A titre indicatif, nombre de bailleurs notamment dans le logement social, se trouvent isolés et démunis face la complexité de certaines situations et de leurs manifestations (relations de voisinage problématiques relevant d'un sentiment de persécution, accumulation d'objets et de déchets organiques et corporels au domicile, dégradations, souillures, montée des incivilités..) et ce d'autant plus qu'ils ont des obligations vis-à-vis des autres locataires au niveau de la sécurité et de la tranquillité.

La précarisation des conditions d'existence révèle la difficulté croissante pour de nombreux locataires à honorer leurs obligations dans le cadre de la relation locative (paiement du loyer, usage du logement en « bon père de famille », entretien du logement..). Ils ont peur de perdre leur « point d'ancrage », peur de perdre cet objet social qu'est le logement.

Perdre son logement notamment en cas d'expulsion est souvent un événement traumatisant et déterminant dans le déroulement des processus qui conduisent à l'exclusion.

Les individus vivent dans une société précaire. La précarité peut se définir comme « *la peur de perdre les objets sociaux, l'obsession de perdre* »¹³. On entend par objets sociaux, les structures concrètes que notre société a érigé comme fondamentale donnant un statut, une reconnaissance d'existence, une valeur et autorisant des relations : le travail, le logement, l'argent, la formation, les diplômes...

Le rapport Wresinski¹⁴ montre que ces objets sociaux

conditionnent la sécurité de base de l'individu et que leur perte amorce l'entrée dans le processus de précarisation.

Les acteurs du logement sont confrontés de plus en plus à des personnes aux besoins complexes et fluctuants. Les profils cliniques sont polymorphes : des intrications et des balancements entre des difficultés familiales, sociales et économiques, des perturbations psychologiques qui relèvent parfois de la psychiatrie, des déficiences diverses aussi bien physiques que mentales. Ce mal-être, cette souffrance psychique s'expriment concrètement avec des comportements d'isolement, des échecs répétés, des conduites à risque, des recours aux substances psychoactives, des violences agies et subies. Les modalités d'expression de la souffrance psychique chez de nombreux locataires sont très diverses : inscription dans le temps de l'instant et impossibilité de se projeter dans l'avenir, solitude affective, sociale et relationnelle et incapacité de créer de nouveaux liens, conduites d'évitement, de repli, de passivité, dégradation de l'image de soi, incurie, perte du sentiment d'utilité, altération du sentiment d'exister, repli sur soi, sentiment de honte¹⁶ vis-à-vis de soi, troubles dépressifs, déni de la souffrance...

Le fait d'être dans une disposition négative au regard de soi même perturbe et dégrade les relations de la personne au sein de son réseau social et de son espace privé. Ces spirales affaiblissent les liens qui devraient précisément apporter du secours, à commencer par l'entourage proche. S'y ajoute la perte relative à la disposition à aller vers les ressources existantes (soins, travailleurs sociaux...). L'écart se creuse alors entre les dispositifs qui ont été pensés pour les personnes en difficulté et ces mêmes personnes en difficulté. Pour elles, aller vers un dispositif signifie accepter le stigmate et le diagnostic qu'elles ont commencé à incorporer. La santé mentale est finalement vécue comme une zone d'identification négative. Aller vers un professionnel, c'est, à leurs yeux, s'auto-désigner et se faire reconnaître comme une personne ayant, en plus de tous ses autres problèmes, une difficulté psychique. Cette situation entraîne un accroissement de l'isolement, des phénomènes de stigmatisation et de discrimination. Les personnes continuent à agir et à vivre mais en s'inscrivant dans la vulnérabilité et la nécessité de trouver des supports sociaux de bricolage.

Face aux problématiques dites de « lien social », les acteurs du logement cherchent auprès des services de santé mentale un remède afin de répondre aux situations de crise. Ceux-ci sont souvent débordés et ne peuvent pas toujours répondre aux sollicitations des intervenants du secteur du logement confrontés au quotidien à la souffrance psychique des locataires en situation de précarisation. De nombreux locataires très désinsérés ne peuvent s'inscrire dans une démarche classique de prise en charge, dans une continuité de soins ; les délais d'attente sont trop longs, l'approche traditionnelle est inadaptée, les thérapies classiques souvent inopérantes. De plus les services de santé mentale n'offrent souvent que des réponses

individuelles aux souffrances psychiques, voilant les lectures et les interventions communautaires à même de soutenir les personnes et les groupes en détresses multiples.

Ces intervenants sont, par ailleurs, souvent confrontés à une « non demande » de la part de ces personnes en situation de précarité. La demande n'est plus formulée verbalement mais par l'intermédiaire de leur corps devenu outil et qu'ils mettent en danger : alcoolisation, tabagisme, tentatives de suicide répétées. Cette dissymétrie génère aussi de la souffrance chez les professionnels qui constatent en permanence l'écart existant entre leur expérience, leur idéal de réinsertion et la réalité de leur travail. Cette souffrance partagée place les travailleurs en position de « précaire parmi les précaires » et provoque le « burn-out syndrom ». De plus, les solutions qu'ils ont à proposer à ces personnes sont parfois dérisoires par rapport aux problèmes qu'ils ont à résoudre.

4. Conclusion

La question du logement se pose de manière importante pour de plus en plus de bruxellois compte tenu d'un désajustement notoire entre l'offre et la demande de logements. La compréhension de cette problématique ne peut se faire en dehors de l'analyse des processus sociaux et économiques qui sont à l'oeuvre sur le territoire de la Région bruxelloise. Le décrochage par rapport au travail, l'incapacité d'inverser le mouvement tendanciel de croissance du chômage, la distance des liens sociaux, familiaux et affectifs ont produit des trajectoires chez beaucoup de personnes de disqualification sociale, de désaffiliation. La Région de Bruxelles-Capitale se doit de produire et de rendre accessible une offre de logements neufs et réhabilités permettant la reconnaissance sociale des personnes et répondant au plus près de leurs besoins. La politique du logement doit elle-même être articulée à d'autres politiques touchant d'autres domaines, comme l'emploi et le développement économique permettant de réduire le nombre de personnes exclues du marché du travail, la formation, l'aménagement du territoire, la mobilité, l'environnement, le social... Dans une société, où le risque, l'instabilité, la vulnérabilité dominant, ne faudrait-il pas réfléchir à renouveler la protection sociale en l'élargissant à des champs et des risques nouveaux, en particulier au logement ?

Des pratiques sanitaires notamment dans le champ de la santé mentale peuvent venir soutenir les personnes désinsérées, dans la mesure où elles vont intégrer un travail sur le « chez-soi » vécu sur un mode défaillant : repli sur soi, difficultés à se projeter, à investir les autres, le logement, l'environnement, à s'engager dans une démarche de projet. Dans cette perspective, il paraît important de réfléchir à la formation des intervenants pour un travail sur les histoires de vie, puisque le rapport au logement, à « l'habiter » est référé à ce parcours de vie. L'appropriation de l'espace logement passe par un réinvestissement de soi, il implique une

réconciliation de l'individu avec lui-même, avec les autres.

Le défi posé aujourd'hui à l'ensemble des acteurs sociaux, politiques et économiques porte sur la capacité collective à produire des réponses, des pratiques pour permettre aux personnes précarisées de retrouver une place dans la société. Cela passe notamment par le travail en réseau. Les professionnels ne peuvent plus gérer seuls les situations complexes qui relèvent dans de nombreux cas d'une pluralité d'actions. Le travail en réseau suppose que les différents intervenants du champ du logement, de la santé mentale, du social, de l'emploi, se connaissent, apprennent à travailler ensemble, coordonnent leur action autour de projets communs. Il importe donc d'aider à la construction d'un langage commun, à la mise en synergie des savoirs, des expériences. Cela impose aux divers acteurs la perception claire des limites de leurs champs respectifs et la capacité de les mettre en musique conjointement, sans prétendre à un quelconque leadership. On peut dire aussi qu'un Réseau c'est : faire prendre la mayonnaise à partir du mille-feuilles sans casser d'oeufs. Cette définition vient de l'idée de faciliter la coordination et la complémentarité des acteurs (« la mayonnaise ») par rapport à la situation antérieure de pratiques hiérarchisées, juxtaposées, ne communiquant pas (« le mille-feuilles »), avec la participation de tous, sans laisser d'acteurs sur la touche (« sans casser d'oeufs »). Le réseau est une organisation horizontale fondée sur l'alliance des compétences. Dans ce cadre, les mandataires politiques et les administrations doivent montrer l'exemple.

1. *Les politiques de l'habitation en perspective* – Actes du colloque du 7 décembre 2001 – Société d'habitation du Québec.
2. « *Le terme intimité se réfère à la fois à un besoin – la nécessité de disposer d'un espace privé – et à une conduite – la mise en oeuvre des moyens permettant à l'individu d'établir une séparation physique ou psychologique du monde existant (...). Pour la plupart des gens, le self est une entité fragile et vulnérable que l'on souhaite protéger dans un espace familial perçu comme inviolable.* »
Yvonne BERNARD - *Du logement au chez-soi* - Logement et Habitat l'état des savoirs – Ed. La Découverte 1998.
3. « *Terminologie visant à rendre compte des difficultés manifestes vécues par certaines personnes sans que pour autant une maladie mentale soit identifiable. Plusieurs dimensions coexistent dans cette souffrance : la traduction d'un état (tensions, douleur intime, symptôme), un mode de communication (expression d'un refus, d'une impossibilité, du caractère insupportable d'une situation) et d'une manière d'agir, de gérer les tensions, de se manifester (éventuellement de manière violente). On parle également du mal-être et de la façon de ne plus arriver à réaliser le sens de sa vie.* »
Resscom – Séminaire *Ville, Violences et Santé mentale* - Avril 2001.

« *La souffrance psychique est aujourd'hui synonyme d'altération du lien social et témoigne l'ampleur des processus de crise à l'oeuvre dans notre société : elle est en, quelque sorte, l'expression psychologique individuelle d'une souffrance sociale.* »
Jean Pierre MARTIN - *Psychiatrie dans la ville Pratiques et clinique de terrain* - Edition Eres 2000 ».

4. Habitat et santé : état des connaissances – O.M.S. Budapest – Quatrième conférence ministérielle sur l'environnement et la santé – Juin 2004.
5. Habitat et santé : état des connaissances – O.M.S. Budapest – Quatrième conférence ministérielle sur l'environnement et la santé – Juin 2004.
6. Habitat et santé : état des connaissances – O.M.S. Budapest – Quatrième conférence ministérielle sur l'environnement et la santé – Juin 2004.
7. *Qu'est ce qu'habiter* - Ed. Z' Edition
8. Habitat et santé : état des connaissances – O.M.S. Budapest – Quatrième conférence ministérielle sur l'environnement et la santé – Juin 2004.
9. Habitat et santé : état des connaissances – O.M.S. Budapest – Quatrième conférence ministérielle sur l'environnement et la santé – Juin 2004.
10. Habitat et santé : état des connaissances – O.M.S. Budapest – Quatrième conférence ministérielle sur l'environnement et la santé – Juin 2004.
11. Habitat et santé : état des connaissances – O.M.S. Budapest – Quatrième conférence ministérielle sur l'environnement et la santé – Juin 2004.
12. *Le droit au logement. Bilan d'une première législature bruxelloise* – Marie-Laurence DE KEERSMAEKER, Luc CARTON – Ed EVO 1995
13. Jean FURTOS – Dossier *Souffrances psychiques Désespoir professionnel et bisexualité* – Pratiques en santé mentale 2004 n°1.
14. Avis et rapports du Conseil économique et social - *Grande pauvreté et précarité économique et sociale* - Paris 1987.
15. Dans le bulletin national « Santé mentale et Précarité » n° d'avril 2002, MAISONDIEU écrit : « *la honte pousse les exclus à se cacher et à cacher leur misère, mais elle est aussi paradoxalement un lien qui les relie aux inclus tout en les tenant à distance. Affect pénible de dévalorisation, sa présence chez les exclus signifie qu'ils se méprisent autant que les inclus les méprisent puisqu'ils ne leur font pas de place parmi eux . En ayant honte d'eux-mêmes, ils légitiment leur exclusion. Dès lors, non seulement la révolte leur est interdite, mais en plus faute de pouvoir faire envie, ils n'ont pas d'autre ressource que d'apprendre à faire pitié. Et le piège se referme, ils doivent rester pitoyables, c'est à dire exclus, pour qu'on s'occupe d'eux.* ».

Dans son ouvrage - *La Névrose de classe* - Edition Hommes et groupes, 1987, Vincent DE GAULEJAC analyse les mécanismes de défense mis en place par les individus pour supporter la violence psychique que la honte engendre :

- **La dénégation** : en niant la situation, l'individu garde l'estime de lui-même à travers une situation idéale qui n'existe pas ;
- **La résignation** : la personne accepte l'image négative qui lui est renvoyée sans chercher à lutter contre ou à la nier ;
- **L'isolement** : entraînant souvent une rupture des relations familiales, amicales, sociétales chez les individus parce qu'ils « ne veulent pas être vus comme ça ».

L'habitat : l'au-delà du logement comme visée

Nicolas BERNARD,
professeur aux Facultés universitaires Saint-Louis

"La véritable crise de l'habitation ne consiste pas dans le manque de logements [...]. Elle réside en ceci qu'il faut d'abord apprendre [aux mortels] à habiter"

Martin Heidegger, *Bâtir, habiter, penser*

1. Le logement ne sert pas qu'à abriter

Avec ses quatre murs et son toit, le logement est indispensable à l'homme, en ce qu'il lui permet de remplir l'essentiel des fonctions vitales et de reconstituer ses forces. Au-delà de la subsistance biologique, cependant, l'homme aspire à *s'épanouir* dans son lieu de vie, à habiter son logement. L'homme n'étant pas seulement soumis à des besoins, la question de son cadre de vie dépasse largement le problème du logement *sensu stricto*. L'habitat est censé fournir autre chose que l'abri. En plus de la jouissance immédiate du refuge physique, il doit surtout permettre à l'homme de se constituer une identité, digne et valorisante. "On peut occuper physiquement un habitat sans l'habiter à proprement parler si l'on ne dispose pas des moyens tacitement exigés, à commencer par un certain habitus", observe Bourdieu, pointant ainsi la dimension *subjective* de l'habitat¹. L'*acte* d'habiter se situe donc au confluent de différentes demandes. L'habitat authentique représente ainsi ce lieu où non seulement l'être humain se joue des éléments mais, principalement, se construit, dans la durée. Au sein d'un monde soumis au changement permanent, l'habitat remplit une essentielle fonction unifiante dès lors qu'il permet à l'être humain de se recomposer, de retrouver son ancrage et ses racines en même temps que sa propre singularité. "Si quelque chose de ces retrouvailles n'est pas réalisé ni même possible, alors l'homme n'habite pas, il transite seulement"².

L'habitat requiert donc bien plus que la matérialité du logement (tout en ne pouvant faire l'économie de celle-ci). Fort opportunément, le législateur commence à se montrer sensible à la question de l'habitat. Ainsi, les agences immobilières sociales, qui ont pour mission de gérer des logements privés pour les mettre en location à des personnes démunies, prodiguent un véritable accompagnement social à leurs locataires, qu'elles axent expressément, en Wallonie à tout le moins, sur la

"pédagogie de l'habiter" (laquelle englobe la régularité du paiement du loyer, l'utilisation adéquate du logement et le respect de l'environnement humain et physique)³. Par ailleurs, le Code wallon du logement déclare officiellement, en son article 2, vouloir "mettre en oeuvre le droit à un logement décent en tant que lieu de vie, d'émancipation et d'épanouissement des individus et des familles", tandis que l'exposé des motifs précise : "Il importait d'adapter la philosophie même de la notion de logement. Plus que des pierres et du ciment, le logement de nos jours revêt un aspect social et culturel. Il est un outil d'intégration sociale et le creuset de la vie familiale"⁴.

2. L'habitat, la constitution de l'identité et la structuration du monde

En plus de répondre à l'impératif pratique d'abriter, l'habitation remplit un rôle privilégié dans la constitution de l'identité. Si, pour se comprendre, l'homme a besoin de savoir d'où il vient et où il va, il ne pourra déployer sa réflexion qu'après s'être situé, qu'après avoir délimité le lieu de son être. La maison, explique Lévinas, provoque la "suspension des réactions immédiates que sollicite le monde, en vue d'une plus grande attention à soi-même". Introduisant une nécessaire distance par rapport au "gouffre incertain de l'élément", le "recueillement" dans la demeure représente ainsi la condition première de l'intériorité⁵. Et cette intériorité, notamment, distingue l'homme (qui a besoin d'un endroit pour se retrouver, être avec lui-même, réfléchir) de l'animal, toujours affairé.

Support spatialisé de l'identité, prolongement de la personne sur le plan mental et symbolique, l'habitat suscite logiquement un très vif désir d'identification. Mais lorsque l'espace habité est disqualifié, cette

opération se révèle impossible, car elle supposerait alors l'acceptation d'une image de soi dépréciée. Autant l'être humain se construit son identité, autant celle-ci reste tributaire d'une reconnaissance extérieure, d'une attestation par autrui.

Le retrait du contact brut avec les éléments introduit, paradoxalement, une disponibilité nouvelle à leur endroit : de sa demeure en effet, l'homme ose affronter le cosmos. Le recueillement dans la demeure permet à l'habitant de se représenter la nature et de la travailler. L'ajournement de la jouissance rend accessible un monde, mais un monde gisant en déshérence, à la disposition de celui qui en prendra possession. Ce monde, angoissant parce qu'indifférent à notre existence, reste à apprivoiser par le travail. Il faut "intérieuriser l'extérieur"⁶.

Voilà pour quelques-uns des *effets* d'un logement élevé au rang d'habitat. Mais quelles *conditions* un logement doit-il remplir pour prétendre à pareil statut ?

3. L'habitat comme interface située

Alors que le logement se laisse saisir par des caractères *intrinsèques* (âge, superficie, salubrité, etc.), l'habitat ne peut se définir que de *l'extérieur*. Se loger implique une recherche d'isolement, mais habiter demande, au contraire, d'être avec les autres, d'être présent au monde. Par ailleurs, et c'est la seconde différence, le logement instille chez l'occupant une certaine dose de maîtrise sur son lieu de vie ("charbonnier est roi en sa maison"). À l'inverse, l'habitat projette l'homme dans un univers extérieur hostile, parce que soumis à d'autres règles. "Habiter signifie *être habité*", observe René Schoonbrodt⁷. Ainsi l'habitat place-t-il la personne pauvre, par exemple, au cœur des tensions sociales et lui rappelle sa position déséquilibrée dans ce rapport de forces. Zone de non choix (ne fût-ce qu'en raison du voisinage imposé et de cette proximité physique non désirée qui parfois dégénère), la société, qu'au-delà de son logement l'homme habite, représente ainsi un espace de démaîtrise radicale et de sujétion sociale.

C'est pour recouvrer une certaine forme de contrôle sur son lieu de vie et, en définitive, sur soi-même que de très nombreuses personnes se tournent vers des habitats susceptibles de leur (re)donner ce sentiment perdu de liberté (exode en périphérie, investissement massif des pavillons de banlieue et prédilection accordée aux maisons "quatre façades"). Voilà donc dangereusement recherchées — et transposées — dans le domaine de l'habitat les caractéristiques de rupture et de désinsertion propres au logement pris au sens strict. Or, le progrès n'advient que de la rencontre avec l'altérité. Comment donc faire pièce à ce mouvement de repli social tout en répondant au besoin légitime de sécurisation ? En permettant, par exemple,

aux habitants de maîtriser, non plus seulement leur logement mais aussi leur environnement, c'est-à-dire de peser sur le devenir de la ville.

Au-delà du logement, c'est l'habitat qui doit donc être visé. La qualité d'un logement ne se réduit pas à son accessibilité financière ou sa salubrité. Une architecture à taille humaine, un environnement sain, une vie de quartier dynamique et sécurisante, des services publics efficaces ou encore une proximité avec le centre-ville, voilà autant de paramètres qui doivent également être pris en considération. Concrètement, des solutions alternatives au logement social doivent être ainsi développées, comme le phénomène des "agences immobilières sociales". S'attachant à distiller, au sein du tissu urbain, de petites unités de logement louées à titre d'habitation sociale, cette instance d'intermédiation entre propriétaires privés et locataires constitue indéniablement une réalisation stimulante, à défaut d'être totalement convaincante sur le plan de l'efficacité quantitative.

4. L'habitat comme projection de l'intime

Pour s'épanouir pleinement dans un cadre de vie harmonieux, l'homme doit donc habiter son logement, c'est-à-dire le faire sien, le configurer à son image, y retrouver ses propres déterminations. "Habiter publie ce qu'on est"⁸. Les langues elles-mêmes, du reste, tracent ce lien de parenté entre "habiter" et "s'approprier", qu'on se réfère par exemple au couple latin "*habere*" - "*habitare*"; l'exploration des racines linguistiques met ainsi à jour une stimulante chaîne logique "avoir/habiter/habit/habitude", aux prolongements anthropologiques éclairants. Pareillement, l'anglais relie explicitement "inhabit" (habiter) à "habit" (habitude) tandis que le néerlandais fait pareillement dériver "gewoonte" (habitude) de "wonen" (habiter).

Mais comment s'approprier un logement ? Car on peut très bien posséder un logement sans pour autant se l'approprier. Qu'on songe un instant aux dégradations que les habitants des cités commettent sur leurs *propres* équipements collectifs. De quelle manière faire donc sien ce qui, à première vue, est radicalement étranger, de par sa matérialité irréductible, froide et austère ? Comment faire coïncider deux univers apparemment antagoniques, l'un fait d'intimité et de subjectivité, et l'autre qui impose sa masse dans son indifférence passive ? Même s'il existe une infinie variété de logements et une égale diversité d'occupants, et en dépit du fait que le concept d'appropriation — subjectif par nature — répugne quelque peu à la modélisation, le "logement appropriable" semble bien être celui qui permette à son occupant de déployer son imagination, aux fins de se reconstruire un cadre de vie. Pour ce faire, ce logement habitable doit renfermer une certaine histoire et offrir à l'habitant un mélange dosé d'espace et de parts d'ombre. En tout état de cause, une certaine mesure doit guider la démarche d'intériorisation, car l'excès d'identification

dans les lieux peut s'avérer contre-productif et rend la place insupportable à son occupant, qui y étouffe.

