

Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale
Coordination « Urgences »

**Situations de crise et urgences dans les
services sociaux et médicaux en Région
de Bruxelles-Capitale**

Philippe Hoyois

septembre 2009

Comité d'accompagnement :

Claudine Delsart (Unité Psychiatrique de Crise et d'Urgence, Cliniques Universitaires Saint-Luc)

Vincent Dubois (Unité Psychiatrique de Crise et d'Urgence, Cliniques Universitaires Saint-Luc)

Sophie Gilson (Service de Santé Mentale de l'Université Libre de Bruxelles)

Jean-Paul Matot (Service de Santé Mentale de l'Université Libre de Bruxelles)

Eric Messens (LBFSM)

Remerciements :

A tous ceux qui, en acceptant de me consacrer une petite part de leur temps et de m'expliquer les arcanes de leur pratique, ont permis la réalisation de cette étude , je tiens ici à exprimer mes plus chaleureux remerciements. Sans eux ce travail n'eut pas été possible, mais, surtout, comme leurs propos en témoignent, sans eux la vie quotidienne de milliers de personnes serait vraiment impossible.

Introduction

Dans le cadre de la “coordination urgence” de la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale, il est apparu utile de documenter les situations de crise et d’urgence psychologiques ou psychiatriques rencontrées dans les services ambulatoires sociaux et médicaux à Bruxelles. En première ligne dans beaucoup de ces situations, ils y apportent, d’une façon ou d’une autre, au moins des embryons de solutions. Pour ce faire, ils doivent pouvoir s’appuyer sur des ressources, internes et/ou externes, permettant d’offrir un minimum de réponse satisfaisante à des situations souvent difficiles et complexes qui, généralement, imposent aux équipes une mobilisation – temporaire – importante. La gamme des possibles va de la gestion complète d’une situation en interne à la réorientation, immédiate ou non, vers des services d’urgence ou des services de santé mentale. Se faire une idée plus précise des situations rencontrées dans ces services de première ligne et des ressources auxquelles ils ont accès pour y répondre étaient les deux objectifs de cette étude qui a porté sur les situations de crise et d’urgence, psychologiques et psychiatriques, rencontrées dans les services ambulatoires sociaux et médicaux de quatre communes de l’agglomération bruxelloise, à l’exclusion des Services de Santé Mentale, considérés dans de cas précis comme services de deuxième lignes susceptibles d’être utilisés comme ressources par les services investigués. Le choix de se limiter à quatre communes a été dicté par le besoin de réduire le nombre des services à contacter, étant donné leur grand nombre dans la Région de Bruxelles-Capitale. D’autre part,

travailler à l'échelle d'une commune permet de mieux cerner les relations qui peuvent exister entre services et donc mieux discerner les ressources privilégiées, dans un environnement donné, pour répondre aux situations critiques rencontrées. Enfin, la plupart des services envisagés dans le cadre de l'étude ont souvent un recrutement de proximité, une grande partie de leur public résidant dans la commune où ils sont installés. Envisager l'ensemble des services d'un territoire géographique donné permet aussi d'envisager les relations entre services dans ce contexte. Cependant, tous ne sont pas également distribués sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale. Relativement peu nombreux dans les communes à revenus élevés, ils tendent au contraire à foisonner dans les communes les plus pauvres, produits d'un dynamisme social qui cherche à répondre aux nombreuses difficultés auxquelles fait face la population et qui conduit tant à une démultiplication des services publics existants qu'à une multiplication des initiatives privées. Cette tendance s'est encore renforcée avec le développement de politiques urbaines cherchant à réduire les tensions sociales qui privilégient donc, au premier chef, les communes où celles-ci seraient les plus susceptibles de se produire. Le tableau de la page suivante qui établit, commune par commune, le nombre et la nature des projets de cohésion sociale¹, illustre cet état de fait. Cette inégalité de distribution des services dans l'ensemble des communes de l'agglomération m'a conduit à sélectionner deux communes « défavorisées » et deux communes « aisées » pour notre enquête. Il est alors apparu que l'autonomie communale n'est pas un vain mot et que, selon les communes, les initiatives publiques qui s'y développent peuvent prendre des formes très différentes, témoignant de préoccupations elles aussi très variées. De même, nombre d'initiatives privées se structurent autour de certaines spécificités des populations résidentes d'une commune. Ce qui peut alors être considéré comme des ajustements de l'offre des organismes existants à des besoins ressentis dans une population donnée peut ainsi conduire à la création de services qui peuvent être – proprement - uniques à l'échelle bruxelloise. Cette particularité les rend alors aisément identifiables. Ceci, associé au fait que certains de mes interlocuteurs souhaitaient rester incognito, m'a conduit à ne pas mentionner les communes et organisations étudiés. En choisissant quatre communes, je résolvais a priori le problème de la représentativité des services. En effet, dans

¹ Après examen de leurs descriptifs, certains projets de cohésion sociale et, en particulier, les projets « activités socio-culturelles », « citoyenneté », « fête de quartier », « infrastructure », « publication », « service aux associations », « sport » n'ont pas été prises en compte pour l'enquête.

chacune d'elle je prévoyais de rencontrer l'ensemble de ceux susceptible d'être concernés par la problématique. La principale difficulté a alors été de disposer d'un relevé un tant soit peu exhaustif des services existants. Or de tels outils sont moins fréquents qu'il n'y paraît et, si dans les deux communes aisées, les identifier n'a pas posé de problème majeur, l'exercice s'est révélé plus compliqué dans les communes « défavorisées ».

Décret COCOF sur la cohésion sociale : distribution des projets par communes et catégories ¹

	Accueil de l'enfance	Accueil primo-arrivants	Actions interculturelles	Actions intergénérationnelles	Actions seniors	Activités socio-culturelles	Alphabétisation	Animations extra-scolaires	Citoyenneté	Fête de Quartier	Français langue étrangère	Infrastructure	Lutte contre la fracture numérique	Médiation scolaire	Permanence sociale	Publication	Service aux associations	Soutien scolaire	Sport	Thématique du genre	Travail de rue	Total
Anderlecht				4		6	5	13	5	1	2	1	7	5	1	1	1	13	5			70
Auderghem	1	1		2		2	1	2	2		1		2			2	1	1	1			19
Berchem-Ste-Agathe																						0
Bruxelles	2	3	1	5		13	11	17	7		9	1	7	5	1		1	18	3	1		105
Etterbeek				2		1	3	5	3	1	3		1	1			2	3				25
Evere				2		2		1							1		1					7
Forest	1			2		4	2	8	3	2	1	2	2		3	1	1	7	3		2	44
Ganshoren																						0
Ixelles		2	1	2		13	3	5	2	2	4	1	1	1				4	4		1	46
Jette				1		2	2	4	2	1	4		1	1				2		1	1	22
Koekelberg	1			2		4	1	4	1		1		1	3	2	1		3	3			27
Molenbeek-Saint-Jean		5		4		7	5	14	11	2	1		3	1	10	1	1	13	3		1	82
Saint-Gilles		2	1	1	1	10	7	12	3	1	6		2	2		2	1	15	5			71
Saint-Josse-ten-Noode		1	2	5	1	5	7	10	8	1	7		7	1	8		1	11	2	5		82
Schaerbeek	4		3	5	2	11	13	20	9	2	12		5	1	3		1	19	5			115
Uccle																						0
Watermael-Boitsfort																						0
Woluwe-Saint-Lambert																						0
Woluwe-Saint-Pierre																						0
Région ²	1	5	2	6		19	9	14	12	2	8	1	3	2	8	6	3	10	5	1	1	118
Total	10	19	10	43	4	99	69	129	68	15	59	6	42	23	37	14	14	119	39	8	6	833

¹ Un même service peut être responsable de plusieurs projets différents.

² Projets portant sur l'ensemble de la région.

Source : CBAI, n.d.

A priori, les services envisagés étaient les suivants : Centres Publics d'Action Sociale, Centres d'Action Sociale Globale, services sociaux communaux, lieux d'hébergement, logement sociaux, maisons de quartiers, maisons médicales et médecins généralistes, centres de planning familial, bureaux d'aide aux victimes. Au départ de cette liste initiale, se sont ajoutées, dans certains cas, les multiples déclinaisons, décentralisées ou non, de l'offre, développée par certains organismes, et divers autres services qui peuvent se distribuer de façon différenciée selon les communes. Des listes thématiques de structures existantes étaient le meilleur recours pour localiser l'ensemble de celles à investiguer. Mais ces listes peuvent être incomplètes ou n'avoir pas été réactualisées. Cde plus, certains services, produits du développement d'une large gamme d'activités à l'initiative d'une institution existante, ne sont pas nécessairement immédiatement visibles car répondant à des besoins très spécifiques. De ce fait, il est alors possible que quelques structures, dont l'activité est essentiellement locale, n'aient pas été identifiées. Les contacts avec les services ont été pris par téléphone, au numéro générique indiqué dans les différentes listes consultées. Dans la très grande majorité des cas, après explication du thème de l'enquête, l'intervenant qui répondait à ma sollicitation a donné son accord pour un rendez-vous et un entretien. Dans deux cas, l'entretien n'a pas été jugé utile par absence de situations de crise ou d'urgence rencontrées. Dans quatre cas, une demande officielle écrite a été souhaitée qui est toujours restée sans réponse. Dans quatre cas, j'ai été réorienté vers un supérieur hiérarchique qui soit m'a fixé un rendez-vous pour un entretien avec lui, soit m'a proposé un entretien avec ses subordonnés en sa présence, soit m'a donné son accord pour que je rencontre ses subordonnés. Dans deux cas l'entretien s'est déroulé en présence de plusieurs membres d'un service. Au total 66 entretiens ont été réalisés, correspondant à 52 structures différentes. Dans plusieurs cas en effet, la décentralisation d'un service en différentes unités de proximité ou les activités très variées réalisées dans un même organisme, ont conduit à réaliser deux à trois entretiens différents. Pour ce qui est de la représentativité des services investigués, elle devrait être considérée selon leur type, en tenant compte du fait que leur distribution varie selon les communes et que certaines structures sont uniques. Cependant, pour l'ensemble des services, sur les quatre communes, des informations ont été recueillies pour, au moins, plus de la moitié des d'entre eux, quel que soit leur type et, l'équilibre entre communes « aisées » et « défavorisées » est respecté. Seuls les médecins généralistes sont sous-

représentés mais les quelques entretiens réalisés ne montraient pas de discordances avec les résultats d'une étude antérieure (Hoyois et al., 1990). Il a dès lors semblé peu utile de poursuivre les investigations pour ce secteur.

L'enquête elle-même, consistait en entretiens ouverts, organisés autour de quatre thèmes qui peuvent se traduire par les interrogations suivantes :

Pourriez-vous décrire les activités de votre service et les façons dont elles s'organisent ? Quelle est l'ancienneté de ces activités et de ces formes d'organisation ?

Quelles seraient, pour vous, les différentes caractéristiques des publics que vous rencontrez ? Qu'attendent-ils de vous ?

Rencontrez-vous des situations que vous considèreriez comme une crise ou une urgence psychologique ou psychiatrique ? Est-ce fréquent ? Pouvez-vous décrire l'une ou l'autre situation ?

Comment réagissez-vous dans ces situations ? Quelles sont les ressources auxquelles vous pouvez faire appel dans ces cas-là ?

En début d'enquête, les entretiens ont été enregistrés mais le temps mis ensuite à les retranscrire m'a conduit à opter pour la prise de notes au vol, sur lesquelles je revenais après l'entretien. Cette façon de procéder m'a permis de conserver une partie des expressions utilisées par mes interlocuteurs ou le sens de leurs propos, qui ont pu être utilisés pour illustrer différents aspects de la problématique investiguée. En effet, en cours de rédaction du rapport, il est apparu que la restitution de certains propos des intervenants permettaient de rendre les faits rapportés plus vivants et surtout de tenir compte de la richesse des nuances tant des situations rencontrées que de l'analyse que pouvaient en faire mes interlocuteurs. Dans certains cas, un travail de réécriture a cependant été nécessaire pour éviter qu'une personne, un service ou une situation puissent être identifiable. Dans ces cas-là, je me suis efforcé de rester au plus près du sens de ce qui m'avait été dit.

En cours d'étude, les remarques de nombres d'interlocuteurs ont fait apparaître comme essentiel de situer les contextes sociétaux et institutionnels, dont la Région de Bruxelles-Capitale a pu être le théâtre depuis 1989, année de sa création, et de leurs impacts sur les services et les situations rencontrés.

La première partie de ce rapport porte donc sur un ensemble d'évolutions sociales et de transformations institutionnelles qu'a connu la région bruxelloise au cours des deux dernières décennies. Ses évolutions économiques, démographiques et sociales sont d'abord envisagées. Les nouvelles politiques sociales - et les programmes sociaux qui en sont issus - à l'initiative de l'Etat fédéral, des Régions ou des Communautés, qui ont entraîné l'évolution des organismes chargés de les mettre en œuvre sont ensuite évoquées. Ces initiatives publiques ont contribué à la richesse et à la diversité des services offerts à la population mais aussi à des mutations dans l'organisation de ceux-ci. Ces différentes transformations du paysage sociétal et institutionnel permet de mieux appréhender les développements qu'ont connu différentes structures, comme les situations qu'elles étaient amenées à rencontrer. Il s'agit ici de garder à l'esprit le fait que la ville et les services qui y opèrent ont connu, au fil des ans, des transformations qui paraissent, pour le moins, significatives.

Une deuxième partie explicite ce qui, en cours d'enquête, est progressivement apparu comme un idéal de travail largement partagé par la plupart des intervenants. Ses modalités d'interprétation comme ses possibilités d'application peuvent varier d'un service ou d'un organisme à l'autre, mais un « modèle » d'organisation des échanges entre public et professionnels, tend à se rencontrer dans la plupart des structures investiguées. Ce modèle s'appuie sur trois concepts indissociables, « approche globale », « accueil » et « écoute ». , Ceux-ci ne semblent pas sans effets, notamment quant aux possibilités qu'ils paraissent offrir aux intervenants lorsqu'ils évoquent leur travail et les situations de crise et d'urgence qu'ils peuvent rencontrer. Ces trois aspects sont envisagés de façon détaillée en s'appuyant largement sur ce que les intervenants en évoquent.

La troisième partie porte spécifiquement sur les situations d'urgence et de crise rencontrées dans les différentes structures investiguées ; les facteurs qui, selon les intervenants, paraissent en être à l'origine ; les caractéristiques qui semblent propres à

certaines d'entre elles et les ressources jugées utiles pour y faire face et auxquelles les professionnels disent avoir directement ou indirectement accès. Ici encore, certains propos des intervenants illustrent largement différents aspects de la problématique.

Enfin, je signalerai que, dans ce texte, je ferai fréquemment appel à la notion de « situation » ou à celle de « dynamique ». Il semble utile de rappeler ici le sens que j'entends leurs donner.

« Situation » se rapporte à un « ensemble de circonstances dans lesquelles une personne, un pays, une collectivité se trouve » ou, de façon plus tangible, à un « ensemble de relations concrètes qui, à un moment donné, unissent un sujet ou un groupe au milieu et aux circonstances dans lesquelles il doit vivre et agir ». Une « situation » diffère d'un « état » dans la mesure où elle implique un devenir alors que l'« état » implique une « manière d'être considérée dans ce qu'elle a de durable ». Un « état » tend à la stabilité –même lorsqu'il est dit instable –, une situation peut évoluer, être révélatrice.

La « dynamique » se rapporte à la notion de force, elle « considère les choses dans leur mouvement, leur devenir ». Elle diffère d'un « processus », « ensemble de phénomènes, conçu comme actif et organisé dans le temps », en ce que les principes organisateurs de ce dernier sont connus, si pas maîtrisés. Dans une dynamique les relations entre les forces qui vont orienter le mouvement ne peuvent être qu'imparfaitement définies.

« Situations » et « dynamiques » n'excluent pas les « états » et les « processus » mais ces derniers ne sont qu'un des aspects présents dans les premiers. Par rapport à « état » et « situation », les notions extrêmes susceptibles de s'y rapporter pourraient être respectivement « invariant » et « chaos » ; par rapport à « processus » et « dynamique », elles pourraient être « immobilité » et « errance ».

Première partie :

Contextes et évolutions

Introduction

Dans cette première partie, je reviens sur certaines évolutions qu'a pu connaître la Région de Bruxelles-Capitale au cours des deux dernières décennies. Les changements qui se sont produits au cours du temps concernent non seulement la vie économique et sociale de la capitale mais aussi les politiques publiques qui ont pu s'y développer. Les transformations sociétales et les réponses que cherchent à y apporter les nouvelles modalités de mise en œuvre de l'action publique ont conduit à des évolutions des secteurs de l'aide et du soin qui ont connu une croissance et une diversification indiscutables qui, à leur tour, ont eu un impact sur les façons de concevoir les services et d'organiser les pratiques. Les liens qui unissent toutes ces transformations ne sont pas nécessairement directs ou immédiatement perceptibles et, dans les services, les évolutions sont souvent le reflet d'ajustements progressifs à des faits nouveaux. Ce constat paraît également valoir pour les politiques publiques dont certaines lignes d'action, novatrices et en rupture avec des pratiques antérieures, ont connu des inflexions leur permettant de s'adapter aux réalités de terrain auxquelles elles souhaitaient répondre. Les chapitres qui suivent cherchent donc à rappeler, de façon tangible, différentes évolutions sociétales, politiques, sectorielles qui ont pu se produire depuis la création de la Région de Bruxelles-Capitale, et qui constituent l'arrière-plan sur base duquel se sont élaborées les pratiques actuelles. Ces questions ont été évoquées explicitement par certains intervenants, explicitement par d'autres et pas en tenir compte me paraissait faire l'impasse sur une série de dynamiques qui sous-tendent aussi bien les offres et les demandes d'aides et de soins dans la Région de Bruxelles-Capitale. Ces dynamiques sont complexes et les interactions qui peuvent

exister entre elles ne sembleront et ne sont, sans doute, pas toujours explicites mais il m'a paru indispensable de revenir sur des transformations, parfois très rapides, qui ont affecté la région car, par les changements qu'elles ont pu introduire dans les systèmes de référence qui permettent aux individus de se situer, elles peuvent, au moins partiellement, être à l'origine de nombre de situations d'émergence, de crise ou d'urgence auxquelles les intervenants des secteurs psycho-médico-sociaux sont confrontés

1. Evolutions sociétales

Au cours des dernières décennies, les nations du monde développé ont connu des évolutions majeures. Des transformations techniques considérables ont eu comme conséquence que la production de valeur tende à se déplacer de modèles industriels (centrés sur production et la distribution à grande échelle de biens standardisés) vers des modèles post-industriels (qui privilégient le développement d'un capital immatériel comme la production et la distribution de services diversifiés) (cf e.a. : Touraine, 1969 ; Bell, 1973 ; Singelman, 1978 ; Crouch, 1999,).

Cette évolution s'est traduite dans de nouvelles formes d'organisation du travail où l'accent est notamment mis sur la réduction des niveaux hiérarchiques, la responsabilité, la flexibilité de la production ; une certaine autonomie des différents départements envisagés comme « centres de profits ». L'externalisation des activités peu profitables et le recours à la sous-traitance deviennent pratiques courantes. Au plan de l'emploi, la flexibilité du travail est recherchée, comme la réduction de ses coûts.

L'internationalisation des entreprises et la libéralisation des échanges financiers qui ont accompagné ce changement ont entraîné celles des marchés du travail et des produits, démultipliant notamment la compétition entre pays, régions et /ou villes comme lieu d'installation et d'investissement². Au plan des territoires, tant à l'échelle

² Cette compétition peut aussi porter sur l'installation d'institutions publiques, comme le montre, par exemple, les rivalités entre Bruxelles et Strasbourg comme siège du Parlement Européen ou la décentralisation des grandes écoles en France.

d'un pays que d'une ville, ces transformations ont comme conséquences de nouvelles polarisations tant économiques que sociales qui se sont traduites par des fragmentations et des recompositions socio-spatiales. Celles-ci se manifestent en particulier dans les métropoles d'importance mondiale dont les quartiers centraux sont souvent associés à des projets de rénovation urbaine, origine ou support d'une revalorisation sociale (cf e.a. : Sassen, 1991 ; O'Loughlin & Friedrichs, 1996; Castells, 2009).

Cette première mutation a été suivie d'une seconde, toute aussi importante, qui s'est caractérisée par un changement de priorité dans les politiques d'investissement : la rentabilité attendue du capital a eu tendance à prendre le pas sur la croissance des entreprises. La dématérialisation s'en est encore trouvée accentuée.

Ces mutations ont trouvé leur équivalence, au plan des populations. En mettant l'accent sur la pensée, la cognition, l'imagination, la capacité d'inventer et d'innover, une valeur toujours plus grande est accordée à l'individu, que celui-ci va toujours plus revendiquer, ce qui ne sera pas sans effets sur les modes d'être au monde.

De telles évolutions s'accompagnent en général de changements sociétaux notables.

Au plan démographique, les faibles taux de natalité et de mortalité qui en caractérisent le régime moderne, se sont accompagnés, d'une part, d'une prolongation très nette de l'espérance de vie laquelle pose de nouveaux problèmes sociétaux et, d'autre part, liée pour partie aux souhaits d'autonomie des individus, d'une baisse de la nuptialité et d'une augmentation du nombre de divorces, des familles monoparentales et des ménages d'une personne.

Le cycle de vie qui était traditionnellement associé à la famille nucléaire n'est plus généralisé. Flexibilité et différenciations se sont introduites dans les biographies individuelles : le célibat « post-adolescence » se prolonge, l'allongement des durées de vie augmente la probabilité d'unions successives et la fragilité de celles-ci multiplie les possibilités de nouvelles phases de célibat ou de mono-parentalité. (cf e.a. Glick, 1989)

Dans ce contexte de transformations structurelles profondes qui touchent l'ensemble des sociétés, leurs conséquences peuvent être accentuées ou réduites par les évolutions conjoncturelles, essentiellement économiques mais parfois aussi politiques, qui les affectent.

La Belgique et la Région de Bruxelles-capitale n'échappent pas à ces mutations et il paraissait utile d'appréhender et de documenter la réalité de tels phénomènes, car d'une part leurs retombées au niveau de la vie quotidienne des individus peuvent être considérables et, d'autre part, ils ne sont pas sans conséquences aux plans politiques et institutionnels.

Dans les pages qui suivent, les données relevées cherchent à rendre compte des évolutions mentionnées. Dans la mesure du possible, j'ai cherché à m'appuyer sur des séries temporelles. Cette approche chiffrée permet de mieux appréhender l'ampleur des phénomènes au cours du temps et d'en apprécier l'impact au regard de la population.

Pour ces séries temporelles, j'ai, autant que possible, cherché à faire débiter celles-ci en 1990. En effet, cette date est très proche de celle de la constitution de la Région de Bruxelles-Capitale (1989) et le recul qu'elle autorise (près de 20 ans) permet de se former une idée des évolutions que la région a pu connaître sur différents plans. Il faut néanmoins noter que les séries complètes – de 1990 à 2006/2007/2008 – sont rares et qu'il n'est possible, dans bien des cas, de ne disposer que de données qui ne couvrent que partiellement la période considérée. Cependant, certaines évolutions peuvent se marquer de façon manifeste même sur des périodes temporelles plus courtes que celle retenue comme référence. S'il y a lieu, dans ce cas, de s'interroger sur la poursuite, au travers du temps, de la tendance qui se manifeste ou sur sa volatilité du phénomène, il reste que les similitudes que peuvent montrer différentes séries temporelles se recouvrant partiellement et mesurant des phénomènes proches ou associés, tendraient à confirmer les évolutions.

D'autre part, des données disponibles pour la Belgique peuvent ne pas être détaillées au niveau régional et donc à celui de Bruxelles-Capitale. Aussi, dans les pages qui

suivent, j'ai d'abord présenté les données existantes pour Bruxelles et, pour celles qui ne le sont pas, j'ai repris les résultats pour la Belgique.

Il faut également noter que si l'Institut National de Statistique met à la disposition du public de nombreuses séries temporelles, d'autres, très ciblées, ne sont disponibles que par le biais de publications très diverses et nécessitent un travail important de repérage et de collecte.

Enfin, pour quelques données, les séries temporelles sont inexistantes. Pour un bon aperçu de la situation dans la région de Bruxelles-capitale, j'ai repris les données qui me semblaient les plus importantes à considérer.

Pour terminer, il faut souligner que les évolutions les plus récentes ne sont pas prises en compte par les données, qui doivent faire l'objet de traitements spécialisés avant d'être mises à disposition du public. Un décalage temporel plus ou moins important est donc inévitable.

Si les crises économiques paraissent offrir à certains des opportunités dont ils entendent profiter, elles réduisent souvent les possibilités de choix, limitées, des franges les plus vulnérables de la population et contribuent à ébranler les capacités d'action et les ressources d'autres segments de cette population. La dégradation économique de ces deux dernières années a, dès lors, probablement encore accentué certaines tendances que les données mettent en évidence.

1.1. Economie bruxelloise

1.1.1. Evolution structurelle

Depuis longtemps l'économie bruxelloise se distingue par son caractère tertiaire (services aux entreprises, activités financières et commerce) et quaternaire (services publics et secteur non-marchand), plus accentué que dans les autres villes du pays. Son statut de capitale belge puis européenne y a largement contribué. Comme dans beaucoup d'autres métropoles-centre la concentration des administrations publiques a entraîné l'installation de nombreux sièges de sociétés privées, soucieuses de bénéficier des avantages que peuvent procurer la proximité des facilités multiples qu'offre en général ces cités. Cependant, pendant des décennies, l'activité économique à Bruxelles ne s'est pas limitée au secteur tertiaire et, à côté de celui-ci, existait un secteur secondaire (industrie, construction) qui, s'il n'était pas extrêmement important, n'était pas négligeable, représentant en 1992, de 12 à 15% du total des établissements et des travailleurs occupés à Bruxelles. Treize ans plus tard, en 2005, ces pourcentages étaient de l'ordre de 8-9%, indiquant la désindustrialisation progressive de la capitale au profit des services publics et des services aux entreprises. Ce même phénomène se retrouve pour le Royaume mais y est moins prononcé qu'à Bruxelles (IBSA, 2007 a).

En termes de production, mesurée par la valeur ajoutée (revenu brut engendré par les unités de production résidant à l'intérieur d'une région), la croissance de celle-ci (42%) entre 1995 et 2005, à Bruxelles, a surtout été portée par le développement des services aux entreprises (50,3%) et par les services publics (57,3%). Pour les activités secondaires, la valeur ajoutée de la construction (24,1%) et celle de l'industrie (10,9%) se situent nettement en-dessous de la moyenne régionale. Un phénomène semblable se constate en matière d'exportations. Pour la période 1995 – 2006, les exportations des entreprises bruxelloises se sont accrues de 303% mais cette

croissance a été de 488% dans le secteur des services aux entreprises et de 352% dans celui des activités financières, alors que dans le secteur industriel, elle n'a été que de 243%, ici encore largement en dessous de la moyenne pour la capitale. (IBSA, 2007 b).

Ces données tendent donc à confirmer la désindustrialisation bruxelloise et la place de plus en plus grande qu'y prennent la production et la distribution de services diversifiés.

1.1.2. Dynamisme entrepreneurial

Cette économie bruxelloise se caractérise aussi par un taux net de création d'entreprise (créations moins disparitions d'entreprise) qui passe de 7% en 2000 à 10,4% en 2006 et est supérieur à celui des autres régions du Royaume,. Cependant, entre 2001 et 2006, le taux de faillite des entreprises bruxelloises (faillites d'entreprises rapportées au nombre total d'entreprises pendant l'unité de temps), passe de 1,7% à 2,2% et est lui aussi très supérieur à celui des autres régions. (IBSA, 2007b)

Le nombre de faillites évolue avec la conjoncture mais les impacts peuvent être différents selon les secteurs. Ainsi au cours de l'année 2003, si l'on considère les faillites d'entreprises qui occupent du personnel (excluant les indépendants et les personnes associées travaillant sans personnel), celles d'entreprises de commerce (qui selon les années représentent environ 40 à 55% du total des faillites) ont augmenté de moins de 3% alors que le nombre d'entreprises faillies dans le secteur industriel augmentait de 18% et celui des entreprises de service de 73%. (IBSA, 2007b)

L'évolution de l'économie bruxelloise n'est donc pas sans heurts et si la Région de Bruxelles-Capitale se distingue par un taux de création d'entreprise qui, en lien avec l'évolution de la conjoncture, a connu une forte croissance au cours des dernières années, elle a aussi connu une croissance du taux de faillite de ses entreprises. Les données sectorielles disponibles laissent penser que cette volatilité des entreprises tient probablement moins à un dynamisme technologique qu'à un manque d'expertise des nouvelles entreprises qui ne parviennent pas à se maintenir et

disparaissent. Il paraît dès lors raisonnable de penser qu'un certain nombre de créateurs d'entreprise à Bruxelles prennent cette initiative avec la volonté de créer leur propre emploi mais, pour certains d'entre eux, en relation avec les possibilités de travail qui leur sont offertes plutôt que sur la base d'une prise de risque envisagée en pleine conscience.

1.2. Emploi

Le phénomène de désindustrialisation de Bruxelles se retrouve lorsque l'on regarde les taux d'emploi (qui représentent les personnes disposant d'un emploi, salarié ou indépendant, en pourcentage de la population de 15 à 64 ans). Globalement, de 1995 à 2006, le taux d'emploi passe à Bruxelles de 51 à 53,4%, une croissance inférieure à celle rencontrée dans les autres régions du pays. Au cours de cette même période, la population active bruxelloise occupée dans le secteur des services augmentait de 27%, celle occupée dans le secteur de la construction de 12% et celle travaillant dans le secteur commercial restait pratiquement inchangée. Par contre, la population active occupée dans le secteur industriel diminuait de 27%. (IBSA, 2007c)

En termes de formes et d'organisation de l'emploi, ce phénomène d'évolution vers une économie de services s'est accompagné de transformations qui portent aussi bien sur l'emploi salarié que non salarié que sur l'offre et la demande d'emploi.

1.2.1. Emploi salarié

L'emploi salarié constitue la source principale de revenus pour une majorité de la population. Or, si l'on considère les premiers instruments utilisés par les entreprises en vue de l'ajustement quantitatif du volume de travail (flexibilité quantitative) tels que les contrats d'intérim, les formations, les contrats spéciaux temporaires, les contrats à durée déterminée, les contrats des agences locales pour l'emploi, les contrats d'étudiants et les contrats de travail occasionnels, on constate que, dans son ensemble, l'emploi temporaire est passé, à Bruxelles, de 4,5% à 12,6% de l'emploi salarié de 1991 à 2006. Cette évolution structurelle vers une précarisation des emplois est significative mais est cependant modulée par les mouvements conjoncturels. Ces emplois temporaires se caractérisent par une sur-représentation des femmes qui tend à

décroître au cours de la période, une sur-représentation croissante des 15-24 ans et une sur-représentation des diplômés du supérieur qui tend cependant à se réduire au fil des années. (Devillé, 2005 ; IBSA, 2007c)

Une seconde forme de flexibilité quantitative est relative à la durée hebdomadaire de travail et les principaux instruments sont ici le travail à temps partiel, le chômage temporaire et les heures supplémentaires. Le travail à temps partiel y est prépondérant et de 1992 à 2006 est passé de 14,4% à 20,4% de l'emploi salarié bruxellois. Ce type de travail est majoritairement féminin mais avec, sur la période, une croissance beaucoup plus forte pour les hommes que pour les femmes. A Bruxelles, on relève une sur-représentation croissante des 15-24 ans parmi ceux travaillant à temps partiel. Les travailleurs de formation supérieure y sont par contre sous-représentés. A Bruxelles, le chômage temporaire est resté relativement stable pour les deux sexes au cours de la période et le recours aux heures supplémentaires à lui diminué. (Devillé, 2005 ; IBSA, 2007c)

Une troisième forme de flexibilité quantitative porte sur la façon d'organiser le temps de travail, dont le travail posté et le travail décalé (soir, nuit, samedi, dimanche) représentent deux modalités importantes. Le travail posté a connu à Bruxelles, une croissance importante entre 1991 et 2003, passant de 9,5% à 18% de l'emploi salarié. Le travail en horaire décalé a lui connu une diminution, passant de 23% à 17% mais son caractère est très largement occasionnel. (Devillé, 2005)

Bien que ces différentes formes de flexibilité quantitative puissent se combiner, la tendance générale qui ressort de ces données est celle d'une augmentation de la flexibilité des emplois à Bruxelles entre 1991 et 2003.

Une autre forme de flexibilité d'emploi (qualitative ou fonctionnelle) se rapporte au niveau et à l'étendue des qualifications, à leur adaptabilité et à leur mobilité au sein des entreprises. Une économie de services comme celle qui existe à Bruxelles tend à faire appel à de la main d'œuvre qualifiée. Les emplois qualifiés sont considérés comme plus structurels et appartenant au capital humain de l'entreprise. Ils sont donc moins sensibles aux mouvements conjoncturels. Cependant, en cas de pénurie généralisée d'emploi, les travailleurs qualifiés qui ne trouvent pas d'emploi dans leur

segment ont tendance à postuler dans un segment de qualification inférieure avec les travailleurs duquel ils entrent en concurrence. Ces derniers peuvent à leur tour choisir de s'orienter vers un segment de qualification moins élevée, produisant ainsi un phénomène de déqualification en cascade. Inversement, en cas d'offre d'emploi non satisfaite, un employeur peut choisir d'engager un travailleur de qualification inférieure, quitte à lui assurer une formation initiale. Dans ce cas on parlera de surqualification.