Si l'on n'habite son logement qu'à partir du moment où on se l'est approprié, que faut-il penser alors des règlements locatifs excessivement stricts qui gouvernent la location sociale ? En prohibant, par exemple, l'affichage de posters ou tout autre aménagement des lieux, certaines sociétés de logement empêchent, *de facto*, toute appropriation, contribuant indirectement à la dégradation de l'appartement et à l'amplification du mal-être dans les cités. Dans le secteur locatif privé, le bail de rénovation — qui permet au locataire de rénover un bien insalubre aux frais du propriétaire — peut rendre au preneur un peu de son autonomie. Dans cette même ligne, il est temps de donner un statut au phénomène du squat, pour peu que ces occupations précaires, portées la plupart du temps par un véritable projet, contribuent à rendre au bien sa vie et au quartier sa vitalité. Enfin, comment donner un sentiment plus fort d'appropriation qu'en légalisant les pratiques — répandues — d'autoconstruction, pour autant que celles-ci ne portent atteinte ni à la sécurité des occupants ni à l'environnement ? Tirant ainsi parti d'une parenté étymologique entre "bâtir" et "habiter" ("*bauen*"), Heidegger affirmait que "bâtir n'est pas seulement un moyen de l'habitation, une voie qui y conduit, bâtir est déjà, de lui-même, habiter"⁹.

Conclusion

Si les différentes réglementations en la matière ne cherchent à offrir qu'un simple abri aux mal-logés, elles ne parviendront jamais à forger chez l'occupant ce sentiment de plénitude que seul peut procurer un habitat authentique. Or, en dépit du foisonnement des initiatives légales, les personnes pauvres ne parviennent pas à trouver dans leur logement les conditions d'un épanouissement individuel et familial. C'est que la puissance publique se contente de leur conférer une emprise précaire sur leur lieu de vie, alors que les pauvres recherchent une véritable maîtrise de leur cadre d'existence. Les besoins les plus immédiats seront peut-être soulagés, mais le mal-être persistera. Cette politique à courte vue condamne en définitive la puissance publique à faire du ravaudage social. S'ils ne peuvent donc pas trouver dans leur espace de vie ce lieu propice à leur épanouissement, les exclus seront alors rapidement *exclus de leur propre logement*. Traditionnellement aliénés dans leur relation au travail, ils le seront également dans leur rapport au logement, lequel prolongera, sur les plans spatial et physique, l'insupportable état de sujétion socio-économique. S'il ne contribue donc pas, par les potentialités qu'il offre à son occupant, à insérer socialement, le logement creuse encore la marginalité. L'habitat authentique, voilà en définitive l'angle d'approche que la politique du logement doit privilégier si elle ambitionne de traiter la cause du phénomène du mal-logement plutôt que de combattre en superficie un symptôme appelé par conséquent à refluer indéfiniment.

1. P. BOURDIEU (dir.), *La misère du monde*, Paris, Seuil, 1993, p. 165.
2. B. SALIGNON, *Qu'est-ce qu'habiter ? Réflexions sur le logement social à partir de l'habiter méditerranéen*, Nice, CSTB Éditions, 1992, p. 24.
3. Arrêté du Gouvernement wallon du 17 mars 1999 portant agrément d'agences immobilières sociales, M.B., 1er mai 1999, art. 9, al. 3.
4. Projet de décret instituant le Code wallon du Logement, exposé des motifs, Doc., Cons. rég. w., sess. ord. 1998-1999, n°371.
5. E. LÉVINAS, *Totalité et infini*. Essai sur l'extériorité, Paris, Le livre de poche, 1996, p. 167.
6. Cf. L. HIMY, Maurice Blanchot. *La solitude habitée*, Paris, Bertrand-Lacoste, 1997, p. 52.
7. R. SCHOONBRODT, "Habiter", *Le logement à l'aube du XXIème siècle. Quelques perspectives et enjeux pour demain*, Jambes, Direction Générale de l'Aménagement du Territoire, du Logement et du Patrimoine de la Région wallonne, 2000, p. 52.
8. R. SCHOONBRODT, *ibidem*, p. 50.
9. M. HEIDEGGER, "Bâtir, habiter, penser", *Essais et conférences*, Paris, Gallimard, 1995, p. 171.



Des lieux et des maux.

Sur quelques relations entre le lieu de vie et la santé mentale.

Sylvain Péchoux
sociologue

Equipe de Recherche sur les Inégalités Sociales,
Centre Maurice Halbwachs (EHESS/CNRS/ENS)
et Equipe « Déterminants Sociaux de la Santé
et du Recours aux Soins », INSERM U707.

Les conséquences de la précarité des conditions d'existence sur la santé – mentale en particulier - font l'objet d'un nombre croissant de démonstrations, même si celles-ci ont parfois du mal à séparer ce qui relève des causes de ce qui relève des effets. Si la maladie mentale est un générateur puissant de difficultés économiques et sociales, il est cependant clair que, dans le faisceau obscur des causes qui mènent à la détérioration de la santé mentale, les difficultés économiques et sociales jouent un rôle important. Ce thème intéressa dès 1939, Faris et Dunham, deux sociologues de l'Université de Chicago, qui – dans leur étude intitulée *Mental Disorders in Urban Areas* – constataient que la fréquence des maladies mentales repérées dans cette grande ville diminuait graduellement des quartiers les plus pauvres aux quartiers les plus riches. Dès lors une question se posait : l'occurrence plus élevée des troubles de la santé mentale dans les quartiers les plus pauvres s'expliquait-elle par la concentration dans un même espace des personnes en difficultés sociales et économiques ou bien devait-on considérer que les caractéristiques mêmes des lieux de résidence dévolus à ces populations jouaient un rôle dans la survenue des maladies mentales ? A l'époque, il n'existait pas de moyen d'analyse permettant de séparer ces deux influences potentielles et la question resta posée. Depuis quelques années cependant, poussés par le développement d'outils d'analyse nouveaux et par le dynamisme d'un champ de recherche s'attachant à la mise en évidence des déterminants sociaux de la santé, épidémiologistes, sociologues et psychologues environnementaux se sont à nouveau penchés sur cette question de la mise en évidence d'effets contextuels sur la santé mentale. Malgré des résultats qui ne convergent pas toujours et une ignorance encore grande des mécanismes à l'oeuvre, ces multiples travaux ont produit une somme de connaissances dont il est intéressant, dans le cadre de ce

numéro de *Mental'Idées*, de présenter quelques résultats, même de façon brève et incomplète.

Lorsque nous utiliserons le terme santé mentale dans ce texte, nous nous référerons à un ensemble de pathologies mentales non restreint, tout en sachant que nos propres travaux ainsi que la plupart de ceux cités se sont intéressés plus particulièrement au cas des épisodes dépressifs (classe F32 du CIM-10).

Le Logement, territoire d'une intimité à préserver

Si le logement constitue l'un des premiers vecteurs de stabilisation pour des personnes en situation de grande précarité, et s'il est à ce titre utilisé comme moyen par divers dispositifs d'intervention, il peut aussi exercer – de par sa conception ou son état – une influence délétère sur les personnes qui l'habitent. On pense en premier lieu aux situations extrêmes de mal logement comme celles qui ont récemment fait l'actualité en France¹. Dans de tels contextes en effet, à la précarité extrême de la situation socio-économique des habitants, viennent s'ajouter l'état désastreux du bâti constituant un danger permanent, ainsi qu'une totale incertitude quant à l'avenir liée au statut d'occupation (squat ou hôtel meublé)². Ces cas extrêmes ne sont cependant pas les seuls où l'on peut constater un effet aggravant des conditions de logement sur la santé mentale des habitants. L'histoire de l'urbanisme et de l'architecture est ainsi faite d'« essais » architecturaux où le bien-être des habitants a pu sembler totalement absent de la réflexion. C'est le cas par exemple d'une architecture fonctionnaliste de type

fordiste, à base de grands ensembles, qui s'est développée à la fin de la seconde guerre mondiale. Si elle a pu constituer à l'époque une avancée réelle pour une classe ouvrière alors particulièrement mal logée (bidonvilles, cités d'urgence, etc.), sa rigidité et sa dévolution exclusive au logement³ ont peu à peu fait de cette forme architecturale l'une des causes des problèmes sociaux qui vont devenir, dans les années 80, le lot commun des « cités ».

Cet urbanisme qui ne laisse rien au hasard n'autorise en effet aucune possibilité d'appropriation du contexte, que ce soit au niveau du logement (peu voire pas de transformation possible), ou au niveau de l'environnement immédiat (tous les espaces sont dévolus à une fonction précise : parking, aire de jeu, voie d'accès). L'absence d'interstice dans lesquels la personnalité et la créativité de chacun peuvent s'exprimer tend à limiter grandement les activités ludiques ou de loisir comme le jardinage ou le bricolage. Divers problèmes corrélatifs à la grande taille de ces ensembles de logement sont aussi mis en avant par les études s'intéressant aux effets des conditions de logement sur la santé mentale. Une grande densité d'habitat favoriserait la perte de contrôle vis à vis des interactions interpersonnelles, source de stress et d'anxiété, tout comme l'excès d'interactions sociales non désirées⁴.

La fonction « refuge » du logement est par ailleurs fréquemment décrite par les sociologues s'intéressant aux conditions de vie des couches sociales les plus précarisées. Face à l'adversité, le logement est ainsi considéré comme la barrière physique qui assure la protection de soi, à la fois contre les atteintes de la condamnation collective qui pèse sur le quartier, et contre les intrusions du malheur des autres. Il est le lieu qui permet la préservation d'une dignité mise à mal par la réputation du quartier et au sein duquel peut s'opérer, via l'amour des proches, la restauration d'une identité malmenée par ailleurs. Pourtant, cette fonction refuge est souvent mise à mal par des conditions de logement qui ne permettent pas la préservation de l'intimité. Au delà des atteintes à celle-ci causées par la conception même des logements (mauvaise insonorisation, vis à vis directs, etc.), c'est la question de la densité d'occupation qui revient le plus souvent dans les analyses portant sur le lien entre les conditions de logement et la santé mentale. Le surpeuplement du logement, lot commun des ménages en situation de précarité, est ainsi décrit comme une des causes de certains troubles du développement cognitif des enfants. L'absence d'espace « à soi » où l'on peut passer du temps seul, mais aussi le peu de contacts extra-familiaux pour les jeunes enfants que l'on hésite à laisser jouer dehors, voire parfois la fréquence des conflits induits par la trop grande proximité dans le logement sont autant de facteurs nuisibles à un développement psychique harmonieux, directement imputable au surpeuplement.

Les conditions de logement ne seraient sans doute pas aussi cruciales vis à vis de la santé mentale si l'environnement extérieur offrait les ressources qui font défaut au foyer. Cependant, dans bien des cas, les

caractéristiques de l'habitat et celles du quartier de résidence sont fortement corrélées.

Le quartier comme source d'angoisse et d'anxiété

Les travaux portant sur le lien entre la santé mentale et les caractéristiques du lieu de résidence, s'ils ne sont pas aussi nombreux que ceux qui examinent les effets du contexte sur la santé « physique »⁵, ont néanmoins connu un développement exponentiel au cours des dernières années. Cette intensification de la recherche a contribué à un développement de nouvelles méthodes d'analyse (voir encadré Méthodes) et au renouvellement des hypothèses sur les mécanismes en cause dans la relation entre le contexte et la santé mentale⁶.

Du côté des causes que l'on pourrait qualifier de « structurelles », on recense toute une série de caractéristiques du lieu de résidence susceptibles d'influer négativement sur le bien être des individus. Il va s'agir par exemple d'éléments liés à l'urbanisme dont on a déjà pu parler, mais aussi de l'isolement de certains quartiers, enclavés et situés à l'écart des centres-villes, loin de toutes les opportunités (d'emploi, de loisir, de contacts sociaux diversifiés, de soins, etc.). L'influence des caractéristiques collectives des habitants est parfois mise en évidence : dans des quartiers où le taux de chômage est plus de deux fois supérieur à la moyenne nationale, où la précarité semble le lot quotidien, peu de « modèles » et d'échappatoires semblent en effet mobilisables pour construire un rapport serein à l'avenir. Enfin, mais la liste pourrait être étendue, la stabilité résidentielle a été pointée par différents travaux comme l'un des éléments aux conséquences néfastes sur la santé mentale. Le turn-over rapide des locataires qui caractérise les cités d'habitat disqualifié renforce le sentiment – pour ceux qui restent – de leur enfermement dans un territoire qu'ils ont peu d'espoir de pouvoir quitter.

Un autre ensemble d'hypothèses se rapporte à une théorie dite de la « désorganisation sociale » héritée de travaux pionniers, au début du siècle dernier, des sociologues de l'École de Chicago. Dans ce cadre, la dégradation de l'environnement socioéconomique (fréquence accrue du chômage, monoparentalité, pauvreté, etc.) s'accompagnerait d'un processus de décomposition des règles et des institutions sociales locales, générateur de désorganisation psychique et de stress menant notamment à la dépression.

Le stress et l'« anxiété sociale » qui seraient, selon Wilkinson, les médiateurs biologiques les plus vraisemblables dans l'explication des inégalités de santé⁷, s'imposent de manière assez évidente lorsque l'on recherche les mécanismes liant les caractéristiques du lieu de résidence à la santé mentale.

Dans une forme extrême, la désorganisation sociale peut s'accompagner de violences dont l'impact sur la

santé mentale n'est plus à démontrer.

Enfin, la majeure partie des auteurs insiste sur l'importance de la relation subjective qui unit l'individu à son environnement local, physique et social. La mauvaise réputation de certains quartiers a été reconnue comme l'un des éléments susceptibles d'influer sur la santé mentale des individus, en particulier pour ceux qui n'ont comme espace de vie que les limites étroites de leur quartier⁸. La stigmatisation du lieu de résidence, renforcée par les caractéristiques objectives du bâti, participe des « effets de lieu » dont on parle ici puisque, comme le rappelait Pierre Bourdieu dans la *Misère du Monde*, « le quartier stigmatisé dégrade symboliquement ceux qui l'habitent, et qui, en retour, le dégradent symboliquement, puisque, étant privés de tous les atouts nécessaires pour participer aux différents jeux sociaux, ils n'ont en partage que leur commune excommunication ».

Cette mise à distance sociale – incarnée dans la distance physique – a pu conduire certains psychiatres comme Alain Trémine à mettre en évidence de véritables « psychoses de relégation », renvoyant à l'impossible identification (comprise dans son acception psychologique) à l'environnement de résidence, aussi bien physique que social.

Pour notre part, nos travaux récents nous ont amené à penser que ce ne sont pas forcément les caractéristiques ou la réputation à un temps t d'un quartier qui aurait les effets les plus importants sur la santé mentale des résidents.

Tout comme Halbwachs l'avait montré pour le suicide, il semblerait que ce soit plus dans la période de changement, celle qui voit le statut d'un territoire évoluer négativement, que les effets du contexte sont les plus néfastes. Ceci pourrait expliquer pourquoi ce n'est pas toujours dans les quartiers les plus objectivement disqualifiés que les effets du contexte sur la santé mentale apparaissent les plus forts. Sentiment d'abandon, crainte pour l'avenir du quartier et pour sa propre place dans celui-ci seraient des facteurs de risque non négligeables pour l'apparition de troubles dépressifs.

Questions de méthode :

Comment isoler des « effets de contexte » ?

Dissocier les effets de contexte des effets de composition nécessite de recourir à un appareillage méthodologique sophistiqué. Les individus résidant dans un même quartier ayant bien souvent des caractéristiques plus proches entre eux qu'ils n'en ont avec des personnes résidant dans d'autres quartiers (origine, situation d'emploi, niveau de vie, etc.), les principes de la modélisation statistique simple ne sont plus respectés (hypothèse d'indépendance des individus). Il convient alors, pour séparer les effets imputables en propre aux caractéristiques individuelles de ceux liés aux caractéristiques des différents

contextes de vie de l'individu (le logement et le quartier par exemple), de recourir à des méthodes dites d'analyse multiniveaux. Ce genre de modèle statistique permet de séparer les effets liés aux caractéristiques purement individuelles des effets liés au contexte et de quantifier l'amplitude des variations entre quartiers vis à vis d'un phénomène comme l'existence de troubles dépressifs. On repère ainsi si le phénomène de santé étudié a ou non une dimension contextuelle et le niveau de celle-ci.

Par ailleurs, identifier un « effet » compris dans le sens d'une relation causale (cause à effet) nécessite un protocole de recherche permettant une interrogation des individus à plusieurs dates pour pouvoir identifier, par l'analyse diachronique, des séquences causales. Peu d'études ont jusqu'à présent utilisé ce genre d'enquête longitudinale, difficiles à mettre en place.

Enfin, seule l'approche qualitative par entretien approfondi et l'immersion de type ethnographique dans les quartiers disqualifiés est à même, selon moi, de comprendre finement la relation unissant les caractéristiques du quartier à la santé mentale de ses habitants.

Conclusions et implications pour les interventions en santé publique

Réaliser en quelques pages seulement un exposé des principaux acquis de la recherche en sciences humaines sur les effets du lieu de résidence (logement et quartier) sur la santé mentale laisse nécessairement au lecteur comme au rédacteur une impression de survol un peu hâtif⁹.

L'étiologie des maladies mentales et de la dépression en particulier reste encore largement à réaliser, si tant est qu'il soit un jour possible de démêler l'écheveau des causes qui mènent à ces pathologies. Cependant, de plus en plus d'éléments convergents amènent à penser que certaines caractéristiques du lieu de résidence pourraient se sur-ajouter aux caractéristiques personnelles de certains individus (chômage, pauvreté, prédispositions médicales, etc.), pour expliquer l'occurrence de certains troubles de la santé mentale. L'identification de ces facteurs de risque contextuels constitue donc un véritable défi en matière de santé publique en ce qu'elle peut permettre d'identifier des types de quartier à risque.

Dans ces quartiers où des facteurs contextuels auraient été identifiés par l'analyse comme agissant en tant que facteurs pathogènes supplémentaires, il serait alors possible d'adapter finement les actions en matière de santé en intégrant cette dimension « territoriale ».

Si elle ouvre des pistes intéressantes pour la recherche comme pour l'action, l'approche contextuelle ne doit

pas cacher que la première et principale cause sociale des problèmes de santé mentale reste liée à la précarité des conditions d'existence. Avant d'intervenir sur la qualité du bâti ou la réduction de l'insécurité¹⁰, c'est bien sur la restauration de la dignité par l'emploi et l'accès aux droits qu'il conviendrait d'agir.

1. Dans le courant du mois de septembre 2005 à Paris, plusieurs incendies ont touchés des squats et des hôtels meublés particulièrement dégradés faisant de nombreux morts parmi les résidents.
2. Quel que soit le type de logement, le statut d'occupation du logement (propriétaire, locataire, occupant sans titre, etc.) est d'ailleurs considéré par les chercheurs comme un élément important vis à vis de la santé mentale en ce qu'il renvoie à des notions de sécurité, stabilité, sens d'identité et possibilités d'appropriation (Mcintyre et al., 2001).
3. Dans une perspective urbanistique fonctionnaliste, chacune des fonctions urbaines est inscrite dans un espace spécialisé. La ville issue d'un urbanisme de « zoning » comprend ainsi des espaces clairement dévolus au commerce, d'autres strictement à l'habitat, etc.
4. En ce sens une expérimentation ayant conduit à découper en plusieurs tronçons un palier d'immeuble desservant au départ plusieurs dizaines de logements a montré que cette intervention – par la réduction du nombre d'individus amenés à se rencontrer dans cet espace – avait conduit à une diminution de l'anxiété des habitants, imputée à une meilleure régulation des interactions sociales aux abords du logement (Baum et Davis, 1980).
5. Voir les nombreux travaux portant sur l'influence du contexte sur la prévalence des maladies cardio-vasculaires, de l'obésité, etc. ainsi que sur les taux de mortalité.
6. Précisons néanmoins que tous les travaux portant sur ce thème ne concluent pas en l'existence d'effets de contexte se sur-ajoutant aux effets individuels et que globalement les effets contextuels identifiés sont d'intensité faible au regard de ceux imputables aux caractéristiques individuelles qui restent les principaux facteurs de risque en matière de santé mentale.
7. Y compris la santé biologique comme par exemple les maladies cardio-vasculaires que Wilkinson étudie (Wilkinson, 2002)
8. Plusieurs travaux dont les nôtres montrent ainsi que si le contexte agit sur la santé mentale, tous les individus ne sont pas également concernés (non linéarité des effets). Les personnes par ailleurs les plus fragilisées sur le plan identitaire (chômage, rupture conjugale, etc.) et les moins mobiles, pour qui le quartier peut représenter un espace où se rejoue une identité mise à mal par ailleurs, seraient les plus vulnérables à la dégradation de l'image de leur lieu de résidence.
9. Qui propose une vision un peu simpliste et misérabiliste de la situation dans les quartiers disqualifiés dont on sait par ailleurs qu'ils ne sont pas réellement des lieux anomiques, que des solidarités réelles se mettent parfois en place entre les habitants, et que toutes les « cités » ne sont pas des « quartiers sensibles ».
10. Voir les orientations actuelles de la politique de la Ville en France.

Bibliographie sommaire

- BAUM, A. & DAVIS, G. (1980). *Reducing the stress of highdensity living: an architectural intervention*. Journal of Personality and Social Psychology, 38, 471-481.
- BIDOU-ZACHARIASEN C. (1995). *Les rigidités de la ville fordiste, réflexions sur la genèse des dysfonctionnements dans les banlieues françaises*, in Espaces et Sociétés, n° 82-83, p. 159-165
- BOURDIEU P. (1993), *Effets de lieu*, in Bourdieu P. (dir), La misère du monde, Paris, Le Seuil, 1993, p. 159-167
- BOYDELL, J., VAN OS, J., MCKENZIE, K., ALLARDYCE, J., GOEL, R., MCCREADIE, R.G., & MURRAY, R.M. (2001). *Incidence of schizophrenia in ethnic minorities in London: ecological study into interactions with environment*. Bmj, 323(7325), 1336-1338.
- CHAIX B, CHAUVIN P. (2002). *L'apport des méthodes d'analyse multilevel dans l'analyse contextuelle en épidémiologie sociale : une revue de la littérature*. Rev Epidemiol Santé Publ; 50: 489-499.
- DIEZ ROUX, A.V. (2001). *Investigating neighbourhood and area effects on health*. Am J Public Health, 91(11), 1783-1789
- DUNCAN, C., JONES, K., & MOON, G. (1995). *Psychiatric morbidity: a multilevel approach to regional variations in the UK*. J Epidemiol Community Health, 49(3), 290-295.
- ELLIOTT, M. (2000). *The stress process in neighbourhood context*. Health and Place, 6, 287-299.
- FARIS, R.E.L., & DUNHAM, H.W. (1939). *Mental disorders in urban areas* Chicago: Chicago University Press
- HALBWACHS M. (2002). *Les causes du suicide*, Paris, PUF, coll. Le Lien Social
- JOUBERT M. (dir) (2004). *Santé mentale, ville et violences. Questions vives sur la banlieue*, Paris, Obvies/Ères.
- MCINTYRE, S., HISCOCK, R., KEARNS, A., & ELLAWAY, A. (2001). *Housing tenure and car access: further exploration of the nature of their relations with health in a UK setting*. Journal of Epidemiology and Community Health, 55, 330-331.
- PARIZOT I, PÉCHOUX S, BAZIN F, CHAUVIN P. (2004). *Enquête sur la santé et le recours aux soins dans les quartiers de la Politique de la Ville du 20ème arrondissement de Paris*. Rapport pour la Mission Ville de la Préfecture de Paris. Paris, Inserm U444, 203 p.
- PÉCHOUX, S., (2005). *Perceptions de l'espace résidentiel et santé mentale. Images des lieux et images de soi dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville du 20ème arrondissement de Paris*. in Chauvin P, Parizot I (dir). Santé et expériences de soins : de l'individu à l'environnement social. Editions de l'Inserm / Vuibert (à paraître)
- REIJNEVELD, S.A., & SCHENE, A.H. (1998). *Higher prevalence of mental disorders in socioeconomically deprived urban areas in The Netherlands: community or personal disadvantage?* J Epidemiol Community Health, 52(1), 2-7.
- ROSS, C.E. (2000). *Neighbourhood disadvantage and adult depression*. J Health Soc Behav, 41, 177-187.
- ROSS, C.E., REYNOLDS, J.R., & GEIS, K.J. (2000). *The contingent meaning of neighbourhood stability for resident's psychological well-being*. Amer sociological review, 65(August), 581-597.
- TRÉMINE, T. (2004). *Les psychoses de relégation: désorganisation psychique, exil et banlieue*. L'Information Psychiatrique, 80(6), 443-458.
- VILLECHAISE A. (1997). *La banlieue sans qualités. Absence d'identité collective dans les grands ensembles*, Revue Française de Sociologie, XXXVIII, p. 351-374
- WAINWRIGHT, N.W., & SURTEES, P.G. (2004). *Places, people, and their physical and mental*

Quelques considérations sur les rapports entre Logement et Psychisme.

Dr. Marc Segers, psychiatre
Médecin directeur du S.S.M. de Saint-Gilles

Ce texte est la réécriture partielle d'un exposé réalisé en 1996 lors d'un colloque sur le « Droit au Logement », organisé par l'asbl Droit et Société.

Lorsqu'on se penche un tant soit peu sur les relations qui peuvent exister entre logement et ce qu'il est convenu d'appeler santé mentale, on s'arrête d'abord aux lieux communs : vivre dans un logement insalubre, mal conçu ou trop exigu ne peut qu'avoir des retentissements négatifs sur le moral, les facultés psychiques ou l'appréhension du monde des individus. Inversement, de grosses difficultés psychiques entraînent régulièrement un appauvrissement économique responsable de problèmes de logement, ne fût-ce que par l'impossibilité de payer les loyers demandés actuellement pour un logement correct.

Il suffit cependant de pénétrer un peu plus avant dans le détail des situations concernées au quotidien pour s'apercevoir que cette relation est beaucoup plus complexe que ce que l'on pourrait penser au premier abord.

D'abord il convient de souligner que rares sont les patients qui nous consultent qui se plaignent de leurs conditions de logement ou qui mettent celles-ci en avant pour expliquer leur mal-être. Certains vivent très bien dans des logements très dégradés ou peu adaptés, d'autres très mal dans des prisons dorées dont ils n'arrivent plus à sortir pour tromper leur ennui et leur mal de vivre.

Les visites à domicile que nous sommes amenés à faire nous dévoilent des conditions de logement parfois extrêmement précaires sans que celles-ci soient l'objet de plaintes particulières.

Une deuxième analyse nous amènerait donc à relativiser les liens santé mentale – logement.

Pourtant l'impression, tenace, reste : il ne peut pas ne pas y avoir de lien. Pas un lien de cause à effet, mais un autre, plus complexe : l'habitat est un lieu dont l'investissement psychique se traduit par mille facettes,

intérieures et extérieures, conscientes et inconscientes, imaginaires et symboliques, personnelles et sociales.

La psychanalyse nous permet de poser quelques jalons, à même de nous orienter dans cette question. Celle-ci, le lien entre psychisme et habitat, préside presque à la naissance de la discipline : on rêve de maisons de façon récurrente et les dessins d'enfant commencent par des dessins de maisons.

Chacun reconnaîtra assez facilement que la maison dont il rêve n'est rien d'autre que la projection de sa propre personne, de son Moi. « *La maison constitue la seule représentation typique, c'est-à-dire, régulière, de l'ensemble de la personne humaine* » (S. FREUD - *introduction à la Psychanalyse* – petite Bibliothèque Payot, p 138). L'association, classique dans un rêve, de caves sombres et de greniers poussiéreux avec des zones inquiétantes et mystérieuses de soi-même n'est plus à même de surprendre grand monde à une époque où la révolution freudienne est, pour certains, de l'Histoire Ancienne.

Les dessins, sont quant à eux, pour les enfants, le matériel de base avec lequel travaillent les thérapeutes et psychanalystes. Le dessin est évidemment bien plus qu'un jeu ou une distraction, il est une véritable parole, qui permet à la subjectivité de l'enfant de s'exprimer. C'est un langage dont la partie symbolique doit être décryptée. Les dessins de maison sont à considérer comme une représentation de l'image inconsciente du corps. Exemple parmi d'autres, cet enfant où une malformation urétrale fut constatée sur base de dessins de maison où la fumée ne sortait pas de la cheminée et où les chemins ne conduisaient pas aux portes.

Le rêve chez l'adulte et le dessin chez l'enfant montrent donc le type de relations que le sujet peut tisser entre le corps, le Moi et l'habitat au niveau d'un imaginaire inconscient, et cela dès la prime enfance. On habite son corps comme on habite un appartement. On peut investir son habitat comme on peut investir sa vie.

L'habitat est donc le lieu où le sujet projette ses fantasmes, où l'Imaginaire trouve une scène pour y développer ses constructions.

Freud avait souligné le fait que la maison constituait une représentation de l'ensemble de la personne humaine. Donc une image. Mais il n'avait pas isolé l'ordre de l'Imaginaire comme tel. Il fallut pour cela attendre Lacan, qui en distinguant les trois ordres, Réel, Imaginaire, Symbolique, a permis d'affiner et de préciser ce qui était déjà présent dans les textes freudiens mais n'avait pas été suffisamment dégagé.

Ainsi le Moi, une des découvertes principales de Freud, trouve chez Lacan sa plus juste formulation « *le Moi n'est pas le Je. Il est autre chose, un objet particulier à l'intérieur de l'existence du sujet. Littéralement, le Moi est un objet. Un objet qui remplit une certaine fonction que nous appelons ici fonction imaginaire* » (J. LACAN, - Le Séminaire, Livre II - Ed. Seuil, p.60).

Freud n'en était pas loin lorsqu'il disait : « *Le moi est en dernier ressort dérivé de sensations corporelles, principalement de celles qui naissent de la surface du corps. Il peut ainsi être considéré comme une projection mentale de la surface du corps...* » (S. FREUD - Le Moi et le Ça - in Essais de Psychanalyse, Payot, p.238).

Didier ANZIEU a prolongé cette réflexion de Freud en la prenant à la lettre dans un livre, *Le Moi-Peau* (Ed. Dunod, 1985), où il montre le recoupement des fonctions de Moi et de la Peau. Moi-Peau d'une part, Moi-Habitat d'autre part, il est logique de rapprocher la Peau et l'habitat, comme l'a fait Yvonne CARTELLAN (*L'habitat familial : investissements psychiques et construction de l'identité*, in Le Journal des Psychologues, octobre 1988, no 61).

On peut passer rapidement ces fonctions en revue.

MAINTENANCE ET CONTENANCE, c'est-à-dire une fonction de soutien, de soutènement, de support, de sécurité. C'est ce qui entoure, enveloppe, et protège ce qui est à nous, ce qui nous est propre, notre intimité. C'est aussi ce qui sépare, ce qui est dehors de ce qui est dedans. C'est une limite ; dehors, ce qui est de l'ordre public, dedans, de l'ordre privé. L'autorité judiciaire ne peut entrer chez nous sans un mandat de perquisition. On retiendra également les témoignages de personnes cambriolées qui assimilent leurs sensations à celle d'un viol.

PARE-EXCITATION : il s'agit ici d'une fonction de protection contre les agressions de l'extérieur, physiques, climatiques, sociales, et contre tout excès de stimulations. On peut en voir un effet dans les jeux des enfants où la délimitation d'un espace « maison », leur assure sécurité, soulagement et protection, alors qu'« en dehors » le monde est vécu comme dangereux et angoissant.

Nombre de films d'épouvante jouent sur ces éléments lorsqu'ils font surgir le danger à l'intérieur même de la maison.

Par ailleurs, cette fonction de protection s'exerce également à l'encontre d'un excès de stimulations provenant de l'intérieur. Les disputes, les cris, les problèmes personnels ou familiaux sont contenus à l'intérieur et trouvent ainsi une limite à leur expression : « On lave son linge sale en famille ».

INDIVIDUATION : chaque être humain est différent.

Chaque logement aussi.

Par sa taille, son aspect, sa façon d'aménager l'espace, sa décoration, l'habitat présente un nombre infini de différences qui renvoient à l'infinité d'aménagements de personnalité.

On en voit évidemment l'illustration partout, mais nous pourrions mieux encore saisir l'importance de cette fonction par le contre-exemple : les cités dortoirs, les H.L.M où l'identité des logements est facteur de désidentification. Comment dans de tels environnements se sentir encore un être unique ?

FONCTION D'ÉCHANGE, de sas entre l'extérieur et l'intérieur.

Le logis est suivant les cas un lieu intime ou un lieu public. L'extérieur vient se manifester au sujet par l'intermédiaire de l'adresse, de la boîte aux lettres, du téléphone, de la sonnette à la porte. Toutes choses qui permettent de filtrer les stimulations de l'extérieur et qui rendent celles-ci métabolisables à l'intérieur.

On invite les amis chez soi quand on va bien, et on s'isole et s'enferme quand tout va mal.

FONCTION D'INSCRIPTION DES TRACES : c'est en effet le plus souvent dans son logement que l'Histoire du sujet se livre au travers des souvenirs et des réminiscences ; c'est là qu'il accumule photos et objets renvoyant chacun à des épisodes précis de sa vie, à des atmosphères, des sensations, des odeurs, des impressions, des situations marquantes.

Qu'est-ce que l'atmosphère d'une maison si ce n'est la juxtaposition d'éléments signifiants qui renvoient chacun à une série de souvenirs, d'associations, d'événements, qui peuplent non seulement la vie de la personne qui y habite, mais aussi la vie de la maison elle-même.

D'AUTRES FONCTIONS encore, comme le **REPOS**, la **RECHARGE LIBIDINALE** ou le **SOUTIEN DE LA VIE SEXUELLE**, pourraient être distinguées mais nous nous limitons à celles qui nous semblent les plus importantes dans notre propos actuel.

Toutes ces fonctions font partie intégrante de l'Imaginaire de chacun et on ne s'étonnera plus de l'assimilation que le sujet humain fait dans ses rêves et dans ses dessins entre le Moi, le corps, et l'habitat. Tout atteint à ce dernier est donc susceptible de se traduire par une souffrance psychique indéniable.

La blessure y est alors d'ordre narcissique, et non physique. Le confort est une notion liée à l'Imaginaire, à l'idée que l'on se fait de son identité, à l'image que l'on cultive de ses besoins. C'est la capture de l'Homme dans l'Imaginaire qui l'amène à désirer ce qu'il n'a pas, à souhaiter, par exemple, agrandir ou embellir son habitation. C'est cette même capture qui l'attache à ce qu'il possède et l'amène à souhaiter le garder. C'est encore ce même lien à l'Imaginaire qui le fait s'angoisser, déprimer et s'écrouler lorsqu'il perd ce qu'il avait tant investi.

Néanmoins, cette vision des choses, si elle n'est pas incorrecte, ne peut pas non plus nous satisfaire entièrement. D'abord, remarquons que l'investissement de l'habitat diffère beaucoup en fonction de conditions culturelles, géographiques ou climatiques. Ensuite, alors même que les fonctions du logement nous paraissent frappées du sceau de la vérité et du bon sens, elles ne peuvent résister longtemps à une critique un peu soutenue. Pour certains la maison est un enfer et ils ne se sentent bien qu'à l'extérieur. D'autres n'investissent pas leur intérieur, qui n'est là que pour leur permettre de satisfaire ce besoin essentiel qu'est le sommeil.

On en voit parfois qui déménagent tous les ans, d'autres qui refusent d'investir tout logement ou qui le considèrent comme une entrave à leur liberté.

Le rapport au logement se superpose aux rapports à l'objet que révèle chaque structure psychique. On sait la proportion importante de psychotiques dans la

population des SDF ; et ce n'est pas toujours uniquement une question de moyens économiques.

L'ordre symbolique dans lequel nous baignons évidemment tous fait qu'aucune généralisation n'est possible quant aux liens que l'on pourrait faire entre logement et santé mentale. La peur de « se retrouver à la rue » est une angoisse commune qui n'est pas l'apanage de ceux qui ont réellement à redouter cette éventualité.

L'ancrage symbolique du lien du sujet à son logement est manifeste dans le maillage juridique qui le constitue. La loi nous impose d'avoir une adresse légale ; au travers de celle-ci, c'est notre existence en tant que citoyen qui est mise en jeu. D'où l'importance de l'appareil juridique, complexe et fouillé, qui s'est progressivement développé autour des problèmes de logement. En effet, lorsque des difficultés surgissent dans la vie, la façon humaine de les résoudre est d'abord et avant tout, d'y mettre de l'ordre, de les inscrire dans un réseau signifiant, symbolique.

Lacan a longuement insisté sur la nécessité de distinguer les trois ordres du Réel, du Symbolique et de l'Imaginaire, si l'on voulait s'y retrouver dans la complexité des phénomènes humains.

De par sa prévalence fondamentale dans l'inscription de chacun dans la vie sociale, le logement occupe une place capitale où l'articulation de ces trois ordres prend toute sa dimension.

Le Réel, bien sûr. Il faut bien loger quelque part.

L'Imaginaire : on l'a vu, il soutient nombre des fonctions que l'Homme confie à son logement.

Le Symbolique enfin, c'est-à-dire l'ordre qui permet de structurer la variété infinie des constructions psychiques, et qui fait dépendre les réactions de tout sujet de la façon dont il s'y retrouve et s'y situe.

La complexité de l'humain est donc telle qu'il serait réducteur de lier de façon trop étroite problèmes de logement et problèmes psychiques.

Références bibliographiques à découvrir...

- DE LANNOY W., KESTELOOT C., SAEY P., SWYNGEDOUW E. *Les fractionnements sociaux de l'espace belge: une géographie de la société belge*. In Contradictions, Bruxelles 1990, n°58-59, 224 p.

- KESTELOOT C., ROESEMST., VANDENBROECKE H. *Kansaermoede en achtergestelde buurten in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Atlas van achtergestelde buurten in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, een studie in opdracht van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest*. - K.U.L., Instituut voor Sociale en Economische Geografie, 1999.

Ce rapport a été ensuite transformé et publié en français par l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale en 2002 :

KESTELOOT C., ROESEMST., VANDENBROECKE H. *Pauvreté et quartiers défavorisés dans la Région de Bruxelles-Capitale*. - Les dossiers de l'Observatoire de la Santé et du Social, 2002/01.

Vivre dans des cités sociales discriminées

Pascale JAMOULLE, anthropologue
SSM Le Méridien/ANSO/UCL

Comment quitter l'adolescence, devenir un homme et s'affirmer en tant que tel dans les cités et autres zones dénigrées, touchées de plein fouet par la désindustrialisation et son cortège d'insécurité sociales et mentales ? Pour comprendre le lien entre les transformations de la masculinité, de la paternité et des prises de risque, dans les quartiers populaires, j'ai réalisé cette longue enquête de terrain, de trois années dans les parcs de logement sociaux des Amazones et de Médo¹.

Ces deux cités sont situées en périphérie de grandes villes de l'ancien bassin minier hennuyer², où le taux de chômage est particulièrement élevé (près de 30 % de la population active). Jeunes gens, hommes et pères m'ont parlé de leur condition. Ils ont interrogé le sens des conduites à risque dans leurs milieux de vie, leurs constructions identitaires et leurs parcours. Par un lent processus d'imprégnation et grâce à des sources variées (observations, conversations informelles, entretiens biographiques, analyse des archives privées ...), j'ai cherché à recomposer leurs réalités. Les ethnologues sont des professionnels de la proximité. Leurs méthodes d'observation participante et de récit de vie leur permettent de s'approcher du regard que leurs interlocuteurs portent sur le monde. Elles font émerger le savoir issu de l'expérience et l'histoire des mentalités des groupes et des individus.

Transmettre aux jeunes un savoir sur la paternité, interroger la place des hommes, des pères ou beaux-pères avait du sens pour mes interlocuteurs.

Leurs propres conceptions de la masculinité et de la paternité ont souvent évolué en fonction de la mouvance des liens familiaux qui caractérisent les familles contemporaines (séparations, recompositions, monoparentalité ...). Elle est constamment refaçonée par les transformations des conditions de vie dans les quartiers populaires : la précarisation du travail et l'embauche souterraine, la féminisation et la stigmatisation de l'habitat social, les "primes à la solitude" prévues par le droit social, les tensions conjugales et la dégradation de l'image des hommes dans les parcs d'habitations ...

Urbanisme "social" :

Politique de la honte et infra-hiérarchies à la marge

Les politiques de logement trient et sélectionnent les populations, concentrant les franges les plus vulnérables dans des quartiers « mal vus » et des parcs d'habitats sociaux. La disqualification spatiale a des effets sur les relations sociales et les constructions identitaires. Elle génère la honte de soi et de ses voisins. Lutte pour ne pas déchoir et étiquetages réciproques dressent les individus et les groupes stigmatisés les uns contre les autres, altérant les solidarités propres aux anciennes cités ouvrières. Des collectivités n'arrivent plus à partager et à pacifier l'« espace public de la cité », à savoir les lieux qui n'ont pas de propriétaire officiel (pelouses, halls, cages d'escalier, etc.). Ces « communs » sont des lieux de vie pour les jeunes, d'autant plus si leurs foyers sont exigus, mal insonorisés et traversés par des tensions familiales. Les territoires, marqués par des tags et des graffs, font l'objet de privatisations informelles et mouvantes par certains groupes, à certaines heures. Ces tentatives d'appropriation d'espace détériorent encore les relations sociales et intergénérationnelles.

Certaines politiques locales myopes, sécuritaires et incohérentes blessent les jeunes et discréditent la puissance publique (fermer le local pour jeunes, faire enlever les bancs où ils se réunissent, multiplier les contrôles, etc.). Des groupes se replient alors sur des espaces invisibles (caves, palier au-dessus des ascenseurs...), où leurs conduites à risque s'exacerbent, loin du regard des adultes. Surgissent aussi des mécanismes de violences et d'incivilités réciproques, où les représentants de la puissance publique et les jeunes se disqualifient mutuellement. Une hostilité de proximité se cristallise alors sur les agents institutionnels les plus proches (policiers, concierges, chauffeurs de bus, etc.).

Les jeunes de ces quartiers développent des stratégies de défense et de résistance. Ils inversent le stigmaté, se créant des réputations de « noyau dur » capable de

« faire respecter le nom » de leur cité en ville. Par des conduites de défi et des jeux d'honneur, ils montrent leur courage et construisent leur fierté virile. Leurs conduites à risque sont des répliques à l'épreuve de la ségrégation spatiale et de la discrimination sociale. Elles sont aussi des formes de défi à l'autorité. Elles leur permettent de se faire reconnaître sur un territoire défensif quand ils sont « mal vus » ailleurs.