Une comparaison des profils d'emploi offerts et de la qualification de ceux qui ont été engagés permet de mettre en évidence ces phénomènes. Des données pour Bruxelles en 2002 et 2003, montrent que le phénomène de déqualification y est bien présent et qu'il augmente lorsque le niveau de qualification diminue ce qui signifie que plus la qualification est basse, plus grande est la chance de se voir proposer un travail demandant encore moins de qualifications que celles acquises. Le phénomène de surqualification existe aussi mais il tend à être significativement moindre que celui de déqualification. (Deville, 2005)

1.2.2. Emploi non salarié

Si l'on considère maintenant l'emploi non-salarié, autrement dit le travail indépendant, traditionnellement associé à une plus grande prise de risque du fait d'une moindre couverture sociale (Van Ourti, 2001), il concerne, en 2005, près de 20% de la population active bruxelloise et 15% si l'on ne considère que les personnes dont c'est l'activité principale (soit près d'un actif bruxellois occupé sur sept). De 1995 à 2005, l'emploi indépendant croît globalement de 16%. Cette croissance varie selon les secteurs. Elle est de 30% pour les professions libérales (qui représentent un tiers des indépendants en 2005) ; de 21% dans le commerce (42% des indépendants en 2005) mais seulement de 3% dans les services (qui ne représentent que 5% des indépendants en 2005). Par contre le nombre d'indépendants dans le secteur artisanal et industriel diminue et ne représente plus que 18,5% du total de l'emploi non-salarié, pour près de 23% en 1995. (IBSA, 2007c). Si le phénomène de désindustrialisation se manifeste ici aussi, la croissance en nombre des professions libérales et des commerçants paraît plus complexe à saisir et a probablement différentes facettes. La première correspondrait à une volonté entrepreneuriale réelle, la personne faisant le

choix d'une carrière d'indépendant en toute liberté. La seconde pourrait correspondre à un choix entrepreneurial par défaut, la décision de se lancer dans une activité indépendante étant contrainte par les perspectives réduites existant dans l'emploi salarié. La troisième traduirait la nécessité pour accéder à un emploi, de répondre aux exigences de sociétés installées qui, pour réduire leurs coûts de personnels et faire jouer au maximum la flexibilité de la main-d'oeuvre, préfèrent travailler avec des indépendants plutôt qu'engager du personnel. Ici les perspectives d'emploi existent mais les conditions d'y accéder sont fixées de l'extérieur. On peut donc supposer qu'une partie au moins de la croissance du nombre d'indépendants au cours de la dernière décennie est liée à des contraintes quant aux possibilités d'emploi plutôt qu'à une prise de risque envisagée en pleine conscience.

1.2.3. Chômage

Les données examinées jusqu'ici se rapportent à la population active occupée. Si l'on se penche alors sur le taux de chômage (pourcentage de chômeurs dans la population active totale, soit les actifs occupés et les chômeurs) dans la population bruxelloise, il passe, selon l'Enquête sur les Forces de Travail, de 15,9% en 1999 à 17,7% en 2006 avec un creux à 13% en 2001 ou, selon l'Onem, de 19,5% à 21,3% avec un plus bas à 17,4% en 2001. Toujours selon l'Onem, le taux de chômage dans la tranche d'âge des 15-24 ans passait de 30,6% en 2000 à 35,3% en 2006. Si l'on considère maintenant les demandeurs d'emploi inoccupés, recensés par Actiris, l'organisme de placement régional bruxellois, leur nombre passe, entre 2000 et 2006, de 66.739 à 95.580, soit une augmentation de 43%. Si la part des 15-24 ans dans le total des demandeurs d'emploi inoccupés a diminué de 19,8% à 15,2% de 2002 à 2006, celle des 40-50 ans progresse régulièrement depuis 2001 et celle des plus de 50 ans ne cesse de croître. La durée d'inoccupation continue, elle aussi, d'augmenter. Alors qu'en 1996 près de 60% des demandeurs d'emploi inoccupés l'étaient depuis moins d'un an, en 2006, les proportions sont inversées : environ deux tiers des demandeurs d'emploi sont sans occupation depuis un an ou plus. Par ailleurs, deux tiers des demandeurs d'emploi inoccupés ont une faible qualification professionnelle, cette proportion passant de 55% chez les moins de 30 ans à 75% chez les 40 ans et plus.

Ces chiffres traduisent une recomposition de l'emploi à Bruxelles qui se caractérise par une disparition des métiers à qualification basse et intermédiaire qui laisse sans activité nombre de travailleurs.

D'autres facteurs jouent un rôle non négligeable dans les tensions qui traversent le marché du travail bruxellois et notamment :

- une pression concurrentielle très élevée liée à son ouverture aux autres régions du pays,
- des exigences très élevées en termes de qualification alors qu'une partie importante de la réserve de main d'œuvre est faiblement qualifiée,
- des exigences linguistiques qui créent des barrières à l'emploi pour certaines parties de la population,
- une discrimination ethnique à l'embauche dans le chef de certains employeurs, (Observatoire bruxellois du Marché du Travail et des Qualifications, 2004)

A ces facteurs il faut encore ajouter le débauchage massif de travailleurs à la suite de faillites ou de restructurations de grandes entreprises qui n'ont pas épargné la région bruxelloise.

Cette évolution vers un marché du travail de plus en plus centré sur les services qui se caractérise par une flexibilité croissante de l'emploi salarié ; par l'augmentation de l'activité non-salariée comme par celle du nombre de demandeurs d'emploi inoccupés, en majorité peu qualifiés ; par l'extension de la concurrence entre travailleurs et par des exigences qualitatives importantes à l'embauche ; par le débauchage massif de travailleurs dans certaines grandes entreprises ; multiplie les incertitudes quant aux perspectives d'emploi. Celles-ci ne sont sans doute pas sans effets sur les segments les plus vulnérables de la population bruxelloise et contribuent probablement à en fragiliser d'autres.

1.3. Qualifications

On l'a vu, la qualification est un déterminant majeur pour qui veut accéder au marché du travail. Cette exigence de qualification ne concerne pas que la capitale et, en Belgique, de 1990 à 2006, la proportion de personnes ayant un diplôme de l'enseignement primaire ou de l'enseignement secondaire inférieur diminue de 65,2% à 43%. (INS, Enseignement, culture, formation, 2007)

Si l'on regarde la formation de la population active occupée, on constate une évolution marquée : en 1986, en Belgique, environ 55% de la population active occupée avait un diplôme de primaire ou de secondaire inférieur. En 2006, cette proportion n'est plus que d'à peu près 25%. (SPF Economie, Direction générale statistique et Information économique. 2007d)

Pour ce qui concerne les jeunes travailleurs de 20 à 29 ans, en 2002, le pourcentage de ceux qui étaient peu qualifiés était, en Belgique, de 20%, mais il s'élevait à 30% à Bruxelles.

En matière d'interruptions prématurées de scolarité (pourcentage de personnes âgées de 18 à 24 ans qui n'ont pas un diplôme du secondaire supérieur et qui ne suivent plus aucune forme d'enseignement ou de formation) la moyenne annuelle, en 2005 à Bruxelles, était pour les jeunes hommes de 20,4%, alors qu'en Flandre elle était de 13,2% et en Wallonie de 17%, pour les jeunes femmes elle était de 18,4%, pour 8% en Flandre et 12,1% en Wallonie. (INS, Enseignement, culture, formation, 2007).

Face à de tels chiffres, il est donc à craindre qu'une partie des jeunes bruxellois connaissent des difficultés importantes pour s'insérer dans le marché du travail. Une étude française récente montre que les problèmes familiaux, matériels, financiers et de

logement étaient deux fois plus fréquent chez les jeunes en insertion professionnelle que dans une population de référence composée de lycéens, d'étudiants et d'actifs et que ce type de situation était significativement associé à une fréquence plus élevée de problèmes de santé, à une sur-consommation de tabac et d'alcool et à une prise plus fréquente de médicaments psychotropes. (Labbe et al., 2007)

1.4. Revenus

On sait que les revenus d'un ménage ne sont pas sans impact sur ses capacités à adopter des comportements minimisant les risques pour la santé et à recourir aux soins. En Belgique, les groupes sociaux à faibles revenus - qui ont plus besoin de soins étant donné leur état de santé - consomment plus de soins de médecine générale et connaissent plus de journées d'hospitalisation que les groupes sociaux les plus riches qui recourent plus volontiers à la médecine spécialisée. (Van Ourti, 2001)

Or, si au cours des 15 dernières années, dans la Région de Bruxelles-Capitale, le revenu moyen par habitant a augmenté progressivement, même en tenant compte de l'inflation, il se situe, de 1995 à 2005, constamment sous la moyenne nationale et connaît une dégradation croissante, étant inférieur de 5% à cette moyenne en 1995 et de 14,5% en 2005 (IBSA, 2007d)

En 2004, 25% des déclarations d'impôts des résidents bruxellois indiquaient un revenu inférieur à 10.000 Euros et cette proportion était supérieure à celle rencontrée dans les autres régions du pays. Mais le niveau peu élevé de revenu à Bruxelles s'explique aussi par le grand nombre de personnes seules que compte la région (IBSA, 2007d).

Un quart du revenu total des bruxellois provient d'allocations sociales, mais du fait de la distribution inégale des revenus dans la population, une analyse a montré qu'en 2002, pour environ la moitié celle-ci, les revenus des allocations sociales étaient plus importants que les revenus professionnels (Observatoire de la Santé et du Social, 2004).

La pauvreté à Bruxelles ne touche pas que les populations exclues de l'emploi ou salariées : 28% des travailleurs indépendants bruxellois sont classés parmi les personnes les plus défavorisées, pour une moyenne belge de 18%. (Observatoire de la santé et du Social, 2004)

Or si les ressources économiques dont dispose un individu ont un impact sur sa santé et conditionnent ses possibilités de consommation – en particulier de soins, elles jouent aussi un rôle important dans les relations sociales, notamment au travers de cette consommation. Une étude suédoise sur les associations entre ressources économiques et relations sociales chez les adolescents, montre une association positive entre l'accès aux ressources économiques, mesurées en termes d'économie du ménage et de moyens financiers à disposition des adolescents, et l'accès aux relations sociales. Plusieurs dimensions de ces dernières sont significativement affectées par la pauvreté et le manque relatif de ressources. Ces résultats, contrôlés pour les caractéristiques des ménages, sont valides pour les deux sexes et les différents groupes d'âge étudiés. (Olsson E., 2007)

Ce constat prend toute son importance lorsque l'on sait qu'en 2002, 40% des enfants bruxellois vivaient dans une famille sans revenus du travail et que près d'un quart des bénéficiaires du revenu d'intégration octroyé par les CPAS avaient moins de 25 ans (Observatoire de la Santé et du Social, 2004)

1.5. Assistance

Dans la Région de Bruxelles-capitale, le nombre de bénéficiaires d'une aide des Centres Publics d'Action Sociale (Minimex et Revenu d'Intégration Sociale) passe de près de 6.226 en 1990 (12,5% de l'ensemble des bénéficiaires du Royaume) à près de 20.869 en 2005 (25,93% de l'ensemble des bénéficiaires du Royaume), une augmentation de 235% en 15 ans, alors qu'elle est de 59% en Wallonie et de 15% en Flandre. (Libert, 2006)

Si l'on ajoute au Revenu d'intégration, d'autres formes d'intervention des CPAS (Aide financière équivalente, Emploi subventionné), le total du nombre de bénéficiaire d'une aide des CPAS bruxellois passe, entre 2000 à 2005, de 21.493 à 30.832 soit une augmentation de 43% en 5 ans. Mais l'aide tend à devenir conditionnelle : pour la même période, dans l'ensemble de ces bénéficiaires, le pourcentage des ceux qui sont inscrits dans un parcours d'insertion socio-professionnelle passe de 15,5% à 48,4%. (Libert, 2006)

En 2001, 11% de la population bruxelloise adulte pouvait prétendre à une intervention majorée de l'assurance soins de santé.

Fin 2006, 3,2% des habitants de la Région bruxelloise étaient titulaires d'un revenu d'intégration. A la Ville de Bruxelles 15.600 personnes, soit plus de 10% des 146.000 habitants, bénéficiaient d'une aide sociale (sous une forme ou une autre) et, pour plus de la moitié d'entre elles, de la gratuité des médicaments. Une aide pour se chauffer et s'éclairer était octroyée à 1.115 personnes. L'augmentation des loyers conduisait aussi le CPAS à intervenir dans le paiement de garanties locatives (CPAS de Bruxelles, 2007).

Si ces dernières données ne concernent que la ville de Bruxelles et non les 18 autres communes de l'agglomération, il est plus que probable que les CPAS de nombre d'entre elles aient aussi connu une augmentation sensible des personnes qui bénéficiaient de leur aide, même si, d'une commune à une autre, les politiques d'aide peuvent différer.

1.6. Démographie

En 1987, Clark, un géographe, note qu'en matière de changement social dans une ville le changement démographique a autant d'importance que le changement économique. Il paraît donc indispensable d'appréhender les évolutions démographiques bruxelloises.

Entre 2000 et 2006, la population bruxelloise augmente de 6,2%. La croissance est la plus importante dans le groupe des 0-19 ans (+ 9%), puis dans le groupe des 20-64 ans (+ 8%), elle est négative dans le groupe des 65 ans et plus (- 4%). (SPF Economie, DGSIE, Service Démographie, 2007)

Les naissances qui augmentent de 19% durant la même période, plus spécifiquement chez les résidents bruxellois venus ou originaires des pays du Sud, expliquent partiellement cette croissance mais ce sont essentiellement les mouvements migratoires internationaux qui y ont contribué le plus significativement depuis 1999. (SPF Economie, DGSIE, Service Démographie, 2007)

Cette contribution de l'immigration à la population bruxelloise est particulièrement importante. Reprenant des données de la Commission Européenne portant sur les 50 villes européennes les plus importantes pour la période 1991-1996, Le Galès (2002) relève que la population issue de l'Union Européenne représente environ 14% de la population bruxelloise (seul Luxembourg fait mieux avec près de 44%) et celle d'origine extérieure à l'Union en représente plus de 15% (seules Munich, Frankfurt, Stuttgart et Vienne présente des taux plus élevés). En 2005, sans prendre en compte les migrants clandestins, quarante-six pour cent de la population de Bruxelles est d'origine étrangère³ (pour 16% pour l'ensemble de la Belgique) et la capitale a attiré

37% des immigrés récents, arrivés entre 2000 et 2004. Elle rassemble 38% de tous les ressortissants d'un pays n'appartenant pas à l'Union Européenne et 30% des ressortissants d'un pays d'Europe de l'Est. La contribution des non-UE à la croissance démographique est bien supérieure à celle des autres migrants. Entre 1991 et 2005, le nombre de personnes d'origine marocaine (qui ne représente que 2% de la population du Royaume et dont 51% résident à Bruxelles) a connu une augmentation plus importante que celle des Belges. (Eggerickx et al., n.d.)

Les évolutions récentes montrent aussi des changements et rapides de la composition par sexe et âge des populations d'origine non-européenne et d'Europe du Sud qui se caractérisent par :

- une augmentation du nombre de femmes qui rapproche la population d'origine étrangère de la population belge,
- une diminution importante de la part relative des jeunes générations (baisse de la fécondité et immigrations impliquant moins les plus jeunes),
- une augmentation du nombre de personnes d'âge actif (intensification de l'immigration au cours des 15 dernières années impliquant surtout des personnes en âge d'activité),
- une augmentation du nombre de personnes âgées de plus de 65 ans, plus nette pour les vagues d'immigration les plus anciennes (diminution des retours au pays d'origine aux âges plus élevés). . (Eggerickx et al., n.d.)

Les évolutions de la démographie bruxelloise paraissent donc fortement liées à l'immigration. Cette dernière reste la principale contributrice à l'augmentation du nombre des habitants de la région.

1.6.1. Nuptialité

En matière de nuptialité, le nombre de mariages, de 2000 à 2006, croît à Bruxelles de 5.029 à 5.354 (+ 6,4%), mais, dans le même temps, les divorces eux connaissent une

³ La population d'origine étrangère correspond aux personnes de nationalité étrangère à la naissance, qu'elles soient nées en Belgique (seconde génération) ou immigrées. Dans ces deux groupes certains font le choix de se faire naturaliser belge (environ deux tiers de ceux nés en Belgique et un tiers des immigrés), d'autres conservent leur nationalité étrangère.

croissance très supérieure, passant de 4.266 à 5.773 (+ 35%). En 2000, le rapport divorce/mariage était de 85 divorces pour 100 mariages, en 2006 il était inversé, avec 108 divorces pour 100 mariages. (SPF Economie, DGSIE, Service Démographie, 2007)

Une distorsion existe cependant liée au fait que les divorces touchant des personnes qui résident en Belgique mais se sont mariées à l'étranger, sont toujours enregistrés à Bruxelles si le jugement de divorce a été prononcé en Belgique; les divorces de personnes mariées en Belgique sont par contre notés dans les registres de la commune où a eu lieu le mariage. (SPF Economie, DGSIE, Service Démographie, 2007)

Néanmoins, si l'on regarde les chiffres pour la Belgique, on constate que, de 1990 à 2008, le nombre de mariage a diminué de 30% alors que celui des divorces a augmenté de plus de 70%. En 1990, on comptait 3,2 mariages pour un divorce, une proportion qui est descendue à 1,3 en 2008. (SPF Economie, DGSIE, Service Démographie, 2009)

La nouvelle loi sur le divorce pourrait avoir accentué cette tendance, le nombre de demande de divorces ayant semble-t-il augmenté sensiblement (Le Soir, 2008).

1.6.2. Taille et structure des ménages

Lorsque l'on considère les ménages, pour la période 1991 – 2005, le tableau de la page 36 fait apparaître les faits suivants :

- au cours de la période, le nombre total de ménages augmente de près de 7% ;
- le nombre d'hommes vivant seuls augmente de 23%, celui des femmes vivant seules reste stable (+ 0,8%). Lorsque l'on sait qu'en Belgique, en 2006, les hommes âgés de plus de 60 ans ne représentent 25,6% des hommes vivant seuls et que les femmes âgées de plus de 60 ans représentent, elles, 57,7% des femmes vivant seules, il y a tout lieu de penser qu'une bonne part de l'augmentation du nombre d'hommes vivant seuls est liée à une immigration internationale d'hommes en âge de travailler et venus s'installer à Bruxelles dans ce but. Le plus jeune âge d'une majorité de migrantes laisse penser que,

pour nombre d'entre elles, c'est déjà en couple qu'elles se sont installées à Bruxelles ;

- le nombre de ménages formés par des cohabitants sans enfants (personnes sans noyau familial) a plus que doublé ;
- le nombre de couples mariés sans enfants diminue de 16% , celui des couples mariés avec enfants de 12% ;
- le nombre total de familles monoparentales augmente de 34%. Lorsque l'on détaille les évolutions, le nombre de pères avec enfants non-mariés augmente très significativement (+ 61%) mais reste très en-deca de celui des mères dans la même situation qui lui ne croît que de 29%. Il est intéressant ici de relever le fait que, pour l'ensemble de la Belgique, le taux d'emploi des femmes de 25-49 ans chef d'une famille monoparentale est de 65, 2%, significativement inférieur à celui des autres femmes qui varie de 73,3% à 76,7% selon la situation du ménage. (SPF Economie, Direction générale statistique et Information économique. 2007d)
- Le nombre de ménages avec deux noyaux familiaux ou plus qui recouvrent au moins deux générations de la même famille vivant sous le même toit et des familles recomposées, fait plus que doubler dans la période considérée.

Toutefois, lorsque l'on compare les évolutions des différents types de ménages à Bruxelles à celles des mêmes types de ménages en Belgique, le constat se nuance.

Pour l'ensemble de la Belgique, les taux d'accroissement entre 1991 et 2005, des personnes vivant seules et des familles monoparentales sont supérieurs à ceux rencontrés à Bruxelles. Dans le premier cas, il paraît possible de parler ici d'une tendance à la convergence. Dans le second, par contre, celle-ci est effective, comme elle l'est pour les ménages de cohabitants et les familles multiples ou recomposées : leurs proportions sont équivalentes à Bruxelles et dans l'ensemble du pays.

Ménages privés par type de ménage. Source : INS : Statistiques de population : ménages.

	Bruxelles 1991	Bruxelles 2005	Bruxelles % accroissem.	Bruxelles 2005 % tot. ménages	Belgique % accroissem.	Belgique 2005% tot. ménages
Hommes seuls	94.944	117.104	+ 23,3%	23,8%	+ 45,4%	15,3%
Femmes seules	127.762	128.765	+ 0,79%	26,2%	+ 19,6%	17,7%
Personnes sans noyau familial (1)	11.607	23.723	+ 104,4%	4,8%	+ 102,1%	5,5%
Couples mariés sans enfants	77.279	65.403	- 15,9%	13,3%	+ 4,9%	21,4%
Couples mariés avec enfants non-mariés	98.061	86.802	- 11,5%	17,7%	- 17,4%	26,2%
Pères avec enfants non- mariés	9.070	14.564	+ 60,6%	3,0%	+ 118,8%	3,6%
Mères avec enfants non- mariés	39.929	51.405	+ 28,7%	10,5%	+ 46,1%	9,5%
Ménages avec deux noyaux familiaux ou plus (2)	1.385	3.393	+ 144,9%	0,7%	+ 10,6%	0,8%
Total des ménages	460.091	491.357	+ 6,8%	100,0%	+ 12,3%	100,0%

(1) Personnes du même sexe ou d'un sexe différent qui vivent officiellement ensemble, ou deux frères/sœurs qui vivent ensemble.

(2) Ménages comprenant 2 ou 3 générations ou composés de 2 familles monoparentales dont les parents respectifs vivent ensemble sans toutefois être mariés

Ce qui apparaît comme très spécifique à Bruxelles, en 2005, c'est principalement la proportion plus élevée d'hommes et de femmes vivant seuls et, inversement, la moindre proportion de couples mariés, avec ou sans enfants, dont beaucoup ont, en réalité, quitté la région pour habiter en périphérie. Les autres catégories de ménages se retrouvent dans des proportions similaires à Bruxelles et dans l'ensemble de la Belgique.

Il est intéressant aussi de relever que les évolutions de la composition des ménages belges affectent aussi les populations d'origine étrangère. Entre 1991 et 2005, la structure des ménages d'origine marocaine s'est considérablement transformée. L'évolution se caractérise par une diminution de près de 31% à environ 15% du nombre de ménages de grande taille (6 personnes et plus) au profit d'un renforcement des ménages de plus petite taille mais aussi d'une augmentation très importante des ménages monoparentaux (de 3.200 en 1991 à 10.000 en 2005, chiffres pour l'ensemble de la Belgique) et des autres ménages (noyau familial de plus d'une personne apparentée ou non, ménages tri-générationnels, ménages composés de frères et sœurs...) ainsi qu'une proportion plus importante d'isolés (de 9.500 en 1991 à plus de 23.000 en 2005, chiffres pour l'ensemble de la Belgique) et de couples sans enfants. « Cette évolution peut s'interpréter comme une occidentalisation des types familiaux mais aussi et surtout comme un effritement de la famille traditionnelle et la montée en puissance de modèles « à risques », davantage confrontés aux problèmes sociaux, économiques et d'exclusion. » (Eggerickx et al., n.d.)

1.7. Logement

La multiplication des ménages pose la question de leur logement.

En la matière, la crise bruxelloise est connue. Les données de la Bourse du Logement de l'administration bruxelloise de l'Aménagement du Territoire et du Logement montrent une augmentation des loyers moyens hors charges de 62% entre 1989 et 2002 pour les appartements d'une chambre et de 70% pour les appartements de 3 chambres et plus. Cette évolution peut se décomposer en plusieurs phases : une première d'augmentation brutale de 22 à 32% en 1989-1990, suivie d'une période de stabilisation en 1990-1992 puis de décroissance de 1992 à 1998. A partir de cette date, la croissance moyenne annuelle est de 8,2% pour les appartements d'une chambre, soit finalement une augmentation totale moyenne de 37% en 2002 par rapport à 1998. Pour les appartements de 3 chambres et plus la croissance moyenne annuelle des loyers est de 10,4%, soit une augmentation totale moyenne de 48% en 2002 par rapport à 1998. (Deny, 2003)

Cette augmentation significative des loyers des logements prend toute son importance lorsque l'on sait que 54% des ménages bruxellois sont locataires de bailleurs privés. Face à de telles augmentations, les dépenses de logement qui représentaient presque 25% du budget des ménages bruxellois en 1978/1979 passent, en 2005, à 27,6% (Fl. 23,5-24,4 ; W. 25,2-25,9). Comparativement à un indice 100 pour le royaume, les dépenses relatives à l'habitation, par personne à Bruxelles en 2005, dépassaient la valeur 110, pour 101 en Flandre et 96 en Wallonie (IBSA,2007d). De son côté, l'Observatoire de l'Habitat de la Région de Bruxelles-Capitale (2004) note que plus de 50% des locataires dépensaient, en 2004, plus de 40% de leur budget pour leur loyer.

La demande de logements, et en particulier de logements à loyer peu élevé, est telle que de 1989 à 2002, la hausse moyenne des loyers demandés est toujours supérieure pour les appartements sans confort (salle de bain et/ou chauffage central) comparativement à ceux qui en bénéficient. Ces logements de moins bonne qualité, au loyer 10 à 15% inférieur en moyenne, sont plutôt situés dans les communes les plus pauvres, dont l'habitat est le plus ancien de la région. (Deny, 2003)

Cette question de la qualité des logements disponibles pour les groupes sociaux les moins favorisés est manifeste lorsque l'on relève que le nombre de demandes d'allocations de déménagement, d'installation et de loyer s'adressant aux ménages, remplissant certaines conditions de revenus, qui vivent dans des logements inadaptés, insalubres ou surpeuplés passe de 464 en 1989 à 1.355 en 2006 (IBSA, 2007e)

Si l'on considère maintenant l'achat d'un bien immobilier, il apparaît qu'entre 1999 et 2004, le prix moyen de vente d'une maison avait augmenté de 40% et celui d'un appartement de 63%. L'accession à la propriété pour les revenus moyens – et plus encore pour les revenus faibles – devient plus difficile malgré des taux hypothécaires – et les taux d'intérêt – bas qui sont la principale cause de l'augmentation des prix de vente. (Observatoire de l'Habitat de la Région de Bruxelles-Capitale, 2004)).

En 2004, les 649 prêts accordés par le Fonds bruxellois du logement, qui seul permet aux ménages à faibles revenus – et même à des ménages disposant de revenus moyens – de faire face aux frais d'acquisition d'un logement, ont représenté 5,4% du nombre total de ventes en région bruxelloise. (FBL, 2005)

De son côté, la Société de Développement Régional Bruxellois vend des logements neufs, destinés aux habitants à revenus moyens, 30% moins cher que sur le marché commercial. Dans les années 2002 – 2004, elle a vendu en moyenne 250 logements par an et fin 2004, 3.000 ménages intéressés se trouvaient sur sa liste d'attente. (SDRB, 2005)

Une conséquence majeure de cette situation (loyers élevés et possibilités réduites d'achat d'un logement) est le nombre de demandes d'inscription pour un logement social : il était de 24.792 ménages (5,1% des ménages bruxellois) fin 2003 et de

29.415 (6,2% des ménages bruxellois) fin 2005, soit une augmentation de 18,6% en deux ans. (Rassemblement bruxellois pour le droit à l'habitat, 2006)

Or, le nombre de logements sociaux, plus de 39.000 (environ 8,4% du parc de logements bruxellois), auquel il faut ajouter environ 9.300 logements relevant du patrimoine privé d'une commune ou d'un CPAS (environ 2% du parc de logements bruxellois), s'il est supérieur à la moyenne belge, est largement insuffisant et très faible comparativement à la plupart des villes européennes. Le volume de production de nouveaux logements privés ou publics, hors secteur locatif social, est par ailleurs bien supérieur à la production de nouvelles unités de logements sociaux. (Van Criekingen, 2006)

Les personnes qui en bénéficient restent, par ailleurs, susceptibles de connaître des difficultés à payer leur loyer ou les charges qui y sont associées : entre 1997 et 2002, le nombre de sociétés de logement dont plus de 10% des locataires avaient un arriéré de paiement par rapport aux montants des loyers et charges, est multiplié par deux, passant de 5 à 11 sur 33.(SLRB, 2003)

Ce marché du logement va jouer un rôle déterminant dans les phénomènes de stratification socio-spatiale de la ville. Dans un contexte de pression immobilière, c'est d'abord la présence d'un stock immobilier qui leur est financièrement accessible qui va déterminer les lieux d'habitats des groupes sociaux. Les préférences viennent ensuite, en fonction de l'importance du stock (Preteceille, 1997).

A Bruxelles, pour les populations à faible revenu, les quartiers centraux apparaissent comme des quartiers de logement social « de fait », simplement parce que le montant des loyers qui y sont demandés les rendent accessibles. Dans ces quartiers, près de trois quart des ménages sont locataires de bailleurs privés. (Van Criekingen, 2006).

Les logements dégradés qui s'y rencontrent, agressent « la santé de manière directe (agression toxique, froid, humidité, allergènes) et de manière indirecte en augmentant la vulnérabilité à la maladie par la promiscuité, le stress, la baisse de l'estime de soi et l'isolement... Le logement peut aussi être un obstacle à l'accès aux soins lorsque la honte ou la crainte du jugement extérieur ferme la porte aux professionnels de la santé

ou lorsqu'il rend impossible des soins corrects à domicile ». (Perdaens, Roesems, De Spiegelare, 2002)

Une série d'études sur les voisinages montrent qu'ils ne sont pas sans effets sur les résidents. L'une d'elles, en particulier, met en évidence qu'il y a agrégation des personnes rencontrant des difficultés et que les locataires [sociaux] qui ont comme voisins les personnes les plus désavantagées ont des niveaux de revenus plus bas et une santé mentale plus pauvre. Cependant, s'il y a agrégation des personnes, il ne semble pas qu'il y ait nécessairement aussi d'interactions fortes qui puissent s'avérer déterminantes quant à une évolution de la situation individuelle. L'étude citée montre que le voisinage n'a pas d'impact sur les changements de revenu du ménage ou de la santé mentale individuelle. (Propper et al., 2006)

Mais la question n'est pas seulement celle d'un manque de logements. Les dynamiques de rénovation des quartiers dégradés ou de transformation de la nature de quartiers résidentiels ont des impacts sociaux, particulièrement en termes de remplacement de population. Les populations pauvres et sans poids politique important des quartiers rénovés doivent souvent faire face à des élévations des coûts d'accès au logement ou aux services de telle sorte que rénovation rime souvent avec éviction plus ou moins complète des populations initialement en place. Dans les quartiers dont la nature se transforme, les nouvelles fonctions qu'ils accueillent conduisent à des re-modélisations importantes de l'espace, qui induisent des mouvements significatifs de population. Un tel constat a été fait aussi par Van Criekingen (2003) qui relève que ces rénovations peuvent concerner des populations différentes. Ainsi dans une commune à forte proportion de population étrangère, il constate les déménagements à courte distance des grands ménages d'origine immigrée, remplacés par de petits ménages de jeunes adultes de nationalité belge. Les communes réceptrices de ces migrants intra-bruxelles fonctionneraient comme lieux d'accueil de dernier recours pour des populations confrontées à la pression croissante sur le marché du logement dans les quartiers centraux. Les populations socialement fragilisées y trouvent un tissu dense d'associations qui peuvent les aider à se loger ainsi que des opportunités plus ou moins informelles d'activité, souvent à base ethnique.

Par contre dans une autre commune, ce sont les pressions exercées par le développement des activités tertiaires qui ont joué un rôle dans l'évolution du paysage immobilier. La présence de la communauté européenne s'est traduite par la transformation d'immeubles résidentiels en surface de bureaux ou par l'insertion de résidents étrangers dotés d'un pouvoir d'achat nettement supérieur à celui de la population autochtone. Une partie de celle-ci, issue de la classe moyenne, va chercher à quitter son quartier de résidence pour s'installer dans des quartiers sociologiquement proches de son habitat d'origine mais où le marché du logement est moins tendu.

Les dynamiques de rénovation et de transformation des quartiers tendent donc à aggraver le fractionnement spatial de l'espace urbain, ce qui ne peut qu'amplifier les tensions sociales dans la ville.

1.8. Santé

1.8.1. Santé subjective, mal-être psychologique et problèmes spécifiques de santé mentale

Ces évolutions ont-elles un impact sur la santé mentale des bruxellois ? On peut le penser. En effet, nombre d'études réalisées dans différents pays européens mettent en évidence, au-delà des cultures, le fait que certains facteurs démographiques (sexe féminin ; séparation, divorce, veuvage, isolement ; migration) et sociaux (absence d'emploi ; faiblesse des revenus) sont associés à une détresse psychologique ou à des pathologies plus fréquentes. En 2002-2003, une étude sur la prévalence des troubles dépressifs et anxieux dans la clientèle d'un échantillon de médecins généralistes belges montre que ces troubles sont significativement plus fréquents à Bruxelles (et en Wallonie) qu'en Flandre. Isolement social, faible niveau de formation et absence de situation professionnelle sont associés à des taux de prévalence significativement plus élevés.