Les « jeunes de cité »

Les "bandes de potes" grandissent au pied des blocs. Beaucoup sont "dans les jupes", très accrochés à leur mère, peu en contact avec des modèles identificatoires masculins structurants. Ils se séparent du monde féminin et se construisent une conscience masculine fière auprès du groupe de pairs. Dans les lieux où ils vivent, l'économie souterraine structure une part toujours plus importante des rapports sociaux. Les lieutenants du business de cité, l'été, offrent une glace à tous "les petits" de leur bloc. Ils les appellent "la relève". Le groupe de pairs inscrit les plus jeunes dans la culture de la rue et la vie sociale du business. Des petits frères rêvent de "gagner leur vie" et de "se faire un nom" à "l'école de la rue" à l'école et dans leur cité. Dans les relations de business, les zones de confiance s'amenuisent, la violence que chacun peut mobiliser assure temporairement les positions. Les gestuelles de risques s'intègrent dans ces styles de vie, elles font partie du processus de socialisation du groupe. Elles sont des épreuves permettant de vivre en rue. Ces jeunes s'exposent au danger, pour en revenir avec un capital de réputation. Ils veulent vivre une expérience forte et se construire une position dominante dans la hiérarchie du groupe. L'escalade de conduites à risques permet aux jeunes gens de s'imposer. Ils sont tenus de montrer qu'ils n'ont peur de rien ni de personne, qu'ils sont des "perpètes", des "sans limites".

Pour eux, il s'agit rarement de se construire à long terme un destin dans la marginalité mais bien de "faire la thune", d'acquérir des compétences sociales et commerciales pour se réintroduire plus tard dans "les business légaux". Une part importante de ces jeunes reste à l'intérieur du cercle des prises de risque acceptable, devient père et "se légalise" après "ses conneries". D'une part parce que, dans la région, les frontières entre l'économie légale et souterraine sont de plus en plus perméables. L'extension du secteur informel diversifie les possibilités de "légalisation". D'autre part, l'accès à l'emploi requiert de plus en plus de qualités relationnelles et communicationnelles.

Dans l'économie de la rue, on accumule un réseau social, des ressources et des compétences. L'instinct, l'épate, la tchatte et l'expérience des réseaux d'alliances complexes peuvent s'avérer précieux dans le monde du travail. Aussi des jeunes pères, "bandes au départ", observent-ils qu'environ trois de leurs "anciens potes" sur quatre se sont "réintroduits", d'une manière ou d'une autre, dans la vie légale (même s'ils continuent à acheter de temps en temps dans l'économie de la rue, ou même gardent "une petite spécialité" dans un secteur "pour les extras".)

Seule une frange restreinte de ces jeunes ne trouve pas ses limites et s'inscrit à long terme dans des parcours de précarisation.

Tensions de genre

Dans le monde des adolescents, la construction sociale de la masculinité passe souvent par la mise en jeu de sa force virile et de sa violence. Les jeunes en apprentissage dans les business de rue sexualisent leurs performances et leurs compétences viriles. Ils tendent à multiplier avec ostentation les partenaires sexuels pour construire leur "réputation". Ils sont parfois dans des formes dures et rétrogrades de domination masculine. La plupart des jeunes filles sont cantonnées à des rôles traditionnels de "filles sérieuses", protégées et enfermées dans leurs foyers. On observe de la part de certains groupes de jeunes gens une surveillance accrue des soeurs et des filles vivant dans la cité. Ces "petits hommes de la maison" prennent autorité sur elles sous prétexte que les pères sont absents ou disparus. La plupart des jeunes filles n'estiment pas que ce genre de comportement soit légitime.

Socialisées dans une société qui tend à invalider le patriarcat traditionnel, elles n'acceptent pas la domination masculine. Certaines la vivent, contraintes et forcées, mais leur soumission est feinte. Elles développent de la rancœur, du mépris et parfois une colère contre les diktats des jeunes gens de leur entourage. Si elles cherchent à se faire une place dans les lieux masculins, et "font le garçon", elles sont particulièrement exposées à la violence et à l'humiliation. Les filles qui fréquentent l'espace public sont parfois pointées comme des filles faciles, offertes aux garçons. La violence que vivent certaines adolescentes, dans la culture de la rue pourrait avoir des conséquences sur leur vision de l'homme, leur parentalité et leurs choix de couple. La violence engendre une normalisation de la violence faite au corps. Nombre de personnes qui l'ont subie la répètent sur elles-mêmes ou sur autrui. Comme victime, certaines risquent de rencontrer des bourreaux, et développer des scénarios d'auto-punition, dont la forme la plus courante est la répétition de la violence familiale ou les pratiques d'auto-mutilation du corps. D'autres pourraient s'identifier à l'agresseur et produire une forme de maîtrise de la violence, en en prenant l'initiative. D'autres encore développent une colère froide contre le genre masculin qui influencera la place qu'elles pourront donner ou pas au(x) père(s) de leurs enfants.

Les « pères de cité »

Dans le monde ouvrier, le maintien rigoureux des différences a constitué un principe fondamental et consensuel des relations entre les sexes. Les mères recevaient les paies de l'ensemble de la famille et organisaient la survie. Elles avaient la charge des enfants et géraient les relations avec les institutions sociales. Les fils et les pères donnaient sans compter

leur force de travail. En remettant les paies, ils se déchargeaient aussi du quotidien. Les rapports entre mari et femme excluait le plus souvent la réversibilité et l'échange des rôles⁹. Ce modèle est aujourd'hui invalidé par l'évolution même de nos sociétés. La partition stricte des tâches est remise en question et des faits sociaux, comme l'évolution foudroyante du chômage dans le monde ouvrier, ont transformé les rôles d'hommes et de pères.

Crise de l'identité masculine, fragilisations conjugales et parentales

Avec la perte de l'identité de travailleur, la place du père se fragilise dans les familles. Ne plus pouvoir assumer les rôles traditionnels masculin disqualifie beaucoup d'individus et détruit leur capacité à faire évoluer leurs perceptions de leur identité. Des hommes ont le sentiment d'avoir perdu leur place, de n'avoir plus rien à dire. *"Un homme qui ne rapporte pas d'argent, on peut s'en passer"* disent les "chefs de ménage" qui tentent de gérer le budget étrié des allocations sociales. Les femmes gèrent les relations avec les institutions, perçoivent les allocations sociales, ont la charge du ménage et des enfants, travaillent... Elles sont saturées de responsabilités et reprochent aux hommes de ne pas prendre une place que, par ailleurs, elles ne sont pas toujours prêtes à leurs laisser.

Les conflits d'autorité sont de plus en plus nombreux. Les familles se transforment dans toute la société, les séparations et les recompositions se multiplient. La précarité économique majore les difficultés inhérentes aux changements dans les foyers.

Désengagement affectif et violences conjugales

Des pères chômeurs ou allocataires sociaux sont murés dans le silence, la dépression et les consommations excessives de psychotropes. Le ressenti de perte du pouvoir patriarcal a parfois des effets boomerang, chants du cygne de l'ancien monde. Des hommes se sentent détruits et veulent restaurer l'ancien monde par force. Ils se raccrochent au patriarcat dans un mode de pensées binaire, monomaniaque : moi ou elle. Ils ne pensent pas en trinaire, ils ne s'inventent pas un troisième concept, ils agissent en tyran, dans un raidissement intégriste. C'est l'expression d'un monde finissant. La violence est souvent un constat d'impuissance où "petits" et "grands" hommes de la maison se donnent l'illusion d'une puissance qu'ils ont perdue en objectivant les autres, les femmes en particulier. Ils sont dans des logiques d'identités détruites. Leurs pères ont été maîtres de leur foyer et, eux, ils ne se sentent plus rien. Ils détruisent parce qu'ils sont détruits. Parfois, les générations suivantes encaissent et s'adaptent en consommant ou s'exposant compulsivement au risque et à la peur.

Transformation des paternités

Dans leurs récits, les pères de cité parlent de leur nostalgie

des temps anciens, où les hommes faisaient autorité du regard et du geste. Ils se sentent en transition entre les anciens modèles de paternité, ruraux et industriels, et la paternité contemporaine plus proche et plus "relationnelle". Ils aiment leurs enfants et leurs beaux-enfants. Ils voudraient bien les "serrer" (surveiller et punir) comme leur père l'ont fait avant eux, avec le même rigorisme moral de l'éducation ouvrière qu'ils ont reçue, mais ils n'y arrivent plus.

Ils doivent négocier avec leurs enfants, alors qu'on n'a jamais négocié avec eux. Ils me racontent leur *"manque de discuter"*, comment ils ont dû se transformer, de l'intérieur, dans l'exercice de la paternité contemporaine. Ils avaient incorporé *"la peur du père"* et les échanges familiaux silencieux. Par respect, avec leur père, ils ont toujours tu leurs problèmes et leur père aussi se sont tus. Aux prises avec les crises et les prises de risques exponentielles des aînés, ils ont dû *"tirer un peu sur le féminin"*, *"ouvrir la tirette du coeur"*, apprendre *"à s'occuper"* des cadets, à dialoguer avec eux et à les responsabiliser. Par une intense *"gestion relationnelle de soi"*, ils ont dû s'expliquer avec eux-mêmes et avec les autres pour réduire la tension identitaire dont ils souffraient. La plupart vivent des périodes de forte transformation mais aussi des moments de rigidification, de dépression et de désimplication.

Beaucoup ne vivent pas avec leurs enfants mais avec des beaux-enfants. Un père ne peut pas "serrer" s'il n'habite pas sous le même toit que ses enfants, aussi *"les problèmes de ménage"* se soldent-ils souvent par une rupture de la relation parentale. Quant aux beaux-pères, leur position est difficile, surtout s'ils ne sont *"que des beaux-pères à boîte aux lettres de domiciliation"*, n'ayant rien à leur nom dans le foyer, pouvant être *"mis dehors"*, au premier conflit de couple. En cité sociale, quand un couple se domicilie ensemble, le changement de la composition du ménage et des sources de revenu peuvent avoir des conséquences financières importantes, alors même que la cohabitation est *"à l'essai"*. Passer du taux d'isolé à celui de cohabitant, ou d'allocataire à travailleur crée les conditions d'une baisse vertigineuse du taux d'allocations sociales ou d'une augmentation importante du loyer. Aussi un système organisé de domiciliations fictives se développe-t-il. Elles induisent un cadre de relation particulier entre les enfants et l'homme vivant sous le même toit que leur mère. Un clandestin peut-il faire autorité auprès d'enfants qui sont, eux, des habitants légitimes du foyer ? La question est ouverte. D'autant plus si la mère ne reconnaît pas d'autorité parentale à l'homme qui vit sous son toit.

Des enfants qui prennent des places qui ne leur reviennent pas.

Les familles se transforment dans toute la société. On voit se multiplier les groupes domestiques matricentrés que les difficultés économiques isolent. Ces mères sont saturées de responsabilités. Elles n'arrivent pas toujours à inscrire les règles de la vie sociale, les frontières entre les générations, la justice

dans les fratries. L'un des enfants peut parfois prendre auprès d'elles une place qui ne lui revient pas. Il devient alors le centre de leur univers. Pris dans ce "trop plein de mère", certains de ces jeunes peuvent accentuer leur pouvoir sur elle tout en se sentant impuissants à s'émanciper. Les relations familiales se chargent d'anxiété et de colère et les gestuelles de risques croissent de manière exponentielle. Ces relations "trop serrées" peuvent déposséder les autres enfants d'un partage juste de l'affection, initiant des parcours de transgression et d'autodestruction, comme autant de conduites d'appel. Certaines sœurs aînées ont pu alors occuper des places salvatrices en s'inscrivant dans des itinéraires de sacrifice. Souvent, c'est l'ensemble du système de relations familiales qui s'est trouvé mis à mal, participant à l'engagement des personnes dans des conduites extrêmes.

Conclusions et pistes pour l'intervention sociale

La montée en puissance de l'instabilité des rapports sociaux et des tensions dans différentes sphères de la vie sociale (l'emploi, l'habitat, le groupe de pairs, la famille), en interactions, exposent particulièrement les hommes et les pères. Pour assumer leur paternité, réguler leurs relations familiales et aider leurs enfants à modérer leurs prises de risque, ils doivent entrer dans des fonctionnements sensibles, des rapports négociés avec leur (ex) femmes et leurs enfants (ou leur nouvelle compagne et leurs beaux-enfants), auxquels la vie ne les a pas préparés. Certains ont des ressources et des sécurités identitaires qui leur permettent d'évoluer. D'autres se sentent « inutiles aux mondes », parqués en logements sociaux, sous perfusion des allocations, délégitimés par leur femme et leurs enfants. Ils vivent des souffrances psychiques, familiales et sociales qui s'interpénètrent. Leurs problèmes s'imbriquent, les processus de dérégulation « s'engrènent » dans leurs trajectoires et celles de leurs enfants.

Cette fabrique de conduites à risque précarise les individus et leurs groupes d'appartenance. Les blessures, les manques, la violence sociale, les tensions identitaires et conjugales, les prises de risque extrêmes de leurs enfants mettent les hommes et les pères en mouvement. Leurs conduites, leur identité et leur parentalité ne sont pas figées. Si elles peuvent les déstabiliser, leurs crises peuvent aussi être créatrices. Des interlocuteurs ont trouvé des appuis dans différents réseaux sociaux. Les sociabilités qui se recomposent localement peuvent maintenir des protections autour des personnes, impulser des processus de régulation des risques, des évolutions identitaires et des transformations des paternités.

Différentes pistes pour la promotion de la santé mentale émergent de cette enquête auprès d'hommes et de pères de cité.

Multiplier les passerelles entre la cité et l'extérieur

Pour qu'ils puissent construire une concorde entre le monde extérieur et la cité, plutôt que des guerres entre les cités ou contre les agents de l'Etat, les jeunes doivent pouvoir diversifier leurs expériences, leurs connaissances et les liens d'obligations réciproques avec l'extérieur. Il est nécessaire d'aller au-devant des jeunes déscolarisés qui "tiennent le mur", de multiplier les propositions d'activités pour qu'ils puissent apprendre ailleurs qu'à "l'école de la rue" et diversifier leurs relations sociales. S'engluer dans un seul groupe de pairs, une interdépendance affective unique, enclavée dans la cité et freine l'évolution des individus. Ceux qui arrivent le plus facilement à se distancier des sociabilités juvéniles, pour se construire leur propre destin d'adulte, appartiennent à plusieurs groupes.

Plutôt que de "casser" la culture cité, il vaut mieux travailler à partir d'elle, en proposant des activités préventives passerelles qui s'enracinent dans la culture de la rue tout en déployant d'autres apprentissages et systèmes de valeurs. En ce sens, les activités à l'intersection du social, du sport ou de la culture comme le hip hop et les sports de combat paraissent particulièrement adaptés aux vécus, aux sensibilités et aux goûts de nombreux groupes de jeunes des parcs d'habitation sociales. Ils y expriment leurs réalités sociales, dans les règles de l'art, développant leurs compétences à dialoguer, à se mêler aux autres, à produire des transactions, à s'adapter aux aléas du monde incertain où ils vivent.

Désenclaver : mixité sociale et travail communautaire

Le travail communautaire, les démarches de démocratie participative et les actions collectives peuvent restaurer la dignité et la fierté des habitants qui vivent dans des zones ségréguées, prévenant les replis identitaires et défensifs. Pour renforcer les régulations sociales, remobiliser l'entraide, les convivialités protectrices et pacifier les espaces communs des parcs, il ne suffit pas de financer des projets vitrines, de proposer des emplois temporaires à de jeunes travailleurs sociaux en les maintenant sous contrôle politique. L'action communautaire demande des équipes pluridisciplinaires, indépendantes, stables et qualifiées, capables de propulser, de soutenir et de faire aboutir des luttes collectives.

Les politiques de logement rassemblent et enclavent les familles plus vulnérables. La mixité sociale est une priorité urbanistique. Parallèlement, des quartiers ont besoin d'une véritable refonte pour y inscrire les différentes composantes d'une ville : activités professionnelles, culturelles et commerciales diversifiées, services publics, réseaux de transport...

À défaut, le risque est grand de voir les populations des zones ghettos perdre toute confiance dans les structures de l'État. Ségrégation et disqualification sociale alimentent la colère envers « le système » et ses institutions.

Ajuster le droit social

Les critères d'accès au logement social féminisent l'habitat social, où vivent toujours plus de femmes seules avec leurs enfants. Si les jeunes ne trouvent pas, dans leurs groupes d'appartenance, des modèles de pères impliqués, le lien d'attachement et la responsabilité paternelle ne s'encodent pas dans leur personnalité sociale. On peut alors craindre une amplification de la dépaternalisation à la génération suivante. En milieux précaires, les institutions soutiendraient davantage les mères. Ainsi, en cas de séparation, la garde des enfants leur est quasi toujours octroyée. Elles sont alors considérées comme prioritaires pour le logement social. Les pères allocataires tentent de trouver un studio. Pour qu'ils puissent s'occuper de leurs enfants, ils ont besoin d'habitats sécurisés et décents

Le droit social octroie "des primes à la solitude", fragilisant les couples, séparant les familles. L'écart entre les taux d'allocation "isolé" et "cohabitant" ainsi que les réajustements constants des loyers sociaux en fonction du revenu global du ménage, créent des systèmes de domiciliations fictives, dont seuls les propriétaires véreux bénéficient.

Outre le gaspillage d'argent public, ces pratiques ont des conséquences sur l'intimité des familles. Certaines ont une peur constante d'une invasion de leur vie privée (peur des contrôles, des dénonciations...).

Les hommes peuvent se sentir humiliés par leurs positions de clandestins. Légalement, aucun bien n'est à leur nom et ils peuvent être sommés de déménager sans préavis. Cette humiliation est muette, ces hommes se taisent. Ils ont l'impression de ruser l'Etat et les services sociaux mais en fait, ils sont vulnérables et ils le savent.

Dans le travail en noir, il y a le même principe de régression et de pertes de droits fondamentaux.

1. **Pascale JAMOULLE.** *Des Hommes sur le fil. La construction des identités masculines dans les milieux précaires*, La Découverte, Paris, 2005
Supervisée par le LAAP (Laboratoire d'Anthropologie Prospective de l'Université de Louvain-La-Neuve), cette recherche a été réalisée dans le cadre du CSM du CPAS de Charleroi et soutenue par le programme Interreg de la Commission européenne, la Communauté française de Belgique, la Région wallonne et le CPAS de Charleroi.
2. Afin de préserver la vie privée de mes interlocuteurs, les toponymies des lieux et les noms propres ont été anonymisés.
3. **Olivier SWARTZ.** *Le monde privé des ouvriers*, Paris, PUF, 1990, p.204, 260, 268

Santé mentale et Logement

Sites internet de référence

- Ministère de la Région de Bruxelles Capitale : <http://www.bruxelles.irisnet.be>
- Secrétaire d'Etat chargée du logement Françoise Dupuis : <http://www.francoisedupuis.be/code/fr/hp.asp>
- Fonds du logement des Familles de la Région de Bruxelles Capitale : <http://www.fondsdulogement.be/>
- Société du Logement de la région bruxelloise (SLRB) : <http://www.slrbr.irisnet.be>
- Association du logement social : <http://www.als-vsh.be/>
- Société de Développement pour la Région de Bruxelles Capitale : <http://www.sdrb.irisnet.be/fr/renurb.htm>
- Institut bruxellois pour la gestion de l'Environnement : <http://www.ibgebim.be/>
- Observatoire de la Santé et du Social Bruxelles : <http://www.observatbru.be/>
- Institut National des Statistiques : http://statbel.fgov.be/census/home_fr.asp
- L'Union sociale pour l'Habitat : <http://www.union-hlm.org/europe>
- Fédération européenne des associations travaillant avec les sans-abri : <http://www.feantsa.org/code/fr/hp.asp>
- Société d'habitation du Québec : <http://www.habitation.gouv.qc.ca/index.html>
- Rassemblement Bruxellois pour le Droit à l'Habitat(RBDH) : <http://www.rbdh-bbrow.be/>
- Solidarités Nouvelles Bruxelles : <http://www.snbru.be/>
- ATD – Quart-Monde : <http://www.atd-fourthworld.org/>
- Inter- Environnement Bruxelles : <http://www.ieb.be>
- Atelier de recherche et d'action urbaines : <http://www.arau.org/>
- Projet Sandrine (pollution intérieure des habitations) : <http://www.ful.ac.be/hotes/sandrine/>
- Echos du logement de la Région Wallonne : <http://mrw.wallonie.be/dgatlp/dgatlp/Pages/DGATLP/PagesDG/Echos.asp>
- Revue Actualités Habitat : <http://www.union-hlm.org/actualites>
- EUROHP : <http://www.eurohp.net/>
- Droit Au Logement : <http://www.globenet.org/dal/>
- Fondation Abbé Pierre pour le logement des défavorisés : <http://www.fondation-abbe-pierre.fr/>
- Réseau Habitat et Francophonie <http://www.habitatfrancophonie.org/>
- Union Internationale des locataires : <http://www.iut.nu/>
- Observatoire montréalais des inégalités sociales et de la santé : <http://www.omiss.ca/>
- Le guide social : <http://www.guidesocial.be/>
- Arianet : <http://www.arianet.irisnet.be/>
- Observatoire des inégalités : <http://www.inegalites.fr/>
- Réseau santé, Inégalités, Ruptures Sociales : <http://www.u707jussieu.fr/sirs/>
- Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité : <http://www.ch-le-vinatier.com/orspere/>
- Soin Etude et Recherche en Psychiatrie : <http://www.serpsy.org/>
- Santé Mentale Europe : <http://www.mhe-sme.org/fr/projects4.htm>
- Centre de recherche Psychotropes, Santé mentale, Société : <http://cesames.org/>

Une société de logements sociaux change sa façon de faire

Charles Disneur,
Conseiller juridique du Foyer Laekenois

Forte de près de 3.000 logements, le Foyer Laekenois, société immobilière de service public, a pour mission de mettre en location des logements à loyer modéré pour des personnes disposant de faibles revenus.

Historiquement, cette société concentrait ses efforts sur le bâti. Son souci majeur était l'entretien, la rénovation et la construction de nouveaux logements.

Au fil du temps, le patrimoine s'est agrandi et parallèlement on a vu une population locative de plus en plus précarisée. Un accompagnement social devenait indispensable.

Pendant des années, une seule assistante sociale au sein du Foyer Laekenois suffisait à répondre aux demandes. A son départ à la pension, le besoin s'est fait sentir de créer un organe, distinct du Foyer, chargé de l'accompagnement social de l'ensemble des habitants.