Selon l'enquête de santé par interview de 2004, la plus récente, 25% des habitants de Bruxelles-Capitale de 15 ans et plus, soit près de 200.000 personnes⁴, estimaient que leur état de santé (santé subjective) n'était pas satisfaisant, un taux équivalent à celui trouvé en 1997 (25%). Ce taux variait cependant selon le sexe (hommes : 23%, femmes : 27%) et, de façon importante, selon les classes d'âge : 12% chez les 15-24 ans, 30% chez les 45-54 ans, 50% chez les 75 ans et plus. Le niveau d'instruction était aussi associé à l'état de santé perçue : 36-38% des personnes à faible niveau d'instruction (sans diplôme, primaire ou étude secondaire inférieur) estimaient leur état de santé non satisfaisant pour 16% des personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur. De même 16% des personnes à faible niveau d'instruction

⁴ Sur base des données de population au 1/1/2006 ajustées pour la croissance de la population

estimaient que leur état de santé s'était dégradé au cours de la dernière année, pour moins de 10% chez ceux ayant un diplôme de l'enseignement supérieur.

En matière de bien-être psychologique, c'est en région bruxelloise que le tableau est le plus défavorable en comparaison avec les autres régions, avec des difficultés psychologiques et des troubles plus sévères chez les femmes (34%) que chez les hommes (26%). Dans les classes d'âge jeune (15-24 ans), 45% des femmes présentent des difficultés de cet ordre. Chez les 35 – 44 ans, leur prévalence est équivalente (31-32%). Le « mal-être » psychologique global atteint moins les personnes au niveau d'instruction le plus faible (pas de diplôme ou primaire : 23%) mais est sensiblement équivalent pour les autres niveaux d'éducation (29-33%)

En matière d'affections psychologiques spécifiques, mesurées selon la Symptom Check List- 90 items, leur prévalence est toujours pratiquement 1,5 à 1,6 fois plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, sauf les troubles du sommeil qui sont également répartis entre les sexes. La prévalence des somatisations (qui croît avec l'âge), des troubles dépressifs (plus fréquente chez les 35-54 ans et chez les 75 ans et plus), des troubles anxieux (plus fréquente chez les 35-54 ans et chez les 65-74 ans) et des troubles du sommeil (qui croît avec l'âge), diminue lorsque le niveau de scolarité augmente, régressant de 12-13% chez les personnes des groupes les moins scolarisés à 4% des diplômés de l'enseignement supérieur pour les somatisations, de 12-14% à 5% pour les troubles dépressifs, de 11% à 2% pour les troubles anxieux, de 21-22% à 17% pour les troubles du sommeil. Ainsi, « les problèmes spécifiques de santé mentale tendent à se concentrer chez les personnes les plus défavorisées sur le plan socio-éducatif. »

Si les idées suicidaires paraissent moins fréquentes chez les personnes les moins diplômées (8%) que pour les autres niveaux d'éducation (16-18%), la proportion de tentatives de suicide paraît significativement plus élevée chez les personnes ayant terminé le secondaire inférieur (10%) que chez les diplômés de l'école fondamentale ou de l'enseignement supérieur (4%).

Une dépression au cours des 12 derniers mois est rapportée par 7,5% des bruxellois de 15 ans et plus, soit plus de 50.000 personnes⁵. Cette proportion est plus élevée chez les femmes (8,4%) que chez les hommes (6,6%). Elle est stable jusque 34 ans (environ 5%) puis croît pour atteindre un sommet chez les 45-54 ans (10%). Elle décroît ensuite chez les 55-74 ans (environ 7,5%) pour augmenter à nouveau chez les 75 ans et plus (8,5%). Les dépressions auto-rapportées (rapportées par les personnes interrogées, sans recours à un outil psychométrique) sont nettement moins fréquentes chez les diplômés de l'enseignement supérieur (moins de 5%) que pour tous les autres niveaux d'éducation (plus de 9%).

Une analyse plus détaillée de ces données confirmerait sans doute le constat de Fone (2007) qui montre, dans une étude associant aires géographiques, niveaux de revenus, degré de cohésion sociale et santé mentale, qu'une santé mentale pauvre est significativement associée à des aires géographiques à faibles niveaux de revenus et de cohésion sociale. Ceux-ci paraissent des déterminants importants, conjoints, de la santé mentale d'une population. Il note cependant qu'un degré élevé de cohésion sociale peut atténuer les effets négatifs de la carence des revenus sur la santé mentale.

L'enquête de santé par interview de 2004 ne permet pas une approche aussi fine mais celle qu'elle fait de la « Santé sociale », mesurée par la fréquence des contacts sociaux, la satisfaction qui en est retirée, la perception du support social et la participation à la vie associative donne cependant quelques informations sur la vie en société des bruxellois qui mériteraient des explorations plus approfondies.

A Bruxelles, quelques 90% des personnes interrogées ont des contacts sociaux plus d'une fois par semaine. Cette proportion est équivalente selon les sexes mais décroît avec l'âge. Elle est plus basse (83%) chez les personnes qui ont un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur, et plus élevée (93%) chez ceux qui ont terminé un enseignement supérieur.

Deux tiers des personnes interrogées déclarent de 0 à 3 proches mais cette proportion varie fortement selon les classes d'âge et selon le niveau d'instruction. Avoir trois

⁵ Sur base des données de population au 1/1/2006 ajustées pour la croissance de la population

proches ou moins est beaucoup plus fréquent chez les 25-34 ans (89%), chez ceux qui ont un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur (83%) et chez les 65-74 ans (76%). Par contre avoir plus de trois proches est plus fréquent chez les 15-24 ans (63%), les 55-64 ans (48%), les 75 ans et plus (46%), les personnes sans diplôme ou avec un diplôme de l'enseignement primaire (44%) ou avec un diplôme de l'enseignement secondaire supérieur (46%). La proportion de ceux qui ne déclarent que 0 à 3 proches est aussi passée de 63% en 2001 à 66% en 2004.

Près de 91% des personnes interrogées sont plutôt satisfaites de leurs contacts sociaux mais cette proportion est moins élevée chez les 35-44 ans et les 75 ans et plus (88%), elle est aussi plus faible chez les personnes sans diplôme ou avec un diplôme de l'enseignement primaire (86%). Par contre elle est plus élevée chez les 15-24 ans (96%) et chez les diplômés de l'enseignement supérieur (94%). De 2001 à 2004, la satisfaction par rapport aux contacts sociaux diminue très légèrement, de 92,3 à 90,9%.

Le support social fonctionnel est perçu comme plutôt satisfaisant par 89,5% des personnes interrogées mais cette perception positive diminue significativement avec l'âge, passant de 96% chez les 15-24 ans à 81% chez les 75 ans et plus. Le niveau d'instruction différencie les personnes qui n'ont pas de diplôme de l'enseignement supérieur (84-86%) de ceux qui en ont un (95%). De 2001 à 2004, le taux de perception positive du support fonctionnel a, lui aussi, connu une légère diminution, de 90,1 à 89,5%.

En 2004, enfin, 55% des bruxellois interrogés ont participé aux activités d'une a.s.b.l.. Cette participation est un peu plus fréquente chez les hommes (57%) que chez les femmes (53%). Elle croît très significativement avec le niveau d'instruction, de 31% chez les personnes sans diplôme ou n'ayant suivi qu'un enseignement primaire à 71% chez les diplômés de l'enseignement supérieur et connaît une décroissance régulière en fonction de l'âge, passant de 60% chez les 15-34 ans à 35% chez les 75 ans et plus. L'évolution, entre 2001 et 2004, de ce taux de participation n'a pas été mesurée.

1.8.2. Recours aux soins pour des problèmes de santé mentale et utilisation de médicaments psychotropes

Dans une étude portant sur l'ensemble de la Belgique, Bruffaerts et al., (2004) trouvent que la recherche d'aide professionnelle pour des raisons émotionnelles auprès d'un généraliste, d'un psychologue ou d'un psychiatre concerne 9% des personnes qu'ils ont interrogés, et cela indépendamment de la présence ou non d'un trouble mental. L'analyse détaillée de leurs données montre d'ailleurs qu'il n'est pas possible d'attribuer un trouble mental documenté à l'aide d'un questionnaire spécialisé à plus de 60% de ces consultants. Le fait de consulter est significativement associé au sexe féminin, est plus fréquent de 25 à 64 ans, concerne plus les personnes séparées, sans emploi ou socialement assistées et, heureusement, celles qui souffrent d'un trouble mental.

Selon l'enquête de santé par interview de 2004, « les indicateurs de soins connaissent une progression : ainsi les personnes ayant rapporté une dépression sont proportionnellement plus nombreuses en 2004 à avoir consulté un professionnel de la santé et à avoir pris des médicaments pour ce problème qu'elles ne l'étaient en 2001 » et l'on constate « une augmentation constante de l'utilisation de somnifères, tranquillisants et d'antidépresseurs sur les trois années d'enquête ».

Si l'on regarde alors les données de l'enquête de santé par interview de 2004 pour les bruxellois qui ont rapporté une dépression au cours des 12 derniers mois, le recours au généraliste est le recours aux soins le moins fréquent chez les 15-24 ans (18%) . Il croît ensuite significativement pour atteindre 45-47% à partir de 45 ans et plus de 60% chez les plus âgés. Le recours au spécialiste est plus fréquent chez les plus jeunes (31%) puis chez les 35-64 ans (plus de 34%) avec un pic chez les 45-54 ans (45%), puis décroît avec l'âge. Trois quart de ces personnes disent avoir pris des médicaments pour soigner leur dépression mais cette proportion est plus élevée chez les plus jeunes (89%) et les plus âgés (84-85%). Un peu plus d'un patient sur 6 a suivi une psychothérapie mais ce traitement concerne essentiellement les 15-34 ans (environ 23%). Après 55 ans moins d'une personne sur 10 a suivi une psychothérapie.

Le généraliste, consulté par 44% de ces personnes, l'est préférentiellement par les niveaux d'instruction les moins élevés (50-54%) alors que seul un tiers des diplômés de l'enseignement supérieur y ont fait appel. Le recours au spécialiste (consulté par

33% des personnes) est plus fréquent chez les diplômés de l'enseignement secondaire supérieur (39%) .

Le recours à une médication psychotrope (somnifères, tranquillisants, anti-dépresseurs) est plus fréquent chez les personnes sans diplôme ou qui n'ont suivi que l'enseignement fondamental (85%) et décroît progressivement pour atteindre 73% chez les diplômés de l'enseignement supérieur.

Pour les psychothérapies, le phénomène est inverse. Leur proportion est peu élevée chez les personnes les moins instruites (7%) puis croît avec le niveau d'instruction pour atteindre 21% chez les diplômés de l'enseignement supérieur.

En 2005, Bruffaerts et al., (2005) rencontraient une consommation de psychotropes chez 19% des personnes interrogées, proportion qui était de 16% chez les personnes qui ne présentaient pas de trouble mental documenté et de 42% chez celles souffrant d'un trouble mental. L'analyse détaillée de leurs données fait apparaître que pour 76% des personnes prenant des psychotropes, un trouble mental ne pouvait être documenté. La prise d'une telle médication était significativement associée au fait d'être une femme, d'être assisté socialement et d'avoir un trouble mental.

1.8.3. Evolution des états de santé et de la consommation de psychotropes

Les résultats aux enquêtes santé par interview réalisées en Belgique en 1997, 2001 et 2004 montrent une amélioration du bien-être psychologique (mesuré par le Global Health Questionnaire) chez les bruxellois interviewés entre 1997 et 2001 (63 et 69,4% respectivement), puis une stabilisation en 2004 (69,3%). Un constat en miroir peut être fait pour la présence probable d'un trouble mental (1997 : 20,8%, 2001 : 16,8%, 2004 : 15,9%).

De façon contradictoire, la proportion de dépressions rapportées par les personnes interrogées, augmente de 8,2% à 8,9% entre 1997 à 2001 puis diminue à 7,5% en 2004. La proportion de consommateurs de médicaments psychotropes passe, elle, de 12,7% à 16,7%, de 1997 à 2004.

Or, au plan économique, la période 1997-2001 se signale par une reprise conjoncturelle du Produit Intérieur Brut bruxellois (Bassilière et al., 2008 ; Dehaibe et al., 2009) qui connaît une augmentation sensible pour atteindre un maximum début 2001. L'emploi croît de 5-6 % durant la même période et le nombre de chômeurs diminue. A l'inverse, les années 2001-2004 se caractérisent par le retournement de la conjoncture économique. Le PIB bruxellois atteint un minimum en 2004 et si l'emploi reste stable, le nombre de chômeurs connaît une augmentation très sensible. Ces données doivent être mises en relation avec celles de la population bruxelloise qui croît au cours de toutes ces années et où la jeune population active est sur-représentée parmi les étrangers.

Si l'on considère les chiffres du bien-être psychologique ou des dépressions rapportées, un lien pourrait être envisagé entre les évolutions économiques et sociétales que connaît la région bruxelloise et la santé de ses habitants. Mais il faut tenir compte de la sur-représentation importante, dans l'échantillon bruxellois de l'enquête santé, des personnes ayant fait des études supérieures et d'une distribution différente des niveaux de revenus des ménages bruxellois dans les enquêtes de 1997 et 2004 (les niveaux de revenus ne sont pas connus pour l'enquête de 2001). La proportion des revenus les plus élevés est beaucoup plus importante dans l'échantillon bruxellois de 2004 que dans celui de 1997, même en tenant compte de l'évolution des revenus des ménages,

De même, une comparaison des résultats de l'enquête-santé et du recensement de 2001, pour les mêmes questions relatives à la santé, a montré qu'à cause de biais de sélection (la probabilité de participer à des études de ce type est moins grande quand le statut économique des personnes est faible), l'enquête-santé sous-évaluait l'impact sur sa santé du faible statut socio-économique d'une personne (Lorant et al., 2007).

Cependant, dans chacune des enquêtes, les proportions de bruxellois souffrant de détresse psychologique ou d'un probable trouble mental sont systématiquement parmi les plus élevées du pays. Effet « ville » masqué dans les autres provinces par l'agrégation de données ?

Quoiqu'il en soit, les données détaillées de l'enquête-santé de 2004 montrent un état de santé subjectif, jugé insatisfaisant, et un mal-être psychologique plus fréquent chez les personnes ayant un faible niveau de formation. Le même constat peut être fait pour la prévalence des somatisations, des troubles dépressifs, des troubles anxieux et des troubles du sommeil, de même que pour les troubles dépressifs spontanément rapportés. Ainsi « les problèmes spécifiques de santé mentale tendent à se concentrer chez les personnes les plus défavorisées sur le plan socio-éducatif ». Compte tenu de leur impact sur la vie quotidienne de nombre de personnes, on peut postuler que les difficultés économiques actuelles vont fragiliser certains bruxellois et aggraver la situation de nombre d'autres, avec comme conséquence un impact sur leur santé.

1.9. Conclusions sur les évolutions sociétales

L'ensemble de ces données dessine l'image d'une ville-région en pleine évolution. Les changements touchent la structure économique de la ville, qui se désindustrialise, comme la forme et la nature des emplois, qui deviennent plus flexibles et demandent plus de qualifications. L'augmentation du nombre de chômeurs et l'évolution négative des revenus entraînent une hausse du nombre de bénéficiaires des aides des CPAS. Si la population augmente, sa croissance est essentiellement liée à des mouvements migratoires internationaux qui accentuent le caractère cosmopolite de la ville. La nuptialité en baisse et les divorces en hausse contribuent à l'évolution de la composition des ménages. Les personnes vivant seules, les familles monoparentales, les cohabitants et les familles recomposées sont en augmentation sensible. La croissance du nombre de ménages entraîne une augmentation de la demande de logements ce qui contribue à alimenter les tensions sur le marché immobilier et en particulier sur le marché locatif. Toutes ces évolutions, si elles ne sont pas abruptes, se sont renforcées au fil du temps. Leur caractère progressif en rend l'appréhension plus difficile avec comme conséquences probables un voile si pas une perte progressive des anciennes références, une augmentation des incertitudes et le développement de tensions nouvelles, nées des difficultés à définir et à mettre en place de nouveaux repères individuels comme collectifs. La multiplicité et la polytonalité de ces évolutions ajoutent encore aux difficultés à les bien percevoir et à les intégrer.

A ma connaissance, aucune donnée ne permet d'établir un lien direct entre ces transformations sociétales et l'état de santé des bruxellois. Toutefois, les taux élevés de personnes estimant que leur état de santé n'est pas satisfaisant, le fait que les habitants de la région bruxelloise ont plus de difficultés psychologiques et des troubles plus sévères que dans les deux autres régions du pays, le fait que leur « santé

sociale » apparaît comme moins bonne que celle des habitants des deux autres régions du pays laissent cependant penser qu'il pourrait exister des relations, qui restent à démontrer, entre les changements sociétaux que connaît la région et l'état de santé de ses habitants. Le lien entre ce dernier et les situations de crise et d'urgence est aussi probable mais nous ne disposons pas actuellement de données chiffrées qui permettent de l'établir avec certitude.

2. Evolutions des politiques

Une autre vague de transformations a touché Bruxelles depuis le début des années 90. Elles ont concerné nombre de politiques sociales et de programmes sociaux. Dans certains cas il s'est agit d'évolutions en profondeur, dans d'autres, ce sont tout simplement de nouvelles politiques qui ont été initiées. L'énumération rapide, ci-dessous, est loin d'être exhaustive. Certaines problématiques n'apparaissent pas ici comme celles du vieillissement, du logement ou de l'immigration, ou encore les questions relatives à la justice. D'autres sont évoquées de façon anecdotique, à l'occasion de la parution de l'un ou l'autre texte législatif comme celles relatives à l'organisation des soins de santé. En réalité, l'arsenal législatif de ces dernières décennies et les domaines qu'il concerne était trop important pour reprendre l'ensemble des références en matière de politiques sociales et sanitaires. Il s'agit plutôt de donner ici un premier aperçu de la diversité de celles qui ont pu se développer au fil de ces vingt dernières années et, pour certaines - comme celles qui conduiront à un moment donné aux « contrats de sécurité et de prévention » - d'en souligner le caractère évolutif.

Au cours des deux dernières décennies, on relèvera donc, notamment, les avancées législatives suivantes :

- 1990 : Etat Fédéral : Circulaire ministérielle portant « appel d'offre aux communes intéressées à rentrer des propositions de projets subventionnés pour la prévention de la criminalité au niveau local ». Vingt-sept projets pilotes de

prévention des délits sont sélectionnés et permettent l'engagement d'agents contractuels subventionnés.

- 1991 : Région Bruxelloise : Circulaire de l'exécutif de la Région de Bruxelles-Capitale visant à améliorer le climat de sécurité et l'encadrement social dans certaines communes de la Région, création de la fonction de médiateur communal. Cette mesure fait suite aux émeutes du mois de mai 1991 en région bruxelloise. Les médiateurs communaux seront intégrés en 1992 au volet préventif des contrats de sécurité.
- 1991 : Etat Fédéral : création - en faveur des huit communes disposant d'un médiateur communal - de la fonction d'assistant de concertation, chargé d'améliorer les relations entre la population d'origine immigrée et la police. Ils seront ensuite intégrés au volet préventif des contrats de sécurité.
- 1991 : Etat Fédéral : Fonds d'Impulsion à la Politique de l'Immigration (FIPI), créé suite aux émeutes survenues en région bruxelloise et destiné à financer des projets d'intégration des jeunes de nationalité ou d'origine étrangère par le biais d'activités ponctuelles d'éducation, de formation et d'insertion socio-professionnelle.
- 1991 : Communauté Française : Décret de l'Aide à la Jeunesse. Il vise à favoriser l'aide en milieu ouvert plutôt que les placements. Il met en place un Service d'Aide à la Jeunesse dans chaque arrondissement judiciaire. Ce service intervient, à la demande, pour tout enfant ou jeune âgé de moins de 18 ans (voire 20 ans sous certaines conditions) en situation de difficulté ou de danger ou pour tout parent ou personne investie de l'autorité parentale qui éprouve de graves difficultés pour accomplir ses obligations parentales.
- 1992 : Etat Fédéral : Contrats de sécurité. Les contrats passés entre le Ministère de l'Intérieur et les communes comportent un volet policier et un volet de prévention ou social. Leur renouvellement sera annuel. L'approche locale conduit à établir un conseil de prévention et un fonctionnaire de prévention. A Bruxelles, les contrats obligent les communes à maintenir le dispositif des assistants de concertation. Ces contrats connaîtront des évolutions avec l'introduction des « assistants de prévention et de sécurité » en 1995, puis celle d'un volet « renouveau urbain » en 1996. En 2001, après la

réforme des polices, le volet policier disparaîtra et seul le volet prévention sera conservé.

- 1993 : Etat Fédéral : FIPI : adjonction d'un axe « sécurité et prévention de la toxicomanie ».
- 1994 : Région bruxelloise : Contrats de quartiers : ils visent à mobiliser des moyens considérables pour redonner vie à des quartiers cumulant des handicaps très importants (logements insalubres, espaces publics dégradés, forte densité de population, taux élevé de délits, chômage important...) via des actions en faveur du logement (rénovation ou création de logements, prise en emphytéose de logements privés, constitution d'une réserve foncière) et le réaménagement des espaces publics (rues, places, espaces verts).
- 1994 : Etat Fédéral : Agences Locales pour l'Emploi (ALE) : les communes ou groupes de communes doivent créer une ALE sous forme d'ASBL. Elle a pour objet de satisfaire, d'une part, la demande d'un certain nombre d'activités non rencontrées par les circuits de travail réguliers et qui ne sont pas en concurrence avec ceux-ci et, d'autre part, la demande d'emploi de la part des chômeurs de longue durée et des bénéficiaires du « minimex » qui trouvent difficilement une place sur le marché du travail.
- 1995 : Etat Fédéral : Contrats de Sécurité : création des assistants de prévention et de sécurité. L'objectif est de réduire le sentiment d'insécurité des habitants en leur confiant des tâches visant à contribuer au bien-être de ceux-ci.
- 1995 : Commission Communautaire Française : Décret fixant les règles d'agrément et d'octroi des subventions aux Services de Santé Mentale
- 1996 : Etat Fédéral : Contrats de Sécurité : les évaluateurs internes sont chargés par les communes d'évaluer la mise en œuvre des contrats à la demande du Ministère de l'Intérieur.
- 1996 : Etat Fédéral : Contrats de Sécurité : reformulation en « contrats de sécurité et de société ». Un nouveau volet de « renouveau urbain » y est ajouté qui vise à lutter contre la pauvreté, améliorer l'environnement urbain et les conditions de vie dans les quartiers, accroître la présence policière, organiser un développement social intégré et créer des antennes de justice.

- 1996 : Etat fédéral : loi relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail.
- 1997 : Etat Fédéral : Maribel Social : son objectif est de rencontrer les besoins du secteur non-marchand et d'augmenter la qualité des services par la création d'emplois supplémentaires. Celle-ci est rendu possible via des fonds sectoriels alimentés par une quote-part patronale venue en déduction des cotisations à l'ONSS.
- 1997 : Etat Fédéral : Programmes de transition professionnelle visant à favoriser l'intégration sur le marché du travail des demandeurs d'emploi et à rencontrer des besoins collectifs de société qui ne sont pas ou ne sont pas suffisamment rencontrés par le circuit de travail régulier.
- 1997 : Commission Communautaire Française : Décret fixant les règles d'agrément et d'octroi des subventions aux Centres d'Action Sociale Globale
- 1998 : Etat Fédéral : Contrats de Sécurité et de Société : ajout du « contrat de transition professionnelle »
- 1999 : Etat Fédéral : Réseaux d'équipements et circuits de soins
- 1999 : Etat Fédéral : Loi en vue de la promotion de l'emploi dont le chapitre VII introduit une « convention de premier emploi » en faveur des jeunes demandeurs d'emploi, plus connue sous le nom de « plan Rosetta »
- 2000 : Etat Fédéral : Politique des grandes villes
- 2001 : Etat Fédéral : Plan National d'Inclusion Sociale 2001-2003 : Ce plan s'inscrit dans le cadre de la Méthode ouverte de coordination qui vise à coordonner l'approche des états membres de l'Union Européenne dans certains domaines comme l'économie, l'emploi, l'inclusion, les pensions et les soins de longue durée. Le plan belge intègre des actions concrètes déjà décidées par les divers gouvernements régionaux et communautaires et visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale sur les plans du revenu, de l'emploi, du logement, de l'enseignement et de la santé. Elaboré au niveau politique, il ne crée pas, comme tel, de nouvelles politiques sociales mais donne une visibilité aux actions menées dans les différentes entités fédérées. (Vandenbussche, 2001)
- 2001 : Etat Fédéral : Contrats de Sécurité : révision des mécanismes de sélection des villes et de répartition des budgets. Les contrats deviennent bi-

annuels. A la suite de la réforme des polices, le volet policier est supprimé. Les « contrats de sécurité et de société » ne conservent plus que le volet préventif et deviennent les « contrats de sécurité et de prévention »

- 2001 : Etat Fédéral : Fonds de l'expérience professionnelle. Il vise à maintenir les travailleurs plus longtemps sur le marché du travail. Ses activités ont démarré en avril 2004. A partir de 2006, outre les employeurs, les Fonds de sécurité d'existence et les centres de formation paritaires peuvent également bénéficier de subventions dans le cadre de projets visant à soutenir les travailleurs âgés de 45 ans et plus.
- 2001 : Etat Fédéral : Loi visant à favoriser le développement de services et d'emplois de proximité et instaurant les « Titres-Services ».
- 2001 : Etat Fédéral : Arrêté royal de promotion de mise à l'emploi des demandeurs d'emploi de longue durée ou « plan Activa » qui permet à certains employeurs engageant ces demandeurs d'emploi de bénéficier d'une réduction des cotisations ONSS. Ces demandeurs d'emploi peuvent, sous certaines conditions, recevoir en outre une allocation de chômage activée, dénommée allocation de travail.
- 2002 : Etat Fédéral : Droit à l'intégration sociale : ce droit vise à l'émancipation personnelle et implique un engagement de la part de celui qui en bénéficie. Ouvert à tous, le droit à l'intégration sociale « peut prendre la forme d'un emploi et/ou d'un revenu d'intégration, assortis ou non d'un projet individualisé d'intégration sociale ». L'aide financière cesse d'être une fin en soi.
- 2002 : Etat fédéral : Maribel Social : simplification de la législation qui comprenait 22 arrêtés différents. Les principes, le champ d'application de la mesure, les règles à respecter sont redéfinis. La simplification administrative s'accompagne de la mise en place d'un contrôle. Les travailleurs du non-marchand ne sont plus considérés à part par l'ONSS et un mode uniforme de calcul des traitements supprime l'inégalité entre secteur privé et secteur public.
- 2002 : Etat Fédéral : Programme de réinsertion des demandeurs d'emploi de longue durée (Activa)
- 2003 : Commission Communautaire Française : Réseaux de santé

- 2003 : Etat Fédéral : Plan National d'Inclusion Sociale 2003-2005 : Poursuivant les objectifs du premier plan, il définit plus de 60 mesures stratégiques dans les domaines de la participation des exclus à la politique, de l'aide sociale, de la famille, de la justice, de la culture et du temps libre, des revenus, de l'enseignement, de l'emploi, du logement et de la santé.
- 2004 : Etat fédéral : Plan d'Accompagnement et de Suivi des chômeurs (PAS). Il vise, d'une part, à contrôler la disponibilité des chômeurs indemnisés sur le marché du travail et à les sanctionner les efforts jugés insuffisants de recherche d'emploi et, d'autre part, à renforcer l'accompagnement et le suivi actifs des chômeurs dans la recherche d'emploi ainsi que l'offre de formations et les autres politiques actives dans le domaine.
- 2004 : Commission Communautaire Française : Décret relatif à la cohésion sociale. Entrée en vigueur en le 1^{er} janvier 2006, cette politique volontariste « cherche à favoriser la mixité sociale au bénéfice des bruxellois souffrant d'exclusions multiples... [Elle] vise à construire une identité bruxelloise forgée sur l'égalité des chances et des conditions, le bien-être économique, social et culturel afin de permettre à chacun de participer activement à la société et d'y être reconnu ». « L'objectif est ... d'inciter les habitants à se mobiliser, à être en mouvement en faisant la guerre au repli identitaire et à la reproduction sociale. La cohésion sociale associe ainsi les habitants dans une démarche participative. Les actions de cohésion sociale visent à rejeter la victimisation forcée des habitants en leur donnant plutôt les moyens de lutter collectivement et individuellement contre les injustices et les inégalités sociales par des actions concrètes » (François et Willaert, 2005). L'importance de ce décret se mesure au fait que le secteur de la cohésion sociale regroupe plus de 300 associations agissant au niveau communal, intercommunal ou régional qui sont responsables de 833 projets (715 au niveau communal et 118 au niveau régional) (CBAI, n.d.)
- 2005 : Etat fédéral : Plan d'Action National Inclusion 2005-2006 : Le plan se situe dans la continuité des objectifs définis dans le plan 2003-2005, développant dans ce cadre plusieurs nouvelles initiatives, particulièrement en matière de logement.

- 2006 : Etat fédéral : mesure « Activa Start », d'activation pour les jeunes très peu qualifiés, les jeunes peu qualifiés d'origine étrangère et les jeunes peu qualifiés handicapés. Dans ce cadre, une partie du salaire net est prise en charge par l'ONEM sous la forme d'une allocation de travail.
- 2006 : Etat fédéral : Plan d'Action National Inclusion 2006-2008 : Poursuivant les plans précédents, mais en réduit et en précise les objectifs qui s'organisent autour de trois thématiques prioritaires : l'accès à un logement correct et abordable pour chacun, le développement de l'activation et de la diversité dans l'emploi et dans l'intégration sociale, la lutte contre la pauvreté qui frappe les enfants.
- 2006 : Etat fédéral : Maribel Social : modifications de la réglementation de 2002 sur plusieurs points techniques permettant la poursuite du système.
- 2007 : Etat fédéral : création de la fonction de « gardien de la paix », qui regroupe les anciens « agents de prévention et de sécurité », « gardiens de parc », « stewards urbains »... et en uniformise les formations, les tenues vestimentaires, les moyens d'action et le contrôle.
- 2008 : Etat fédéral : Plan d'Action National Inclusion 2008-2010 : les trois thématiques prioritaires du plan 2006-2008 sont conservées mais après avoir été mises sur l'accès aux droits dans le plan précédent, elles portent maintenant sur le développement d'une offre adaptée aux problématiques traitées.
- 2008 : Région de Bruxelles-Capitale : Plan sécurité : il vise à renforcer les possibilités d'intervention des communes vis-à-vis des jeunes, « surreprésentés dans les faits de criminalité comme auteurs d'actes de délinquance mais aussi en tant que victime de ces actes ». Le plan définit trois projets : deux visant à renforcer la présence d'agents de prévention sur le trajet domicile-école et en soirée. Le troisième a pour but de lutter contre le décrochage scolaire et porte sur la création de cellules communales de veille permettant une intervention à l'échelle de la commune entière.
- 2008 : Etat fédéral : Plan fédéral de lutte contre la pauvreté. Il contient 59 mesures spécifiques en matière de revenus, d'emploi, de santé, de logement, d'accès à l'énergie et aux services publics

L'ensemble des dispositions législatives reprises ici reflète une partie des différentes problématiques sociales qui ont pu être l'objet d'une attention soutenue de la puissance publique au cours des deux dernières décennies :

- sécurité publique se déclinant selon différentes modalités : mesures protectrices et dissuasives mais aussi mesures préventives diversifiées,
- soutien à l'emploi par le biais de nombreuses mesures en faveur notamment de l'emploi des jeunes ou des chômeurs de longue durée ou encore de l'emploi dans le secteur non-marchand, mais aussi mesures conditionnant le bénéfice aux allocations de chômage,
- redéfinition des formes et des conditions d'octroi de l'aide sociale,
- lutte contre la déstructuration sociale dans les villes, mettant l'accent sur ses aspects locaux...

Mais toutes ces problématiques connaissent aussi des aspects transversaux se rapportant en particulier à l'inclusion des groupes sociaux marginalisés ou exclus de la vie sociale. Dans cette mesure, il peut y avoir interactions, délibérément souhaitées ou socialement fondées, entre les nombreuses législations arrêtées au cours des deux dernières décennies.