Aujourd'hui, face à l'explosion des demandes, c'est une équipe de six assistants sociaux, une secrétaire et un juriste qui tentent de répondre aux problématiques diverses.

Parmi les nouveaux problèmes rencontrés, nous devons faire face à des conflits de voisinage générés par des troubles comportementaux de certains locataires.

Face à ces nouveaux types de conflits, poussé dans le dos par les locataires, le Foyer Laekenois, soucieux d'assurer à l'ensemble de ses habitants une jouissance paisible du logement concédé en location, saisissait, dans un premier temps, de manière systématique le juge de paix afin d'obtenir la résiliation du bail et l'expulsion du locataire perturbateur.

Cependant, devant le désarroi du locataire qui, déjà fragilisé, se retrouve brusquement sans toit, le Foyer

Laekenois a compris que l'expulsion n'était pas la meilleure solution.

Il lui fallait trouver un partenaire en santé mentale pour lui expliquer la maladie mentale et surtout pour l'épauler dans ses difficultés.

Des premières réunions informelles à la section psychiatrie de l'hôpital Brugmann ont permis de suivre plusieurs conférenciers et surtout de découvrir des personnes compétentes dans un domaine totalement inconnu par l'équipe du Foyer Laekenois.

La découverte lors d'une de ces réunions de l'existence d'un Groupe de travail "Santé Mentale et Logement" organisé par la Ligue bruxelloise francophone pour la Santé Mentale a été décisive puisqu'elle a permis la rencontre avec deux partenaires de choix : « l'Initiative Antonin Artaud » et « Psycot ».

Rendez-vous a été pris avec ces deux institutions et très vite les bases d'une collaboration ont été jetées.

Le Foyer Laekenois s'engage à mettre à leur disposition maximum quatre logements par an et, en contrepartie, ces organismes s'engagent à nous épauler en cas de difficulté.

L'écoute se voit ainsi préférée à la logique d'expulsion.

La population locative change, le Foyer Laekenois change aussi sa façon de faire.

Travail social et secteur du logement social en Région de Bruxelles-Capitale : *liens avec le secteur de la santé mentale*

Stéphane Van der Cruyssen, assistant social,
directeur-adjoint du Foyer Saint-Gillois

Dominique Van Haelen,
directeur du Service d'Accompagnement social
aux Locataires sociaux (S.A.S.L.S.).

A. Présentation du secteur du logement social.

La place du secteur du logement social en termes de pourcentage de logements gérés par rapport au parc de logement régional.

Par rapport à l'ensemble du parc immobilier de la Région Bruxelles-Capitale, le logement social ne constitue qu'une partie relativement réduite de l'offre de logements mis en location. En effet, le secteur du logement social représente 14.30 % de l'offre locative totale au sein de la Région.

Or, selon plusieurs études réalisées notamment par l'Observatoire des Loyers, il s'avère que l'accès à un logement abordable financièrement et adapté à la structure familiale, devient de plus en plus difficile.

Les ménages à revenus moyens sont également touchés par les problèmes d'accès à un logement ; nul n'ignore la flambée des prix des loyers du marché privé.

De plus, près de 50 % des ménages bruxellois rempliraient actuellement les conditions de revenus pour accéder à un logement social.

En conséquence, le secteur du logement social a à faire face à des demandes de plus en plus nombreuses.

Selon les statistiques de la SLRB il y a, à l'heure actuelle, plus de 25.000 ménages qui sont inscrits sur les listes d'attente pour un parc de logement social de près de 39.000 logements !

La structure du secteur : Le secteur du logement social est constitué de trois types d'acteurs.

- La Secrétaire d'Etat au Logement :

Cette fonction est occupée depuis le mois de juin 2004 par Mme Françoise Dupuis.

Mme Françoise DUPUIS est compétente en matière de logement et d'aménagement du territoire. Mme DUPUIS impulse notamment le plan « Logement » régional devant aboutir à la construction de 3500 logements sociaux et de 1500 logements moyens supplémentaires.

- La SLRB :

La Société du Logement de la Région Bruxelles-Capitale (SLRB), possède un statut parastatal et assure la tutelle des SISP (Sociétés Immobilières de Service Public). La SLRB résulte de la régionalisation de l'Etat belge. Elle a été créée par un arrêté royal du 9 août 1985.

Les bases légales de la SLRB sont, à présent, principalement régies par l'ordonnance du 1er avril 2004 portant sur le Code bruxellois du logement.

Le Code bruxellois du logement détermine les 15 missions qui sont dévolues à la SLRB.

Parmi celles-ci, nous pouvons relever les suivantes :
- *exercer le contrôle et la tutelle administrative sur les activités et sur la gestion des SISP ;*
- *promouvoir le logement social et assister les SISP dans leur gestion ;*
- *promouvoir au sein des SISP la création de relations entre les locataires et la SISP. A cette fin, elle promeut notamment l'organisation d'un service social d'aide,*

d'encouragement et de conseil au bénéfice des locataires. ...

Une des missions de la SLRB est également de désigner pour une période de trois ans un délégué social par société de logement. Celui-ci est chargé de vérifier, d'une part, la bonne gestion des inscriptions comme candidat locataire et les attributions des logements. Il doit, en outre, répondre aux plaintes émanant non seulement des locataires qui se sentent lésés, mais également des candidats locataires.

Les délégués sociaux sont désignés pour une période déterminée de trois ans afin qu'ils conservent leur indépendance et leur objectivité.

- Les 33 Sociétés Immobilières de Service Public (SISP) :

Le secteur du logement social est composé de 33 SISP. 23 SISP ont été créées à l'initiative des communes. Elles sont qualifiées de SISP communales ou intercommunales, dans la mesure où deux d'entre elles gèrent des logements situés sur le territoire de plusieurs communes. Ces SISP sont fédérées par l'ALS (Association du Logement Social).

10 SISP sont des coopératives de locataires, créées à l'initiative de groupements de locataires mettant en commun des ressources pour acheter des terrains, construire des logements, les louer et les gérer. Ces SISP sont fédérées par la FESOCOLAB.

Ensemble, ces 33 SISP gèrent près de 39.000 logements.

Un secteur en profonde mutation, un métier de bailleur en évolution.

Une donnée de fond : la forte paupérisation du public logé.

La forte paupérisation du public logé est réelle. En effet, la plupart des ménages entrant dans le secteur du logement social bénéficient d'un revenu de remplacement, ce qui n'était pas forcément le cas auparavant.

Cependant, il faut relativiser les choses en rappelant les chiffres cités plus haut. Beaucoup de ménages à revenu moyen se trouvent confrontés à de gros problèmes financiers de par l'augmentation des loyers dans le secteur privé ; c'est donc tout logiquement que pour pallier ces difficultés, ils s'orientent vers le logement social.

La paupérisation du public logé est aussi réelle au regard de l'absence de plus en plus marquée de mixité sociale.

Mise en place d'un système d'inscription multiple.

Avant la mise en place du système d'inscription multiple, les candidats locataires devaient, s'ils désiraient

s'inscrire dans plusieurs sociétés, produire autant de fois les documents d'inscription que le nombre de sociétés choisies (x fois la composition de ménage, x fois l'avertissement extrait de rôle, x fois les documents relatifs aux allocations familiales, etc.), ce qui relevait parfois du parcours du combattant.

De plus, il était impossible de faire un relevé exact du nombre réel d'inscriptions, et donc, de ménages demandeurs d'un logement social, ce qui pouvait poser des problèmes quant aux politiques à mettre en place dans le secteur.

Le système d'inscription multiple, en vigueur depuis le 1er janvier 2002, permet à un ménage de s'inscrire dans autant de sociétés qu'il le désire en ne fournissant les documents d'inscription qu'à une seule société choisie (société appelée « société mère »). La société mère est chargée de vérifier la recevabilité de la demande ; les données relatives au candidat locataire sont ensuite transmises, par voie informatique, aux autres sociétés choisies. Tout changement administratif ou autre du candidat locataire doit être fourni à une seule société, la société mère.

Mise en place des contrats de gestion et des plans d'action.

La SLRB exerce ses missions suivant un contrat de gestion conclu entre elle et le Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale. Ce contrat de gestion Région / SLRB est d'une durée de 5 ans (contrat de gestion Région / SLRB).

Dans la même logique, la SLRB conclut des contrats de gestion avec les SISP dans le but, notamment, de traduire les objectifs et les modalités du contrat de gestion liant la Région à la SLRB.

En matière d'axes stratégiques, on peut distinguer quatre grandes catégories d'objectifs à l'oeuvre dans ces contrats de gestions :

- objectifs d'investissement socio-financier ;
- objectifs de missions sociales ;
- objectifs de planification et d'organisation ;
- objectifs de professionnalisation et de responsabilisation.

Difficultés sociales marquées.

Les problématiques sociales rencontrées dans le cadre du logement social sont variées et parfois très lourdes. Citons quelques exemples de problèmes récurrents rencontrés :

- le surendettement et les arriérés locatifs ;
- la perte d'un emploi, des allocations de chômage réduites, des revenus de remplacement précaires ;
- l'isolement (toutes tranches d'âges confondues) ;
- le vieillissement de la population ;
- les dépendances (alcoolisme, toxicomanie) ;
- les problèmes de santé mentale (dépression, schizophrénie, paranoïa,...) ;

- les problèmes liés à la violence conjugale / familiale ;
- les conflits de voisinage (intergénérationnels, interculturels,...)

B. Le travail social au sein du secteur.

Introduction.

Le travail social professionnel existe de longue date au sein du secteur du logement, dans plusieurs SISP déjà dotées depuis longtemps d'un service social.

Ce volet d'action du secteur a connu un nouvel essor durant l'année 2001, suite à l'apport de moyens nouveaux (Création du Programme de Cohésion sociale, création de l'ASBL Service d'Accompagnement social aux Locataires sociaux).

Outre les professionnels du social, il ne faut pas oublier l'ensemble des collaborateurs des SISP actifs dans le secteur.

En effet, différents services peuvent être, de près ou de loin, interpellés par des problématiques sociales de par leur fonction (l'accueil, le service location, la comptabilité, le service technique, les concierges, ainsi que la direction), sans avoir nécessairement les compétences requises pour répondre aux demandes en termes de travail social individuel. Le lien avec un professionnel du social doit alors pouvoir se faire. Il est important à ce stade de bien définir les rôles et fonctions tant des employés non professionnels du social que de l'AS ou du TS afin de préserver certaines règles déontologiques de base empêchant une confusion des rôles.

Les acteurs sociaux professionnels en présence sont à diviser en trois pôles :

- **Les assistants sociaux « fonds propres »** (ceux engagés directement par la SISP), qui sont actuellement au nombre de 26 répartis dans 18 SISP ;
- **Les travailleurs sociaux du SASLS** détachés auprès de 30 SISP sont au nombre de 45 et fonctionnent suivant un cahier de charges prédéfini avec chaque SISP. En 2006, seules trois SISP ne sont pas encore dotées d'un service social : Le Foyer Koekelbergeois, Le Home (Ganshoren) et Messidor (Forest) ;
- **Le programme de cohésion sociale** qui, sous l'égide de la SLRB regroupe 19 projets de cohésion sociale (les PCS), répartis dans 19 quartiers de logements sociaux de la Région de Bruxelles-Capitale.

Les assistants sociaux « fonds propres » (AS).

Les assistants sociaux n'ont pas de profil de fonction uniforme et, donc, l'exercice de leurs missions va différer suivant la SISP dans laquelle ils se trouvent. Pour

la plupart d'entre eux, l'aide sociale est de type individuel tant vis-à-vis des locataires que des candidats locataires.

Les missions qui seront confiées à l'assistant social sont principalement liées au suivi du locataire dans la gestion de son logement, mais également, au respect du voisinage et du règlement d'ordre intérieur. Suivant les problématiques rencontrées, il sera nécessaire de développer le réseau de personnes ressources lui permettant de proposer une forme d'aide au locataire tout en ayant bien ciblé l'objet de sa demande. Si la problématique rencontrée entre dans le champ de ses compétences, l'assistant social apportera l'aide nécessaire pour améliorer le bien-être (tant moral que matériel) du locataire.

Il est important de préciser que certains AS et TS ne sont pas directement touchés par le travail communautaire mais qu'ils développent des partenariats directs avec les PCS ou les associations existantes dans les environs.

L'assistant social peut aussi être une interface importante entre les locataires et la SISP. Il veillera, par exemple, à ce que le règlement d'ordre intérieur soit bien compris afin d'éviter tout quiproquo par la suite ; de même, il pourra expliquer certaines décisions prises par la SISP envers les locataires en matière d'augmentation de loyer, de transfert pour cause de rénovation des lieux occupés, de décompte des charges, de proposition d'un plan d'apurement,...).

Les différentes missions que nous pouvons dégager sont :

- **l'accueil des nouveaux locataires** et l'explication du mode de fonctionnement de la SISP ainsi que du règlement d'ordre intérieur ; l'accueil des candidats locataires, l'explication du système d'inscription ainsi que l'aiguillage du candidat, si c'est nécessaire, vers un service ad hoc et éventuellement la rédaction d'une demande de dérogation ;
- **les conflits de voisinage** ;
- **les enquêtes de précarité** en vue d'une réduction sociale spécifique ;
- **la gestion de la problématique de surendettement** et la mise en place d'un plan d'apurement ;
- **l'aide** à la jeunesse, l'aide aux personnes âgées, l'aide familiale ;
- la guidance pédagogique ;
- **le premier accueil et la réorientation** vers les services compétents ;
- **le renforcement du réseau** de partenariat ;
- **le développement de projets** à dimension plus collective avec ou sans partenaires extérieurs ;
- **les différents « petits services »** liés à la vie de tous les jours des locataires en SISP.

La liste des missions n'est pas exhaustive car, suivant le degré de compétences de l'AS, la SISP pourra faire appel à lui pour d'autre(s) mission(s) sortant de son cadre de travail (par exemple la gestion d'un site internet, l'animation d'ateliers récréatifs,...).

Les T.S. (travailleurs sociaux) détachés par l'ASBL SASLS.

Les TS du SASLS ont la particularité d'avoir un employeur indépendant de la SISP où ils travaillent. Néanmoins, les cahiers de charges des TS sont rédigés en collaboration directe avec chaque dirigeant des SISP et ce, en fonction des besoins spécifiques de cette dernière.

Ainsi, nous pouvons retrouver dans chaque cahier de charges, huit des missions citées ci-dessus (les huit premières reprises ci-dessus) ; toutefois, chaque TS n'aura pas toutes les missions à assurer.

L'indépendance relative du TS face à la SISP permet une certaine transparence avec le locataire et la SISP elle-même. Cependant, le locataire peut aussi voir le TS comme étant « incompetent » dans la matière qui l'intéresse et concernant exclusivement la SISP.

Le TS est au service du locataire mais il n'agit pas au détriment de la SISP.

Il est important de préciser que le TS travaille en étroite collaboration avec les AS « fonds propres » quand il y en a, mais également avec l'ensemble des services de la SISP. Tout comme l'AS, le TS est amené à développer un réseau de partenariat lui permettant d'orienter le locataire vers les services compétents après avoir bien cerné la demande.

Le travail social individuel du TS est tout à fait comparable à celui de l'AS et tout comme ce dernier, ses missions varieront en fonction de la SISP.

Le Programme de Cohésion Sociale (PCS)

Le programme de cohésion sociale regroupe 19 projets de cohésion sociale développant exclusivement le travail communautaire. Sous l'égide de la SLRB, un PCS va se mettre en place à la demande d'une SISP en étroite collaboration avec une ASBL d'insertion sociale et peut être élargi aux pouvoirs communaux ainsi qu'à tout autre partenaire proche (maison médicale, service social spécialisé,...).

Un PCS va se mettre en place en fonction des besoins recensés parmi les locataires sociaux de tous âges.

Les besoins et/ou les problèmes identifiés sont nombreux et certains besoins et/ou problèmes trouvent déjà une réponse de par la présence d'un service social au sein de la SISP. Nous pouvons donc, d'ores et déjà, souligner l'importance de la collaboration entre les acteurs du PCS et le service social de la SISP.

Les PCS touchent à différents domaines. Quelques exemples :

- la propreté,
- l'insécurité,
- la cohabitation,
- l'intergénérationnel,

- l'interculturel,
- l'isolement,
- l'individualisme,
- ...

L'objectif essentiel d'un PCS est de favoriser la cohabitation entre des locataires d'appartenances générationnelles et culturelles différentes. Pour favoriser la communication et renforcer ou encore réinventer la solidarité, l'implication des locataires est essentielle.

Comme les PCS se doivent de remettre à jour régulièrement l'étude des besoins et/ou problèmes, être à l'écoute des locataires et de la SISP constitue donc un élément essentiel.

Les acteurs sociaux en présence sont étroitement liés dans leur action et à aucun moment ils ne se dissocient de la SISP et des services qui la composent. Cependant, si certaines sociétés développent fortement le travail social et les partenariats, d'autres puisent encore dans leurs propres ressources pour faire durer, voire renforcer la cohésion, le bien-être et la solidarité. Cela n'empêche pas que le travail social professionnel s'y développe et devrait permettre de travailler plus en avant les problématiques rencontrées.

Tant les AS que les TS et les PCS travaillent afin d'améliorer le bien-être de tous, non seulement des locataires mais aussi des employés de la SISP en tentant d'améliorer les modes de communication. Tout cela n'est possible qu'en collaborant étroitement avec toutes les personnes présentes et concernées par le secteur du logement social.

C. Travail social individuel et santé mentale.

Situations différentes dans les 33 SISP.

Avant tout, qu'évoque le terme «santé mentale » dans une SISP ?

Posez la question à un Directeur-Gérant ou à un assistant social et ils vous parleront immédiatement des problèmes qu'ils rencontrent avec tel ou tel autre locataire dépressif, paranoïaque ou schizophrène. Le terme santé mentale évoque directement la maladie mentale et pas la « bonne santé mentale ». Le premier réflexe des intervenants des SISP est de résoudre les problèmes de maladie mentale qui se posent ici et maintenant avec les locataires ; une politique d'action plus préventive visant à favoriser la bonne santé mentale des locataires n'est pas la priorité actuelle.

Les problèmes rencontrés ne sont pas les mêmes dans toutes les SISP. La situation est différente dans une société de 270 logements de la deuxième couronne de Bruxelles ou dans une société de 3.500 logements de la première couronne.

Si certaines SISP, dans leur contexte particulier, disent qu'elles ne rencontrent aucun problème, d'autres sont débordées et ne sont plus capables de résoudre tous les problèmes en interne. Les SISP se tournent alors très légitimement vers les services de santé mentale. Comment se passent ces collaborations ?

Il ressort d'une petite enquête téléphonique datant de novembre 2004 (24 services sociaux de SISP interrogés sur 29) que :

- Pour 13 d'entre elles les contacts avec les centres de santé mentale sont extrêmement difficiles, voire impossibles ;
- Seulement cinq d'entre elles disent avoir de bons contacts avec leur Service de Santé Mentale (SSM) ;
- Deux SISP affirment ne pas rencontrer de problèmes aigus de santé mentale ;
- Enfin, quatre SISP ont une convention avec leur centre de santé mentale. Deux conventions portent sur l'attribution de logements sociaux à des candidats-locataires issus de ces centres. Une convention porte sur le suivi conjoint de locataires présentant des troubles de santé mentale. La dernière acte la mise en place d'une recherche-action.

Lorsque l'on pose la question (à ces mêmes 24 services sociaux de SISP) quel partenariat mettraient-ils en place prioritairement :

- Dix répondent avec un centre de santé mentale ;
- Sept, avec leur CPAS ;
- Six, avec la police ;
- Un, avec les services de protection de la jeunesse.

Ceci démontre que pour la majorité des services sociaux de SISP la résolution des problèmes de santé mentale est la priorité absolue.

Dans certaines SISP le nombre de locataires présentant des troubles de santé mentale peut atteindre 5 % de l'ensemble des locataires.

Quelques partenariats.

Certaines sociétés ont des partenariats déjà mis en place depuis plusieurs années.

Citons le Foyer Bruxellois et son partenariat avec le Centre Antonin Artaud, qui porte, entre autres, sur l'attribution de quelques logements pour des patients choisis par le Centre.

Citons aussi le Foyer Saint-Gillois, qui collabore avec le centre de guidance de Saint-Gilles où, une fois par mois, tous les dossiers de locataires présentant des troubles de santé mentale sont examinés par l'équipe sociale du Foyer et deux travailleurs du centre de guidance.

Citons encore le « Coin des Cerises », initiative en santé mentale communautaire créée pour pallier le manque de SSM à Neder-Over-Hembeek et qui collabore, entre autres, avec deux SISP, à savoir LOREBRU et le Home Familial Bruxellois sur le site Val Marie.

Enfin « Psycot », qui organise la coordination des intervenants psycho-sociaux et autres autour d'un patient par la mise en place de réunions ponctuelles ou régulières en présence du patient. Les SISP utilisent leurs services en fonction des besoins.

Des situations lourdes et complexes.

La paupérisation croissante des locataires des sociétés de logements sociaux génère des situations de plus en plus lourdes, complexes et de plus en plus nombreuses. Les problèmes rencontrés sont multiples et nécessitent de travailler en réseau.

En ce qui concerne les situations de santé mentale, elles sont « chronophages ». Elles nécessitent un investissement en temps des travailleurs sociaux et des compétences particulières qui rendent presque incontournables des partenariats avec les centres de santé mentale.

Le problème de la demande du patient est souvent un obstacle à la mise sur pied de partenariat.

Les travailleurs sociaux de SISP sont souvent mis en présence de situations de crise qui nécessitent une intervention à domicile; ils sont donc demandeurs d'intervention conjointe avec les travailleurs des SSM. Certains SSM refusent d'intervenir si le patient n'est pas demandeur, alors que celui-ci est clairement dans une situation de souffrance.

Cette situation paradoxale entraîne parfois des tensions entre les SISP et les SSM.