Ces dernières se caractérisent par leur diversité. Emanant de divers niveaux de pouvoir (fédéral, régional et, pour la mise en œuvre pratique, communal dans certains cas), elles ont mis en place une grande variété d'instruments d'action qui se sont peu à peu transformés au fil du temps, s'ajustant à de nouvelles données. Les textes, laissant parfois place à des espaces d'interprétation, leur mise en application peut avoir connu quelques différences. Si la transformation de certaines politiques établies de longue date a pu bousculer des habitudes acquises, la pérennisation des politiques nouvelles a, elle, souvent connu quelques difficultés, introduisant des incertitudes qui en fragilisaient les opérateurs. Le recours de plus en plus développé à l'appel d'offres est susceptible aussi d'avoir conduit à la conclusion de contrats dans des délais étiqués, contrats pouvant éventuellement être remaniés ensuite ; tout comme leurs contenus, évoluant au fil des législatures. Enfin l'imbrication fréquente de différentes dimensions comme celles du bien-être, de l'aide sociale, de la sécurité, de l'emploi à permis à certains services de s'ouvrir à des activités qu'ils n'offraient pas auparavant

tandis que l'incitation à la collaboration des services et au développement de partenariats, répétitivement présente dans la plupart de ces politiques, peut avoir, dans un réflexe de prudence, voire de méfiance dans certains cas, entraîné la formation d'attitudes critiques ou attentistes, figeant les positions et les champs d'action ou, à l'inverse, par l'intérêt qui y est systématiquement porté, avoir progressivement suscité des coopérations entre services.

3. Thématiques de l'action sociale et sanitaire

Evolutions sociétales et nouvelles orientations des politiques sociales (ou nouvelles politiques sociales) ont eu comme conséquence une multiplication de l'offre. Le constat est connu : la liste des thématiques abordées dans l'univers de l'aide sociale et sanitaire est longue, comme celle des multiples services qui les présentent. Elle ne peut être exhaustive : régulièrement de nouveaux services se créent ou de nouvelles offres se formulent. Cela peut se faire à la suite de nouvelles orientations et décisions politiques qui financent le développement de nouveaux services, comme dernièrement les cellules communales de veille « décrochage scolaire » instaurée dans le cadre du Plan de sécurité pour l'année 2008 arrêté par le Ministère de la Région de Bruxelles-Capitale. Ces nouveaux services peuvent aussi être issus d'appels à projet d'origine fédérale, communautaire, fédérale ou privée (fondations). Divers réseaux de santé se sont ainsi développés dans l'agglomération à la suite d'une initiative de la CoCoF. Enfin, l'initiative peut en revenir à des acteurs de terrain, dans une dynamique d'innovation qui, consciemment ou non, tend à s'inscrire dans une stratégie de niche. A titre d'exemple, il est possible de citer la petite association « Infirmiers de rue » créée en 2005. Deux jours par semaine, deux infirmières vont à la rencontre des sans-abri. Leur « prise en charge se veut globale ... [mettant l'accent] sur les soins infirmiers, mais également sur l'orientation, l'accompagnement, l'écoute active, les conseils, la prévention et l'éducation à la santé... ». Une des priorités de cette association, qui est partagée par nombre d'initiatives publiques ou privées, est de « s'intégrer au système existant qui comprend déjà de nombreuses associations et de collaborer avec elles, dans un travail en réseau, sans empiéter sur leurs activités ». Ce souci commun à la grande majorité des initiatives nouvelles indique combien l'offre

se démultiplie pour répondre à la diversité des publics et tenir compte de leurs caractéristiques particulières. Il n'y a pas de remplacement de services existant antérieurement. Les nouveaux services se veulent complémentaires des anciens et les interactions entre eux peuvent, lorsqu'elles existent réellement, amener quelques évolutions dans l'organisation des seconds. Un autre exemple de service nouveau développé à l'initiative d'intervenants est « Psy-mobile » qui assure des suivis psychologiques à domicile. Ces derniers sont le plus souvent initiés à la demande d'institutions, ce qui met bien en évidence l'extension de l'offre et la complémentarité de services concomitantes à ces initiatives.

Pour mieux illustrer ce foisonnement des services et des offres, je reprends dans les pages qui suivent une série de thématiques générales qui organisent l'action sociale et sanitaire, et les multiples modalités selon lesquelles elles peuvent se décliner. Plusieurs d'entre elles peuvent également correspondre aux raisons d'être de certaines structures. Services de santé mentale et pour toxicomanes ne figurent pas explicitement dans ce relevé, l'objet de l'étude étant les organisations à vocation sociale et sanitaire.

Une première et importante thématique générale est celle de l'« aide sociale », à entendre d'abord ici comme assistance à une personne, un couple, une famille pour obtenir un secours, un droit, un avantage qui lui est légalement reconnu. L'« aide sociale » est au fondement de l'« action sociale ». Cette dernière se veut dynamique dans la lutte contre l'exclusion sociale et pour l'intégration des personnes en difficultés, dépassant ainsi le cadre traditionnel d'une aide passivement reçue. Cet aspect sera peu à peu reconnu vers la fin des années 90, jusqu'à la modification, en 2004, de la dénomination des Centres Publics d'Aide Sociale (CPAS) qui deviennent des Centres Publics d'Action Sociale. Mais au-delà de cette modification sémantique, la logique de l'action sociale est au cœur de l'activité d'une multitude d'associations. Si l'on s'en tient cependant d'abord à l'« aide sociale », au sens le plus étroit du terme, trois acteurs principaux jouent un rôle dans sa distribution : les Centres Publics d'Action Sociale, les services sociaux communaux et les Centres d'Action Sociale Globale.

Si les premiers cités sont, directement et en dernier ressort, responsables de l'accès au droit à l'intégration sociale et à l'aide sociale au sens large (aides matérielles ou en nature mais aussi soutien psycho-médico-social), les deux autres institutions peuvent aussi jouer un rôle non négligeable dans les démarches qui permettent d'accéder à ces droits. Elles représentent aussi une ressource pour des publics qui ne relèvent pas nécessairement de l'aide sociale mais peuvent avoir besoin d'un soutien pour régler une grande diversité de problèmes administratifs ou relatifs à leur vie quotidienne. En réalité, étant donné la très grande autonomie dont jouit chaque type d'institution, il y a souvent similitude des offres même si, sur un même territoire communal, la gamme de celles-ci peut se nuancer selon les services.

Dans la liste – non exhaustive - de ceux offerts par les Centres Publics d'Action Sociale on relèvera, des services d'aide sociale urgente, des consultations juridiques, des services de médiation de dettes, des activités pour personnes âgées, des services d'aide à la jeunesse, des services d'accueil en milieu ouvert, des services de garde d'enfants et de garde d'enfants à domicile, des services d'aide familiale, des services de repas, de nettoyage ou de dépannage à domicile, des services de soins à domicile, des services d'aide aux familles, des services de formation et de réinsertion socio-professionnelle, des agences immobilières sociales, des services d'habitat accompagné, des régies de quartier, ...

Les CPAS peuvent aussi être propriétaires et/ou gestionnaires d'hôpitaux –ce qui n'est plus le cas à Bruxelles – de maisons de repos et de soins, de maisons de cure, d'institutions pour handicapés, de maisons d'accueil, de services d'accueil de jour, de services de santé ambulatoires, de centres de jour, d'ateliers protégés, d'entreprises de formations par le travail, d'habitations sociales, d'habitations pour personnes âgées ou moins valides, de logements de dépannage, de transit ou d'insertion....

Sensibles aux représentations sociales stigmatisantes qui, dans la population, sont associées au fait de s'adresser aux CPAS, certains d'entre eux ont ouvert une «maison du social» à qui toute personne peut s'adresser pour demander aide ou conseil. D'autres, conscients des difficultés que peuvent rencontrer des bénéficiaires à se déplacer et de l'intérêt qu'il y a, pour les assistants sociaux, d'établir des relations personnalisées avec ceux qu'ils suivent, ont développé une politique de

décentralisation, s'appuyant sur des antennes locales, plus accessibles que le siège de l'institution, perçu comme bureaucratique.

Dans les services sociaux communaux, en dehors de l'accueil tout public qui vise à donner accès à une gamme diversifiée d'aides et d'interventions sociales (aide au logement, aide à l'emploi, aide à la formation...) qui sont également susceptibles de se retrouver dans les offres du CPAS, certains publics comme les enfants, les personnes âgées, les étrangers ou les handicapés sont l'objet d'attentions particulières, plus ou moins développées selon les communes, qui peuvent se décliner selon de multiples modalités. Cependant, si les services sociaux communaux ont un rôle non négligeable dans l'ensemble de ce qui est offert à la population, nombre d'initiatives communales peuvent aussi exister. Dès lors, en dehors de ce qui relève de l'accès à des droits précis, qui reste un des rôles importants des services sociaux communaux, certains de ceux-ci peuvent aussi être responsables d'initiatives qui, dans d'autres communes, seront placées sous la responsabilité directe d'autres départements. Lorsque l'on considère un ensemble de communes, il est donc difficile de faire correspondre à un département spécifique, un type particulier d'initiative. Au-delà de la diversité ces dernières apparaît ainsi celle des instances qui peuvent en être responsables. Il est encore possible que certains services soient le produit d'une coopération entre deux départements de l'administration communale qui unissent leurs efforts pour en mener à bonne fin la réalisation. A titre d'exemple, si l'on considère par exemple les services destinés aux tout-petits on constate que certains services sociaux communaux peuvent être impliqués dans des pré-gardiennat ou des crèches ou dans des espaces d'accueil pour enfants accompagnés d'un adulte ou encore dans des haltes-garderies, des interventions en faveur de la santé de l'enfant et en matière de prévention, ou dans des « maisons des enfants », alors que, dans une commune voisine, ce seront d'autres départements qui assureront le bon fonctionnement de tels services. Le constat est le même pour les autres publics, personnes âgées, handicapés, étrangers...

Il est aussi utile de noter que, dans certaines communes, des A.S.B.L. satellites du service social ou du CPAS peuvent assurer des prestations identiques comme par exemple un accompagnement psychologique de jeunes, des services d'aides ménagères et familiales, l'organisation de loisirs pour les jeunes ou pour les aînés...

Un souci de proximité peut aussi conduire une administration communale à mettre en place des antennes locales, points de premier contact facilement accessibles, qui, dans la gamme des services qu'elles offrent, peuvent inclure certaines prestations de type social. Une telle décentralisation peut aussi se faire par le biais d'une A.S.B.L. offrant dans des centres de quartiers une large palette de loisirs actifs et de services sociaux et juridiques.

Lorsque l'on considère les Centres d'Action Sociale Globale (CASG), on constate ici aussi une grande diversité des services offerts. Si l'aide sociale généraliste est au cœur de leur activité, une gamme plus ou moins étendue d'autres services sont à la disposition des publics qui s'adressent à eux. Il est ainsi possible d'énumérer, toujours de façon non exhaustive, diverses formes d'aide aux familles et aux seniors, mais on relèvera également des possibilités d'accueil de la petite enfance, d'aide scolaire, la présence d'écoles de devoirs, des initiatives en faveur de l'insertion socio-professionnelle, des services d'offres d'emploi, des services de médiation de dettes ou de médiation familiale, des dispositifs d'accueil et d'aide à destination des migrants et des primo-arrivants, des cours d'alphabétisation, des initiatives inter-générationnelles, en direction des plus pauvres ou en matière d'aide aux victimes de violence, la distribution de coupons donnant accès à des activités culturelles à prix réduit....

Certains CASG sont spécialisés dans l'aide en direction de groupes particuliers comme les homosexuels ou les prostituées, mais ils restent l'exception.

A côté de ces trois types de services centrés au départ sur l'aide sociale, se rencontre une multitude d'associations aux modes de financements variés. Parmi elles il faut distinguer les services ayant une fonction résidentielle comme les maisons d'accueil, des lieux d'hébergement ou les sociétés de logement social. Dans ces services, l'offre première est le logement mais il arrive parfois qu'elle soit complétée par des services s'adressant tant aux résidents qu'à des non-résidents. De même, certaines sociétés de logement social ont étendu les possibilités d'intervention de leur personnel dont le rôle ne se cantonne plus seulement à vérifier les conditions d'octroi d'une aide mais cherche à évoluer, quand cela est possible, vers des interventions de type communautaire. Certains services résidentiels étendent donc ainsi leur offre ce qui les

rapproche, au moins en partie, du vaste univers des services ambulatoires, en particulier du secteur social.

Certains de ces services ambulatoires sont aisément identifiables comme les maisons médicales, les centres de planning familial. Mais l'offre est tellement diversifiée et proposée par une telle variété de services qu'il devient parfois difficile d'y voir clair. D'autant que la multiplication d'A.S.B.L. spécifiques partiellement ou totalement autonomes, nées d'initiatives privées, du CPAS ou de certains départements de l'administration communale, la cohabitation d'A.S.B.L. parentes, les antennes, les décentralisations, les différents départements qui relèvent de financements spécifiques, les partenariats... compliquent singulièrement la perception du paysage institutionnel. Cela est particulièrement vrai dans les communes ou parties de commune « défavorisées » où les initiatives de toutes sortes sont souvent particulièrement nombreuses et, cherchant à répondre à la diversité des besoins, peuvent se conjuguer selon une infinité d'objets et de formes.

Si l'on envisage maintenant l'offre de services selon différentes thématiques, nous allons rencontrer une variété très importante d'initiatives qui sont, plus ou moins toutes, susceptibles d'être offertes par les différents types de service existant dans une commune. A titre d'exemple simple, une école des devoirs peut être organisée, en partenariat ou non, par un département de CPAS, un service communal, un CASG, une maison de quartier, un centre de planning familial, une antenne ONE, un service de santé mentale, une association de migrants, une maison des jeunes... l'initiative émanant souvent d'un service qui constate le besoin et se charge d'y apporter une réponse. Reste que la spécialisation de certaines structures les tient plus à l'écart que d'autres de l'engagement dans certaines activités.

La liste qui suit, non exhaustive, permet d'appréhender la très grande variété des offres présentes. Ainsi, si l'on considère les services en direction de la petite enfance, se rencontrent des consultations prénatales et pédiatriques, des accueils, des crèches, des haltes-garderies, des services de gardiennes à domicile, des rencontres parents-bébés ou parents-enfants, des ateliers de psychomotricité, un grand nombre d'animations diverses visant à favoriser le développement harmonieux de l'enfant...

Si l'on envisage les services à destination des enfants en âge scolaire, se rencontrent des écoles des devoirs, des services de remédiation scolaire, des services de réinsertion scolaire, des dispositifs de lutte contre le décrochage scolaire, des services d'orientation, des services d'information et de droits de jeunes, des accompagnement psycho-sociaux, des animations culturelles ou sportives et des offres de « loisirs-jeunes »...

Pour les familles et les couples, outre les services qui favorisent les contacts parents-enfants, existent des services d'information sur la parentalité ou sur l'adoption, des services de médiation familiale, des services de garde d'enfants, des services d'aide familiale...

Les seniors bénéficient de services organisant loisirs et activités récréatives, de centres de rencontre, de services de soins et de bien-être, de services d'aide à domicile, de garde à domicile, de soins à domicile, de services d'accompagnement psycho-social, d'aides pour les démarches liées à la pension, de services d'accompagnement de l'entrée en maison de repos, d'animations inter-générationnelles...

Les migrants et/ou les primo-arrivants peuvent avoir accès à des services d'information et d'aide en matière de droits, de services de soutien social, de services d'accompagnement par des pairs, de services de médiation, de services d'aide à la recherche de logement, de services d'accompagnement psycho-social, de services de médiations...

Les handicapés peuvent s'adresser à des services qui les aideront dans leurs démarches d'accès aux droits, des services d'accompagnement psycho-social, des services de loisirs, des services de formation, des services d'accueil de jour...

Des groupes aussi existent pour les personnes isolées, pour des personnes rencontrant des problèmes spécifiques...

Pour ceux qui rencontrent des problèmes en matière de droits ou de justice, on trouve des services qui apportent une aide dans l'accès aux droits, des services d'aide

juridique, des services de justice de proximité, des services spécialisés dans le droit des jeunes... et pour les détenus ou les anciens détenus il existe également des services d'aide spécifiques.

En matière de logement, outre les sociétés de logement social, il existe des services d'aide à la recherche de logement, des agences immobilières sociales, des services de défense des droits des locataires, des services de médiation, des services d'accompagnement social, des services d'habitat accompagné...

En matière d'emploi et de formation, on rencontre des services qui sensibilisent à la vie active, des services d'alphabétisation, des services de formation de tous types, des services d'insertion professionnelle, des services de transition professionnelle, des services d'offre d'emploi, des services d'aide à la recherche d'emploi, des services d'accompagnement dans l'emploi...

En matière de lutte contre la pauvreté, existent des accueils de jour et des services d'hébergement, des services de soins et de bien-être, des services de médiation de dettes, des restaurants sociaux, des magasins sociaux, des dépôts d'objets de seconde main...

En matière de santé, les services se déclinent sous diverses formes : maisons médicales, polycliniques, centres médicaux spécialisés, planning familial, services de soins à domicile, aide médicale pour les sans-abri...

En matière de sexualité, on trouve les centres de planning familial, mais aussi des services à destinations des homosexuels et d'autres à destination des prostituées, ainsi qu'une série de services qui offrent des sensibilisations diverses à destination de publics spécifiques...

En matière de violence, à côté des lieux d'hébergement ou d'hébergement d'urgence où il est possible de se mettre à l'abri, existent les services d'aide aux victimes, des services d'accompagnement psycho-social des victimes de violence mais aussi d'accompagnement psycho-social des auteurs de violence....

Le décret de la CoCoF sur la cohésion sociale a probablement encore renforcé cette dynamique d'offre, au moins dans les segments d'intervention privilégiés.

Enfin, avec le développement des « contrats de sécurité et de société » puis des « contrats de prévention » et enfin des « contrats de sécurité et de prévention » de nombreuses communes ont développé, sous leur propre responsabilité, nombre d'initiatives visant à renforcer le sentiment de sécurité des citoyens. Se rencontrent sous cette rubrique des antennes de quartier, des services de médiation sociale et de médiation scolaire, des services de justice de proximité, des services d'éducation et d'animation de rue, des services « jeunesse » dans le cadre de la police, des bureaux d'aide aux victimes et dernièrement, des services de lutte contre le décrochage scolaire.

Selon les communes, tout ou partie des services énumérés ici, peuvent coexister. La densité des structures variera en fonction des quartiers et des problèmes qui peuvent s'y rencontrer. Lorsqu'ils sont peu nombreux, leurs offres sont en général bien distinctes. Dès que leur nombre augmente, on arrive inévitablement à certains recouvrements des activités organisées par les différents services. En effet, en complément avec leur mission de base, presque tous cherchent à offrir aux publics avec lesquels ils sont en contact une gamme d'activités susceptibles de répondre à une série de besoins perçus soit, comme prioritaires, soit au moins indispensables au mieux-être des personnes avec lesquelles ils sont en contact. Comme nombre de structures choisissent explicitement – ou implicitement – de travailler avec un public relativement défini et que ces différents publics ont des besoins semblables, il arrive qu'une offre identique soit proposée dans différentes structures, la seule différence portant sur le public concerné.

4. Evolutions des services et de leur organisation

Dernière évolution, et non des moindres, celle des emplois dans le secteur non-marchand qui comprend notamment la santé et l'aide sociale⁶.

En Belgique, le secteur non-marchand (ASBL du secteur public -15,8% - et du secteur privé associatif – 26,3%) représente 42,1% de l'emploi. Au cours de la dernière décennie, en lien avec le développement de nouvelles politiques, ce secteur a connu une évolution significative. En 4 ans, entre 1998 et 2002, la part du système non-marchand qui correspond à peu près au monde associatif est passée de 22,6% à 26,3% du total des emplois et a contribué, pour 67% (+129.502 personnes), à la création des 192.936 nouveaux emplois de cette même période (correspondant à croissance globale de + 6,1%). (Delvaux, 2004).

⁶ Pour ce qui concerne les secteurs de la santé et de l'aide sociale, on entend, selon la législation ayant trait au Maribel Social (A.R. du 05.02.1997 modifié par l'A.R. du 16.04.1998), par secteur non-marchand, celui composé des employeurs qui exercent leur activité principale dans une ou plusieurs activités concernant la santé, l'action sociale ou culturelle dans : les hôpitaux, les préventoriums et sanatoriums, les maisons de repos agréées, les maisons de repos et de soins, les services de santé mentale, les centres de service social, les centres de télé-accueil, les services de soins primaires, les services médicaux interentreprises, les centres d'inspection médicale scolaire, les services de transfusion sanguine et de traitement du sang, les services de secourisme, les centres de santé, les services et établissements de prévention sanitaire, les maisons de soins psychiatriques, les initiatives d'habitations protégées, les centres qui ont conclu une convention de rééducation fonctionnelle avec l'INAMI, les services agréés d'aide aux familles et aux seniors, les ateliers protégés, les « sociale werkplaatsen », les entreprises d'insertion, les entreprises de formation par le travail, les maisons d'accueil, les structures agréées de garde et d'accueil de l'enfant, les services d'aide à la jeunesse, les instituts médico-pédagogiques et les centres, services ou structures agréés qui les accueillent, hébergent, accompagnent et assurent l'intégration sociale ou professionnelle des personnes handicapées ..., les initiatives d'animation sociale, les organismes de formation socio-culturelle, les organismes de développement socio-culturel pour adultes..., les associations et institutions de formation professionnelle, de formation complémentaire et de recyclage... constitués en a.s.b.l. ou en société à

Si l'on regarde Bruxelles en particulier, l'emploi dans l'ensemble du secteur non-marchand au sens restreint (excluant les administrations publiques, sauf CPAS, écoles... et les activités soumises au marché) croît de 10,9% entre 1998 et 2002, passant de 86.165 équivalents temps pleins à 95.530. Dans les ASBL dont le personnel propre passe de 24.715 à 32.272 (ce qui représente respectivement 28,7 et 33,8% de l'ensemble des ETP du non-marchand), cette croissance atteint 30%. En termes de branches, la croissance de loin la plus importante (39,4%) se situe dans l'action sociale, dont l'effectif passe de 11.759 à 16.387 ETP (de 13,2 à 17,2% de l'ensemble des ETP du non-marchand). (Delvaux, 2004)

Même si quelques divergences dans les chiffres apparaissent au premier abord, des données plus récentes, portant sur la période 1998-2005, confirment l'augmentation de l'emploi dans les ASBL à Bruxelles (+ 22,9%) - largement supérieure à celle de l'emploi total (+ 6,6%) – et sa croissance particulièrement marquée dans le secteur de l'action sociale (+ 54,2%). (Marée et al., 2008)

Cette évolution en volume s'est accompagnée de changements dans la nature des services offerts au public et donc, inévitablement, dans celle des emplois chargés de les assurer. A titre d'exemple, si l'on considère l'ensemble des intervenants liés à la politique de prévention issue des contrats de sécurité (et sans tenir compte des changements introduits par la réforme des polices), on relève les fonctions ou les structures suivantes, impliquant chacune l'exercice de responsabilités qui peuvent parfois se chevaucher : le conseil de prévention, les agents contractuels subventionnés (ACS), les assistants de prévention et de sécurité (APS), le bureau d'aide aux victimes (BAV), l'aide juridique de première ligne, le service d'encadrement des mesures judiciaires alternatives (SEMJA), le fonctionnaire de prévention, l'évaluateur interne, le conseiller en techno-prévention, la coordination toxicomanie, le médiateur (social) communal, le médiateur scolaire, les gardiens de parc, les éducateurs de rue, l'assistant de concertation... Cette liste de différents types d'emplois s'est constituée progressivement au fil des transformations des politiques et les distinctions qui peuvent être faites entre ces divers acteurs, leurs rôles respectifs, leurs interactions et collaborations peuvent ne pas s'avérer très simples.

finalité sociale ne recherchant pas de bénéfice patrimonial, ou sont un hôpital universitaire ou une maison de repos agréée, ou ressortent du secteur public ou des administrations provinciales ou locales.

Cette politique publique de prévention et de sécurité, développée depuis les années 90, permet de mettre aisément en lumière cette évolution du volume et de la nature des nouveaux emplois qui l'ont accompagné. De nombreux autres exemples de création d'emplois impulsés par différentes politiques publiques comme par exemple le plan « Maribel social », les mesures d'activation des chômeurs et des bénéficiaires du revenu d'intégration, le décret bruxellois sur la « cohésion sociale » ... pourraient être facilement être trouvés.

Ces politiques nouvelles se caractérisent souvent par leur aspect « expérimental » initial : les premiers projets pilotes subventionnés font l'objet d'évaluations permettant des ajustements puis, progressivement, les politiques se pérennisent et s'institutionnalisent. Les multiples programmes selon lesquels elles se déclinent sont associés à une offre de services nouveaux à destination de la population (régionale, communale) ou de groupes définis (jeunes, âgés, familles, femmes, immigrés, SDF, homosexuels, prostituées...). Les nouveaux services créés le sont soit ex nihilo, soit en complément à des services existants.

Dans cette mesure, leurs premières années d'existence, sont souvent passées, d'une part, à construire l'organisation et à en établir l'activité d'un service, mais aussi, d'autre part, à en affirmer l'intérêt et l'existence, tant aux yeux des bénéficiaires, qu'à ceux des structures existantes.

« Ce qu'on a fait était entièrement nouveau. La seule expérience existante était à l'étranger. Nous sommes donc allés sur place pour voir comment ils étaient organisés. Puis il a fallu concevoir le projet en fonction des spécificités de la commune et des personnes à recruter. Ca a pris au moins un an avant de commencer à véritablement prendre forme, puis l'expérience s'est constituée progressivement »
(un service de médiation)

« Au cours de la première année d'existence de notre service, nous avons passé notre temps à prendre des contacts, à nous promener dans le quartier, à parler aux personnes que nous rencontrions et à leur expliquer notre projet. Cette première année nous a permis de percevoir la vie du quartier et ses problèmes, de mieux

connaître aussi différentes personnes qui parfois maintenant nous signalent l'un ou l'autre problème » (des animateurs d'une maison de quartier)

« Au début, la cohabitation avec les policiers n'était pas particulièrement facile. Nous sommes des « civils », c'est-à-dire que nous n'avons pas de responsabilités en matière d'ordre public. Donc, on était un peu considéré comme des « étrangers » et il a fallu qu'on s'intègre dans le service, que notre travail commence à être reconnu ce qui a pris du temps et ce n'est pas encore joué avec certains vieux policiers. » (des membres d'un bureau d'aide aux victimes).

Les nouveaux services se situent donc d'abord « à côté » des services existants sans être nécessairement en lien avec eux. Les échanges se constituent progressivement, parfois dans une relative méfiance réciproque. Ils peuvent parfois même être explicitement proscrits et les types d'activités à développer sont parfois volontairement limités lorsque peut exister un risque de concurrence avec un service déjà existant.

« On nous a dit : votre travail c'est l'animation. Mais pour les jeunes, vous ne vous occupez pas de l'organisation de leurs loisirs pendant les vacances scolaires : il y a une a.s.b.l. qui est chargé de le faire. Donc à ces moments-là c'est plutôt calme et nous, finalement, on récupère une partie de ceux que l'a.s.b.l. ne prend pas en charge, parce que les parents ont trop de problèmes pour s'organiser, parce que certains jeunes préfèrent rester dans le quartier, parce que ce qui est proposé ne les intéressent pas ou parce qu'ils ont eu des problèmes avec l'a.s.b.l. Même chose avec les personnes âgées : il y a une a.s.b.l. qui est chargée de l'animation pour le troisième âge. Donc nous, on ne peut rien faire dans ce domaine. Interdit. On a du en tenir compte lorsque nous avons mis sur pied nos activités ». (des animateurs d'une maison d'un quartier)

« Lorsqu'on a présenté notre projet, on a tout de suite eu une réaction d'une psychologue qui nous a interpellé sur le secret professionnel. On est tout à fait conscient du problème mais ça a été difficile de lui faire comprendre qu'un service de médiation ça a un rôle d'interface entre des personnes en conflit et que dans les conflits, certains secrets sortent. » (un service de médiation)

Ce n'est que lorsque qu'un public utilisateur a commencé à se constituer, que la spécificité d'un service commence à être reconnue, que sa présence continue, signe de pérennité, semble assurée, qu'il devient possible, si nécessaire, de coopérer. Mais la coopération n'est pas automatique. Dans bien des cas, la situation est celle d'une co-présence plus ou moins distante sur un même territoire. Les échanges se font fréquemment sur base de la nécessité, liée aux besoins d'une personne, du service – il s'agit souvent de besoins de type organisationnel - ou du secteur/du quartier – besoin impliquant souvent des choix d'orientation dans l'offre des structures et parfois des décisions de type politique. Les relations de bon voisinage, lorsqu'elles existent, ne se traduisent pas par de multiples interactions mais visent plutôt à tenir les autres services informés de ce qui est fait et à prendre connaissance de leurs réactions. Ce n'est qu'en cas d'absolue nécessité qu'un pas supplémentaire dans l'interaction sera franchi.

« Maintenant on est connu dans le secteur et certains services nous renseignent. Mais on est très spécifique, donc on n'a pas beaucoup de contacts avec les autres services. Sauf quand c'est indispensable et ça passe plutôt par des personnes. On s'efforce de tenir au courant de nos activités celles avec qui on est en contact. Mais cela reste au niveau de l'information » (une association destinée à un public spécifique)

« Nous on existe depuis 30 ans, donc on est connu dans le quartier, des gens, des associations, des autorités. Mais quand on démarre une nouvelle activité il faut toujours reprendre son bâton de pèlerin, expliquer pourquoi on le fait, le justifier etc.... En général ça passe bien parce qu'on essaye d'être attentif aux besoins de notre public mais ce n'est pas toujours nécessairement bien pris parce que pour certains la question qui se pose est « : est-ce qu'ils ne sont pas en train de marcher sur nos plate-bandes ? » (un centre d'action sociale globale)

Pour les personnels engagés dans ces services, l'énergie à déployer pour assurer leur nouvelle activité, la nouveauté possible de leur terrain d'action, la méconnaissance d'une partie de l'univers dans lesquels ils interviennent, l'inexpérience de certains... peuvent les conduire à ne pas percevoir toutes les nuances d'une situation.

« Au début j'ai franchement ramé. Rien ne correspondait à ce que j'avais appris ou à ce que j'avais rencontré en stage. Et surtout j'étais seul pour mettre sur pied mon projet. De temps en temps, je pouvais discuter avec un collègue mais il avait son propre projet à monter. En plus il fallait que les premiers ateliers s'ouvrent rapidement car la poursuite de la subsidiation en dépendait. Donc j'ai eu des petits problèmes avec certains enfants et mes collègues ont dû me donner un coup de main. C'est après que je me suis rendu compte que ces enfants étaient livrés à eux-mêmes, que les parents n'arrivaient pas à s'en occuper » (un animateur d'ateliers pour enfants dans un quartier difficile)

« Cela n'a pu marcher que parce que nous sommes expérimentés. C'était nouveau, se trouver seul ou à deux dans un petit local avec tout à concevoir et un public très divers qui pouvait venir avec toutes sortes de demandes. Heureusement l'ensemble des antennes forme un groupe et nous nous réunissons toutes les semaines pour faire le point.... Tous les responsables d'antenne ont un passé professionnel solide qui leur permet de faire face à des situations compliquées. En plus, on a chacun notre carnet d'adresses, on sait où adresser les gens et avec qui prendre contact en cas de difficulté » (un responsable d'antenne de quartier).

Mais si ces politiques ont mis du temps à trouver leur traduction et leur mise en œuvre localement, elles ont aussi contribué à revitaliser l'action publique régionale et communale. C'est principalement à ce dernier niveau – qu'il s'agisse de l'action de la commune ou de celle du centre public d'action sociale - que la visibilité de ces politiques est la plus apparente. En effet, elles se traduisent alors par des réorganisations de services – décentralisation ou organisation en « pôles de compétence », par exemple – , par la création de nouveaux services venus compléter les premiers ou par la contractualisation de certaines activités, réalisées en collaboration avec des services privés à but non-lucratif. Dans certains cas il s'agit de véritables innovations, c'est à dire de l'adoption d'idées ou d'attitudes qui sont neuves pour les services qui les développent.

« C'est une volonté communale de redévelopper les services et de les rapprocher des citoyens. Le leitmotiv c'est l'accessibilité pour tous, la prise en compte des besoins des personnes et l'amélioration des contextes de vie. Les antennes de quartier sont un

élément important pour le développement de cette politique : elles permettent de dresser des états des lieux de la situation dans les quartiers.... Les gens qui s'adressent à nous nous demandent toutes sortes de services ou d'informations mais viennent aussi nous signaler l'un ou l'autre problème que l'on peut répercuter rapidement auprès des services communaux adéquats... c'est un élément de dynamisation des services communaux ... qui ne sont plus perçus comme lointains et compliqués » (un responsable d'antenne de quartier)

« Ce service est une décentralisation du CPAS. Trop de personnes en difficultés financières ou sociales hésitent encore à s'adresser au CPAS qu'ils considèrent comme s'occupant des pauvres ... y faire appel est signe de déchéance. Ce qui fait que certains peuvent se retrouver finalement dans des situations très difficiles et lorsque nous sommes contactés, parfois par des voisins ou par l'un ou l'autre service, le mal est fait et une solution peut être devenu beaucoup plus complexe à trouver ». (un responsable de CPAS)

Mais, à côté de ces évolutions impulsées par la puissance publique, il est aussi nécessaire de relever une transformation progressive de l'offre de très nombreux services. Au fil du temps, ceux-ci ont cherché à ajuster leurs interventions aux besoins qu'ils pouvaient percevoir dans les publics qu'ils étaient amenés à rencontrer.