Il faut de part et d'autre dépasser ce paradoxe et se rencontrer entre travailleurs des deux secteurs pour réfléchir aux collaborations possibles en dehors de toutes situations de crise et d'urgences.

Conclusions :

En Région de Bruxelles-Capitale, des efforts significatifs ont été et sont accomplis afin de développer le travail social tant individuel que communautaire au sein du secteur du logement social.

Les actions entreprises à cet égard vont de pair avec la nécessité de développer un dialogue constructif et de créer des passerelles avec les autres secteurs professionnels spécialisés actifs en Région de Bruxelles-Capitale, notamment en matière de santé mentale.

Les professionnels du travail social actifs dans le secteur du logement social sont conscients de leurs limites.

Il est nécessaire et utile d'améliorer les collaborations avec le secteur de la Santé Mentale, tant en matière d'échanges de fond que de formation et de collaborations aux niveaux local, sectoriel et régional. ■

Les 33 Sociétés Immobilières de Service Public (SISP)

<p>SA FOYER ANDERLECHTOIS Chée de Mons 595 1070 BRUXELLES Tél. : 02/556.77.30 Fax. : 02/556.77.99</p>	<p>SCL COBRALO Avenue de la Gazelle 83/15 1180 BRUXELLES Tél. : 02/374.41.50 Fax. : 02/375.36.83</p>	<p>SA LE FOYER KOEKELBERGEOIS Rue Schmitz 7 1081 BRUXELLES Tél. : 02/414.12.82 Fax. : 02/414.18.43</p>
<p>SCRL LES HABITATIONS. ET LOGEMENTS SOCIAUX D'AUDERGHEN Avenue Van Nerom 13 1160 BRUXELLES Tél. : 02/672.83.46 Fax. : 02/672.43.15</p>	<p>SCL GERMINAL Avenue C. Permeke 83 1140 BRUXELLES Tél. : 02/726.69.09 Fax. : 02/726.54.75</p>	<p>SC LE LOGEMENT MOLENBEEKOIS Parvis Saint-Jean-Baptiste 27 1080 BRUXELLES Tél. : 02/414.03.72 Fax. : 02/414.02.63</p>
<p>SCRL LA CITÉ MODERNE Rue de la Gérance 8 1082 BRUXELLES Tél. : 02/468.31.01 Fax. : 02/468.03.40</p>	<p>SCL MESSIDOR Drève d'Anjou 8 1190 BRUXELLES Tél. : 02/376.07.58 Fax. : 02/332.28.32</p>	<p>SCRL LE FOYER SAINT-GILLOIS Rue Vlogaert 22 1060 BRUXELLES Tél. : 02/534.78.80 Fax. : 02/537.49.52</p>
<p>SCL FLORÉAL Place J. Wauters 9 1170 BRUXELLES Tél. : 02/672.31.42 Fax. : 02/672.56.62</p>	<p>SCL LE HOME FAMILIAL BRUXELLOIS Avenue Henry Dunant 14 Bte 1 1140 BRUXELLES Tél. : 02/724.00.70 Fax. : 02/705.45.67</p>	<p>LES HBM DE ST-JOSSE-TEN-NOODE Rue Amédée Lynen 21 1210 BRUXELLES Tél. : 02/217.95.57 Fax. : 02/218.63.51</p>
<p>SCL LE LOGIS Avenue G. Benoît 22 1170 BRUXELLES Tél. : 02/672.33.59 Fax. : 02/672.40.32</p>	<p>SA LE FOYER ETTERBEEKOIS Avenue René Piret 1 bte 2 1040 BRUXELLES Tél. : 02/738.07.38 Fax. : 02/733.60.88</p>	<p>SC LE FOYER SCHAERBEEKOIS Avenue Gilisquet 147 1030 BRUXELLES Tél. : 02/240.80.40 Fax. : 02/240.80.60</p>
<p>SC SORELO Place De Brouckère 22 (entrée) Place De Brouckère 12 (courrier) 1000 BRUXELLES Tél. : 02/512.25.58 Fax. : 02/511.64.54</p>	<p>SA LE FOYER FORESTOIS Square Toinon 1 1190 BRUXELLES Tél. : 02/332.04.32 Fax. : 02/332.13.27</p>	<p>SC SOCIÉTÉ UCCLOISE DU LOGEMENT Rue J. Ballegeer 69/28 1180 BRUXELLES Tél. : 02/379.25.79 Fax. : 02/379.25.89</p>
<p>SC LE FOYER BRUXELLOIS Rue Rempart des Moines 135 bte 34 1000 BRUXELLES Tél. : 02/513.75.54 Fax. : 02/514.37.67</p>	<p>SC IEDER ZIJN HUIS Avenue Auguste Vermeylen 58 1140 BRUXELLES Tél. : 02/726.54.83 Fax. : 02/726.74.31</p>	<p>SC VILLE ET FORÊT Rue de l'Élan 80 1170 BRUXELLES Tél. : 02/673.66.40 Fax. : 02/660.92.43</p>
<p>SC LE FOYER LAEKENOIS Cité Modèle 1020 BRUXELLES Tél. : 02/479.00.48 ou 02/479.22.42 ou 02/479.12.22 Fax. : 02/478.49.36</p>	<p>SC LE HOME Rue du Romarin 16 1020 BRUXELLES Tél. : 02/479.07.05 Fax. : 02/479.53.05</p>	<p>SC KAPELLEVELD Avenue Albert Dumont 10 1200 BRUXELLES Tél. : 02/771.10.10 Fax. : 02/772.57.65</p>
<p>SC ASSAM Place De Brouckère 22 (entrée) Place De Brouckère 12 (courrier) 1000 BRUXELLES Tél. : 02/511.18.14 Fax. : 02/511.64.54</p>	<p>SC LES VILLAS DE GANSHOREN Av. J. Peereboom 6 A 1083 BRUXELLES Tél. : 02/426.23.94 Fax. : 02/426.13.14</p>	<p>SC L'HABITATION MODERNE Mont-Saint-Lambert 2 1200 BRUXELLES Tél. : 02/770.38.30 Fax. : 02/763.05.59</p>
<p>SCL LES FOYERS COLLECTIFS Rue de Sévigné 16 1070 BRUXELLES Tél. : 02/521.55.40 Fax. : 02/520.14.57</p>	<p>SA LE FOYER IXELLOIS Rue des Cygnes 8/10 1050 BRUXELLES Tél. : 02/649.20.13 Fax. : 02/640.65.85</p>	<p>SCL LES LOCATAIRES RÉUNIS Avenue de Broqueville 258/3-4 1200 BRUXELLES Tél. : 02/762.58.95 Fax. : 02/779.05.42</p>
<p>SC LOREBRU Rue de la Tour Japonaise 13 bte 27 1120 BRUXELLES Tél. : 02/268.57.85 Fax. : 02/268.30.63</p>	<p>SC LE FOYER JETTOIS Rue Jules Lahaye 282 1090 BRUXELLES Tél. : 02/478.38.35 Fax. : 02/478.95.51</p>	<p>SC CONSTRUCTION D'H.S. DE WOLUVE-SAINT-PIERRE Rue Léopold Rom 1A/6 1150 BRUXELLES Tél. : 02/770.33.36 Fax. : 02/770.00.24</p>

En conclusions...

Pol Zimmer
 Directeur du service d'études de la SLRB
 et auteur de différents dossiers sur la politique de l'habitat.

La crise du logement que connaît la Région bruxelloise est une crise d'accessibilité au logement qui entraîne diverses conséquences, à la fois, pour la population bruxelloise et la Région en tant qu'institution : si cette crise a des échos pour la plupart des ménages bruxellois, elle retentit particulièrement pour les parts les plus fragilisées de ceux-ci.

Plusieurs articles du présent dossier soulignent le lien, très réel et très vertueux, qui existe entre la stabilité dans un logement de confort satisfaisant, un habitat que l'on peut s'approprier et une vie individuelle ou sociale de qualité : dans ce contexte, la reconnaissance de soi et la reconnaissance des autres peuvent agréablement coexister et s'enrichir ; et la santé trouve là un terreau favorable pour exprimer toutes ses virtualités. Mais si le cercle vertueux n'est pas au rendez-vous, les enchaînements peuvent vite devenir problématiques.

1.

La part du parc locatif accessible aux déciles de revenus les plus bas s'est particulièrement rétrécie ces dernières années comme l'indique le [tableau 1](#) repris ci-dessous et la taille du parc public locatif – social ou communal – est trop étroite pour absorber l'importante demande sociale qui se formule dans la région.¹

Tableau 1 :
part du marché accessible à chaque décile de revenus (en %)

Déciles des revenus annuels (en €)	1993	1997	2004
2 (de 6.721 à 10. 330 €)	5	8	1
3 (de 10.330 à 12.468 €)	12	18	4
4 (de 12.468 à 14 492 €)	22	28	10
5 (de 14.492 à 17.741 €)	38	43	21
6 (de 17.741 à 20. 967 €)	57	64	44
7 (de 20.967 à 25.099 €)	73	79	61
8 (de 25.099 à 31.604 €)	88	89	79
9 (de 31.604 à 44.529 €)	96	95	93

Depuis la naissance de la Région bruxelloise en 1989, une importante activité régionale, notamment législative, s'est développée concernant la politique de

l'habitat : réforme du secteur du logement social en 1993 ; mise en place, également en 1993, des contrats de quartiers en matière de rénovation urbaine et, en cette matière, positionnement d'un nouvel opérateur, la SDRB, destinée à produire des logements acquisitifs pour les revenus moyens, principalement dans les zones urbaines fragilisées ; consécration du rôle des AIS – Agences Immobilières Sociales – dans la seconde partie des années « nonante » ; mise en place en 2003 et 2004 du Code bruxellois du logement ; montée en puissance progressive du volume d'action du Fonds du logement, etc.

L'activité législative a été à la hauteur des enjeux régionaux : les rôles des opérateurs sont définis et leurs actions sont financées par le budget régional de manière récurrente.

Le Gouvernement régional actuel a fait de la politique du logement, avec la politique de l'emploi et de l'économie, la priorité de la présente législature 2004-2009 : l'accent est particulièrement mis dans la déclaration politique régionale sur l'augmentation du parc public de logements, la dynamisation du secteur du logement social, l'aide locative et l'accès à la propriété.

Mais le temps du bâtiment est un temps long : les dispositifs mobilisés, par exemple l'accroissement du parc public locatif comme envisagé aujourd'hui, demandent du temps pour se concrétiser et faire sentir leurs effets.

2.

Il est impossible de découpler entièrement la question de la crise d'accessibilité qui prévaut en matière de logement aujourd'hui de la question de l'emploi dans la région bruxelloise. Comme l'indique ci-dessous le tableau 2, près de 52,7% de l'offre d'emploi présente actuellement dans la région sont captés par des personnes provenant de l'extérieur de celle-ci.

Tableau 2 : évolution de la provenance de la population active dans la RBC	1990	1995	2000	2004
RBC	290.871	277.615	296.491	309.357
% RBC sur le total	47,7%	45,6%	45,0%	47,3%
Brabant flamand		119055	136660	119714
Région flamande	208.757	218.503	237.450	219.382
% RF sur le total	34,3%	35,9%	36,0%	33,6%
Brabant wallon		43211	47897	47801
Région wallonne	109.645	112.878	124.847	125.069
% RW sur le total	18,0%	18,5%	19,0%	19,1%
Total	609.273	608.996	658.788	653.807

Nous n'avons pas la place dans le cadre de ces conclusions pour aborder finement la problématique de l'emploi mais les chiffres indiquent clairement que la situation, et la taille, de la demande sociale de logement peut trouver une explication solidaire, ou conjointe, dans la difficulté pour une part des ménages bruxellois² de trouver un emploi dans la région³ ou ailleurs : le taux de chômage qui règne dans la région est bien entendu une source d'augmentation de cette demande sociale dans le contexte des valeurs pratiquées tant sur le marché acquisitif que locatif, mais est synonyme plus globalement de fragilisation sociale pouvant avoir des échos directs sur la santé.

La stabilité dans son logement est une condition positive de la vie sociale ; l'instabilité peut, au contraire, générer divers effets qui, s'ils ne sont pas mécaniques, peuvent précipiter une dynamique de fragilisation sociale voir d'exclusion : les divers articles de ce dossier soulignent abondamment toute la logique de déstructuration – sociale, culturelle et psychologique – qui peut s'enclencher à partir d'une situation déficitaire en matière d'exercice du droit au logement ou plus pertinemment du droit à l'habitat. Ces risques sont naturellement accrus quand cette situation déficitaire se couple avec une situation de chômage a fortiori de long terme : le travail donne accès à des moyens financiers qui donnent des accès mais, plus généralement, il est et reste le paradigme le plus prégnant de l'intégration et

de la structuration sociale dans notre société quelles que soient les limites que nous puissions voir à cette approche .

3.

La situation de crise du logement actuelle suppose une réponse publique qui joue sur les divers leviers que constituent les opérateurs régionaux, voire fédéraux, de la politique de l'habitat. Elle demande sans doute aussi une vision articulée des niveaux d'action et des temporalités qu'il conviendrait de prendre en compte.

3.1 Elle suggère des mesures amplifiées ou complémentaires à l'action régionale⁴ telle qu'elle s'est formulée jusqu'ici.

La déclaration de politique régionale en matière de logement aborde ces sujets.

En synthèse, on peut dire qu'il y a trois axes forts⁵, dans le débat public actuel, pour une réponse publique amplifiée et l'organisation d'une meilleure articulation entre la demande et l'offre de logements :

- une action régionale publique amplifiée en matière de rénovation de logements et de production de nouveaux logements principalement locatifs : c'est le choix de la législation régionale présente ;
- un encadrement différent du marché locatif à partir de mesures liées à une modification du régime des baux à loyer ou de mesures fiscales complémentaires⁶ : ces mesures dépendent pour l'essentiel du pouvoir fédéral ;
- la mise en place régionale d'un nouvel instrument, existant dans plusieurs pays européens, l'allocation-loyer⁷ qui peut connaître des modalités et une ampleur très différenciée selon les publics destinataires que le pouvoir politique lui désigne.

La place pour mettre davantage en perspective ces trois types de mesures nous manque :

- la première qui est nécessaire structurellement et qui fait consensus au niveau régional a besoin de temps pour se concrétiser et exprimer tous ses effets ;
- les secondes dépendent du fédéral et la région a en réalité peu de prise sur leur mise en place ;
- la troisième est portée par le secteur associatif bruxellois et la déclaration régionale évoque sa mise en place de manière encadrée : elle suscite certaines réticences quant au coût budgétaire qu'elle risque d'entraîner sans que les garanties de son efficacité soient avérées.

3.2 L'importance d'une réponse macro à la crise constatée ne doit pas empêcher de réfléchir et de mettre en place des réponses qui concernent les publics dont les besoins sont plus spécifiques, notamment parce que leur parcours comprend aussi des épisodes de

fragilisation au niveau psychologique ou mental.

Ces personnes ont besoin souvent de réapprendre à « habiter » et donc de dispositifs qui permettent de réinitier une stabilité d'occupation, empreinte de souplesse, et si possible dans des espaces non stigmatisés et non stigmatisants. Les notions de « logement de transit »⁸ ou d' « insertion » semblent pouvoir répondre à ces situations⁹.

Le dispositif que constituent aujourd'hui les Agences immobilières sociales - AIS - figure bien ce qui pourrait être un des opérateurs régionaux de ce type de réponse par l'offre encadrée en termes de coûts locatifs et disséminée dans le tissu urbain qu'elles signifient.

L'expérience, que ce soit en région wallonne, que ce soit déjà auprès de certaines AIS dans la région bruxelloise et certains dispositifs initiés par le Fonds du logement pour des publics spécifiques sur son parc locatif¹⁰, met en évidence deux enseignements :

- l'intérêt de distinguer les rôles des opérateurs en ce qui concerne l'offre de logements et l'accompagnement social ;
- la conception de la notion de « logement d'insertion » qui ne doit pas nécessairement s'identifier avec un patrimoine ou un bien physique réservé à cet égard, mais davantage avec un type de bail qui peut glisser et se transformer, sous condition, en un bail à durée indéterminée ou un bail plus classique si on est sur le marché privé : ce qui définit le logement d'insertion est le mode de contractualisation et non le type de bien ou la qualité du propriétaire du bien.

3.3 De manière plus prospective, l'aspect quantitatif que prend la crise aujourd'hui ne doit pas nous détourner d'un aspect très structurel qui est fondamentalement interpellant : l'époque du plein emploi, pour autant qu'elle ait pleinement et réellement existé, est depuis un certain temps derrière nous : cela suppose, désormais, l'existence d'une partie significative de la population pour laquelle l'exercice du droit au logement sera clairement et structurellement fragilisé dorénavant. Cela devrait ouvrir la porte à une autre manière d'envisager la situation : désormais, le problème n'est plus de résorber à la marge, même si celle-ci est significative, une mauvaise articulation temporaire - ?- de l'offre et de la demande : il convient de prendre acte du risque très réel pour une part significative de la population de ne plus pouvoir être actrice de ses parcours résidentiels à partir de son insertion précarisée sur le marché du travail. Cela pourrait suggérer de nouvelles réponses inédites à ce jour du côté des modalités ou des moyens à mettre en place pour que l'exercice du droit au logement soit effectif.

Car son non-exercice a un coût social et psychologique pour les populations concernées mais également un coût financier pour les pouvoirs publics.

Historiquement, un certain nombre de droits sociaux essentiels ont été consacrés dans le régime de sécurité sociale qui est le nôtre : celui-ci s'est formulé à une époque précise, dans l'immédiat après guerre 40/45, et tant la définition des droits concernés que

leur substrat, un certain mode de rapport au travail avec comme horizon le plein emploi, apparaissent aujourd'hui clairement comme des « configurations historiques » dont on pourrait convenir qu'elles sont à actualiser pour de nombreuses raisons liées tant à l'évolution du contexte socio-économique qu'à la nécessité d'affirmer et garantir de nouveaux droits.

4.

Une autre dimension doit retenir l'attention dans le débat public sur la crise du logement et ses liens divers avec la fragilisation sociale, c'est la nécessité de recadrer les modes d'action publique dans trois directions :

4.1 l'action publique doit sans doute encore affirmer davantage l'importance qu'elle accorde à la cohésion sociale notamment en milieu urbain.

La ville aujourd'hui est de plus en plus marquée par l'homogénéisation sociale des quartiers : les logiques de marché jouent bien entendu un rôle essentiel dans la stigmatisation sociale, économique voire culturelle dans la ville, il faut sans doute aussi intégrer d'autres mécanismes pour comprendre les dynamiques à l'oeuvre. Plusieurs ouvrages récents¹¹ ont abordé la question du développement de la ville et de ses formulations plus récentes. Leur thème commun est de questionner l'actualité et la pertinence de la ville comme espace de solidarité à la fois dans ses significations spatiales et sociales : la ville fait-elle encore société ? Permet-elle encore d'inclure l'autre dans sa différence ? Est-elle encore un lieu où se vit une solidarité de groupes différents ? Ou plutôt ne tend-elle pas à ne plus « faire que communauté » ?

On voit de plus en plus des quartiers socialement homogènes se constituer, que ce soient ceux des classes aisées ou des classes moyennes supérieures, qui se regroupent de plus en plus en dehors de la ville dans un mouvement de péri-urbanisation qui étend la ville et dont la mobilité est une des modalités majeures d'affirmation.

Dans une toute autre logique, il y a des regroupements par défaut qui semblent plus contraints, dans des zones urbaines spécifiques, de ceux et celles qui ne peuvent partir et qui sont captifs de leur quartier. Ce qui est l'oeuvre de plus en plus c'est la ghettoïsation par le haut, le départ de zones urbaines fragilisées par des populations en ascension sociale.

Les stratégies d'évitement de l'autre social apparaissent de plus en plus affirmées dans certaines villes et dans les quartiers : la ville ne fait plus société, mais communauté, et certaines zones urbaines sont des micro-sociétés de l'entre-soi. Le bonheur, choisi ou contraint, est dans le même alors que, fondamentalement, la vie en société est la confrontation à l'autre.

4.2 l'action publique, a fortiori dans la Région bruxelloise, doit valoriser le partenariat :

la mise en place des politiques intégrées, liant plusieurs secteurs de compétence et plusieurs opérateurs politiques et de terrain, est essentielle : dès que l'on touche à certains enjeux – par exemple, l'inclusion sociale, l'interculturalité, le développement durable - la nécessité de cette approche, qui prend à revers le découpage, voire la segmentation, des compétences induits par les évolutions institutionnelles en l'état aujourd'hui, apparaît évidente. Sans doute prend-elle également à contre-courant l'économie profonde du politique du point des organisations que sont les partis, qui sont des acteurs en concurrence quasi permanente.

Un important travail de coopération doit alors se formuler en amont et en aval des dispositifs de terrain qui doivent, par ailleurs, permettre la définition des rôles la plus pertinente du point de vue du devenir de l'utilisateur pour lequel il convient dès le départ de modaliser au mieux le chemin vers la reprise en main, tantôt collective, tantôt individuelle, du destin qui peut se transformer dès lors en devenir : le travail en réseau doit être coopération et structuration de l'action et non sa dilution molle.

4.3 enfin, l'action publique doit réaffirmer le rôle émancipateur des politiques sociales :

il apparaît essentiel de mettre en place des dispositifs – et donc des modalités – qui permettent, à terme, à leurs destinataires de se remettre en marche, de se réappropriier leur devenir afin qu'ils puissent se repositionner dans un rapport d'échange vis-à-vis de la société et non pas dans un rapport de « dette infinie » vis-à-vis de celle-ci. Le danger est grand que le « mille-feuille » constitué par la somme des intervenants ne mette en place une dynamique d'assujettissements segmentés : il est capital de permettre une progressive reprise en main de leur devenir aux usagers des services. Ceci suggère à la fois de développer une action publique qui intègre l'importance de valoriser la cohésion sociale et le travail en partenariat bien compris, d'être attentif à la manière de mettre à disposition les services, mais également de valoriser la place d'« acteurs » des usagers dans les dispositifs pour stopper la longue chaîne des désappropriations successives et réinitier un nouveau commencement.