« Avec les années, on s'est rendu compte que notre public changeait : plus de personnes seules, plus de femmes seules avec enfants, plus de familles recomposées, plus de migrants... et les demandes n'étaient plus les mêmes : plus de problèmes financiers, de logement, d'enfants livrés à eux-mêmes, de solitude... Il a fallu tenir compte de tout cela, offrir autre chose » (une AS de CASG)

« Nous avons évolué, comme nos patients. La première génération de patients était plus frileuse, plus craintive. Les plaintes étaient d'abord médicales et, le plus souvent, nous y répondions de façon médicale. Puis peu à peu nous avons commencé à mieux connaître nos patients et nous nous sommes rendus compte qu'il y avait d'autres choses à offrir qu'une simple réponse médicale. Puis une nouvelle génération est venue consulter, avec les parents d'abord, seule ensuite. Les demandes n'étaient plus

les mêmes, s'exprimaient plus facilement... Il a fallu étoffer l'équipe, élargir l'offre, tenir compte des particularités du quartier » (un responsable de maison médicale)

Ces nouvelles déclinaisons de l'offre de services, qu'elles trouvent leur origine dans les politiques publiques ou dans l'évolution de l'offre institutionnelle, n'ont pu se concrétiser qu'alimentées par une explosion démographique professionnelle qui a vu se multiplier au cours des dernières décennies le nombre de psychologues, assistants sociaux, éducateurs, infirmiers...

De 1992 à 2001, le nombre d'assistants sociaux sortis annuellement des écoles sociales reconnues par la Communauté Française est pratiquement multiplié par deux, passant de 421 à 806 après un pic à plus de 1.000 en 1998. Celui des éducateurs spécialisés diplômés de l'enseignement de plein exercice est lui multiplié par 5,5, passant de 110 à 611. Pour la même période, le nombre d'inscrits à cet enseignement passe lui de 361 à 3.000. (De Backer, Leroy, 2003)

Je n'ai pas réussi à trouver de données pertinentes sur l'évolution du nombre de psychologues nouvellement diplômés, mais il est de notoriété publique que les facultés de psychologie ont vu le nombre de leurs étudiants augmenter dans des proportions considérables.

Cette explosion qui donne lieu à une « lutte des places » va participer aussi à l'évolution progressive des services offerts : une dynamique s'instaure qui implique les structures existantes qui cherchent à faire évoluer leurs offres et ces nouveaux entrants sur le marché du travail qui cherchent à se constituer un avenir professionnel.

Ainsi en une dizaine d'années non seulement l'offre s'est démultipliée mais s'est aussi accompagnée de changements dans la composition des personnels de services existants, ce qui n'est pas sans effets, à terme, sur leurs pratiques et sur ce qu'ils offrent au public.

Plusieurs exemples permettent d'illustrer cette évolution.

Dans les plannings familiaux, les psychologues ont pris l'ascendant sur les conseillers conjugaux.

« Il y a une dizaine d'années, rencontrer un psychologue dans un planning familial n'était pas fréquent. C'était avant tout des conseillères conjugales. C'est à dire qu'en plus d'une formation initiale – qui pouvait être très diverse – elles avaient suivi une formation de 3 ans qui ne leur permettait, légalement, que de mener quelques entretiens assortis de conseils. Pour tout suivi un peu conséquent, elles devaient orienter les personnes souvent vers des services extérieurs. Ceci dit, certaines ne se gênaient pas pour pratiquer des psychothérapies plus ou moins sauvages. Maintenant, avec l'arrivée en nombre des psychologues, les choses ont fortement changé, le travail est devenu plus structuré, plus professionnel. Je ne dis pas que les conseillères conjugales faisaient du mauvais travail – il y en avait qui étaient bien supervisées - mais certaines fois c'était tangent. Alors que pas mal de personnes qui s'adressaient au centre auraient dû pouvoir bénéficier d'un suivi sérieux. Ce qui encore plus le cas actuellement : les problèmes des consultants sont assez identiques à ce que l'on rencontre dans un SSM ». (une psychologue travaillant dans un planning familial)

Cette évolution n'a pas été sans créer de tensions à l'intérieur des centres de planning, entre conseillères conjugales et psychologues et, à l'extérieur, entre certains centres de planning et des centres de santé mentale.

« Dans d'autres centres j'ai des collègues conseillères conjugales qui ont eu quelques difficultés avec l'engagement de psychologues. Elles travaillaient souvent depuis longtemps dans le secteur, avaient une grande expérience et elles ont eu le sentiment que leur travail était dévalorisé, que leurs avis n'étaient plus vraiment écoutés.... J'ai eu la chance d'avoir une formation analytique, ce qui fait que je n'ai pas rencontré les mêmes difficultés que mes collègues....Les centres de guidance n'ont pas toujours compris la spécificité des centres de planning. La plupart des gens que nous voyons s'adressent d'abord à nous pour un problème concret, de contraception, de conflit avec les parents, de droit.... Il ne leur viendrait pas à l'idée de consulter dans un centre de guidance ou alors ils craignent de le faire et passent par le détour d'une demande qui, pour eux, appelle un agir » (une conseillère conjugale)

Avec l'augmentation du nombre de bénéficiaires des différentes formes d'aide sociale, les CPAS ont eux aussi connu des évolutions importantes.

« Ce qu'on a vu avec les programmes d'activation c'est qu'il a fallu augmenter le nombre d'assistants sociaux pour pouvoir assurer des suivis plus ou moins personnalisés. Si on ne le faisait pas, le nombre de bénéficiaires par AS devenait trop élevé pour un travail de qualité. Mais aussi - ce qu'on savait déjà mais qui est apparu de façon bien plus manifeste - c'est qu'un certain nombre de personnes avaient des difficultés personnelles ou des personnalités qui compliquaient leur insertion. Donc on a engagé des « psys » pour nous aider à résoudre ces problèmes. Et il a aussi fallu engager des administratifs parce qu'il y avait toute une gestion des personnes, des contrats, des dossiers à assurer. Nouveaux programmes donc nouvelle organisation, nouveaux personnels, et aussi nouveaux bénéficiaires parce que leur nombre a enflé. Il a fallu quelque temps pour digérer tout cela et ça n'a pas toujours été simple. J'y ai passé quelques nuits blanches. Le fait que des contrats d'insertion pouvaient être passés avec des administrations communales nous a un peu facilité la vie mais je sais que cela n'a pas toujours été aussi aisé que nous le croyions d'abord » (un responsable du programme d'insertion professionnelle d'un CPAS)

Dans le secteur du logement social, depuis la création de la Société Régionale du Logement Bruxellois, la situation a aussi évolué quoique sur une échelle beaucoup plus restreinte. Plusieurs sociétés de logement social ont engagé des assistants sociaux qui à côté de l'examen des demandes doivent répondre à de multiples sollicitations de tous ordres. Mais surtout la SRLB a créé une équipe d'assistants sociaux chargés de seconder le personnel des 33 sociétés bruxelloises.

« La création de cette équipe nous a facilité le travail. Elle nous a en plus donné l'occasion de nous rencontrer régulièrement ce que nous ne faisons pratiquement pas auparavant tout simplement parce que nous en avons très peu l'occasion. C'était quelques contacts individuels. Maintenant les choses vont un peu mieux et nous avons pu conceptualiser notre travail, ce qui est d'une grande aide. Ceci dit, il y a de grandes variations d'une société à l'autre. Certains sont surtout préoccupés d'une bonne gestion – il faut dire que la proportion d'arriérés a crû ces dernières années – d'autres restent quand même très clientélistes. Dans quelques sociétés il y a un souci

clair de faire du social, parce que cela devient de plus en plus nécessaire, mais c'est assez nouveau ... et il faut dire que l'explosion des demandes ne nous facilite pas toujours la tâche » (un assistant social d'une société de logement social).

Dans les maisons médicales aussi, des changements se sont produits.

« Les deux orientations majeures de la maison médicale sont, d'une part, son ouverture croissante vers l'extérieur avec une multiplication des contacts avec les associations du quartier, le développement d'un travail d'éducation à la santé en collaboration avec elles et, d'autre part, un accroissement de l'offre médicale et paramédicale en interne. Les plages de consultation ont pu être étendues et des kinés, des psychologues, une diététicienne ont rejoint l'équipe. Ca bouge assez bien et les discussions peuvent être animées. Comme il y a beaucoup d'étrangers dans le quartier avec pas mal d'enfants c'est plutôt vivant, même si la détresse est parfois très présente. Les contrastes peuvent être très forts... et les habitudes culturelles peuvent surprendre Ici on ne peut pas vraiment travailler de façon traditionnelle : il ne faut pas craindre de se laisser interpeller et il y a un va-et-vient entre la maison médicale et l'extérieur : le bouche à oreille fonctionne bien... Ce n'est certainement pas facile pour certains et il y en a qui ne sont pas restés longtemps.... Personnellement je trouve cela plutôt riche mais il faut régulièrement se remettre en question. » (un infirmier dans une maison médicale)

« Un médecin de la maison médicale m'a demandé si j'accepterais de venir travailler avec eux. Il pensait qu'il était important d'intégrer une « psy » à l'équipe car ils avaient de nombreux patients avec des problèmes sérieux et ils avaient constaté que ceux-ci ne s'adressaient pas aux centres de santé mentale qu'ils leur renseignaient.... Il s'agissait de voir comment faire avec ces patients... pour moi c'était un fameux défi d'autant que d'un point de vue financier ce n'était pas joué – ils avaient fait un montage qui leur permettait de me payer pendant 6 mois mais ensuite il faudrait peut-être trouver un autre mode de fonctionnement. Au début ça ne coulait pas de source. J'ai du m'habituer aux patients et aussi aux médecins. Peu à peu la sauce a pris et maintenant une majorité des patients qui, selon les médecins, devraient me rencontrer l'accepte. Mais il y a aussi un gros travail avec l'équipe. ... Maintenant nous avons

trouvé les moyens pour me financer mais cela reste limite » (une psychologue d'une maison médicale).

Dans de nombreuses communes les programmes de prévention liés aux (anciens) contrats de sécurité ont, eux, été l'occasion de recruter des travailleurs réputés peu qualifiés. Les politiques visant à l'intégration des populations allochtones ont conduit à l'engagement de « médiateurs », souvent pour leur connaissance du terrain plutôt que sur base de leur formation professionnelle. Si leur capacité de médiation ou de diminuer les tensions s'est souvent avérée indéniable, une certaine méconnaissance des mécanismes institutionnels – ou une lecture très personnelle de ces derniers - a pu s'avérer, à moyen terme, un élément de faiblesse pour certains de ces programmes. Des responsables communaux ont alors été contraints d'en superviser le travail de façon plus étroite :

« Il a fallu – et il faut parfois encore – redresser la barre. Parfois les médiateurs cherchent d'abord à régler les questions sans prendre suffisamment de recul, sans suffisamment tenir compte d'une personne ou en prenant trop parti pour une autre. Pour ne plus être interpellés mais aussi parfois pour se valoriser. A partir du moment où il s'agit d'un service communal, il faut être attentif aux façons de faire sinon cela risque vite de se retourner contre nous. Malgré le soin que nous avons mis aux formations initiales, il a fallu intervenir à plusieurs reprises, parfois un simple complément d'information, ou, malheureusement mais rarement, en mettant fin au contrat... et il faut rester vigilant malgré les progrès et le succès du programme » (un responsable d'un service communal)

Ces engagements de travailleurs peu qualifiés ont aussi pu créer, dans quelques cas, un sentiment de passe-droit et de concurrence chez de jeunes professionnels engagés dans les mêmes programmes.

« Certains de nos collègues n'ont aucune formation. Ils ont été engagés grâce à leurs contacts dans le quartier et donc ils s'appuient là-dessus. Mais cela ne fait pas un travail de prévention. Ca tient du copinage et des bonnes relations avec le quartier et avec les autorités communales. C'est beaucoup de belles paroles. Les autorités sont contentes, il y a apparemment moins de problèmes dans le quartier. Mais question

activités organisées, c'est zéro. Il n'y a rien. Les jeunes viennent palabrer à la maison de quartier c'est tout. Il n'y a pas quelque chose qui se construit » (un animateur de quartier)

Pour un des collègues incriminés, au contraire,

« Pour la première fois, ils ont un interlocuteur. Je passe beaucoup de temps à expliquer, à calmer. Il faut les laisser parler, les écouter. Souvent ils tournent en rond dans le quartier. Qu'est-ce qu'ils ont comme perspectives ? Il faut arriver à ce qu'ils aient confiance, dans les autres et en eux. Quand il y a de la confiance ça peut évoluer. Moi la commune me fait confiance. C'est une grosse responsabilité. Ce n'est pas facile... Tous les jours j'apprends... Il faut beaucoup écouter. » (un autre animateur de quartier)

Nous sommes donc dans un contexte d'évolution des services, de leurs offres, des demandes qui leurs sont adressées et des compétences demandées à leurs personnels. Nombre de certitudes et de représentations professionnelles évoluent et doivent s'envisager de façon nouvelle, dans des univers à facettes multiples, tant du côté des services que de celui des bénéficiaires.

De façon plus formelle, une typologie rapide des services permet de faire apparaître ce qui les différencie et ce qui les rapproche.

On peut ainsi distinguer :

- des services de petite taille occupant un (très) petit nombre de personnes (une à 7-8), et qui, soit sont généralistes, soit offrent une gamme restreinte d'interventions ou d'activités spécifiques. Celles-ci sont assurées par tous les membres du personnel. Parfois même il est possible de parler de « micro-unités » : chaque personne prend en charge une activité spécifique qu'elle organise indépendamment. Les services généralistes ont essentiellement une activité d'information et d'orientation qui doit pouvoir se décliner selon de multiples modalités, en fonction des demandes très divers formulées par un public « tout-venant ». Activités ou interventions spécifiques peuvent, elles, se

décliner, soit en groupes d'âge (enfants, ados, âgés), soit en problématiques particulières (médiation scolaire), soit encore en direction d'un public très spécifique (homosexuels par exemple), sensible à une offre spécialisée. Nombre de ces petits services locaux sont en fait le produit d'une certaine décentralisation voulue par de plus grands services (souvent communaux) qui considèrent comme important de développer un travail de proximité en faveur de leur public habituel ou d'un nouveau public qu'ils n'atteignaient pas jusqu'ici. Il s'agit le plus souvent de services assurés par des professionnels, les intervenants bénévoles y sont rares. Dans les cas les plus extrêmes, un service correspond à une seule personne qui dispose dès lors d'une très grande autonomie dans l'organisation de son travail. La supervision du travail se fait au cours d'une réunion dont la fréquence peut être hebdomadaire mais aussi bi-mensuelle ou mensuelle. Historiquement, ces services sont les plus jeunes et ont souvent connu des incertitudes quant à leur survie. Innovants ou innovations dans leur secteur d'activité, ils sont encore souvent à la recherche d'une formulation structurée de leur pratique.

- des services de taille moyenne (de 10 à 20-25 personnes) offrant une gamme diversifiée d'interventions ou d'activités qui couvrent fréquemment différentes thématiques. Dans certains cas, les activités qui y cohabitent peuvent être très différentes et refléter, soit des opportunités de financement qui se sont offertes à eux, soit les diverses modalités légales qui organisent la vie en société (travail, logement, protection sociale...), soit les besoins différenciés qui se rencontrent selon les âges de la vie, soit les trois, soit encore des besoins locaux spécifiques. Le plus souvent ces activités différenciées sont alors organisées sur un mode de type « unités » sans beaucoup de contacts ou sans contacts entre elles. L'association faîtière assure alors la cohérence de l'ensemble de façon plus ou moins formelle selon les services. Dans la plupart des cas, il s'agit de services établis, bénéficiant le plus souvent de subsides récurrents qui leur assurent une stabilité certaine. Leurs pratiques professionnelles sont dans la majorité des cas relativement bien définies. Cependant, la compétition pour les subventions et les préoccupations d'ajustements aux besoins de leur(s) public(s) peuvent conduire ces services à développer, eux aussi, des pratiques innovantes qui se situent à la périphérie

de leur « cœur de métier » et connaissent alors, elles aussi, des incertitudes proches de celles des petits services. Une différence réside cependant dans le fait que ces pratiques innovantes s'adosent à des services établis qui, dans la très grande majorité des cas, les envisagent en fonction des perspectives qu'elles peuvent leur ouvrir.

- des services de grande taille (plus de 25 personnes), développant une gamme très diversifiée de services, dont certains peuvent être complètement autonomes. Il s'agit essentiellement d'institutions publiques dont la légitimité et la visibilité sociale sont établies de longue date (CPAS, services de police...) L'organisation peut en être complexe, souvent structurée en « départements » et « unités » ou « pôles de compétences » mais certaines « unités » ne dépendent pas d'un département et sont soit autonomes, soit spécialisées ou, encore, interviennent de façon transversale dans différents « départements » (dans ce cas, il s'agit le plus souvent de services à haute technicité : informatique, service juridique...). Les contacts internes dépendent des complémentarités entre « unités » et « départements » et de leur « spécialisation ». Dans certains cas, les échanges entre « unités » spécialisées peuvent être exceptionnels. La cohésion de l'ensemble est assurée par des organes formels de gestion interne comme une coordination et un comité de gestion auprès desquels les services rendent compte. Dans ces services, lorsqu'elle existe, l'innovation paraît principalement organisationnelle. Au cours des dernières années, les grands services semblent s'être souvent réorganisés de façon plus ou moins importante. Les hiérarchies formelles se sont réduites et les services, en interne, se sont souvent vus attribuer une autonomie qu'ils n'avaient pas toujours il y a une décennie. En fait, les responsabilités sociales auxquelles ces services doivent répondre ne leur permettent que rarement de se lancer dans des pratiques nouvelles dans des domaines nouveaux. Ils n'y sont cependant pas indifférents. La solution semble, dans ce cas, souvent résider dans une externalisation de l'innovation : une a.s.b.l. spécifique, créée pour l'occasion, permet d'envisager des évolutions nouvelles sans mettre l'institution elle-même en difficulté.

Lorsque l'on considère l'ensemble de ces services et, en faisant abstraction des organisations faîtières des services de taille moyenne ou des départements des services de grande taille, apparaît alors un univers relativement fragmenté, composé d'une multiplicité de services aux modalités d'interventions très variées, déclinant, dans le contexte de domaines d'activité relativement définis (p.e. aide sociale, enfance, seniors...), les nombreuses nuances d'approches qu'imposent les normes légales qui évoluent au cours du temps ou que peuvent suggérer les constats de terrain ou des événements particuliers⁷.

Cette évolution vers un univers multiple peut s'expliquer, au départ des structures, par les tensions susceptibles de s'y créer autour de situations particulières - moins figées qu'il y a quelques décennies - et qui soulèvent alors la question de la spécialisation ou non de certaines personnes ou activités. Ces orientations vers une certaine spécialisation peuvent relever des anticipations stratégiques d'un service mais, également, ne pas être le seul produit de simples choix rationnels. Elles peuvent refléter aussi les choix subjectifs effectués en fonction des valeurs et des motivations des responsables – envisagés par d'aucuns comme entrepreneurs sociaux (cf. e.a. Defourny et Nyssens, 2008) - dont l'objectif est d'offrir des services permettant de satisfaire des demandes hétérogènes ou qui les créent. Cependant, que les différentes « unités » composant une structure soient intégrées ou non, la tendance s'oriente presque toujours, à terme, vers une offre qui se voudrait « complète »⁸, assurée par plusieurs unités différentes – ou par une organisation-mère et des structures autonomes qui en dépendent - qui cherchent à se compléter. Les façons dont les différentes déclinaisons de l'offre se formalisent dépendront des priorités ou des capacités d'innovation des structures.

D'autre part, les politiques publiques et les nouveaux dispositifs qu'elles préconisent jouent également un rôle dans cette démultiplication des services offerts. Déterminant de nouveaux champs d'action, elles influent sur les contenus d'activités, incitant les organisations à envisager certaines spécialisations pour mieux répondre à des problématiques particulières.

⁷ Sans perdre de vue le fait qu'il existe une dynamique interactive qui lie normes légales et constats de terrain.

Enfin, les préoccupations en matière d'offre de proximité, préconisées dans de nombreuses politiques publiques, ont non seulement donné une nouvelle légitimité aux associations mais ont également conduit à envisager une relecture des situations rencontrées, permettant d'actualiser ce qui pouvait relever de la proximité, et donc d'une offre généraliste, de ce qui y échappait par son caractère moins communément partagé.

⁸ Ce qu'elle ne pourra jamais être à moins de se décliner à l'infini, au fil de lectures de plus en plus fines, qui paradoxalement conduiront à une appréhension partielle, incomplète de l'univers envisagé.

Deuxième partie :

Orientations de travail dans les services

Introduction

Au fil des entretiens, se sont progressivement dessinés les contours de ce que j'appellerai un idéal professionnel partagé, auxquels la plupart des intervenants rencontrés faisaient plus ou moins implicitement référence lorsqu'ils parlaient de leurs travail et des relations qu'ils nouent avec les personnes qui s'adressent à eux. Cet idéal professionnel apparaît en clair-obscur, de façon plus ou moins prononcée, dans pratiquement tous les entretiens. Et, si les intervenants, dans leur pratique de tous les jours, le voient parfois malmené, ils paraissent, pour la plupart, le considérer comme l'horizon indépassable d'une relation qui vise à aider ; évoquant spontanément l'un ou l'autre aspect qui atteste de sa valeur ; y revenant naturellement comme à une référence intangible. C'est dire sa prégnance implicite.

Trois aspects de cet idéal professionnel m'ont paru ressortir des entretiens. Le premier est celui d'une « approche globale », dont on verra qu'elle peut être de la personne mais aussi de son entourage, de son environnement social et peut même, pour certains, inclure la sphère politique. Un second aspect est celui de « l'accueil » dont les sens premiers se rapportaient à une notion de « mettre ensemble ». Car il s'agit bien de cela : mettre ensemble une personne demanderesse et un intervenant pour qu'ils examinent de concert le problème qui se pose et la façon dont il va être possible de le résoudre. Le troisième aspect s'impose dès lors d'évidence, il s'agit de « l'écoute » qui seule permet de prendre peu à peu connaissance de toutes les facettes d'une problématique, de l'importance qui s'y attache avant de chercher à en dénouer les fils et à y apporter une solution. Ces trois aspects paraissent relativement

indissociables même si, selon les intervenants, un accent peut être mis avec plus d'insistance sur l'un ou l'autre d'entre eux.

Il me semble après coup qu'un quatrième aspect « d'accompagnement » pourrait être pointé Car accueil, écoute et approche globale visent finalement à mettre en place et assurer un certain suivi des personnes, même s'il peut rester ponctuel et de courte durée. A cet égard, il me semble tout à fait remarquable de n'avoir pratiquement jamais retrouvé dans les propos de mes interlocuteurs le terme de « prise en charge » qui, il y a quelques décennies, légitimait le rôle des professionnels. Un souci d'autonomie des personnes est manifestement passé par là.

Reste que cette notion d' « accompagnement » est apparue moins prégnante dans des entretiens, sans doute parce que ceux-ci se rapportaient, finalement, à des situations de crise et d'urgence dont certaines peuvent se situer à l'amorce d'une relation, alors que d'autres introduisent une coupure dans un accompagnement déjà en cours, questionnant celui-ci.

Enfin, il faut souligner que, dans la pratique, la mise en œuvre de cet idéal peut s'avérer être une ligne de conduite difficile à mettre en pratique dans la mesure où les contraintes qui peuvent peser sur les services n'en permette parfois qu'une application très imparfaite.

1. Approche globale

Résumé : L'importance d'une approche globale des situations rencontrées est soulignée par nombre d'intervenants. S'efforcer de prendre en compte les difficultés variées qu'une personne peut rencontrer/ dont elle peut se plaindre est en général préconisé. Mais une telle approche peut aussi s'envisager au niveau d'un groupe de personnes présentant des problématiques semblables, au niveau d'un quartier et de ses habitants ou même à l'échelle d'une commune ou d'une région. Les façons de l'la concevoir peuvent vont dès lors différer fortement. Cette notion qui cherche à saisir une totalité, peut donc se décliner sur plusieurs plans qui, s'ils ne sont pas nécessairement incompatibles, peuvent prendre des sens différents selon la place ou la fonction occupée dans la structure de travail.

Face à un certain fractionnement de l'offre de services, beaucoup de ceux situés en première ligne défendent le principe d'une approche « globale » qui se veut le contrepoids d'approches trop spécialisées. Ce constat peut être fait dans la plupart des secteurs.

« Avec les nouvelles approches d' « activation », être hors marché du travail est souvent envisagé comme une défaillance individuelle à réparer ... il faut remettre les individus dans le circuit ordinaire des gens en bonne santé économique et sociale. Les causes structurelles de leurs difficultés sont complètement négligées... On voit arriver

des personnes très découragées, parfois désespérées, très obéissantes, qui ont bien suivi toutes les consignes qui leur ont été données et ça ne marche toujours pas... »
(Un A.S. d'un CASG)

« Une approche globale ne peut pas être spécialisée. En général, un patient qui se plaint à son médecin généraliste ignore s'il y a lieu de consulter un spécialiste et lequel. Comme en plus les plaintes sont souvent peu spécifiques et peuvent se rapporter à des organes ou à des systèmes différents, il est indispensable d'examiner toutes les possibilités. Donc le premier intervenant médical ne peut être spécialisé. S'il l'est, il peut risquer de passer à côté d'un problème. En même temps, ne pas objectiver un trouble peut être source de frustration pour le patient qui souffre. C'est déjà vrai en médecine générale mais alors chez un spécialiste ! » (un médecin généraliste travaillant en cabinet de groupe)

« L'inverse de l'approche globale, c'est le spécialiste qui revendique sa place en première ligne parce qu'il considère être le plus à même de traiter une pathologie précise. Oui, des patients s'adressent à lui en première intention mais l'approche de l'ensemble de leurs problèmes de santé, leur synthèse, leur suivi en continuité, l'accessibilité et la proximité des soins sont alors mis à mal » (un responsable d'une maison médicale)

Mais la critique peut aller au-delà de celle des spécialisations internes à un secteur. Elle peut aussi porter sur les séparations parfois très étanches qui peuvent exister entre les différents secteurs.

« A l'heure actuelle, dans un système médical où la visite à domicile est de moins en moins fréquente, la situation sociale des patients est souvent peu investiguée. En dehors de signes manifestes de pauvreté, c'est plutôt les propos du patient qui renseignent sur ses difficultés.... Il y a des médecins qui ont la fibre sociale, c'est indéniable ; les patients font état de certains de leurs problèmes, c'est sûr, mais il y a aussi une honte à avouer certaines difficultés. On va dire qu'on a pris froid, pas qu'on a des difficultés à payer son chauffage... A l'hôpital c'est encore moins évident. Oui on voit bien que des patients sont dans des situations sociales difficiles mais ce n'est pas vraiment pris en compte... Et souvent quand le problème reconnu, il est

considéré en soi, comme un fait... ce que vit la personne est rarement envisagé... il y a un certain paternalisme surtout quand les gens paraissent peu éduqués... » (une A.S. de maison de quartier)

« Il faut dépasser les clivages stricts entre services et entre secteurs, rassembler l'expérience et les savoirs d'équipes diverses, spécialisées dans les questions d'emploi, de santé, de logement mais aussi dans l'animation communautaire, les loisirs ou la médiation. C'est une condition pour répondre à l'exigence d'une approche globale de l'insertion sociale » (un responsable d'un service de quartier)

Mais le périmètre pris en considération pour développer une approche globale peut varier de façon importante. Pour certains intervenants, il se limite à une personne ou à un tout petit groupe de personnes liées entre elles par des liens étroits et à la complexité de l'histoire personnelle.

« Pour un couple en attente d'enfant, la manière dont il sera est guidé pendant la grossesse aura une influence sur sa façon de le mettre au monde. Il s'agit toujours d'une approche globale de santé, qui ne peut se vivre en dix minutes de consultation et est toujours étalée dans le temps, en une moyenne de dix séances prénatales. L'approche prénatale globale me permet de saisir où en est le couple dans son évolution, de pouvoir me situer et de m'adapter à leur savoir. Il s'agit donc, chaque fois, d'un suivi individualisé, particulier, non reproductible. » (une psychologue de centre de planning familial)

« Il faut considérer l'interdépendance qui existe entre les supports sociaux (le logement, les droits, les relations sociales...) et les façons de se représenter et de vivre le logement. Lorsque les supports sociaux se distendent, ils peuvent se manifester par des conflits, des troubles du voisinage, une détérioration du logement... il peut y avoir une première stigmatisation par les proches, les voisins, le propriétaire... Cela peut se traduire par le repli, la fuite, l'expulsion.... la vision du logement comme lieu protecteur est fragilisée, voire pire... C'est toute la difficulté que nous pouvons avoir avec certains résidents. Il y a parfois vraiment une expérience du logement à reconstruire, pas uniquement un deux pièces à proposer... avec certaines de ces personnes cela peut être très difficile... Il faut être là,

disponible, comprendre toutes leurs difficultés, leurs craintes, affronter leurs menaces, leurs excès... tout en s'assurant que le logement reste viable... il faut parfois être très très présent » (une A.S. d'une agence immobilière sociale)

« Une approche globale du patient permet d'organiser la continuité des soins. C'est le même praticien qui soigne les différents épisodes successifs : le nez, la tête, le bras, les intestins, le pied, les poumons... il peut les relier les uns aux autres et les situer dans l'histoire globale du patient. Avec ce recul il peut mieux appréhender les nouveaux épisodes, ce qui se traduit par une meilleure qualité de soins. Cette façon d'envisager la santé du patient facilite aussi les passages du curatif au préventif, au palliatif, à la revalidation. » (un membre d'une maison médicale)

« Les causes d'une difficulté peuvent être multiples et une même difficulté peut s'exprimer de façons très diverses. Il faut donc pouvoir l'aborder sans a priori. Cela justifie une approche globale qui doit replacer la difficulté dans l'histoire de la personne. C'est tout le contraire d'une approche symptomatique comme elle se développe de plus en médecine ou même dans le monde de l'action sociale... quoique ce dernier me paraît s'y montrer plus résistant. » (un membre d'un CASG)

Pour certains, l'approche globale s'élargit à l'entourage qui ne peut être ignoré et vers qui une action doit aussi être envisagée. Si ce n'est pas fait, les chances que le travail mené conduise à un échec sont augmentées.

« Il faudrait développer une approche globale qui tiennent compte du fait que les enfants sont capables de relations significatives avec diverses personnes de leur entourage et pas seulement avec les membres de leur famille. Donc ces relations doivent être prises en considération. D'autre part le développement des enfants est moteur, cognitif, psychologique, émotionnel, communicatif, social. Tous ces aspects devraient être pris simultanément en compte. » (un responsable d'un service pour enfants)

« Le travail que nous menons depuis des années nous conduit à, toujours, envisager notre intervention en tenant compte du contexte de vie du patient. L'ignorer, ne pas considérer les choses globalement, conduit souvent à l'échec. Et ce contexte de vie est

souvent très particulier, très différent de ce qu'on rencontre disons dans des suivis psychologiques classiques. Une grosse difficulté que l'on rencontre alors se situe au niveau de l'action que nous pouvons mener : comment entrer en contact avec la famille pour qu'elle accepte un suivi mais sans intrusion ? ... Les deux écueils majeurs entre lesquels notre travail doit naviguer, ce sont l'intrusion et l'abandon » (un responsable d'un service pour jeunes à propos de familles de migrants)

Dans certains cas, il y a lieu de constituer un entourage de référence pour les personnes. L'approche globale porte sur les personnes et leurs relations avec le service. Dans les cas les plus difficiles, celui-ci doit pratiquement créer différents types de « bouées de sauvetage » pour que des personnes en dérive puissent s'y accrocher.

« Il y a des personnes qui sont devenues « invisibles », complètement repliées sur elles-mêmes, sans contacts. Le plus souvent on n'apprend leur existence que lorsqu'il y a un problème, par l'intermédiaire de voisins qui fréquentent notre service ou qui s'adressent à nous parce que nous sommes connus ici. Il faut alors pouvoir sortir aller à la rencontre de ces personnes « invisibles ». Ce n'est pas simple mais c'est rendu possible par notre action dans le quartier. On ne se contente pas d'offrir un hébergement ou une aide sociale. Au contraire, on essaie d'avoir une action qui touche à de multiples aspects de la vie quotidienne, pour la rendre moins dure, offrir des perspectives... Tout ce qui est fait est très concret et assez divers. Comme cela les personnes peuvent trouver un point d'accroche... » (une A.S. dans une association de quartier)

D'autres vont plus loin. Il s'agit non seulement d'offrir des possibilités diversifiées d'entrer en contact avec le service mais aussi d'agir si possible en amont pour éviter les détériorations de l'état des personnes.

« Pour nous, il s'agit, autant que possible, d'offrir un ensemble de prestations qui soient à même de répondre à une grande partie des besoins des patients, qui correspondent souvent à des soins courants. Donc l'équipe a été étoffée. Les patients trouvent, dans un seul lieu, différentes modalités de soins.... Un autre aspect de notre fonctionnement est que l'information est centralisée et coordonnée. Il est donc

possible de se faire rapidement une idée des différents problèmes que rencontre un patient et de proposer soit un suivi plus spécifique, toujours dans la maison, soit des actions préventives.... L'analyse de nos données nous permet aussi de prendre du recul par rapport à notre travail quotidien et d'envisager des actions préventives, destinées plus spécifiquement à certains de nos patients ou des actions de santé communautaire. Et ceci parce que nous ne fonctionnons pas en isolat. Les synergies avec le réseau psycho-médico-social environnant sont un fait... L'approche se veut globale non seulement au niveau du patient mais aussi dans son appréhension des caractéristiques du quartier (représentations de la santé et pratiques de santé, qualité de l'habitat, problèmes sociaux...), qui peuvent avoir un impact sur la santé des patients. Nous cherchons à en tenir compte et ainsi, autant que possible, à pouvoir agir sur des aspects de la santé qui sont souvent ignorés dans une médecine de cabinet ou par un grand nombre de spécialistes.» (un membre d'une maison médicale)

« Une maison médicale c'est une structure pluridisciplinaire de professionnels de la santé, proches des gens, qui mettent en oeuvre, ensemble, une approche globale, continue et intégrée de soins accessibles à tous. Dans cette perspective, les équipes des maisons médicales se sont attachées à prendre en compte les déterminants de la santé. Elles ont développé des activités novatrices en direction de la population comme des animations, souvent autour d'une thématique ; des groupes de patients autour de pathologies ou de situations particulières. Ces équipes s'efforcent de collaborer avec différents services installés sur un même territoire de référence. Parfois ce travail se fait en lien avec les autorités locales » (un infirmier dans une maison médicale)

Il ne s'agit pas d'offrir une approche globale complète qui couvrirait l'ensemble des problématiques qui se rencontrent dans la pratique et qui est impossible par essence, mais plutôt de couvrir un grand nombre de besoins courants, largement répandus dans la population desservie, et bien identifiés. Les personnes peuvent ainsi, dans la grande majorité des cas, trouver en un seul lieu la plus grande partie des soins ou de l'aide dont ils ont besoin. L'identification des problématiques de l'ensemble des usagers et l'ouverture vers les associations du quartier permettent, en outre, de mieux approcher une grande partie des besoins de santé rencontrés sur un territoire donné.

Enfin, l'approche globale peut s'envisager de façon plus large encore, et tenir compte non seulement des personnes et des services offerts mais aussi du contexte plus général dans lesquels les uns et les autres évoluent.

« En tant qu'institution publique, nous développons une approche globale qui tient compte de 3 dimensions essentielles : d'abord la population dont nous sommes responsables et dont les besoins peuvent être très divers, ensuite les aides que nous proposons et les différents services que nous développons, enfin les choix politiques qui peuvent être faits, tant au niveau communal que régional ou national et dont les impacts, budgétaires notamment, peuvent être importants. Si nous privilégions un de ces aspects au détriment des autres, les difficultés ou pire l'échec surviennent à plus ou moins longue échéance. » (un responsable de CPAS)

En réalité, un discours sur une approche globale se tient à tous les niveaux. Au niveau « micro », de la personne, la globalité d'une approche vise à appréhender l'ensemble des difficultés auquel elle est confrontée de façon à pouvoir y porter remède de la façon la plus appropriée et efficace possible.

Aux niveaux « méso », du service, et « macro », d'un ensemble de services, la globalité de l'approche vise à appréhender la gamme des services nécessaires à la prise en charge des problèmes sociaux ou de santé, soit d'un groupe de personnes identifiées, soit d'une population considérée dans son ensemble.

2. Accueil

Résumé : Les définitions des mots “accueil”, “accueillir”, accueillant” sont rappelées qui éclairent la problématique de l’accueil. Ce dernier se décline selon différents modes : fonction légalement reconnue dans les maisons médicales et les centres de planning familial, volet structuré et spécifique de l’activité dans beaucoup de services ou encore préoccupation quant aux contacts avec les personnes qui s’adressent à une organisation. L’accueil peut en fait être considéré comme un processus d’échanges dont l’issue dépend de ce que chaque partie y apporte. Mais il peut aussi avoir une fonction de tri permettant de faire coïncider offre et demande. Enfin accueillir c’est parfois aussi faire offre de service à des personnes qui n’y auraient d’abord pas nécessairement eu recours.

Un rappel de la signification du mot, du verbe dont il est issu, de l’adjectif et du nom auquel il a donné lieu n’est pas sans intérêt.

Pour le Petit Robert, l’ « accueil » c’est la manière de recevoir quelqu’un, de se comporter avec lui quand on le reçoit ou quand il arrive.

« Accueillir » (en vieux français « acoilir » qui signifie réunir, associer, adjoindre) c’est être là quand quelqu’un arrive, aller le chercher ; donner l’hospitalité à quelqu’un, l’héberger, le loger ; admettre quelqu’un dans un groupe.

L'adjectif « accueillant » a un sens clairement positif puisqu'il signifie « qui fait bon accueil ». Il renvoie dans ce cas aux notions d' « accessible », « aimable », « cordial », « hospitalier ». Un autre sens est celui de « bien disposé », « favorable », « propice ». Il peut aussi signifier « d'un abord agréable », « où l'on est bien accueilli ». Les antonymes sont « froid », « glacial », « inhospitalier ».

Enfin le nom « accueillant » se rapporte à un bénévole qui accueille et écoute des personnes démunies dans une association charitable.

Les différentes définitions citées ici ont pratiquement toujours une connotation positive. Seule la façon de se comporter peut être envisagée de façon négative. Les sens du verbe en vieux français sont particulièrement intéressants puisqu'il s'agit de réunir, d'associer, d'adjoindre donc de « mettre ensemble ».

La façon dont les personnes interrogées parlent de l'accueil me semble bien traduire ces aspects positifs relevés dans les définitions.

« Accueillir pour moi c'est avant tout permettre à la personne de me faire part des difficultés qu'elle rencontre en lui laissant ses priorités qui peuvent ne pas être les miennes. Elle doit pouvoir se sentir à l'aise, en confiance. » (un membre d'une équipe sociale de quartier)

« L'accueil des personnes se fait via ce que certains appellent un « guichet ». Mais c'est une notion paradoxale : c'est un « guichet unique » qui ouvre la porte à tous les autres. Bon on parle de « guichet » mais c'est en réalité un lieu d'accueil où tous les problèmes peuvent être abordés, de façon à ce qu'on puisse ensuite voir comment on va envisager les choses, voir s'il n'y a pas un ordre à respecter (domiciliation préalable à l'obtention d'une aide...). Donc ça s'appelle un « guichet » mais c'est de l'accueil et ce n'est pas un « guichet » avec un écriteau indiquant une spécialité mais c'est un lieu de première rencontre où toutes les questions peuvent être soulevées. Nous sommes aux antipodes d'un système bureaucratique » (un A.S. de CPAS)

« Accueil a aussi le sens d'inclusion. Accueillir un inconnu, c'est a priori lui donner la possibilité d'être reconnu. » (un A.S. de CASG)

Et cet accueil ne devrait pas se constituer autour d'une seule problématique.

« Approche globale et accueil vont de paire. Il n'est pas possible d'imaginer l'un sans l'autre. » (un responsable de service social)

L'accueil peut se décliner sous différentes formes qui peuvent relever, soit d'une obligation légale comme la fonction d'accueil, reconnue aux maisons médicales et aux centres de planning familial, soit d'une organisation plus ou moins spontanée d'un service. Cet aspect, important, du contact avec les personnes peut être plus ou moins structuré. Certains services ont mis en place une organisation spécifique de l'accueil des usagers qui s'adressent à eux. Selon les cas, soit seuls certains membres de l'équipe assurent cette activité, soit chacun y participe à tour de rôle. Le plus souvent des formes de suivi de l'organisation mise en place sont également organisées de façon à pouvoir trouver des réponses à des situations complexes rencontrées, évaluer l'évolution des demandes et y ajuster la structure d'accueil ou une partie du service. Enfin, certains organismes n'ont pas mis en place de structure spécifique mais se montrent particulièrement soucieux d'offrir un accueil de qualité aux personnes qui s'adressent à eux.

« Il n'y a pas d'accueil comme tel ici. Le service est trop petit. Mais lors de l'organisation d'activités, nous accueillons tous ceux qui souhaitent y participer, pour peu qu'ils soient dans le créneau. Dans ce contexte, nous avons de nombreux contacts au moment de l'inscription ou en cours d'activité. Et là je dirai qu'il n'y a pas d'exclusive. Lorsque les gens le demandent, on s'organise pour les voir seul à seul ou à deux ou trois s'ils le souhaitent. C'est pas de l'accueil proprement dit mais on est plutôt tolérants dans les possibilités d'échanges et à propos de ce qui peut être dit ».
(un animateur d'une maison de quartier)

« Les personnes qui s'adressent à nous ou qui nous sont adressées viennent pour un problème précis : une aide alimentaire. Mais remplir un cabas ne suffit pas. Il faut prendre un peu de temps avec ceux qui le souhaitent. Parce que certains ont très peu de contacts et ici ils peuvent en avoir un. Et même dans ce cas, ça ne coule pas de source. C'est un peu comme chez l'épicier, il faut pouvoir aussi parler de la pluie ou

du beau temps. C'est aussi indispensable pour nous, sinon on nage dans la misère et c'est parfois très déprimant ». (un responsable d'un service d'aide alimentaire)

Mais dès lors qu'un accueil est envisagé spécifiquement, pensé comme tel, une série de constats sont faits qui en font apparaître la complexité. L'accueil joue un rôle de sas, entre un dehors multiple, varié, parfois incompréhensible et un dedans qui pourrait offrir des possibilités de structuration. Ce lieu, ce lien spécifique, requiert alors d'y porter une attention particulière, de se pencher sur les dynamiques qui s'y instaurent.

« L'accueil, c'est aussi un premier moment où l'on se dépose, où l'on peut se dire sans se sentir jugé. Donc c'est un point crucial pour établir une relation de confiance. Ensuite il faut passer le témoin et là la compétence de l'accueillant est cruciale. » (un service social de quartier)

« Pour une personne, accéder à un service, c'est en fait accéder à une relecture de sa situation. Est-ce que la personne va l'accepter ? C'est souvent le cas lorsque les personnes sont en bout de course, qu'elles n'ont plus d'alternatives. Elles doivent s'en remettre aux « experts », c'est-à-dire à nous qui faisons ce que nous pouvons. Conséquence, dans certains cas, cela peut vite devenir conflictuel car les issues sont peu nombreuses. Ce qui peut être très difficile. Je préfère et de loin les personnes qui réussissent à ne pas se laisser enfermer dans un univers réduit. Il y a une étincelle de vie. Avec eux il est possible de construire quelque chose même si cela peut prendre du temps. Ici ce qui est difficile c'est de conserver une dynamique d'initiative quand tout, institutionnellement, y fait obstacle. » (un psychologue dans un service social)

« A l'accueil, une série de gens que nous connaissons viennent aussi pour régler rapidement une série de petites difficultés. Ils apportent des papiers, viennent dire comment une démarche s'est passée... C'est un lieu de transmission d'information. C'est en même temps informel, hors d'un temps de rendez-vous bien défini, mais dans un cadre formel, dont les personnes savent qu'il fonctionne. Ils savent que l'information sera transmise. Pour eux c'est un petit pas réalisé, transmis et attesté, sans que cela ne devienne un événement hors proportion. » (un CASG)

« Il est impossible de rester figé de façon rigide à ce pour quoi nous avons été créés. Il faut pouvoir accueillir toutes sortes de demandes quitte à les réorienter. C'est une des difficultés. D'une part nous offrons un large éventail de possibilités de contacts, d'autre part, il faut pouvoir détecter suffisamment rapidement ce qui sort de nos compétences et pour lequel nous ne pourrions rien faire parce que nous n'avons pas les contacts. Si les gens ne le comprennent pas assez vite, cela peut devenir problématique car alors ils peuvent devenir nerveux ou complètement perdus. Là, reprendre toutes les explications peut devenir très difficile.... Avec des « habitués » qui viennent pour un conseil parce qu'ils ont confiance en nous c'est différent ». (un service social de quartier)

« Accueillir c'est d'abord entendre les difficultés mais s'est aussi ensuite expliquer les suites, les choix possibles. En sachant que souvent la demande initiale n'est pas nécessairement très claire et qu'il faudra probablement ensuite la reformuler. Prendre le temps d'expliquer aux personnes les suites qui pourraient être données à leur démarche, en leur en explicitant les tenants et aboutissants, est un moment primordial pour la suite du suivi. Si les explications ont été claires, comprises, la suite se passe en général bien. Lorsque des ambiguïtés ou des doutes subsistent, ne sont pas levés ou que leurs incidences possibles ne sont pas relevées, la suite peut être plus difficile » (un A.S. de CPAS)

« A l'accueil nous ne sommes pas là pour simplement écouter béatement ce que dit tout qui franchit le seuil. Cela suppose de s'engager. C'est un humain qui écoute un humain et qui entre en relation d'échange avec lui. S'il n'y a pas ça, alors l'accueil c'est bien mais ça devient une salle d'attente plus ou moins sympa, avec des animateurs qui font passer le temps et rassurent avant de passer aux choses sérieuses. En même temps, l'accueil c'est ça aussi. C'est aussi un lieu où l'on peut souffler, se détendre. » (un responsable d'une maison médicale)

Dès l'instant où l'on envisage de développer un accueil un tant soit peu structuré, il convient de réfléchir à la mise en place de véritables processus organisationnels, qui doivent absolument tenir compte de différentes facettes des situations rencontrées.

« L'accueil téléphonique ou sur place joue un rôle important, même s'il ne s'organise pas de la même manière. Il va toujours s'agir de récolter une information aussi complète que possible, située temporellement et socialement. A partir de là, il va être possible de définir, de déterminer ce que j'appellerai les premiers axes d'orientation du travail. Première question, cela nous concerne-t-il ou non ? En fait, comme la personne s'est adressée à nous, cela nous concerne toujours. Au moins un peu quand elle s'est fourvoyée et qu'il faut l'adresser ailleurs. Je dis adresser alors que dans certains cas, il faudrait pouvoir accompagner. C'est rarement possible mais, si on connaît un minimum nos interlocuteurs, aménager le passage est loin d'être négligeable. Quand le problème nous concerne, les éléments déjà disponibles permettent de mettre en place un accompagnement suffisamment personnalisé pour que la personne y trouve d'emblée son compte, au moins en partie. C'est très important parce que cela va conditionner une partie de la suite ». (un responsable de CASG)

Dès lors se posent d'une façon ou d'une autre des questions de compétence des accueillants.

« Trop souvent ce sont des stagiaires ou des bénévoles qui assurent l'accueil. Sans véritable encadrement. Selon moi, c'est une erreur. Le moment de l'accueil est un moment-clé. Quand il s'agit de p'tits bobos pas graves, les stagiaires ou les bénévoles, passe encore. Mais quand cela devient plus sérieux, c'est-à-dire relativement compliqué et dramatique ou dramatisé, et c'est malheureusement assez fréquemment le cas, il faut une expérience personnelle, une connaissance des ressources, une intuition des personnes. Il y a là un moment de nouage entre la personne et son interlocuteur qui ne peut être ignoré. » (un responsable d'un planning familial)

« Une des difficultés c'est de rendre l'accueil suffisamment personnalisé pour que chaque personne puisse s'y retrouver. Donc les accueillants bénévoles sont formés, supervisés. Chaque membre de l'équipe y participe tour à tour. Il faut pouvoir avoir une bonne idée des situations rencontrées qui évoluent au fil des années, des législations, des ressources du quartier, de leurs évolutions. Cela permet de savoir

très vite si nous pouvons jouer un rôle ou s'il faut passer la main et à qui » (un service social de quartier)

Cependant un accueil n'est pas uniquement un processus organisationnel. Entre usagers/patients et accueillants des échanges se nouent qui ont un sens pour les uns et les autres, premiers pas vers la constitution d'un lien social, même précaire et situé, et de représentations consistantes tant pour les professionnels accueillants que pour les patients.

« A l'accueil, il y a une sorte de lien social qui se noue entre les patients et nous, qui n'est pas le même qu'avec les autres personnes de l'équipe. Une sorte de connivence, de confiance qui s'installe. Il y a des échanges, parfois des banalités parfois des confidences sur les joies et les peines. C'est important. Ce sont des choses qui se disent sans avoir de conséquences directes. Mais il y a une réaction de notre part. Il y a un échange qui rend la vie plus facile. » (une accueillante dans une maison médicale)

Mais malgré le souci de compétence, il subsiste des incertitudes qui obligent à rester à rester attentifs.

« La qualité de l'accueil, c'est les gens qui peuvent en juger. Nous nous efforçons de les recevoir le mieux possible mais il y aura toujours des mécontents. Il faut aussi reconnaître que lorsqu'il y a des tensions dans le service ça peut rejaillir sur la qualité de l'accueil » (un responsable de maison de quartier)

Car comme déjà relevé, ce qui se passe à l'accueil fait partie d'un processus déjà engagé avant la venue dans le service puis qui s'y précise pour déboucher ensuite souvent sur des perspectives d'accompagnement plus ou moins structuré selon les besoins des personnes.

« Il y a l'histoire de notre service dans le quartier qui joue à plein. A l'accueil on s'aperçoit que la plupart de ceux qui y viennent ont déjà eu un écho de ce qu'ils peuvent attendre du service. Le bouche à oreille est important. Et lorsque l'offre s'est étoffée, la demande a suivi très vite. » (un membre d'une maison médicale)

« Mettre en place une aide sociale, c'est tout un processus. D'abord il y a à accueillir la personne : il faut prendre connaissance de ce qui les amène. C'est parfois loin d'être une chose facile : il y a ceux qui ont honte, ceux qui sont tout à fait irréalistes, ceux qui exigent, ceux qui sont complètement perdus.... Ensuite, après avoir pris le temps nécessaire à bien comprendre ce dont ils pourraient avoir besoin, il faut les informer de toutes les étapes de la procédure et des difficultés qui pourraient se rencontrer. C'est une phase très importante. Si elle se passe mal, on aura ensuite les plus grandes difficultés. » (un A.S. de CPAS)

La conceptualisation de l'accueil ne s'est pas faite en un jour. Dans certains services, c'est le contact quotidien avec les personnes et la réflexion à ce sujet qui ont permis une prise de conscience progressive de la nécessité d'une réorganisation, indispensable pour arriver à apporter une réponse plus appropriée aux demandes.

« Du jour où nous avons commencé à être attentifs à l'accueil des demandes, les choses se sont nettement améliorées. Cela c'est fait progressivement. Au fil des ans, nous avons pris conscience de leur évolution. Le personnel s'est un peu étoffé et nous avons choisi d'y porter plus d'attention d'emblée. A côté d'une série de premières indications, simples, des demandes plus complexes sont apparues. Un élément de cette complexité est l'implication de différents intervenants, chacun avec sa spécificité. A partir du moment où cela a pu être mis en évidence, l'accueil a facilité l'organisation des prises en charge. » (un responsable de planning familial)

Le volume croissant des demandes a entraîné des modifications dans les façons de les approcher, d'autant que la croissance numérique s'est accompagnée de l'apparition de situations nouvelles dont il a fallu tenir compte.

« Au fil des ans, nous avons dû faire face à un nombre croissant de demandes. A partir du moment où nous avons commencé à y porter plus d'attention, notre travail est devenu un peu plus compliqué – il fallait tenir compte de nuances – mais en même temps il est devenu plus simple : des axes de travail pouvaient être définis. » (un intervenant dans une maison d'accueil)

Les situations rencontrées se sont compliquées. Les grilles de compréhension qui en permettraient la lecture ne sont plus satisfaisantes. De nouvelles approches sont devenues nécessaires qui doivent tenir compte de phénomènes sociaux nouveaux.

« Lorsque j'entends des « anciens » parler, les situations qu'ils rencontreraient paraissent relativement simples. Maintenant, les situations semblent beaucoup plus compliquées. Soit il y a beaucoup plus de monde impliqué parce que les familles sont beaucoup plus éclatées, soit à l'autre extrême les gens sont seuls et, quand ils sont complètement largués, cela peut devenir la croix et la bannière parce que souvent ils accumulent les problèmes et ne savent plus comment faire face ». (un A.S.)

La complexité des situations a aussi rapidement évolué au fil des ans. Ces changements ont déstabilisé les professionnels qui doivent faire face à des situations dont ils ont dû apprendre à percevoir toutes les subtilités.

« Au cours des dix dernières années, on a connu des évolutions très rapides, beaucoup de changements. Pour Bruxelles, je noterai l'importance prise par les questions d'immigration, les sans papiers... , la paupérisation d'une frange non négligeable de la population, des personnes avec des formations peu importantes, des femmes qui se retrouvent seules avec leurs enfants à la suite d'une séparation, des hommes dans la cinquantaine, fragilisés, qui perdent leur emploi et n'ont plus de perspective... Tout est devenu beaucoup plus compliqué, aussi parce que les législations se sont multipliées » (une responsable de CASG)

Cependant, l'accueil connaît des limites qui sont celles que le service devra, pratiquement inmanquablement, y mettre à un moment ou à un autre. Soit que les disponibilités qu'il peut offrir sont insuffisantes, soit que les demandes ne peuvent être rencontrées parce qu'elles sont inappropriées à l'offre ou qu'elles en excèdent les ressources.

« Une difficulté majeure pour nous, c'est que le nombre de places dont nous disposons est limité. D'une part, nous devons a priori pouvoir accueillir tout le monde mais d'autre part cela n'est que partiellement vrai. Et nos disponibilités varient dans le temps. Donc nous pratiquons une sorte d'accueil à géométrie

variable. A certains moments, il y a une sorte de « fermeture » du service à une série de problématiques. Donc cela se ressent au niveau de l'accueil des personnes : nous essayons de faire rapidement un état de la situation pour voir s'ils peuvent être admis ou s'il faut les réorienter » (un responsable de maison d'accueil)

«L'accueil c'est aussi, qu'on le veuille ou non, un lieu de sélection. Certaines demandes sont irrecevables, il peut s'agir d'une mauvaise orientation, de demandes auxquelles nous ne pouvons répondre (des problèmes très spécifiques ou pas de place pour le moment) soit même de demandes inacceptables (quand nous percevons l'instrumentalisation du service ou, même pire mais rare lorsqu'il y a une demande de faux). Ce que j'évoque ici est au premier degré. Pour d'autres, l'accueil c'est l'occasion de premiers contacts au cours desquels les personnes vont chercher avec nous de quel type d'accompagnement elles pourraient avoir besoin étant donné leurs difficultés. C'est déjà un embryon de suivi mais cela reste de l'accueil parce que les choses ne peuvent pas encore être tout à fait formalisées. » (centre de planning familial)

« Le service est extrêmement accessible. La demande de toute personne qui pousse la porte sera écoutée. Maintenant tout n'est pas possible et il faut aussi pouvoir mettre des limites sous peine d'être envahi par des demandes hors de propos. Je parle allemand. Avec le bouche à oreille qui fonctionne très bien, j'ai donc vu débarquer une série de réfugiés de l'Est, trop heureux de trouver un interlocuteur attentif. Mais au bout de plusieurs semaines, j'ai arrêté. Je devenais l'A.S. des réfugiés des pays de l'Est à Bruxelles, qui intervenait pour eux auprès d'une multiplicité de services. Impossible de poursuivre valablement les tâches habituelles qui m'étaient confiées et qui concernent d'abord les habitants de la commune. J'ai dû mettre le holà. » (un responsable d'antenne de quartier)

« L'accueil c'est bien mais ce n'est pas la porte ouverte à tout. Il y a une sorte de confusion. Au départ, on dit le service est accessible à toute personne. Mais on s'est vite aperçu qu'il y avait une série de demandes qui ne pouvaient être satisfaites et qu'il fallait réorienter. Et même en interne à certains moments ça cale parce qu'il n'y a pas assez de personnel et qu'on ne peut pas fixer de rendez-vous rapidement.

L'accueil devient alors un lieu d'urgence. Parce que certains ont tendance à se présenter en dernière minute ». (un responsable de maison d'accueil)

« Dit cyniquement, l'accueil permet de faire le tri. Il y a un certain nombre de personnes pour lesquelles nous ne pouvons pratiquement rien faire parce que leur demande n'est pas dans nos cordes. Si l'on n'est pas trop surchargé, on peut les recevoir un petit moment pour leur indiquer où s'adresser mais ce n'est pas toujours le cas et souvent cela se fait sans réelle discussion. Pour les autres, cela permet de faire rapidement un premier bilan et de fixer des rendez-vous. L'accueil facilite le travail ensuite mais c'est un lieu de tensions à cause du monde, de la sélection et de l'orientation rapide. Les gens n'ont pas toujours l'impression d'être écoutés. »(un A.S. de CPAS)

« Il y a aussi ceux qui dérangent, qui seraient en gros de deux sortes. D'abord il y a les importuns qui s'adressent à nous avec des demandes inappropriées mais en le sachant parce qu'on le leur a déjà expliqué. C'est assez complexe. Pour certains c'est de la provoc, pour d'autres une façon d'attirer l'attention mais qui finalement nous dérange et nous énerve. Et ceux que les autres personnes appellent les « casse-pieds » pour ne pas dire plus, qui se mêlent de tout, interpellent les autres à tout propos... C'est souvent les mêmes mais pas toujours. A un moment ou un autre il faut intervenir, mettre des limites quand ce n'est pas mettre à la porte mais ce n'est pas toujours simple. » (un responsable de centre d'accueil)

Ces limites montrent qu'accueil et approche globale ne peuvent être complètement dissociés. Un service, le plus spécialisé soit il, doit toujours pouvoir tenir compte des imprévus qui peuvent se rencontrer dans les façons de formuler les demandes. En fonction des caractéristiques de celles-ci, les réponses qui y sont apportées devront pouvoir faire l'objet de modulations. Négliger cet aspect des choses c'est risquer de tomber dans l'indifférence avec comme conséquence, à plus ou moins long terme, des difficultés croissantes dans les contacts avec les personnes qui s'adressent au service, ou au pire, à une désaffection de ce dernier.

Parfois aussi il peut y avoir des surprises. Car l'accueil que les professionnels entendent donner aux personnes qui s'adressent à leurs structures est aussi une

élaboration qui se fonde sur les valeurs et pratiques qui organisent les services. Et ces dernières peuvent être bousculées par la façon dont les usagers s'approprient les possibilités mises à leur disposition.

« A côté de notre service d'accueil auquel les personnes pouvaient s'adresser sans conditions particulières, on s'est dit qu'il serait bien d'avoir quelque chose d'un peu plus convivial et on a donc ouvert un espace-buvette, une sorte de petit café où les gens pourraient créer des liens entre eux. Et bien, ça s'est très vite rempli et, au début, plus personne n'est venu nous voir pour parler de ses problèmes. C'était assez surprenant. L'attrait de la nouveauté a incontestablement joué. Et puis, pour les gens, c'était plus convivial » (un A.S. d'une maison de quartier)

Mais accueil peut aussi s'entendre dans le sens de « faire offre » d'un service à des personnes qui autrement n'y auraient probablement pas eu recours. Ce qui est particulier à ce type d'offre, c'est qu'elle fait l'objet d'une adresse personnelle, qu'elle est d'emblée individualisée, prenant appui sur des (ou prétexte de) faits particuliers, propres à une personne ou à un groupe de personnes pour se constituer. C'est sur cette base que l'intérêt peut être éveillé. La reconnaissance des faits implique ici la reconnaissance des personnes.

« Ce qu'on fait, c'est offrir nos services. Tous les matins, je fais le relevé des agressions et j'envoie aux victimes un courrier dans lequel je leur explique qu'ils peuvent s'adresser à nous pour être aidés. C'est fait systématiquement pour toutes les victimes. Ceux qui le souhaitent prennent rendez-vous. » (responsable d'un bureau d'aide aux victimes)

« Certaines familles ne prendront jamais contact avec nous. On apprend l'existence de problèmes majeurs par des proches, par l'école, par un service quelconque. Dans la commune, la plupart des services savent que nous intervenons avec circonspection. Après nous être informés le plus possible et lorsque nous le jugeons indispensable, nous prenons directement contact avec la famille. L'objectif est de leur proposer quelque chose d'acceptable pour eux, qui permette de dénouer ou de commencer à dénouer une situation souvent très problématique ou qui se dégrade sérieusement.

Mais il s'agit d'y aller avec prudence, pour ne pas que tout se fige et se ferme » (un responsable d'un centre d'aide aux jeunes)

« Lorsqu'un problème nous a été signalé, nous prenons contact avec les personnes et leur proposons notre médiation pour les aider à résoudre la difficulté. Ils peuvent venir nous trouver ou nous appeler à toute heure du jour ou de la nuit : ils seront reçus, écoutés et nous chercherons à trouver au moins un embryon ou une première amorce de solution. » (un service de médiation)

Finalement, le développement de la notion d'accueil paraît être une réponse au constat que l'accès à nombre de services n'est pas aussi simple qu'il avait pu sembler de prime abord. Et dans un contexte de concurrence entre services, organiser un accueil c'est se donner la possibilité d'ouvrir un accès à des personnes qui, autrement, se seraient peut-être adressées ailleurs. L'exemple du développement des services des urgences dans les années 70-80 est là pour le rappeler : le service des urgences était à l'époque un produit d'appel pour les hôpitaux. L'absence d'un tel service faisait craindre une diminution des hospitalisations ce qui était loin d'être inexact dans la mesure où, dans certains hôpitaux, les admissions via les urgences représentaient une part non négligeable des séjours hospitaliers.

Tous les services n'ont pas développé cette approche mais la sensibilité au concept s'est largement développée au cours des dernières années. Une de ses caractéristiques, pour autant que les exigences pour accéder au service ne soient pas trop élevées, est qu'il conduit plus ou moins et selon les moments et les situations, à mettre en tension les demandes multiples et variées qu'adressent les personnes à un service et les possibilités que ce dernier peut offrir. Dans cette mesure, l'organisation d'un accueil va tôt ou tard conduire une équipe à s'interroger sur certains de ses modes de fonctionnement.

Mais, au-delà de ces problématiques d'abord institutionnelles, il paraît raisonnable de penser qu'un accueil – à condition qu'il offre aux personnes la possibilité de venir faire état de leurs difficultés sans engagement, sans impliquer nécessairement une suite dans les échanges mais sans l'exclure ; pour autant qu'il permette un premier test, un premier contact, un premier apprivoisement de part et d'autre et qu'il laisse

ouvertes les possibilités de choix - est susceptible jouer un rôle préventif dans le développement de nombreuses situations de crise ou d'urgence.

3. Ecoute

Résumé : Le troisième terme qui pourrait définir l'idéal que se donnent les intervenants dans le travail d'aide et de soin aux personnes est « écoute ». Les origines des termes « écouter » et « entendre » sont rappelées, qui donnent sens à un aspect central d'une pratique qui tend à privilégier la relation avec les personnes comme support principal de la réalisation de ses objectifs. Paradoxalement, écouter est une façon d'agir qui va permettre d'abord de se faire une idée de la situation de la personne pour qu'ensuite des échanges soient possibles, à même d'ouvrir des perspectives. Nécessitant du temps, l'écoute doit rester constante pour prendre sens. Ce n'est pas une pratique simple car elle exige en fait un engagement réciproque de l'intervenant et de la personne demandeuse, ce qui n'est pas toujours perçu par les personnes aidées. Elle peut aussi conduire un intervenant à s'interroger sur lui-même et sur ses capacités à faire face aux situations qu'il rencontre. Organisation des services, exigences institutionnelles, exigences des publics, absence de possibilités de réponse aux situations mais aussi formation des professionnels sont autant de facteurs qui peuvent en réduire les possibilités d'application.

« Ecouter » dérive du latin « auscultare » qui va connaître deux évolutions. La première débute au 12^{ème} siècle quand apparaît le terme « escolter » qui dérive du bas latin « ascultare » et signifie « s'appliquer à entendre, diriger, prêter son attention vers (des bruits, des paroles...), prêter une oreille attentive ». Par extension, ce verbe en

viendra aussi à signifier « prêter une attention plus ou moins bienveillante, ne pas refuser d'entendre ».

La seconde évolution date du 16^{ème} siècle qui voit naître le terme « auscultation » (de auscultatio) et le verbe « ausculter » qui signifie alors « écouter les bruits qui se produisent à l'intérieur de l'organisme pour faire un diagnostic ». Au 19^{ème} siècle, le sens d'auscultation sera élargi à la notion d'examen, d'exploration.

Le mot « écoute » apparaît lui aussi au 12^{ème} siècle et désigne une personne chargée d'une tâche très spécifique à savoir un guetteur, une sentinelle. Au 14^{ème} siècle le mot désigne un guet, un poste de guet. L'ancienne locution « être aux écoutes » est équivalente à « être aux aguets », soit « en position de guetteur, d'observateur en éveil et sur ses gardes », « être très attentif »

Le sens de « action d'écouter quelqu'un, de prêter attention à ce qu'il dit » ne serait, lui, apparu qu'au 20^{ème} siècle, comme la locution « être à l'écoute de quelqu'un » signifiant « prêter attention à ce qu'il dit, à son comportement ».

Il est utile aussi de tenir compte des superpositions de sens qui sont possibles entre « écouter » et « entendre ».