1. Le nombre de ménages demandeurs et inscrits pour le logement social bruxellois était de l'ordre de 30.000 unités au 31/12/2005
2. Il est à noter que, en 2004 toujours et en plus des emplois occupés dans leur région, 33.787 bruxellois(es) travaillaient en Région flamande, 14.338 en Région wallonne et 4.390 à l'étranger.
3. 21,3% en mai 2006.
4. Bruxelles 2004-2009 : « Un avenir et une ambition pour Bruxelles »

5. Qui ne sont pas antagonistes nécessairement mais la question de l'arbitrage politique sur les moyens ne peut être ignorée.
6. Un encadrement complémentaire du marché acquisitif est moins fréquemment envisagé mais aurait forcément des effets sur le marché locatif qui draine la majorité des ménages bruxellois
7. Allocation mensuelle à charge des pouvoirs publics permettant d'alléger la charge mensuelle du logement dans le budget des ménages. De nombreuses modalités du dispositif peuvent être envisagées. Le Conseil consultatif du logement de la RBC s'est prononcé favorablement pour ce dispositif en 2006 moyennant un certain nombre de modalités en terme d'encadrement du coût des loyers. La crainte est effectivement que cette allocation soit anticipée par les propriétaires qui augmenteraient d'autant le loyer demandé et réduirait à néant l'effet de cette allocation.
8. La notion de logement de transit est définie à l'article 2,26° de l'ordonnance du 1^{er} avril 2004 complétant l'ordonnance du 17 juillet 2003 portant le Code bruxellois du logement : « le logement de transit : le logement destiné à un public spécifique auquel un accompagnement social est assuré et dont la durée d'occupation ne peut être supérieure à 18 mois ».
9. Ces deux types de logement se différencient, dans la définition wallonne la seule actuellement à les faire coexister, par les occupants et le type d'hébergement envisagé par l'organisme du point de vue de la durée :
 - dans les logements de transit, assimilables à des logements d'urgence, les ménages doivent être en état de précarité ou privés de logement pour motifs de force majeure. La durée de l'occupation du logement par le ménage est limitée à 6 mois, éventuellement renouvelable une fois (c'est une convention d'occupation précaire qui règle les rapports) ;
 - dans les logements d'insertion, la force majeure n'est pas prise en considération et l'occupation du logement est réglé par un contrat de bail . Les baux de 3 ans se transformant tacitement en baux de 9 ans, la durée minimale de mise à disposition du bien doit donc être de 9 ans à dater la première occupation du logement. Ce type de dispositif suppose une situation de crise qui ne sera pas résorbée par la seule mise à disposition d'un logement et suppose une action d'insertion plus vaste.
10. A côté de l'octroi de prêts hypothécaires à taux d'intérêts bonifiés favorisant l'acquisition, le Fonds du logement a plusieurs activités dont celle dite d'« aide locative » où le Fonds donne en location des logements dont il est propriétaire : plusieurs actions ont été initiées depuis la première législation sur ce patrimoine locatif vers des publics spécifiques ayant des problèmes structurels d'insertion qui dépassaient l'accès à un logement.
11. Citons notamment :
 - Eric MAURIN. *Le ghetto français : enquête sur le séparatisme social* - Editions du Seuil, 2004
 - Jacques DONZELOT et consorts. *Faire Société : la politique de la ville aux Etats-Unis et en France* - Editions du Seuil, 2003



Accessibles au Psycendoc...

Santé mentale et Logement

Bibliographie

- **Toute la revue** : *Ebauches d'un droit au logement effectif*.
1ère Partie : *Droit au logement et exclusion sociale*.
2ème partie : *Le droit au logement endroit positif*.
3ème partie : *Le droit au logement dans le secteur locatif privé : les aides*.
4ème partie : *Le droit au logement dans le secteur locatif privé : la politique des loyers*.
Dr Marc Segers, Pierre Crevits, Monique Verrycken-Lecocq, Michel Vlies, Philippe Versailles, Aristophane, Pierre Denis, Isabelle Brandon, Anne-Marie de Kerchove, Pierre Willemart, Michel Deruyver, Dominique Van Haelen.
(Collection Loi et Société, n°1, 1997)
- **Toute la revue** : *Logement social : un état des lieux pour demain. Actes des journées tenues à l'Université de Liège, le 17/09/1999 et aux Facultés Universitaires Saint-Louis à Bruxelles le 24/09/1999*.
Marie-Laurence De Keersmaecker, Pierre-Marie Dufranne, Alain De Becker, Pierre Jadoul, Pierre Sauveur, Chille Deman, Françoise Navez, Corinne Mostin, Pierre Willemart, Philippe Versailles, Aristophane, Bernard Hubeau
(Collection Loi et Société, n°3, 1999)
- **Toute la revue** : *Habitat et précarité : un logement, première condition à l'insertion ?*, *Compte rendu des journées d'étude de l'A.F.S.E.A. Laon, 27,28, 29 septembre 1989*.
(Sauvegarde de l'Enfance, n°4/5, 1990)
- **Toute la revue** : *Politique du logement à Bruxelles :*
- *Huitième rapport sur l'Etat de pauvreté en région de Bruxelles-Capitale : le logement en point de mire*.
Annette Perdaens, Truus Roesems,
- *De la nécessité d'une politique ambitieuse*.
Grégory Schwandtner, Baudouin Massart, Alain Willaert
- *L'action du fonds du logement de la région de Bruxelles-Capitale*. François Gabele
- *Connaître d'où on vient pour savoir où on va, prises de parole au musée*.
(Bis n° spécial, n°152, Juin 2003)
- **Article** : *Entre pilori et placard, le sort peu enviable des pauvres*.
Pierre De Proost
(Bis, n°136, mars /avril 1996, p.25)
- **Article** : *A propos de... Les enjeux de la politique du logement social bruxellois*.
(Bruxelles Santé, n°20, décembre 2000, p.20-23)
- **Colloque** : *La pauvreté, un fait d'hiver ? Pratiques de la pauvreté urbaine*.
Colloque organisé à l'initiative du CPAS de Bruxelles :
- *En guise d'introduction : un état des lieux*. Yvan Mayeur.
- *Sans-abri, solidarité post-fordiste et urbanisme disciplinant*.
Henk Meert, Karen Stuyck,
- *Mon pays, ce n'est pas un pays c'est l'hiver ... Pauvreté et santé mentale*. Francis Martens
- *Le travail social territorialisé*. Mejed Hamzaoui
- *La débrouille des familles. Des hommes sur le fil*.
Pascale Jamoulle,
- *Intervention de clôture*. Christian Dupont.
CPAS Bruxelles, 2005, 90 p.
- **Toute la revue** : *Le logement, un droit à accompagner*.
Extraits :
- *Logement & cohésion sociale. Politiques mises en place et acteurs concernés*. S. Fontaine
- *Les Sans-Logis. De l'accueil au projet de vie*.
- *CPAS de Mons. Accompagnement pluriel: urgence, transit, insertion*. J. Richez
- *L'Habitat groupé pour les personnes en précarité sociale*.
P.Thys, ...
(L'Observatoire n° 47, 2005)
- **Documents téléchargeables sur le Web** :
- *Programme de valorisation des banques de données socio-économiques fédérales*.
Chapitre Politiques sociales :
. *Logement : précarité socio-économiques et qualité du logement*.
. *Logement : une évaluation du logement social*.
. *Logement : logement social et piège de pauvreté*.
(étude par le Groupe de Recherche en Economie du Bien-être (Grebe) de la Faculté des Sciences Economiques, Sociales et de Gestion aux Facultés Universitaires Notre-Dame de la Paix à Namur).
www.fundp.ac.be/eco/grebe/vdbsf2.htm
- *Aperçu de documents disponibles depuis le Rapport général sur la pauvreté*.
Thème : *Logement* (Service de Lutte contre la Pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale. Documentation) Juin 2005
www.luttepauvrete.be/publications/inventaire/dettes.pdf
- *Revue Rhizome*.
Bulletin national santé mentale et précarité.
Habiter. Décembre 2001
. *Droit au logement : évolution*.
. *Le Haut Comité pour le Logement des Personnes Défavorisées*.
. ..., Françoise Fassy, Xavier Emmanuelli, Patr. Doutreligne
www.ch-le-vinatier.com/orspere/contenu/Rhizomes.aspx
- **Dossier thématique du Psycendoc** : *Précarité. Généralités, Logement, SDF, Exclusion sociale, Parentalité et précarité, Rôle des professionnels et précarité*.

Psycendoc

Centre de documentation de la L.B.F.S.M.
53, rue du Président - 1050 Bruxelles, 1er étage

Horaire

Lundi et mardi de 12h.30 à 16h.30
Mercredi de 10h.30 à 13h.30

Libre accès au public et demandes par téléphone

Renseignements : Ariane Coppens,
tél: 02 501 01 20
fax: 02 511 52 76
e-mail: psycendoc.lbfsm@skynet.be

Agenda de la L.B.F.S.M.

2^{ème} Colloque belgo-sénégalais en santé mentale



Désarrois et constructions

Les intervenants face aux nouveaux contextes

Organisé par

La Clinique Moussa Diop du Centre Hospitalier National de Fann
L'Association Sénégalaise de Thérapie Familiale et d'Approche Systémique
La Société de Psychopathologie et d'Hygiène Mentale de Dakar
L'Institut d'Etudes de la Famille et des Systèmes Humains - Bruxelles
Le Service de Santé Mentale de l'Université Libre de Bruxelles
et
La Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale

en collaboration avec

Le Centre Médico Psychosocial Françoise Minkowska - Paris

avec le soutien de la

Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles-Capitale

Comité organisateur

Oumou Diodo Ly Kane
Aby Seydi Doumbia
Dr. Aïda Sylla
Marie-Jo Bourdin
Geneviève Platteau
Pr. Momar Gueye
Pr. Omar Sylla
Thierno Sagna
Dr. Denis Hers
Jacques Pluymaekers
Eric Messens

Argument

Les premières rencontres belgo-sénégalaises, en décembre 2004, ont montré à quel point les pratiques cliniques sont soumises à des changements de plus en plus diversifiés. Aujourd'hui plus rapidement qu'hier, l'intervenant doit se situer devant ces nouveaux contextes.

En Afrique comme en Europe, les contextes de vie évoluent. Les impératifs économiques, les contingences sociales et l'apparition de nouveaux repères culturels déterminent ces transformations, qui ne sont pas les mêmes sur les deux continents. Elles se déclinent à des échelles différentes. Elles ont pourtant en commun d'agir sur la santé physique et psychique des personnes, surtout les plus fragiles. Leurs conditions d'existence sont trop dures, leurs ressources habituelles ne suffisent plus à les sortir des zones de risques où elles se trouvent, encore moins à les aider dans les souffrances qu'elles éprouvent.

Nouvelles scènes de précarité, nouvelles expressions du malaise et de la détresse, nouvelles sollicitations du monde soignant..., le champ de la santé mentale est en extension. Le social est au devant de la scène et la surface d'intervention des psys ne cesse de s'agrandir, posant un double problème, celui de l'augmentation des demandes auxquelles répondre et celui de la "psychologisation" croissante de difficultés surgies d'un espace social vécu comme blessant.

Aux désarrois des individus répond en miroir le désarroi des praticiens.

Jusqu'où faut-il intervenir, peut-on feindre d'ignorer les laissés-pour-compte du système, comment soigner ceux qui ne demandent rien, y-a-t-il des besoins prioritaires en santé publique, quelles sont les possibilités et les limites du travail en partenariat, où s'arrête la responsabilité des soignants,... ?

Ces questions demandent aux intervenants, tantôt des changements d'attitudes dans le travail, tantôt des ruses et des inventions pour pallier aux impasses du dispositif institutionnel établi, parfois même des engagements courageux là où la pénurie de moyens est telle que les aidants ne peuvent compter que sur eux-mêmes. Dans certaines situations, ne pas avoir de moyens est un moyen. La créativité est sollicitée tous les jours pour adapter les réponses. Ce qui fait soin dans une société n'est pas du domaine exclusif des professionnels. Dans leur tissu social et dans leurs communautés d'appartenance, des hommes et des femmes montrent des compétences qui ne demandent qu'à être soutenues.

Ces deuxièmes rencontres belgo-sénégalaises seront l'occasion de discuter de ces phénomènes en compagnie de sociologues et d'anthropologues. Elles seront aussi plus concrètement consacrées à écouter des récits de vie. Une attention clinique sera portée aux nouvelles formes d'expression du symptôme mais aussi aux idées que des communautés développent

dans des contextes précaires pour survivre ou supporter leur existence.

Elles seront aussi destinées à mettre en évidence des projets novateurs et inédits de prises en charge inventés en marge des habitudes par des praticiens qui ont décidé de ne pas se dérober à leurs responsabilités face à des publics qu'ils estiment devoir accueillir et soigner malgré l'exclusion ou la relégation dont ils font l'objet. Ces projets sont souvent exemplaires des changements de conception et des évolutions cliniques qui ne manqueront pas d'advenir tôt ou tard dans les lieux de pratique plus généraliste.

Thématiques d'ateliers

1. Expressions de la souffrance et nouveaux cadres d'intervention.
2. Contraintes et incohérences institutionnelles : impact sur les professionnels et les bénéficiaires.
3. Nouveaux repères culturels et transformations du lien social.
4. Mutations de la famille et du couple.
5. Migrations et ruptures.

Pré-programme

LUNDI 6 NOVEMBRE	accueil et cocktail d'ouverture
MARDI 7 NOVEMBRE	allocutions d'ouverture Matinée/Séances plénières "Regards sociologiques et anthropologiques sur l'évolution des sociétés africaines et européennes" Après-midi/Ateliers Cinq sessions thématiques en parallèle
MERCREDI 8 NOVEMBRE	Matinée/Séances plénières "Malaises dans la clinique, complexité des phénomènes, interventions innovantes" Après-midi/Ateliers Cinq sessions thématiques en parallèle
JEUDI 9 NOVEMBRE	Matinée/Ateliers Cinq sessions thématiques en parallèle Après-midi/Séance plénière Table de discussion finale soirée de clôture

Découvertes Pour ceux qui souhaitent profiter de leur séjour pour en voir un peu plus, deux propositions de voyage à l'intérieur du pays sont faites :

Avant le Colloque, à Saint-Louis Arrivée et accueil à l'aéroport de Dakar le vendredi 3 novembre, départ pour Saint-Louis, séjour de trois nuits jusqu'au lundi 6 novembre et retour en début de soirée à Dakar pour l'ouverture du Colloque. Visite de la ville de Saint-Louis et de ses environs, Langue de Barbarie et Parc National du Djoudj, rencontres avec des professionnels, visites institutionnelles et découvertes de projets communautaires.

Après le Colloque, dans la région du Siné-Saloum Du vendredi 10 au dimanche 12 novembre : village des guérisseurs de Fatick, île de Joal-Fadiouth, les bolongs du Parc National du Delta du Saloum, Mbour.

Transport et Hôtels Pour l'organisation de votre voyage, nous avons négocié avec l'agence Carlson Wagonlit Travel des contingents de places au prix préférentiel de 620,00 euros sur des vols au départ à Bruxelles les 3 et 5 novembre et au retour à Dakar les 9 et 12 novembre.

Ceux qui souhaitent en bénéficier doivent passer par le secrétariat du Colloque en Belgique pour faire leur réservation (tél : 00.32.2.511.55.43).

Il en est de même pour les deux voyages de découverte proposés à Saint-Louis et dans la région du Siné Saloum avant et après le Colloque.

Pour tous ceux qui souhaitent réserver leurs vols et hôtel par eux-mêmes ou établir un séjour plus à la carte, nous recommandons l'agence Carlson Wagonlit Travel. Les personnes de référence sont Isabelle Vendramin ou Jean-Luc Kiniques - tél : 00.32.(0)81.50.98.90.

Un tarif préférentiel a été négocié avec l'Hôtel Indépendance pour les participants au Colloque : 40 euros (single+petit déj.) et 50 euros (double+petit déj.) la nuit. L'hôtel est un quatre étoiles de bon niveau.

Pour réserver dans cet hôtel, il faut également s'adresser au secrétariat du Colloque en Belgique qui centralise toutes les demandes. Le secrétariat peut également renseigner une liste d'hôtels à Dakar, recommandables dans toutes les catégories de confort.

Secrétariat RENSEIGNEMENTS, INFORMATIONS ET INSCRIPTIONS

Personne de contact : **Eric Messens**

53 rue du Président à 1050-Bruxelles, Belgique

tél : 00.32.(0)2.511.55.43 - fax : 00.32.(0)2.511.52.76 - e-mail : emessens@skynet.be

- Première annonce -
**Congrès international de la Ligue
en 2007**

« Questions transversales en santé mentale-santé publique »

- titre provisoire -

Au Parc des Expositions de Bruxelles / Brussels Exhibition Centre

Heysel - Palais 10, 7 et 11
Place de Belgique – 1020 Bruxelles

**La Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale
organisera un Congrès International
les 24, 25 et 26 mai 2007.**

Ce Congrès sera un moment événement que la Ligue souhaite consacrer aux grandes mutations qui se posent à nos sociétés et à la façon dont elles viennent concerner les champs de la psychiatrie et de la santé mentale.

Les individus, les familles, les collectivités, mais aussi les praticiens sont parfois fortement sollicités par certaines de ces transformations, ce qui engendre de nouvelles formes d'expression de la souffrance et de nouvelles constructions subjectives. Logiquement, de tels phénomènes obligent à réfléchir autrement les dispositifs de soins ou à en concevoir de nouveaux, pour répondre à quelques-unes des impasses du social.

Le projet des organisateurs est de penser ces questions de fond, organisées en thématiques transversales, avec des anthropologues, des sociologues, des philosophes et des praticiens cliniciens.

Depuis cinq ans, la Ligue poursuit un travail de fond visant à questionner les enjeux actuels de société et de santé mentale. Ce parcours de réflexion a été jalonné de nombreuses étapes et a donné lieu à l'organisation de plusieurs événements :

- Colloque *« Interfaces en santé mentale »* en octobre 2001,
- Recherche *« Judiciaire et thérapeutique : quelles articulations ? »* en 2001-2002,
- Congrès *« Penser la psychose »* en novembre 2002,
- Cycle de séminaires *Santé mentale/Santé publique* en 2003-2004,
- Journée *« Traversées »* en mars 2004,
- Congrès *« Et les enfants, ça va... ? »* en juin 2004,
- Colloque *« Evaluer l'évaluation »* en avril 2005,
- participation à la Recherche de l'ONSMP sur *les mutations de professionnalités* en 2006-2007.

Considérant que les transformations de l'époque actuelle ne cessent de multiplier leurs effets, l'objectif était, en organisant ces événements, de redonner à chacun l'occasion de penser l'actualité des perspectives de santé publique, à partir des pratiques cliniques et tenant compte des évolutions de société.

Comme l'écrivaient les promoteurs du cycle de séminaires Santé mentale/Santé publique en 2003-2004, « *Ces mutations sociétales ont toujours existé, elles font les civilisations. C'est leur accélération qui nous déconcerte et nous dépasse dans nos capacités de réponse et d'adaptation... / ... Trop souvent, les réponses imaginées et les actions engagées collent aux événements. Les propositions se font plus dans la réaction et l'après-coup que dans l'anticipation. Un principe de précaution élémentaire doit nous engager à penser les phénomènes avant qu'ils ne soient définitivement des problèmes. La santé mentale, et la spécificité de celle-ci dans le giron de la santé publique, demande que certains de ses concepts, de ses tenants et aboutissants soient reconsidérés, sans idée d'opérationnalisation immédiate, mais au contraire avec la volonté de constituer une réserve intellectuelle d'idées et de balises partageables par des protagonistes soucieux de parvenir à des politiques concertées, en fonction de leurs rôles et responsabilités mutuels .»*

Il est important aujourd'hui de poursuivre ce travail de pensée.

Tout en s'appuyant sur l'information accumulée au cours de ces dernières années, la Ligue souhaite boucler un premier cycle de réflexions dont l'initiative a été lancée en 2000 et qui aboutirait les 24, 25 et 26 mai 2007 avec la tenue d'un Congrès International de questionnement sur les correspondances entre évolutions de société et évolutions des pratiques en santé mentale. Après quoi, le projet sera de concrétiser l'ensemble des acquis dans une publication globale reprenant tous les textes fondamentaux de ces sept années de débat. Cette période correspondra au 30^{ème} anniversaire de la Ligue.

COMITÉ D'ORGANISATION

Jean-Louis Aucremanne, Charles Burquel, Yves Cartuyvels, Jean De Munck, Jean-louis Genard, Edith Goldbeter, Manu Gonçalves, Philippe Hennaux, Denis Hers, Gaëtan Hourlay, Dan Kaminski, Paula Maggi, Francis Martens, Antoine Masson, Jean-Paul Matot, Eric Messens, Didier Robin, Pierre Smet, Lydwine Verhaegen, Frédéric Willems.

En collaboration avec

l'Union Internationale d'Aide à la Santé Mentale
l'Association Française de Psychiatrie
le Comité Européen: Droit Ethique et Psychiatrie
l'Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité

POUR TOUT RENSEIGNEMENT

Secrétariat de la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale

53, rue du Président – 1050 Bruxelles

tél : 0032 (0)2 511 55 43

fax : 0032 (0)2 511 52 76

e-mail : lbfsm@skynet.be

Agenda du secteur

■ Le Réseau 2

Le Foyer
Parhélie
Le Pré-texte
Centre Médical Enaden
Prélude
Sanatia
S.S.M. de St.-Gilles
La Gerbe
Le Courtil jeunes adultes
Le Wolvendael
Le Quotidien (Fond’Roy)
Les Tropiques
Le CAT (Fond’Roy)

organise une journée d'étude

Des réponses au transfert

Jeudi 14 septembre 2006 de 9h à 18h.00

Centre Culturel et de Congrès de Woluwé-St.-Pierre
Avenue Charles Thielemans 93 – 1150 Bruxelles

Argument

Au cours de cette journée, nous nous proposons de mettre à l'épreuve l'articulation entre ces deux termes, tenant compte du fait que l'équivoque d'un tel titre ne permet pas à priori de décider qui répond, ni à quel transfert il est répondu.