Le verbe « entendre » serait né vers 1080 de « intendere », « tendre vers » pour prendre le sens de « porter son attention vers, prêter attention à ». Au 11^{ème} siècle, son sens se dédouble. Il peut signifier alors « percevoir, saisir par l'intelligence., comprendre, concevoir, saisir » mais aussi « percevoir par le sens de l'ouïe ».

Ces deux sens du verbe ont été conservés. Parmi les autres sens actuels, on retiendra « se prêter à quelque chose », synonyme des verbes « acquiescer, accepter, approuver, consentir » et « prêter l'oreille à, écouter avec attention » dont le synonyme est alors « écouter »

Parmi les différents sens d' « entente », on retiendra notamment celui apparu vers 1160 et né de « entendre » qui signifie alors « connaissance approfondie, compréhension, intelligence »

Ces rappels mettent en avant le sens de « porter, prêter attention à quelque chose », commun aux deux verbes, qui prend une acuité plus grande dans le verbe « écouter », alors que le verbe « entendre » permet d'ajouter une dimension de compréhension de ce qui est perçu.

La dialectique qui met en jeu les actions d' « écouter » et d' « entendre » me semble au cœur même de la problématique de cette modalité spécifique de l'aide aux personnes traduite sous le terme générique d' « écoute ».

Pour les intervenants rencontrés, écouter est une façon d'agir qui fonde une grande partie de leur pratique, sinon l'entièreté de celle-ci. Cette écoute se veut active. Prenant appui sur le dialogue qui se noue entre un professionnel et un usager, l'écoute nécessite un engagement de la part du praticien qui va, personnellement, devoir s'impliquer/être impliqué dans l'échange.

« Pour moi, il est très important d'être attentif à tout ce que la personne me dit d'elle. C'est à travers cela qu'elle devient une personne et non une plainte... c'est avec ce qu'elle a amené que je vais commencer à pouvoir travailler avec elle ce qui peut s'envisager, dans le court terme d'abord, dans le plus long terme ensuite si c'est nécessaire. » (un AS de CASG)

Dans le cadre d'un processus qui vise à une évolution, le degré d'intensité de l'écoute peut varier, comme son degré de focalisation. Il reste que quels que soient les moments ou les phases du processus, de la relation, c'est une pratique qui tend à accompagner tous les instants.

Dans un temps initial, écouter c'est d'abord se donner les moyens de poser de premiers jalons cohérents, en correspondance avec les possibilités des personnes. L'écoute apparaît donc essentielle lors de ces moments car elle va permettre que s'amorce une représentation de la situation de l'usager et des problèmes qu'il a à résoudre. C'est sur base de ces premiers constats, qui idéalement devraient être partagé par l'intervenant et la personne aidée, que vont pouvoir se distinguer les différentes options qui se présentent, les priorités à arrêter et les décisions à prendre.

« Ici les patients viennent en très grand en majorité avec une plainte médicale, ou qu'ils pensent médicale, ce qui pour eux implique une consultation chez un généraliste. Il faut alors pouvoir faire la part des choses. Dans certains cas c'est relativement simple, le patient est clairement très anxieux. Là on peut se trouver dans un moment un peu difficile dans le sens où se pose les questions successives du sérieux de la situation et d'un suivi à organiser. De quel ordre doit-il être : médical ? psychologique ? les deux ? Lorsque je connais bien le patient ce n'est pas trop compliqué mais si ce n'est pas le cas ou si je me rends compte qu'il y a des aspects sensibles de sa vie que je ne connais pas, la question peut devenir beaucoup plus complexe. Il faut pouvoir jauger la capacité d'un patient à s'engager dans l'une ou l'autre démarche de soin et là il faut pouvoir avoir le temps de l'écouter. Ce dont nous ne disposons pas toujours. Et encore, ici, je fais allusion à un cas simple. Chez beaucoup de patients, les souffrances qu'ils amènent sont entremêlées, ce qui nécessite un travail de décryptage » (un généraliste de maison médicale)

Comme le signale cet interlocuteur, écouter demande du temps et n'est pas nécessairement simple. Par ailleurs l'écoute seule ne suffit pas, il faut également interagir avec la personne pour obtenir des informations qui peuvent être indispensables. Cette pratique est cruciale en ce que seule elle permet de se rendre compte des divers aspects d'une situation et des solutions qu'il paraît possible d'y apporter. Mais elle suppose aussi que chacune des parties au dialogue se retrouve dans la dynamique des échanges. Ce constat paraît confirmé dans des contextes très différents, où les missions attribuées à l'institution peuvent s'avérer représenter une contrainte, susceptible de desservir la volonté d'écoute des professionnels et de réduire la liberté des échanges.

« Une des grandes difficultés dans ce travail c'est que derrière des demandes assez semblables – aider à trouver un travail – se cache une grande diversité de situations ce qui va avoir comme conséquence que ce qui est proposé à l'un ne va pas nécessairement convenir à un autre. Donc, dans le cadre de notre mission, pour que ça fonctionne, il faut s'arrêter avec l'utilisateur sur sa situation et en faire un état initial assez fouillé. Le problème est que pour certains cela paraît inquisitorial. Donc il faut expliquer d'abord, puis être dans un échange : pas laisser monologuer ni s'enfermer dans un canevas de questions trop fermées. C'est loin d'être simple car, d'une part, il

y a de nombreux candidats et, d'autre part, il faut pouvoir se rendre compte de la diversité des situations. » (un responsable d'un service « emploi » d'un CASG)

« L'aide octroyée va dépendre de toute une série de critères en amont (conditions d'intervention, situation de précarité...) mais aussi en aval (suivi régulier...). Comme l'obtention de cette aide dépend du conseil de l'aide sociale, nous avons intérêt à avoir un dossier très complet justifiant la demande –incidemment un dossier très complet facilite aussi le travail d'un collègue qui reprendrait ensuite le dossier. Idéalement la constitution de ce dossier passe donc par un échange soutenu avec le demandeur pour bien saisir les différents aspects de sa situation. A dire vrai, comme nous avons beaucoup de demandeurs, l'échange est parfois limité et peut se réduire à un interrogatoire systématique en référence aux critères d'octroi de l'aide. Ca peut être plus facile mais cela se réduit alors à de l'aide sociale en fonction de critères définis, cela s'éloigne fortement de l'action sociale ». (un responsable de CPAS)

« Nous sommes maintenant dans une logique du projet. Si vous voulez être aidé, vous devez avoir un projet même minimum. Mais certains en sont pratiquement incapables ou développent des projets tellement irréalistes qu'ils vont droit à l'échec. D'autres arrivent avec des projets disons « politiquement corrects », dont ils pensent qu'ils vont rencontrer l'assentiment des A.S. mais qui seront en pratique intenables. Donc si nous ne prenons pas le temps de les écouter et de formuler avec eux de premières perspectives réalistes et tenables – parfois avec de grandes difficultés – nous nous condamnons, eux et nous, à l'échec. » (un service social de quartier)

Mais au-delà des premiers contacts, développer l'écoute c'est se donner les moyens de mettre en place une pratique permettant d'assurer des échanges à même d'ouvrir des perspectives qui parlent à la personne, dans lesquelles elle se retrouve et peut s'investir.

« D'une façon ou d'une autre, une demande est pratiquement toujours une demande de socialisation ou de re-socialisation. Lorsqu'une aide est octroyée, elle est un coup de pouce. Dans pratiquement tous les cas elle est insuffisante, même si pour certains elle permet une socialisation à la marge... Ce qui est frappant, lorsque les usagers parlent de leur vie, c'est que la plupart peuvent indiquer un moment précis dans le

temps, à partir duquel leurs difficultés ont débuté. Il faut pouvoir revenir sur ce passé, son avant, son après... pour construire un futur. Mais cela nécessite d'entendre ce qui est dit. » (un responsable d'une maison de quartier)

« Ce qui importe avant toute chose, c'est de créer un espace de rencontre où la personne qui demande une aide pourra trouver une disponibilité, une présence, une chaleur, une attention, une écoute, un questionnement, une cohérence. Si nous ne sommes pas capables d'offrir cela, de nous remettre en question face à des demandes parfois très déstabilisantes, alors nous manquons notre but : il sera impossible d'établir une relation où la perspective de pouvoir s'en sortir se fasse jour pour la personne aidée... » (un service social de quartier)

« Pouvoir disposer d'un lieu où venir déposer ses difficultés, en toute confiance, était indispensable. L'espace rencontre se double de consultations sur rendez-vous où les personnes peuvent venir exposer leurs problèmes. Ce qui est notable, et cela peut paraître surprenant maintenant, c'est la différence d'attitude entre les personnes qui viennent de Bruxelles ou de province. En général, ceux qui habitent à Bruxelles parlent relativement facilement de leurs difficultés. Comme il y a une certaine acceptabilité sociale de leurs difficultés, ils ont moins de réticences à l'évoquer. Et puis le bouche à oreille a fonctionné et ils savent qu'ils peuvent nous faire confiance. Par contre, je rencontre beaucoup de difficultés d'expression chez certains qui viennent de province. Là cela reste beaucoup plus caché et, bien qu'ils consultent dans un lieu qui leur est destiné, dire leur souffrance paraît beaucoup plus compliqué. Pour certains, c'est la première fois qu'ils se livrent. Donc je dois être beaucoup plus, prudente, attentive à éviter de possibles malentendus. » (une A.S. d'un CASG s'adressant à un public spécifique)

Inversement, un service qui ne porte pas suffisamment d'attention aux besoins de ses usagers, qui n'est pas dans l'échange avec eux, risquera de se figer.

« Le service se veut d'abord généraliste. Donc le public est très mélangé, jeunes, vieux, belges, étrangers, femmes, hommes ... je dirais même très bigarré. Il y a donc une très grande variété de besoins qui s'expriment selon des formes parfois très différentes. Si vous abordez cela de façon un tant soit peu rigide, vous risquez de vous

coincer assez rapidement... surtout si les personnes n'ont pas d'autres recours possibles. » (une maison de quartier)

Cette pratique de l'écoute doit rester constante pour prendre sens pour les usagers.

« En fait, c'est au quotidien que nous apprenons à connaître les jeunes, au travers des activités organisées. Ils savent que s'ils le souhaitent, ils peuvent venir nous parler en particulier. Certains le font, d'autres non. Dans ceux qui le font, certains parlent d'eux-mêmes, d'autres de leur famille où les choses ne sont pas roses, ou d'un ami qui va mal. Il faut pouvoir laisser les choses venir. Pour certains notre intervention suffit, pour d'autres il faut un suivi plus spécialisé.... Vu les difficultés dans les familles dans le quartier, pour certains, pouvoir venir participer à une activité c'est déjà souffler. ». (des animateurs de quartier)

Mais c'est une pratique qui peut aussi déstabiliser. Se voir offrir la possibilité de dire ses difficultés, ses souffrances, se retrouver face à un interlocuteur qui n'a pas de réponse toute faite peut être très perturbant pour une personne qui cherche à résoudre en priorité un problème déterminé.

« Certaines personnes viennent avec une demande très précise pour laquelle elles attendent une réponse tout aussi précise, déjà formulée dans leur esprit. Si cela rentre dans les critères du service, pas de problèmes. Mais ce n'est souvent justement pas le cas et il devient alors très difficile de décaler les choses. Certaines personnes ne veulent rien entendre. C'est un peu la bureaucratie à l'envers ...nous essayons d'avoir plus de souplesse dans notre façon d'appréhender les difficultés des personnes et certaines se montrent à l'inverse d'une très grande rigidité » (un AS de CPAS)

Et l'une des difficultés est bien cette nécessité d'engagement réciproque, de l'intervenant et de la personne demandeuse.

« Soyons clairs, si nous voulons que les personnes qui s'adressent à nous – ou qui nous sont adressées – évoluent vers un tant soit peu d'autonomie, nous avons besoin d'elles, nous avons besoin qu'elles nous aident à les aider à trouver une solution à ce

qui leur pose problème. En s'engageant ainsi, elles commencent à s'impliquer dans la recherche de solution. Mais pour cela nous devons nous engager aussi à les écouter, à écouter leurs peurs, leurs craintes, leurs espoirs... que les personnes puissent peu à peu, en se livrant, mieux se connaître, ré-acquérir progressivement une confiance en soi perdue.... » (un responsable de CASG)

En fait, la pratique de l'écoute est une pratique d'échange, ce qui n'est pas nécessairement perçu d'emblée par les personnes aidées.

« Ce qui est très important pour nous, c'est de prendre le temps nécessaire, avec toutes les personnes impliquées, pour bien comprendre la situation et les reproches que peuvent s'adresser les uns et les autres. Nous devons écouter mais surtout nous devons aussi apprendre aux personnes à s'écouter mutuellement. C'est la seule solution possible pour trouver des issues satisfaisantes pour l'ensemble des personnes autour de la table. C'est parfois loin d'être facile. » (un service de médiation)

Plus encore, des préventions peuvent exister chez certaines personnes qui se méfient des professionnels de l'aide. Dans ce cas, une offre d'écoute sera rejetée. De façon paradoxale, il faudrait parfois ruser – dans certains cas taire son identité – pour qu'elles puissent tirer profit d'une aide qui leur est offerte. Mais il faut alors s'interroger sur l'effet que pourrait produire un dévoilement de la ruse.

« Si je dis au gens que je suis psychologue, la plupart se ferment. Pour eux psychologie égale folie ou quelque chose de très compliqué, d'effrayant. Donc je dis que je suis assistant social. L'image est beaucoup plus rassurante : un assistant social est là pour apporter une aide. » (un psychologue d'un BAV)

« Qu'on le veuille ou non, dans des milieux marginalisés il existe une méfiance vis-à-vis des intervenants sociaux. Que nous veulent-ils ? Pourquoi ne nous laissent-ils pas mener notre vie comme nous le voulons ? Que vont-ils exiger de nous ? Pour certains une intervention sociale peut mettre en péril certains droits ou pire conduire à une intervention de la police ou de la justice. A une intervention sociale peut toujours être associé un risque, celui d'une sanction. Ici on est aux limites, avec une image tout le temps présente de la loi. Il faut entendre cela et chercher comment établir

progressivement un minimum de confiance ce qui est loin d'être simple. Mais si cela ne se fait pas, l'exclusion arrive rapidement si l'ordre social est perturbé. » (un service d'aide aux jeunes)

Mais des obstacles à cette pratique peuvent aussi trouver leur origine dans la sphère professionnelle même. Une première difficulté est susceptible trouver son origine dans une méconnaissance du fait que pratiquer l'écoute a des implications sur le mode de fonctionnement d'un service.

« Une des difficultés que nous rencontrons est que le pouvoir organisateur veut du chiffre : autant de personnes inscrites à telle activité.... Nous ce qui nous préoccupe d'abord c'est d'être à l'écoute du quartier, que les activités proposées rencontrent des besoins, qu'elles permettent aux personnes qui s'y inscrivent de créer des liens entre elles, qu'elles engagent une dynamique de participation des habitants. C'est pour cela que la première année on s'est contenté de nouer des contacts dans le quartier. Avant il n'y avait rien et peu à peu des activités ont pu se constituer. C'est l'écoute des besoins des habitants qui permet de développer des activités qui rencontrent un certain succès. Pas en arrivant avec des projets prédéfinis. » (des animateurs de quartier)

Inversement, le contexte institutionnel a aussi une influence sur la façon dont une personne est écoutée. Dans un CPAS, la situation du demandeur d'une aide est, en principe, examinée sur base des conditions d'octroi de celle-ci. Théoriquement, la rencontre avec la personne serait donc toujours susceptible de prendre un tour purement fonctionnel.

« Dans un CPAS, quand la personne a besoin d'une aide, la plupart du temps elle revient parce qu'elle n'a pas vraiment d'autres possibilités. Nous nous sommes un service qui offre un accompagnement ou une orientation. Il s'agit d'abord de soutenir les personnes dans leurs démarches, de les aider à faire des choix lorsque cela est nécessaire. Accompagnement signifie être à l'écoute, entendre les peurs, les réticences, voir les fragilités mais aussi les ressources. Nous prendrons le temps qu'il faudra pour arriver à une solution correspondant au mieux aux possibilités et aux souhaits de la personne. Nous avons souvent un rôle d'avocat ce qui signifie que nous

devons bien connaître notre client pour le défendre au mieux. Et dans un service comme le nôtre, il n'y a pas de critères qui conditionnent l'aide ce qui, selon moi, conduit les personnes à se confier plus facilement et les incite à revenir» (une responsable de CASG)

Un autre obstacle peut venir de l'absence de ressources institutionnelles disponibles qui tendent à mettre en échec la pratique développée par certains professionnels.

« Parfois on se trouve dans des situations inextricables parce que les possibilités de prise en charge existantes sont trop réduites. Je suis par exemple un couple de personnes âgées, émigrées. Ils ont une fille psychotique. Je fais tout ce que je peux pour les aider. Mais il n'y a pas de place nulle part. Avec l'âge la situation devient de plus en plus difficile. Il est déjà arrivé qu'ils doivent sortir tous les deux et, parce qu'ils n'avaient pas d'autre solution, ils ont attaché leur fille à un radiateur. On peut faire tout ce qu'on peut, s'il n'y a pas de ressources disponibles, on arrive à des situations comme celle-là. » (une AS DE CASG)

La formation professionnelle dont un intervenant a pu bénéficier et la façon dont elle est intégrée dans la structure de travail vont aussi avoir un impact sur les disponibilités d'écoute que cet intervenant se sentira capable d'offrir.

« Dans la formation des généralistes il y a très peu en matière de psychopathologie, donc on a les séminaires de formation continue, les GLEM, pour certains les groupes Balint... mais tout le monde ne se passionne pas pour les pathologies mentales. Le plus souvent on a dû apprendre à se débrouiller seul avec la fatigue, le stress, le découragement, la dépression, l'apathie, l'anxiété de nos patients... Ecouter leurs difficultés s'est toujours possible, par contre les solutions à leur offrir c'est autre chose. En général quand ce n'est pas trop grave j'essaie de dédramatiser, rassurer, donner des conseils ; dans les cas plus sérieux, les deux options majeures sont la prescription ou l'orientation vers un collègue psychiatre, un psychologue ou un centre de santé mentale. Mais ce type d'orientation n'est pas toujours facile, parce que ce qui est « psy » fait plutôt peur. » (un médecin généraliste)

« J'ai eu la chance de pouvoir faire mes stages dans une équipe qui s'occupait de toxicomanes. Là j'ai appris énormément : ce sont des patients compliqués et vraiment il y avait tout un travail d'équipe autour de leur cas et on était très attentif à toutes leurs difficultés, qui étaient nombreuses. C'est là que j'ai appris à faire attention à ce que disent les personnes mais aussi les autres membres de l'équipe. Maintenant cela me manque car si je peux parler avec certains de mes collègues, il n'y a pas beaucoup de soutien de la direction » (un animateur de quartier)

« Notre formation initiale ne suffit pas. Les stages permettent d'être sensibilisés à des façons de faire mais c'est vraiment quand on est lancé dans le métier, au jour le jour, que l'on voit les difficultés. J'ai été en supervision. Cela m'a aidé à prendre du recul et à relativiser pas mal de choses que je vivais mal au quotidien. Maintenant les intervisions que nous avons avec d'autres services me paraissent plus utiles encore. Là nous cherchons à voir ensemble, concrètement, pour une personne donnée, compte tenu de ses capacités et des ressources disponibles. La réunion de plusieurs services permet une meilleure compréhension des différents points de vue. Il peut y avoir des frictions autour de cas très difficiles mais on fait tous les efforts nécessaires pour les surmonter. » (un AS d'une société de logement social)

Mais écouter, entendre les difficultés n'implique pas de tout accepter et il est parfois nécessaire de pouvoir mettre des limites.

« Il y a une différence entre dire et faire. Et encore dans l'un comme dans l'autre il faut pouvoir mettre des limites. Nous nous efforçons d'être à l'écoute des résidents, de façon à pouvoir au mieux les accompagner dans leur parcours de vie... nous sommes aussi attentifs aux initiatives qu'ils peuvent prendre ... [mais] il y a des paroles ou des gestes qui sont inacceptables mêmes s'ils peuvent se comprendre au vu de la vie passée... c'est la question du respect de l'autre qui est en jeu... » (un responsable de maison d'accueil)

Et cette question peut aussi conduire à s'interroger sur soi.

« La question des limites qu'immanquablement nous sommes amenés à mettre dans l'une ou l'autre circonstance nous interroge aussi : que pouvons nous accepter et que

pouvons nous refuser ? sur quelle base ? à quel moment ? cela tient-il aux personnes ou à nous ? avons-nous manqué quelque chose ? pouvions-nous envisager d'autres façons de faire ? ... Dès lors que l'on se veut à l'écoute ce sont des questions qui se posent à un moment ou un autre » (un responsable de maison de quartier)

Mais ces limites que l'on cherche à mettre, parfois en s'interrogeant, trouvent aussi leur origine dans les difficultés qu'il peut y avoir à faire face à certaines situations rencontrées.

« C'est heureusement rare, mais il a des personnes qui viennent avec des difficultés telles que c'est presque insoutenable. Je préférerais ne rien avoir entendu surtout qu'en plus il n'est pas toujours possible d'en parler tout de suite avec le reste de l'équipe. Une fois en particulier j'ai éprouvé un très grand sentiment de confusion : j'étais véritablement atteinte par ce qui m'avait été confié, j'en voulais à la personne mais en même temps, ma tâche, normalement, était de l'aider... Ce sont des situations difficiles à gérer pour l'équipe qui soulèvent la question de nos limites. » (une psychologue dans une maison de quartier)

Et, au-delà des limites du service et de son public, le contexte dans lequel ce dernier est amené à évoluer peut aussi être perçu comme obstacle à la pleine opérationnalité d'une pratique.

« Accueillir c'est aussi écouter. Les gens viennent ici avec toutes sortes de demandes. Mais dès que l'on écoute bien, on se rend compte que chaque plainte individuelle est une variation de problèmes sociaux que rencontre la plupart des gens du quartier. Fondamentalement on touche à des questions politiques : celle de la distribution des ressources et des richesses, celle de l'immigration, celle de la lutte contre l'exclusion.... Mais là on se situe sur un autre plan et si action sur le terrain et action politique relèvent d'un travail quotidien, les lieux où elles se déroulent ne sont pas tout à fait les mêmes. » (un AS)

Troisième partie :
Emergences, crises, urgences

Emergences, crises, urgences

Résumé : Le processus dynamique qui, face à une situation problématique, peut faire apparaître celle-ci comme « émergente », « critique » ou « urgente » paraît se rencontrer dans tous les types de services et avec tous les publics. Les fréquences peuvent varier mais les dynamiques sont semblables. Les contextes de vie, les difficultés quotidiennes, les contextes institutionnels, les attentes, comportements et attitudes des personnes, la psychopathologie dont souffrent certains usagers comme les réactions possibles de professionnels face à des faits inintelligibles voire insupportables, sont autant de facteurs susceptibles de transformer une situation émergente en crise ou en urgence, lesquelles ne sont d'ailleurs pas toujours distinguées. Ces situations sont essentiellement gérées en interne parce que rejeter la crise ou l'urgence c'est prendre le risque de l'amplifier. Reste que la question du passage d'une personne en souffrance psychique vers service spécialisé ou de sa prise en charge conjointe est loin d'être simple, d'une part, car beaucoup d'usagers peuvent y être réticentes et, d'autre part, parce que les relations entre services paraissent souvent malaisées. Passage ou prise en charge conjointe sont néanmoins possibles lorsque des échanges existent et qu'un travail de structuration de l'accompagnement peut être réalisé.

Dans ce chapitre, nous ferons usage des termes « situation », « émergence », « crise », « urgence » définis dans un précédent rapport (Hoyois, 2003)

Par « situation » nous entendons « l'ensemble des relations concrètes qui, à un moment donné, unissent un sujet ou un groupe au milieu et aux circonstances dans lesquelles il doit vivre et agir ». Cette notion suppose une faculté de transformation mais aussi de désorganisation. Elle implique également que certaines conventions, principalement implicites, existent entre les protagonistes concernés, leur permettant un minimum d'échanges. Cependant, la perception que ces acteurs peuvent avoir de ce moment dépend de leur subjectivité. Il en résulte qu'ambiguïtés, finalités contradictoires et nocivité potentielle y sont donc virtuellement présents.

« Emergence », « crise » et « urgence » sont trois termes définissant trois stades d'un processus dynamique de recherche de solution dans un contexte d'apparition et d'évolution d'une situation problématique. Chaque stade se caractérise par une dynamique, un mode d'agir et un type d'issue propre. Le processus peut prendre fin à chacun des stades, dès qu'une issue satisfaisante est trouvée.

Par « émergence », nous entendons « l'apparition d'une situation problématique pour laquelle différentes issues sont possibles » ; par « crise » une « situation problématique dans laquelle la (les) personne(s) impliquée(s) est (sont) dans l'impossibilité d'arrêter un choix parmi ceux possibles », impliquant l'intervention d'un tiers (professionnel ou profane) pour permettre l'évolution de la perception de la situation. L' « urgence » correspond, elle, à une « situation problématique à laquelle une solution ne peut être apportée que par un tiers extérieur ».

L'étude montre que le processus « émergence-crise-urgence », comme dynamique d'évolution d'une situation problématique, se rencontre dans de très nombreux contextes et n'est pas nécessairement directement lié à la psychopathologie des personnes qui vivent les difficultés. Certes la pathologie psychique peut altérer les modes de perception d'une situation, comme les façons d'envisager les solutions possibles mais elle est loin d'être toujours à l'origine du processus. Deux exemples issus de services chargés d'aide à la recherche d'emploi illustrent bien ce phénomène d'émergence de situations problématiques qui résultent d'une concentration des difficultés.

« Ce que je rencontre, c'est une très grande détresse chez certaines personnes à la recherche d'un emploi. Ils n'ont pas ou peu de qualifications et, s'ils veulent du travail, ils sont souvent obligés d'accepter des boulots où ils peuvent être vraiment exploités. Face à cela, ils sont très seuls. Souvent ils ne sont pas syndiqués et de toute façon, les syndicats sont rarement présents dans les entreprises où ils travaillent. Au début, il y a de la révolte mais comme ce sont des emplois précaires, soit c'est la sortie tout de suite, soit ils doivent prendre leur mal en patience en espérant mieux dans le futur. Il faut une énergie considérable pour s'en sortir dans ce contexte. La résignation s'installe peu à peu et peut tourner au désespoir. Face à cela, je dirais qu'on rencontre des gens qui ont des façons différentes de réagir à ce qu'ils vivent. En gros on a trois grands types de réaction : la révolte qu'il faut calmer ou canaliser, le découragement profond où il faut se montrer soutenant et l'angoisse où il faut rassurer. Par chance, les véritables crises sont peu fréquentes. Mais c'est parce que nous nous efforçons d'être attentif aux personnes et à la façon dont ils vivent leur situation ». (un AS de CASG)

« Une personne en recherche d'emploi doit prendre conscience de ses potentiels. Pour cela, il faut prendre du recul, commencer à réfléchir à sa propre existence, ce qu'on aime, ce qu'on n'aime pas, ce qu'on fait bien dans la vie de tous les jours et ce qu'on fait avec difficulté. Avec ce public peu qualifié, qui n'a pas ou peu d'expérience du monde du travail, c'est sous cet angle que j'aborde les compétences qui pourraient être mises en avant dans un CV. C'est donc d'abord une réflexion sur soi que je leur demande. Et pour certains participants fragiles c'est parfois loin d'être facile...et il y en a qui viennent me trouver car ils sont complètement paniqués». (un service d'aide à la recherche d'emploi)

Un tel phénomène se rencontre dans tous les secteurs, quels que soient les contextes sociaux, institutionnels et les modalités de travail.

« Nous avons créé un groupe spécifique pour des adolescentes d'origine musulmane. Le contrôle social des parents et des frères et sœurs est très fort et il y a une très grande méfiance à l'égard des autres groupes que nous organisons. Soit parce qu'ils sont mixtes, soit parce qu'il s'agit de non-musulmanes. Dans ce cas, il y a toujours la crainte des parents d'une coexistence avec des jeunes qui ne sont pas soumis à la loi

du Coran et qui pourraient « contaminer » ces jeunes filles. Pour certaines d'entre elles, c'est la seule possibilité de sortir un tant soit peu du foyer familial. Quelques unes m'ont déjà confié des difficultés qu'elles peuvent rencontrer mais elles sont très prudentes dans leurs confidences. Elles doivent pouvoir me faire confiance mais elles doivent aussi tenir compte du groupe. Je pense qu'il doit y avoir des crises dans l'une ou l'autre famille mais rien à ce sujet ne transpire dans le groupe ». (un responsable de maison de quartier)

« Une autre de nos difficultés, c'est que nombre de choses que nous faisons ne sont pas rémunérées par l'INAMI. Il y a pas mal de personnes chez qui nous allons qui nous demandent des conseils ou des renseignements mais surtout il y en a qui ont un besoin de reconnaissance, d'être écouté, entendu. On y répond mais, parce que c'est du temps qui n'est pas financé, il arrive que cela crée des tensions en particulier avec des personnes très demandeuses. Il faut dire que certains sont très isolés socialement et nous sommes l'un des rares contacts avec qui ils peuvent parler de leurs difficultés. On essaie d'en tenir compte dans nos plannings mais ce n'est pas toujours possible ». (un service d'aide à domicile)

Si nombre de situations ne paraissent pas directement liées à la psychopathologie, celle-ci peut-être cependant présente et ne paraît pas être ignorée. Cependant, il doit être tenu compte du fait que certains intervenants n'ont pas nécessairement des connaissances très approfondies en matière de pathologies mentales. Il est alors toujours possible que des difficultés psychologiques nées d'une situation problématique puissent être confondues avec un état pathologique, en particulier lorsqu'elles se traduisent par des comportements, des attitudes ou des propos intelligibles ou inquiétants. Cet aspect de la problématique n'a pas été investigué comme tel mais il serait intéressant de se pencher sur les représentations que les intervenants peuvent avoir des troubles mentaux, comme des signes ou des manifestations auxquels ils se réfèrent pour conclure à l'existence d'une pathologie.

« Comme vous vous en doutez, nous avons un public qui connaît beaucoup de difficultés sociales. Inévitablement, certaines personnes présentent des signes qui nous font dire que manifestement elles vont mal psychiquement. La question qui se pose alors à nous est de voir comment aborder ce problème. Parce que s'ils vont mal,

il y a toutes les chances que la suite de leurs démarches en pâtisse : ils auront des difficultés à rassembler les documents nécessaires, ils manqueront des rendez-vous, ils oublieront des arguments dans les entretiens... bref ils entretiendront plus ou moins inconsciemment un cercle vicieux de misère sociale et d'échecs successifs, avec le risque de s'enfoncer dans une marginalisation de plus en plus prononcée où toute confiance en soi et dans les autres disparaît » (un responsable de CPAS)

« Il faut reconnaître que nous avons finalement peu de personnes qui se présentent avec des difficultés multiples. En général, ce sont de petits problèmes relativement vite réglés. Mais on en voit aussi arriver, dont on se rend compte, en parlant avec elles, qu'elles ont des problèmes psycho-sociaux réels. Dans ces cas-là, on s'investit particulièrement parce que c'est à nous qu'elles se sont adressées et qu'elles sont souvent assez perdues. Comme on s'investit, il y a rarement des crises avec ces personnes ». (un service social communal)

Dès lors que le phénomène d'émergence peut être reconnu chez une personne et que les disponibilités existent pour y porter attention, la recherche de moyens de résolution (à court ou à long terme) de la situation problématique s'en trouve facilitée. Dans cette mesure, la possible dynamique d'évolution vers une situation de crise est souvent minorée. Mais c'est loin d'être toujours possible pour différentes raisons qui souvent se combinent.

Une première raison est à chercher du côté des **contextes de vie**. La vie de quartier, en particulier lorsqu'elle est structurée par des contraintes bâties ou par des règles extérieures qui pèsent fortement sur la vie quotidienne, peut déjà être facteur de tensions entre personnes. Celles-ci auront des répercussions au plan de l'individu, de la famille ou du groupe.