Afin d'amorcer la mise en tension de notre intitulé, nous nous sommes appuyés sur un passage d'un article de Freud où il évoque la question du transfert dans le cadre d'une prise en charge institutionnelle :

"Au point de vue du traitement, il importe peu que le malade puisse surmonter, dans une maison de santé, telle ou telle angoisse, telle ou telle inhibition ; ce qui est important, au contraire, c'est qu'il parvienne dans la vie réelle à se libérer de ses symptômes."

S. Freud, *La dynamique du transfert*, in *La technique psychanalytique*, Paris, P.U.F., 1977, p.58.

Il s'agirait pour nous quelques nonante années plus tard, de renouer avec l'actualité de l'avancée

Programme

- | | |
|-------|---|
| 9h00 | Accueil des participants |
| 9h15 | Introduction |
| 9h45 | Pause |
| 10h15 | Conversation répartie en trois ateliers |
| | 1. Sanatia <i>Le chemin du symptôme</i>
Le Courtil <i>Impact du langage dans la psychose</i> |
| | 2. C.A.T. <i>Un maniement du transfert dans un atelier thérapeutique</i>
Le Foyer <i>Une pratique à plusieurs traits</i> |
| | 3. Enaden <i>Le temps du transfert</i>
le Wolvendael <i>Transfert et transexualisme : Monsieur L.</i> |
| 12h15 | Repas |
| 13h15 | Reprise de la Conversation dans trois nouveaux ateliers |
| | 4. Prélude <i>Aux antipodes de tout contrat thérapeutique</i>
Le Quotidien <i>Un lieu hospitalier de jour</i> |

freudienne, tout en y ajoutant les nuances qu'y impose notre clinique quotidienne.

Que dire dès lors de la dynamique propre au transfert dans les institutions de soins – qu'il s'agisse, pour les treize institutions regroupées dans le réseau 2, d'un hôpital, d'une Communauté thérapeutique, d'une Initiative d'Habitation Protégée, d'un centre de Jour ou d'un Service de Santé Mentale – où nous travaillons ?

Dans cette perspective, comment déplier plus précisément la complexe articulation entre l'élaboration propre à chacun – qu'il soit enfant ou adulte, et que le diagnostic posé soit celui de psychose, de névrose grave ou de toxicomanie, voire de handicap mental – et les contingences de la vie collective ? Au sein de celles-ci, encore faudrait-il distinguer celles qui régissent la vie en communauté dans l'institution et celles qui émanent de la société, entre autres sur leurs versants financiers et politiques. C'est la raison pour laquelle le Réseau 2 a également convié à cette Journée les représentants des quatre grands partis francophones.

Enfin, que l'apaisement évolue vers sa consolidation ou qu'il s'efface pour laisser surgir la crise, quelle collaboration – au sens strict du terme – pouvons-nous offrir à ceux qui nous ont demandé asile ?

5. Le Pré-texte *Quel transfert, quelles réponses ?*
S.S.M. St-Gilles *Le réseau du sujet: du Web au net.*
6. Les Tropiques *Entre singulier et pluriel du possible*
La Gerbe *Un homme d'honneur*
Parhélie *Le rythme créateur du rapport au monde.*

15h15

Pause

15h45

Discussion conclusive du Comité Scientifique

avec E. Oldenhove, M. Petras, I. Robert, F. Samoïlovitch,
A. Zenoni

Animateur : E. Messens

17h15

Perspectives

Inscriptions et informations

- Inscription par mail : septembre2006@neuwreal.be - par fax 02 556 36 34 – par tél 02 521 02 44
P.A.F. 50 euros – prix étudiant 25 euros
- Renseignements sur le site www.equipe.be
- A dater du 1er juillet 2006, les textes des treize institutions seront accessibles sur support informatique pour tout participant ayant acquitté son inscription de 50 euros.
Attention : le nombre de participants est limité aux trois cents premières personnes inscrites.
- Le 14 septembre 2006, nous serons à votre disposition à partir de 8h30, afin de pouvoir entamer le programme dès 9h15.
Vous êtes attendu au Centre Culturel de Woluwé-St.-Pierre – Avenue Charles Thielemans, 93 à 1050 Bruxelles.
- Une collation est prévue lors des pauses de 9h45 et 15h15. par ailleurs, vous êtes invités à participer au lunch de 12h15.
- Durant les moments de pause, vous aurez le loisir de découvrir quelques oeuvres de K. Jossion – qui a conçu l'affiche de cette journée – et de R. Silski
- Pour rappel chaque participant est censé avoir lu les treize textes.
Le 14 septembre, les animateurs et discutants auront pour tâche de lancer la conversation et d'ouvrir le débat aux participants

■ Séminaire sur la psychothérapie institutionnelle - APSY-U.C.L.

Un séminaire sur la psychothérapie institutionnelle existe depuis trois ans au sein de l'APSY-UCL.

En 2006-2007, il continue ses activités sur le thème de la vie quotidienne, le corps, les objets, le collectif, etc.

Il s'agit d'un Séminaire à inscriptions limitées.

Il a lieu une fois par mois, les lundis de 19h15 à 21h00 au SSM Le Méridien, rue du Méridien 68 à 1210 Bruxelles.

Renseignements :

Dr BURQUEL Charles et Mme PLAZA Ana au 02/218.56.08 ou par e-mail : lemeridien@apsy.ucl.ac.be

■ Les équipes

de l'hôpital psychiatrique pour enfants et adolescents de La Petite Maison ACIS asbl (APSY-UCL)
de pédopsychiatrie de la Clinique St-Jean, Domino (APSY-UCL)
du Service de Santé Mentale Le Méridien (APSY-UCL)
du Service de Santé Mentale de Wavre

organisent et vous proposent

Temporalité psychique et continuité des soins

Conférences de

Jean OURY, médecin fondateur de La Borde
&
du Professeur Pierre DELION, Pédopsychiatre, professeur au C.H.U. Lille

Vendredi 20 octobre 2006

Clinique St-Jean, Grand Auditoire 7ème étage
Bld du Jardin Botanique 32 – 1000 Bruxelles

Argument

"*L'inscription temporelle est constitutive du sujet*" disait Winnicott. Mais de quelles temporalités parlons-nous ? Comment faire co-exister le temps intime de l'enfant, le temps bousculé de l'adolescent avec le temps du social ? Et puis quel temps social ? Celui de l'intervention de crise courte et intensive, ou celui de la construction d'un temps possible pour chacun sous forme d'un projet personnel ? Adéquation, compétence, cadre, projet avec en écho, détresse, urgence, tant de mots qui marquent les ruptures et les continuités de rythme des uns et des autres. Et s'il était urgent de s'arrêter un peu la-dessus ?

Inscriptions et informations

Horaire de 10h00 à 16h30

P.A.F Pour la conférence 15 euros - étudiants (sur présentation carte) 8 euros

Accréditation médicale demandée

Renseignement/Réservation :

Madame Ana Plaza – SSM Le Méridien de 9h à 15h00.

tél : 02/218.56.08 – fax : 02/218.58.54 - e-mail : lemeridien@apsy.ucl.ac.be

■ Pré-annonce pour quatre rencontres-séminaires

A partir de janvier 2007 (dates non fixées) quatre rencontres-séminaires seront organisées les lundis de 18h à 22h00 – lieu : Bruxelles (à déterminer), exposés théorico-cliniques et expériences institutionnelles.

L'inscription est souhaitée au Méridien, Mme PLAZA Ana au 02/218.56.08 ou par e-mail : lemeridien@apsy.ucl.ac.be

Les organisateurs : Ch. Burquel, Ga. Hourlay., D. Robin, A. De Boeck, M. Ahammad, R. Sengier.

Avec le soutien et la participation de : J. Oury, P. Delion, J. Pain, P. Bretecher, ...

■ Conférence

Le 26 octobre à 20h00

A l'occasion de l'inauguration de l'Unité Enfants-Parents en Pédiatrie à la Clinique Saint-Jean, nous invitons

Martine LAMOUR

Pédopsychiatre au Centre Myriam David de Paris XIII et rattachée au Laboratoire Clinique de Paris V &

Marthe BARRACO

Psychologue et Psychothérapeute au Centre Myriam David de Paris XIII

La Clinique de l'interaction a-t-elle une fonction normative ?

Discussion : *Le travail de l'interaction modifie-t-il nos représentations liées au bon bébé, au bon parent et au bon soignant ?*

Lieu : Clinique Saint-Jean, grand auditoire – 7ème étage, Bld du Jardin Botanique 32- 1000 Bruxelles

Réservation : inscription obligatoire au Secrétariat de psychopathologie - tél : 02 221 99 81.

P.A.F. : 10 euros - étudiants : 5 euros

■ Activités du Groupe POPP

Le Groupe POPP (*Psychiatres d'Orientations Analytique et Psychodynamique*) organise dans le courant de l'année prochaine un cycle de 4 conférences-débats autour de thèmes qui lui paraissent cruciaux, non seulement pour la Psychiatrie, mais aussi pour l'évolution de notre société contemporaine.

En voici les dates, les thèmes et les orateurs pressentis :

- **17 octobre 2006** *les Embarras de la Prévention en Psychiatrie : enfants hyperkinétiques, délinquants sexuels,...* Drs. Serge Goffinet et Michel Elias.
- **19 décembre 2006** *Médicaments : prescrire ou proscrire ?* Drs Monique Debauche et Marc Segers.
- **27 février 2007** *Le DSM : un langage universel pour la Psychiatrie ?* Drs Joëlle Hallet et Sylvain Gross.
- **24 avril 2007** *Reste-t-il des invariants anthropologiques pour orienter nos pratiques ?* Drs Jean-Pierre Lebrun et Bernard Fourez.

Les 3 premières auront lieu à la Clinique Fond Roy, 43 av. J. Pastur, à 1180 Uccle (Bruxelles), et la dernière au C.H.C. Clinique Saint-Vincent à Rocourt (Liège), chaque fois à 20h30.

L'accréditation en Ethique, pour les médecins, est demandée.

Renseignements :

Dr. M. Segers. SSM St-Gilles, Tél: 02 542 58 58

25^{ème} anniversaire de l'ASBL l'Autre « lieu » - Recherche-Action sur la Psychiatrie et les alternatives (RAPA)

Colloque du vendredi 10 novembre 2006

à la Maison des Associations Internationales

40 rue Washington 1050 Ixelles

Couplée à la Nébuleuse santé mentale, la psychiatrie se territorialise, se socialise, se médicalise. Ce faisant, véhiculant pour des publics parfois très différents, le même modèle épistémologique et culturel médico-psychologique, la psychiatrie et (le secteur de) la santé mentale deviennent, sur fond de précarisation économique et sociale, politique et psychique, un vecteur fondamental de la diffusion de la culture de la dangerosité et de la médicalisation des difficultés de vie. Loin de s'épuiser, leur fonction de contrôle et de normalisation se généralise, elles deviennent un pouvoir diffus, capillaire, quotidien de prévention des risques pathologiques de la société.

On ne peut se demander ce qu'est la maladie mentale sans se demander aussi ce qu'est la psychiatrie. Et la critique de la psychiatrie ne jaillit pas dans l'isolement d'un laboratoire ou d'un sujet, elle est toujours inscrite dans un contexte historique déterminé. Aujourd'hui, la question qu'il faut poser et à laquelle il faut essayer de répondre est la suivante : qu'est-ce que la psychiatrie à l'époque de la mondialisation, du néolibéralisme et de la biopolitique ?

Pour débattre, l'Autre « lieu » a invité Mario COLUCCI, psychiatre au département de santé mentale de trieste et Pierangelo Di VITTORIO, philosophe et enseignant à l'Université de Bari, auteurs de [Franco Basaglia. Portrait d'un psychiatre intempestif](#) (Erès, juin 2005) ainsi que Patrick COUPECHOUX, journaliste, collaborateur au Monde diplomatique, auteur d'[Un monde de fous. Comment notre société maltraite ses malades mentaux](#) (Seuil, février 2006).

Programme :

- 9h00 :** *des années 70 aux années 2000 : d'une « société sans asile » à un asile sans société ?* : Charles Burquel (président de l'Autre « lieu »), Micheline Roelandt (promoteur de l'Autre « lieu »), Yves-Luc Conreur (animateur culturel à l'Autre « lieu »)
- 9h30 :** *qu'est-ce que la psychiatrie à l'époque de la mondialisation néo-libérale et de la biopolitique?* Mario Colucci, psychiatre (Trieste) et Pierangelo Di Vittorio, philosophe (Bari)
- 11h15 :** *la santé mentale comme nouvelle gouvernance de la misère psychique et de la souffrance de masse ?* Patrick Coupechoux, journaliste (Collaborateur Monde Diplomatique)
- 13h30 :**
- Atelier 1 :** *mondialisation néolibérale, biopolitique et psychiatrie : discipline, sécurité et nouvelles formes d'exclusions. Culture de la dangerosité et culture de la médicalisation*
 - Atelier 2 :** *mondialisation néolibérale et banalisation de la souffrance*
 - Atelier 3 :** *Trame de l'existence et psychiatrie du lien social : une « institution du mental » qui « panse et se pense », « soigne et se soigne »*
- 15h45 :** synthèse du contenu des ateliers en plénière, débat et rencontre avec des décideurs

P.A.F : 25 euros (institutions) 10 euros (individus) 5 euros (personnes percevant des allocations de remplacement).
Compte : 001-1106154-42 de l'ASBL RAPA – rue Marie-Thérèse 61 – 1210 Bruxelles

Pour info et inscription : 02 230 62 60 et 0479 320 430 – Yves-Luc Conreur

Appel à projets de la Fondation Roi Baudouin

La Fondation Roi Baudouin lance un appel à projets sur le thème « **LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION ET LES RELATIONS INTERGÉNÉRATIONNELLES** »

En lançant cet appel, la Fondation veut stimuler et soutenir des initiatives qui améliorent les relations intergénérationnelles et qui renforcent le rôle social des personnes âgées.

La société évolue: l'espérance de vie augmente, la proportion de jeunes diminue, le nombre de personnes âgées s'accroît, les parcours de vie deviennent plus variés et plus complexes ...

Dans ce contexte, les relations entre les générations sont moins évidentes qu'auparavant, mais sont d'autant plus importantes pour maintenir la cohésion sociale, la solidarité et l'équilibre de la société.

C'est pour cette raison que la Fondation souhaite valoriser des projets basés sur la réciprocité entre deux ou plusieurs générations, des projets qui contribuent à ce que les générations apprennent à mieux se connaître et à s'apprécier, des projets qui font appel aux potentialités des personnes âgées et qui leur permettent de garder un rôle social.

L'appel s'adresse aux groupes de citoyens formels ou informels, aux associations, aux services sociaux, aux pouvoirs locaux, aux institutions comme les écoles, les mutuelles, les syndicats... qui s'impliquent dans une démarche intergénérationnelle.

Il peut s'agir par exemple de seniors volontaires qui font de l'accompagnement scolaire auprès d'enfants de quartiers défavorisés, de rencontres entre des élèves du secondaire et des personnes âgées autour d'un travail sur l'histoire ou le patrimoine d'un quartier, d'une initiative communale pour recenser des logements pour étudiants auprès de personnes âgées et permettre ainsi la rencontre et l'échange, de rencontres entre habitants de différentes catégories d'âges pour la mise en place d'espaces à l'usage de tous les âges...

La Fondation accordera aux projets sélectionnés par un jury indépendant un soutien financier allant de 1.250 à 10.000 euros.

Le budget total pour cet appel est de 400.000 euros pour les trois régions du pays.

La date limite d'introduction des candidatures est fixée au **30 septembre 2006**.

Les résultats de cet appel seront rendus public en décembre 2006.

Les personnes intéressées peuvent se procurer le dépliant d'appel et le dossier de candidature en le téléchargeant au départ de la page http://www.kbs-frb.be/code/page.cfm?id_page=125&ID=1015 du site internet de la Fondation ou en le commandant au Centre de contact de la Fondation Roi Baudouin - tél. +32-70-233 065 - E-mail proj@kbs-frb.be

Spectacle-Rencontre "Vivre avec ses ados !..."

VIVRE AVEC SES ADOS EST RICHE EN SITUATIONS DE TOUS GENRES.

C'EST UNE VIE ENRICHISANTE ET DÉCOIFFANTE, MAIS PAS TOUJOURS FACILE À GÉRER.

Après le spectacle proposé par la troupe « la 4ème tête » qui met en scène des situations dans lesquelles nous nous retrouvons certainement, nous pourrons, avec l'aide de professionnels, débattre des différents aspects de notre quotidien. Une soirée qui promet d'être « trop grave » !

Le 29 septembre à 20h00 au Centre Armillaire - 145, Boulevard De Smet de Nayer à 1080 Bruxelles (Jette)

Avec la participation de la Ligue des Familles – le Centre de Santé Mentale Le Norois – le Centre Pluraliste Familial de Jette – la Maison Médicale Kattebroek – la Maison Médicale Essegghem - l'A.M.O. L'Oranger et avec le soutien de la CoCof

Réservation souhaitée au Centre Armillaire : 02 426 64 39 - p.a.f 2 euros

Ouverture du "Café des parents"

UN LIEU CONVIVIAL POUR PRENDRE LE TEMPS... ET UN ESPACE DE RÉFLEXION AUTOUR DES QUESTIONS POSÉES PAR L'ADOLESCENCE !

Destiné aux parents d'adolescents, « Le Café des Parents » offre un soutien à la parentalité sous ses diverses formes.

Le projet est né à partir des réflexions des parents d'adolescents rencontrés par un groupe de professionnels de la relation d'aide de diverses associations (Service de Santé Mentale Le Norois, Planning Familial de Jette, Maisons Médicales Essegghem et Kattebroek, A.M.O. L'Oranger).

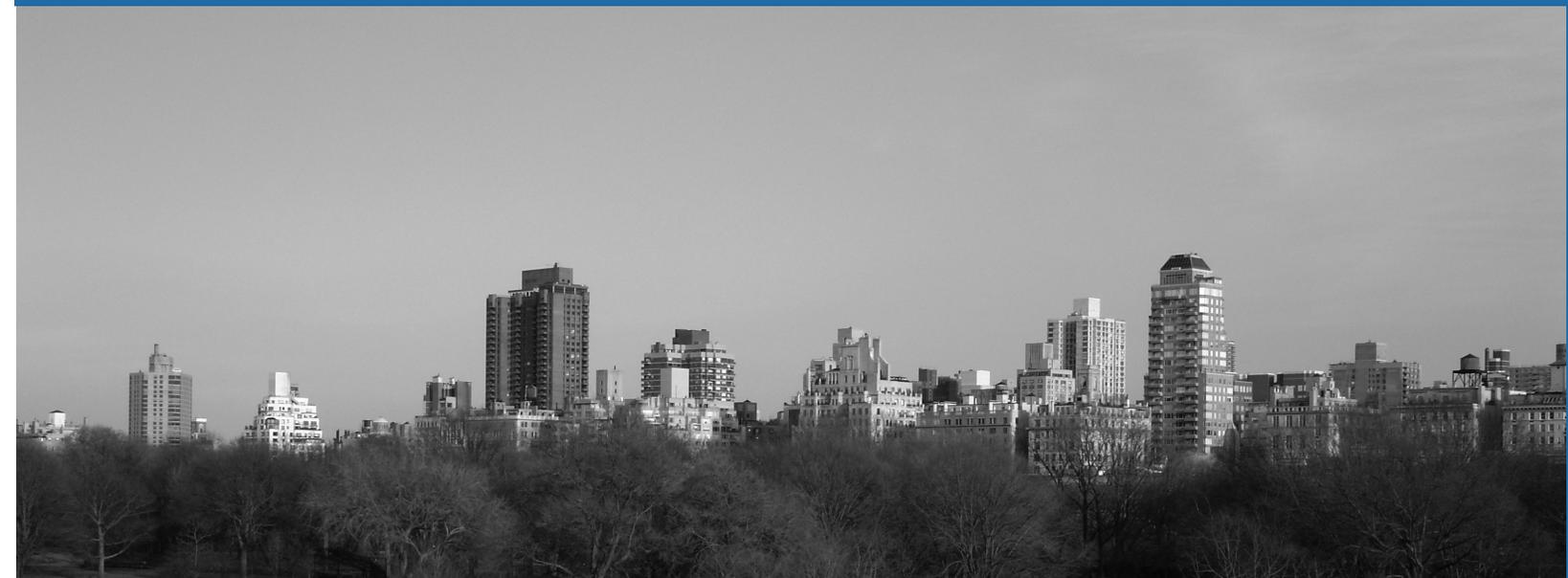
Un premier programme d'activités sera disponible dès la mi-septembre; au cours du temps, il sera élargi et diversifié en fonction des souhaits exprimés par les parents.

« Le Café des Parents » est accessible chaque **lundi de 17 à 21h00 à la salle Fenil du Centre Culturel Le Fourquet – Place de l'Église, 15 – à Berchem-Ste-Agathe** et ce, à partir du **9 octobre 2006**. L'accès est gratuit. Une participation modique aux frais sera demandée, de temps à autre, pour financer certaines activités : conférences-débats, intervenants extérieurs, ...

Tout renseignement complémentaire peut être obtenu aux numéros suivants :

Planning Familial/Centre Pluraliste Familial de Jette 02 426 06 27 - Service de Santé Mentale « Le Norois » 02 478 82 40 - Maison Médicale Essegghem 02 424 25 40 - Maison Médicale Kattebroek 02 469 10 17 - A.M.O. L'Oranger 02 465 08 60





A paraître en janvier 2007, *Mental' **idées*** n°9

Dossier

Santé mentale et Précarités

Santé mentale et nouvelles exclusions