« Ici dans le quartier, la société (de logement social) regroupe les familles ensemble, les femmes seules avec enfants ensemble, les personnes âgées ensemble. Cela tient à la façon dont les bâtiments ont été conçus à l'origine. Mais ça peut aussi engendrer des incompréhensions d'un pâté de maison à un autre... Comme la commune veut éviter les rassemblements de jeunes, ils n'ont pas beaucoup de lieux de contacts dans le quartier et la commune n'a pas cherché à leur offrir quelque chose... Tout ça

conduit à des tensions, des crises et des conflits qui se répercutent sur la vie du quartier et, directement ou pas, ont un écho dans notre association ». (des animateurs d'une maison de quartier)

« Les conflits de voisinage sont une source régulière de problèmes. La cohabitation ne va pas de soi. Souvent c'est, en fait, chacun chez soi, avec finalement assez peu de contacts entre les personnes. Comme beaucoup de locataires sont dans la cité à demeure, ils sont vite sensibles à ce qui pourrait interférer dans leur vie quotidienne. Les différences d'âge, de culture, de comportement, de situation, de durée de vie passée dans le logement social, parfois un racisme implicite sont la plupart du temps à la source des reproches et des conflits ». (un AS d'une société de logement social)

« Il y a aussi des tensions liées à l'appropriation des espaces communs, ceux que tout un chacun utilise quotidiennement comme les cages d'escaliers, les halls d'entrée et ceux qui sont accessibles à tous comme la rue, les espaces verts, la plaine de jeux. On a des groupes de jeunes qui s'installent à l'entrée des immeubles, qu'ils soient locataires ou qu'ils viennent de l'extérieur. Même s'ils ne sont pas agressifs, cela crée un climat d'insécurité pour beaucoup parce qu'ils sont souvent imprévisibles dans leurs réactions ...En été, ils squattent aussi les bancs publics...Il y a les enfants qui jouent au ballon ou qui font du skate dans la rue. Ils font du bruit. Ça dérange certains...Il y a les terrains de jeux des enfants utilisés comme « sanisette » pour chiens, les graffitis, les sacs-poubelle qui débordent dans les coins. Tout cela entretient un climat de tensions qui fait que les gens réagissent souvent de façon exacerbée ou exaspérée ». (un responsable d'une association de quartier)

Une deuxième se rapporte à des **situations personnelles plus ou moins graves qui compliquent la vie quotidienne**. Ces difficultés, particulièrement lorsqu'elles s'accumulent ou se répètent régulièrement, engendrent des situations qui affectent les personnes. Lorsque la souffrance s'enracine, s'aggrave et que les issues possibles paraissent devenir inaccessibles, ou ne sont pas perçues, le risque augmente que la situation évolue vers une crise.

« Dans le logement social, ... les situations où potentiellement on peut rencontrer des crises sont nombreuses. Je citerais plus ou moins pêle-mêle, les conflits de voisinage,

les conflits avec la société de logement social, notamment pour des questions financières ou d'hygiène, les problèmes de relations entre générations, les problèmes conjugaux et familiaux, des problèmes d'agressivité ou de violences, des problèmes de maladie mentale... Comme la situation sociale des locataires est loin d'être brillante, les problèmes ont tendance à s'entremêler et on arrive donc facilement à des situations où les tensions sont grandes ». (un responsable de logement social)

« Le problème c'est qu'il arrive régulièrement qu'un mari ou un compagnon, ou un cohabitant, comme on veut, quitte sa femme pour aller vivre avec une femme seule avec ses enfants deux rues plus loin. Et que l'ex se remette en ménage avec un autre homme du quartier etc, etc... Donc on a des familles recomposées avec actuels et ex qui vivent à quelques pas les uns des autres. Quand des conflits subsistent, ce qui est fréquent, l'ambiance n'est pas triste. Et comme dans certains cas les familles se décomposent et se recomposent avec les mêmes ou avec d'autres dans des délais relativement brefs, les éclats sont nombreux et il y a des enfants qui ne s'y retrouvent plus ». (des animateurs d'une maison de quartier)

« Il y a aussi le problème des familles monoparentales. Parmi ces femmes jeunes avec enfants, beaucoup font des pieds et des mains pour s'en sortir. Mais dans le contexte actuel, c'est loin d'être évident. En plus, beaucoup sont à la recherche d'un compagnon. Avec internet les rencontres sont faciles mais la plupart du temps ne débouchent sur rien. Alors la déprime, le laissez-aller reviennent, suivis de nouveaux sursauts pour s'en sortir. Mais au fil du temps cela use ». (un membre d'un planning familial)

« Ce que je rencontre c'est plutôt des crises. C'est à l'intérieur du groupe, il y a des accusations de « trahison » ou des désaccords qui s'enveniment. Il est arrivé à plusieurs reprises, qu'ils me demandent de jouer l'arbitre. Je les connais, ils me connaissent. Ils savent que je ne suis pas la police même si je leur dis mon désaccord sur les agissements ou sur les petits trafics de certains d'entre eux. Pour ça ils ne viennent pas me trouver, sauf éventuellement si l'un d'eux a fait une grosse bêtise. Je les écouterai et leur donnerai éventuellement un conseil ou une aide, ou un accompagnement, mais ils savent ma position. Mais cela c'est plutôt rare. Ils viennent plus volontiers pour que je joue l'arbitre dans des conflits qui enveniment la vie du

groupe : fauche entre eux, mise à l'écart de l'un ou de l'autre, manque de respect, problèmes avec les parents ou avec certains adultes, histoires gars-nanas... c'est très rarement vraiment grave mais pour eux c'est sérieux, ils sont personnellement touchés et ils ne savent que faire. Je pense qu'une série de ces conflits pourraient s'envenimer si je n'étais pas là. Ici je participe à la paix sociale ». (un animateur travaillant avec des jeunes)

Le **contexte institutionnel** peut lui aussi contribuer à ce qu'une situation problématique évolue vers une crise. Il peut suffire pour cela que la solution attendue paraisse même momentanément hors d'atteinte. L'irritation ou la détresse qui en découlent peuvent parfois s'exacerber, conduisant à une situation de crise qui va contraindre les professionnels qui y sont confrontés à se mobiliser pour résoudre la difficulté. De même, les limites posées par les institutions peuvent être perçues comme barrières à un sort ou un statut auquel la personne aspire. Si cette aspiration est trop forte, la réaction sera à la mesure de la déconvenue.

« Dans notre CPAS, on a de la chance. C'est une commune riche ici. Donc il n'y a finalement pas énormément de demandes quand on se compare aux communes les plus pauvres de Bruxelles. Nous on a encore le temps de dialoguer avec les personnes, il n'y a pas vraiment de tensions. Mes collègues de certains CPAS me rapportent les files et les salles d'attente bondées, la diversité et l'importance des besoins qui ne peuvent pas tous être pris en compte... les demandes en urgence en nombre croissant... Dans ces CPAS, le personnel a peu de temps pour examiner chaque demande. Les tensions sont nombreuses et là je pense qu'ils doivent régulièrement faire face à des crises, sans parler des urgences sociales. » (un responsable de CPAS)

« La difficulté c'est quand des personnes s'adressent à nous et que nous ne pouvons rien faire, parce que les solutions sont hors de notre portée. On peut les accompagner, faire des pieds et des mains, mais les décisions relèvent d'autres. Dans certains cas, on peut presque être certain que ça va se terminer en crise si on n'est pas très présent, au côté de la personne. » (un membre d'association de quartier)

« Pour que les choses puissent fonctionner, il faut des règles communes. Si elles ne sont pas respectées, intentionnellement ou systématiquement, il faut pouvoir sanctionner. Avec certains résidents il faut intervenir. Parce que leurs comportements en importunent quelques-uns ou parfois carrément tout le monde ou parce que plus fondamentalement, ils ne respectent pas le règlement. A côté de cela, comme leur situation est difficile et que certains souffrent de troubles mentaux plus ou moins sévères... on a donc toute une série d'ingrédients pour qu'à un moment ou à un autre ça coince et ça crise ». (un animateur de lieu d'accueil)

« Des crises. Oui mais c'est plutôt bénin, c'est le plus souvent quand un ado ne respecte pas le règlement de la maison. Là je suis catégorique parce que si je laisse passer, d'autres vont le faire. En général, ça ne pose pas de problème majeur mais avec un ado, en réalité un jeune adulte, ça a été assez difficile. C'était infantile, il avait volé une barre de chocolat. Mais avec lui le ton est très vite monté, il était tellement revendicateur et provoquant que j'ai dû le mettre dehors. Pendant un temps il a rôdé autour de la maison et il y avait de la tension dans le groupe. Et puis le printemps est arrivé et les choses se sont réglées : quand il fait beau, il y a moins de jeunes qui viennent, ils traînent dehors dans le quartier. Donc il s'est plus retrouvé avec ses copains. J'ai accepté qu'il revienne en mettant des conditions. Mais il reste une tension entre lui et moi, avec les autres en spectateurs et les plaisanteries de ses copains ne le dérident pas ». (un responsable de maison de quartier)

Les **attentes des personnes** sont un autre élément qui peut être à l'origine d'une situation de crise. Avoir le sentiment de n'être pas reconnu dans ses aspirations peut être très difficile à vivre. En particulier dans des contextes pénibles, où même les problèmes qui semblent simples, peuvent se révéler des obstacles insurmontables pour celui qui doit les affronter. S'il a alors le sentiment de n'être pas entendu quand peu de possibilités/ressources sont à sa disposition, le risque de voir se développer une situation de crise en est singulièrement augmenté.

« Beaucoup parmi les plus jeunes n'acceptent plus un service bureaucratique qui leur donne un sentiment d'inexistence. Ils ne comprennent pas qu'on ne prête pas attention à leur situation personnelle et à leurs attentes. C'est d'ailleurs nécessaire car certains ont des projets tellement irréalistes qu'il est indispensable d'y revenir

avec eux. Il n'y a pas longtemps, par exemple, j'ai rencontré une jeune femme, sans formation, qui voulait devenir pilote de ligne. Si je lui avais dit abruptement que c'est impossible, c'était le clash assuré ». (une AS d'un service emploi)

« Des crises, oui, on en a de temps en temps. C'est surtout quand la personne est très fixée sur son problème et qu'elle ne veut rien entendre de ce qu'on lui propose. Dans certains cas, il est clair que ça ne correspond pas vraiment à ce qu'elle demande mais le moyen de faire autrement ? Dans ces cas là, chacun finit par s'énerver. La personne parce qu'elle n'a pas ce qu'elle veut et il y en a qui deviennent de plus en plus exigeants et moi, parce qu'elle ne veut rien entendre. Il est arrivé que cela chauffe. Comme ce genre de situation est toujours possible, entre collègues on est attentif à ce qui peut se passer ». (un AS de CASG)

« Avec les personnes en grande souffrance, chez qui problèmes sociaux et psychologiques s'entremêlent, les tensions, les conflits avec les intervenants psychosociaux, sont quand même relativement monnaie courante. Parce que les difficultés sont légions et que nous n'avons pas nécessairement la réponse qu'ils pensent être en droit d'attendre. Cela peut facilement dégénérer en violence verbale voire parfois physique à laquelle il ne faut pas répondre pour éviter l'escalade. Mais ce n'est pas toujours facile car certains peuvent être vraiment provocants ou sont déterminés à régler leurs comptes ». (un responsable d'une association de quartier)

« Il y a ceux qui revendiquent leurs droits sans toujours savoir ce qu'ils sont exactement. « J'y ai droit et d'ailleurs mon voisin qui est dans la même situation que moi y a droit ». A partir de là, toute une série de malentendus est possible. Comme en plus il y en a qui présentent leur situation sous un angle plus défavorable qu'elle n'est en réalité ou qui savent assez bien comment en tirer le maximum d'avantages, on a des moments, quand ils sont très revendicateurs, où les choses peuvent dégénérer assez facilement. De ce point de vue il y a eu une évolution au cours des dernières années et certains ont tendance à se montrer de plus en plus exigeants. Ça ne me dérange pas s'ils se responsabilisent mais c'est loin d'être toujours le cas. Des droits oui mais des devoirs aussi. » (un As de service social)

Le **comportement, les attitudes des personnes face à leurs difficultés** peuvent aussi jouer un rôle notable dans la façon dont une condition donnée va évoluer. Faire l'impasse sur ce qui se passe, sur un état donné, conduit plus ou moins inévitablement à ce que tout ce qui rend la situation problématique soit progressivement amplifié pour évoluer à terme plus ou moins rapidement vers une crise qui va nécessiter l'intervention de tiers.

« ... beaucoup de locataires ont tendance à ne réagir qu'au dernier moment, quand les choses se sont dégradées ou se sont trop envenimées. Il faut alors, en urgence, essayer de débloquer des situations qui sont souvent vécues par les locataires dans un contexte de grande anxiété ou de colère et d'agressivité ». (un responsable d'une agence immobilière sociale)

« [Dans les conflits de voisinage], ceux qui sont « accusés » ont tendance à nier ce qui leur est reproché ce qui peut souvent avoir comme conséquence que le ton monte. Donc il peut y avoir un côté « loi du plus fort » et nous devons remettre de la loi égale pour tous là-dedans. Et la loi ce peut-être simplement un rappel des règles de la vie en commun. Mais cela peut exiger que j'intervienne pour qu'un dialogue s'établisse entre voisins. Parfois, mais c'est heureusement pas trop fréquent, la situation dépasse le simple conflit de voisinage, les comportements sont trop perturbés pour que ça puisse se régler par une discussion. Là il faut mettre autre chose en place, un suivi médical ou psychologique, une aide à domicile et dans les cas les plus extrêmes, placement, collocation ou expulsion. Et là c'est à d'autres que nous de jouer. » (un responsable d'un service de médiation)

« Bien des personnes que nous rencontrons doivent faire face à tant de problèmes ... qu'elles ne perçoivent plus qu'elles sont aussi psychiquement en difficulté. Chez certains, l'affrontement avec le réel, très dur, conduit à un comportement qui, en quelque sorte, cherche à assurer une certaine maîtrise d'un monde devenu « hyper-réel ». Pour survivre, la souffrance doit être niée. Comme ce n'est jamais complètement possible, elle s'exprime par à-coups, dans des comportements destructeurs, de soi ou des autres. C'est très difficile de travailler avec eux parce qu'en même temps, nous ne sommes pas là pour traiter cette souffrance, mais on la sent et on ne peut l'ignorer. On essaie de les écouter, de les diriger vers l'un ou

l'autre centre de santé mentale ou vers un planning familial mais je ne pense pas que beaucoup suivent les conseils qu'on leur donne. » (un responsable d'un service d'accompagnement)

« Une des difficultés que nous rencontrons ce sont des patients désemparés qui ne savent plus vraiment où ils en sont et qui à certains moments prennent contact avec la maison médicale pour des questions tout à fait bénignes, de façon répétée, puis qui ne se présentent pas au rendez-vous mais viennent à d'autres moments. Parfois ils débarquent et demandent à voir quelqu'un en particulier, qu'il soit là ou non, puis ils attendent. Ce sont des patients qui prennent du temps, il faut vérifier l'une ou l'autre chose, essayer de comprendre avec eux ce qui se passe. Mais comme ils sont souvent assez confus dans leurs explications, on est dans le flou. C'est très perturbant. ... je dirais que ces patients traversent une crise dont ils n'ont pas vraiment conscience et qu'ils l'expriment de cette façon. » (un membre d'une maison médicale)

Mais les professionnels rencontrent aussi des **groupes**, organisés le plus souvent dans le cadre des activités d'un service. Ici la dynamique semble quelque peu différente. Le groupe a une vie propre qui paraît, sauf quelques cas, réduire les probabilités d'apparition de crises.

« En groupe, il n'y a pas de crise individuelle. Il peut y avoir des crises du groupe, avec des leaders qui prennent la tête de la revendication. Ce n'est jamais simple. Il faut calmer, expliquer, réexpliquer, dédramatiser... Au niveau des personnes, parfois l'une ou l'autre vient me trouver en aparté pour faire part de ses questions de ses doutes ou me mettre au courant de difficultés personnelles. Mais c'est rarement critique. Souvent les absences sont un signe que quelque chose ne se passe pas bien. On pourrait plutôt dire qu'il n'y a pas de crises mais des abandons. C'est pour cela qu'il y a un suivi du groupe dans le temps et qu'à côté, nous nous efforçons d'assurer aussi un suivi individuel lorsque cela paraît nécessaire et que la personne en exprime le souhait. » (un responsable d'un service de formation)

« Dans un groupe, je vois deux types de crise... Les crises internes du groupe. Là il peut s'agir de conflits qui le divise ou du rejet d'une personne. Dans ces cas-là j'essaie d'intervenir auprès des leaders pour essayer d'apaiser les choses. Mais ce

n'est pas toujours facile, il y en a qui ont la rancune tenace. L'autre type de crise, c'est la contestation de l'autorité par une partie ou par la totalité du groupe. Là nous sommes directement concernés et j'essaie alors de comprendre où ça cloche mais la difficulté c'est que ce sont des adultes qui ont tout un passé et que leurs réactions s'expliquent en partie par ce passé. Heureusement, ce n'est pas très fréquent. » (un membre d'un service de remise à l'emploi)

Une personne fait mention d'une véritable décompensation dans un groupe, mais cela semble l'exception. Il faut toutefois noter que je n'ai pas envisagé cette question des groupes spécifiquement. Le travail en groupe ne paraît d'ailleurs pas être une pratique particulièrement développée, sauf dans les services qui organisent des formations ou des animations, principalement pour les jeunes et/ou les demandeurs d'emploi.

Autre élément susceptible d'entrer en jeu dans la dynamique « émergence-crise-urgence », la **psychopathologie ou les troubles mentaux de la personne**. Ces situations sont, en général, considérées comme les plus difficiles parce qu'elles mettent en jeu des dynamiques sur lesquelles les intervenants ont le sentiment d'avoir peu de prise.

« Ici pour le moment, on a une femme qui est très, très, dépressive. Son histoire est particulièrement dure et elle est très suicidaire. Elle a une fille adolescente, qui vit aussi ici mais que pour le moment elle rejette complètement. Elle reste enfermée, prostrée, presque sans manger. Il y a un petit mieux puis elle s'engueule avec sa fille et ça recommence. Je la connais bien et elle m'accepte mais il est très difficile de faire quelque chose pour elle. Sa fille la fait tenir, malgré les conflits entre elles, mais je ne sais combien de temps cela durera. Cette femme a déjà été hospitalisée en psychiatrie et, pour le moment, elle refuse catégoriquement toute nouvelle hospitalisation. Il faudrait qu'une psychologue puisse venir la voir mais le contact sera très difficile. Qu'elle m'accepte est déjà un point positif : elle reconnaît implicitement qu'elle a besoin d'une aide, même minimale. Il faut construire à partir de là. » (une AS de maison d'accueil)

« J'ai eu un cas où je pensais qu'il y avait maltraitance d'enfant. Je l'ai signalé. En fait, il s'agissait d'une mère très dépressive qui négligeait complètement son enfant.

L'intervention a été très mal vécue par la mère qui reste ici mais sans aide particulière ni accompagnement. Il est possible qu'elle l'ait refusé. Je ne sais pas. Toujours est-il que maintenant elle ne veut plus entendre parler de moi. » (un animateur de quartier)

« Il y a quelques mois, j'ai eu à faire face à une décompensation en plein groupe. C'était un groupe où l'on apprend à se présenter en public, où chacun expose son parcours scolaire et professionnel. Une jeune femme s'est brusquement arrêtée dans son exposé en regardant autour d'elle d'un air très angoissé. C'était comme si elle ne nous voyait plus. Puis elle s'est mise à trembler, a laissé tomber ses papiers et s'est rassise, hagarde. Elle était blême et regardait fixement ses pieds. Elle paraissait absente à tout. Quand on a essayé de comprendre ce qui se passait, elle nous a dit les yeux fermés, repliée sur elle-même « laissez-moi, laissez-moi ». Quelqu'un du groupe a appelé la psychologue qui animait un autre groupe mais elle n'a pas pu en tirer plus. Malgré tous nos efforts la jeune femme est restée prostrée, disant de temps en temps des choses incohérentes et demandant qu'on la laisse. On ne savait qui contacter. Finalement, nous avons appelé une ambulance car personne ne voyait quoi faire alors qu'elle continuait à être visiblement très mal. » (une formatrice dans une association locale)

« Une de nos grosses difficultés c'est qu'un certain nombre de résidents sortent en fait d'hôpital psychiatrique, ce qu'on ne sait pas toujours On le découvre ensuite, soit parce que, finalement, ils nous en parlent, soit dans un moment de crise. En théorie ils sont suivis. Dans les faits, c'est loin d'être toujours le cas parce qu'ils ne vont pas nécessairement à leurs rendez-vous ou pas régulièrement ou alors ils ont complètement arrêté. Ce qui est difficile c'est qu'ils sont plus ou moins dans leur monde et n'arrivent pas toujours à s'inscrire dans le contexte de la maison. En plus, le contact avec eux n'est pas toujours aisé et régulièrement l'un ou l'autre connaît des moments d'angoisse extrême qui peuvent être très perturbant pour tous ». (un AS travaillant dans une maison d'accueil)

« On a aussi des personnes qui devraient plutôt être en institution ou en appartement supervisé. Le problème c'est qu'elles ne sont souvent pas suivies ou suivies de loin en loin. En fait, ces gens sont pratiquement livrés à eux-mêmes et il faudrait les

encadrer, ce qui demande du temps et de la présence, ce qui est rarement possible. Progressivement, le problème peut devenir collectif: les autres résidants ne supportent plus le bruit, les cris, les menaces, les insultes, toutes sortes de comportements dérangeants ou le manque d'hygiène et la détérioration du logement. Si on n'intervient pas assez tôt, cela débouche sur des crises et des urgences, plus difficile à gérer. Pour la direction, il serait souhaitable que ces personnes soient expulsées mais pour aller où ? » (un AS d'une société de logement social)

A ces troubles il faut ajouter les **assuétudes**. L'alcoolisme est de très loin celle qui est la plus souvent citée. La consommation répétée de cannabis sont parfois évoquées à propos de jeunes mais jamais dans un contexte de crise ou d'urgence ; les autres toxicomanies, y compris médicamenteuses sont très rarement évoquées.

« Un des problèmes, c'est l'alcool. Il est interdit mais il y en a toujours l'un ou l'autre qui essaie d'en faire entrer en catimini ou qui rentre ivre. Dans tous les cas il y a une remarque. Si ça en reste là, OK. Mais souvent c'est une première fois, puis une seconde, puis une troisième. Il y en a qui essaient, qui jouent à outrepasser la règle. Et quand l'un de nous les apostrophe, c'est le jeu de la fausse culpabilité et des excuses les plus embrouillées, surtout quand ils ont sérieusement bu. Le problème majeur avec l'alcool, c'est le ton qui monte. Là il faut intervenir tout de suite, sinon ça dégénère très vite. De temps en temps, il faut mettre un résident à la porte et, quelques fois, on a dû faire appel à la police mais ça reste heureusement plutôt exceptionnel. » (un responsable de maison d'accueil)

« La plus grosse crise que j'ai rencontrée, c'est un alcoolique que sa femme venait de quitter. Je le connaissais car il habitait à côté et passait régulièrement. Le jour où sa femme l'a quitté, il a débarqué ici, ivre, pleurant, menaçant de se tuer et me demandant de l'aider à la faire revenir. Ça a duré trois jours. Heureusement que j'ai de l'expérience. J'ai négocié et renégocié avec lui. Il rentrait chez lui, revenait. Comme je le connaissais, il avait confiance en moi, même si, de temps en temps, il m'accusait de lui raconter des histoires. J'ai pu contacter sa femme. Elle ne voulait pas revenir mais elle a bien voulu le voir. Il est venu me remercier. Après, pendant un temps je l'ai aperçu quelques fois, avec elle et sans elle. Puis il a disparu. Je suppose qu'il a déménagé. Heureusement ce type de situation est rare car cela prend un temps

énorme à gérer alors qu'il faut poursuivre le travail habituel. Je me suis arrangé pour le recevoir après la fermeture et au total ça m'a quand même pris plusieurs heures pour réussir à le calmer puis à arranger les choses. » (un responsable de maison de quartier)

« Ce qui est très difficile c'est la déglingue alcoolique, quand une personne s'enfoncé progressivement dans la déchéance physique, financière, morale... Ce sont des allers-retours entre tentatives de réduire sa consommation et alcoolisation suicidaire. Après des périodes de mieux, nouvelles successions de crises et d'urgences. C'est épuisant et on se sent complètement impuissant devant cette déchéance qui s'installe. Il faudrait pouvoir colloquer ces gens mais il paraît que l'alcoolisme n'est pas une maladie mentale. » (un AS d'une association locale)

Enfin, il faut tenir compte aussi des **réactions des professionnels face à ces situations**. En effet, crises et urgences perturbent la bonne organisation du travail. Si de loin en loin, le personnel se sent capable de faire face à ces situations, il n'apprécie en général pas leurs répétitions trop fréquentes. La capacité à accepter de tels événements, comme les disponibilités qui existent pour y répondre, seront donc déterminants quant aux modalités d'interventions qui peuvent être envisagées dans un service donné.

« Une des difficultés avec la permanence, c'est que certaines personnes l'utilisent un peu comme lieu d'urgence, aussi bien pour un problème physique que psychologique. Il a fallu leur faire prendre conscience que la permanence ne servait pas à cela. Mais ça a pu prendre du temps, parce qu'il était de toute façon impossible d'évacuer l'urgence. Certains l'ont compris même s'ils préfèrent parfois fréquenter la permanence plutôt que prendre un rendez-vous. D'autres non et au bout de quelque temps on ne les voit plus. » (un permanent d'une maison médicale)

« Avec les personnes qui fonctionnent dans l'urgence, la difficulté vient de ce que souvent, une fois la souffrance soulagée ou la difficulté résolue, elles ne viennent pas au rendez-vous fixé. On le sait, c'est très énervant et ça se traduit très souvent, quelque temps plus tard, par une nouvelle urgence. Certaines personnes ne fonctionnent que selon ce modèle là. Quand elles s'intercalent sans trop de problème,

c'est possible à gérer, mais quand elles ne peuvent attendre ça devient vite impossible. Dans ces cas-là, on finit par les adresser ailleurs en leur montrant qu'ici elles ne pourront pas trouver ce qu'elles cherchent. » (un membre de CASG)

« Pour plusieurs dans le service, une fois qu'une intervention est terminée le problème est réglé. Malheureusement, avec des personnes qui souffrent de troubles mentaux, il faut régulièrement ré-intervenir parce que leur situation s'est à nouveau dégradée. Certains le vivent très mal et ne comprennent pas pourquoi ils doivent encore intervenir alors que la difficulté leur paraissait avoir été éclaircie. Ils ont le sentiment que la personne s'est moquée d'eux et ils peuvent alors se montrer agressifs à son égard. Il faut comprendre ce qui se passe pour pouvoir expliquer les problèmes de la personne, ses façons de penser qui peuvent paraître incompréhensibles... » (un responsable d'un service de médiation)

Dans les faits, situations de crise et situations d'urgences proprement dites ne sont pas nécessairement clairement distinguées lors des entretiens. Ce qui paraît caractériser les urgences c'est la **nécessité d'un minimum de réponse immédiate**. Mais ce souci est aussi présent par rapport à des personnes en crise quoi qu'avec une intensité moindre.

« Il y en a qui « pètent les plombs », tu dois tout laisser tomber pour régler le problème ou tout au moins trouver un embryon de solution, tant que t'as pas ça tu t'en sortiras pas. Pour d'autres, chance, c'est un peu plus simple. Du moment que tu prends le temps de chercher à piger ce qui ne va pas et que tu les rassures, c'est OK. Elles sont un peu calmées. Tu les reverras à la permanence le lendemain ou dans deux jours. OK. Mais il ne faut pas les lâcher. Si tu les oublies, ça repart plus fort ».
(un animateur de quartier)

« Pour moi, crises et urgences sont des notions assez proches. Ce qui pourrait peut-être fondamentalement les distinguer, ce serait l'éventail des possibilités et l'exigence d'une décision. Dans une urgence, il faut décider sans tarder avec des possibilités de choix réduites. Dans une crise on dispose encore de temps pour examiner différentes options avant de prendre une décision. Dans une crise, on peut toujours négocier. Dans certaines urgences pratiquement plus ». (un AS)

De l'ensemble des entretiens il ressort que la **dynamique « émergence-crise-urgence » se retrouve dans tous les contextes**, en proportions toujours décroissantes. Les situations d'émergence sont plus fréquentes que les situations de crise, elles-mêmes plus fréquentes que les situations d'urgence.

Crises et urgences, envisagées sous l'angle des difficultés qui les structurent et des réponses qui sont attendues, peuvent être distinguées en **trois grandes catégories** qui mobiliseront des ressources quelque peu différentes dans chaque cas :

- des crises et des urgences sociales souvent liées à des problèmes financiers, à des modalités particulières d'aide ou à la perte ou au risque de pertes de droits.
- des crises et urgences psycho-sociales dans lesquelles difficultés personnelles et sociales s'entremêlent.
- des crises et urgences psychiatriques proprement dites, où un trouble mental paraît clairement présent.

Mais, dans la pratique, les situations rencontrées se présentent sous des formes très diverses et les difficultés souvent s'additionnent.

« J'aurais tendance à classer les urgences et les crises que nous pouvons rencontrer en fonction de quatre grandes catégories qui donnent une indication de ce qui est en jeu. D'abord les difficultés relationnelles. Dans une majorité de cas, il s'agit de difficultés conjugales ou familiales, avec une gradation : conflits, séparation, divorce, garde des enfants. Mais dans les difficultés relationnelles j'inclus aussi les conflits de voisinage et les conflits qui peuvent survenir par rapport à des « intrus », venus de l'extérieur. Ensuite, il y a tout ce qui relève de la maladie mentale, démence de personnes âgées, suicides et tentatives de suicide des personnes déprimées, paranoïa, déstructuration, confusion et délires, alcoolisme et toxicomanie. Puis il y a ce que j'appellerais des défaillances du support, de l'encadrement social, familial ou autre. Chez les personnes âgées, elles sont souvent liées à la solitude et à la détresse qui y est associée ; chez les enfants et les jeunes, ça tourne autour de la protection de la

jeunesse, du placement et des rapports à la loi. Enfin, tout ce qui découle d'une désocialisation plus ou moins prononcée, notamment, en matière financière, les dettes qui s'accumulent et le surendettement ; en matière de santé, la perte d'hygiène et l'insalubrité ; en matière de comportements, l'agressivité, la violence mais aussi des comportements sexuels déviants et la prostitution ; en matière de formation, les abandons scolaires ou l'analphabétisme installé. Il s'agit de grandes catégories, qui ne s'excluent pas mutuellement, mais cela donne une idée de la diversité des situations que nous pouvons rencontrer. » (un As d'une société de logement social)

Dans ces cas-là, il n'est pas toujours simple de mobiliser les ressources nécessaires pour faire face à la situation. D'autant qu'au cours de la dernière décennie, le public et les législations ont évolué, imposant une révision des méthodes de travail. En réalité, crises et urgences paraissent finalement inévitables et chacun cherche à se donner un minimum de moyens pour y faire face. Ils sont essentiellement de deux ordres : amélioration des connaissances pour faire face aux multiples déclinaisons des situations rencontrées, d'une part, et développement des capacités relationnelles pour mieux être à même d'écouter et de négocier des situations souvent complexes, d'autre part.

« Si on s'en tient à une approche strictement administrative, vous remplissez les critères ou vous ne les remplissez pas, alors là, oui, on est certain de devoir faire face à de crises de toutes sortes, de larmes, de désespoir, de colères, agressives avec des objets qui volent, des menaces et parfois des coups... Il faut absolument tenir compte de la personne et du contexte dans lequel elle vit. D'autant plus que la pauvreté n'est plus ce qu'elle était et que la précarité est passée par là. Le public s'est diversifié et les situations sont différentes d'il y a quelques dizaines d'années. Les séparations et les divorces, les problèmes économiques, les difficultés à trouver un emploi pour les jeunes peu qualifiés et à retrouver un emploi pour les travailleurs âgés, les problèmes de coût des logements, des soins de santé, du chauffage et de l'énergie.... font que nous voyons toutes sortes de personnes. L'augmentation du nombre d'étrangers à Bruxelles a aussi rendu notre travail plus complexe... En plus, maintenant beaucoup revendiquent des droits... il faut beaucoup plus écouter et négocier, ce n'est pas toujours possible... Donc c'est beaucoup plus complexe et inévitablement on a des crises. Mais aussi dans le personnel : certains se sentent parfois très mal dans un rôle

qu'ils assimilent à jouer au « mister cash ». On essaie d'agir autrement mais ce n'est pas toujours possible. » (un AS de CPAS)

« On nous parle d'activation mais en même temps on est dans des logiques paradoxales. Pour que ce soit autre chose qu'un simple contrôle du respect des engagements, avec sanction à la clef lorsqu'ils ne sont pas tenus, il faut de l'accompagnement. L'accompagnement c'est, avec les personnes, chercher à lever les obstacles qui empêchent leur retour à l'emploi. Mais c'est un travail spécifique, qui doit pouvoir se faire dans de bonnes conditions et qui nécessite des connaissances juridiques, psychologiques, sociologiques... Donc il faut des moyens, des formations continuées, des supervisions... Ce qu'on n'a pas. Donc on est obligé de bricoler et de temps en temps ça dérape. On a des crises mais c'est inévitable. Comment on les résout ? Tant que c'est possible, on essaie de négocier ça dans le service. Si nécessaire il y a l'un ou l'autre plus sensible à l'abord psychologique des personnes qui peut toujours intervenir, mais ça peut désorganiser le travail. Dans ces cas-là, on cherche à ce que les ponts ne soient pas coupés, sinon on se doute que la personne va ajouter encore des difficultés aux problèmes qu'elle a déjà. » (un service d'aide à la recherche d'emploi)

« Personnellement j'ai eu la chance au cours de ma formation de pouvoir faire des stages dans des services où j'ai pu apprendre à entrer en contact avec des personnes en situation très difficile, parfois en crise. Cela m'aide beaucoup mais je ne retrouve pas dans le service ce que j'avais connu lors de ces stages. C'est assez décevant. Je pense que mes collègues devraient être formés un minimum. Pour le moment, c'est un peu l'improvisation et ils sont vite contents quand ils s'en sont sortis. Mais il ne faut pas que cela se répète souvent et je pense qu'on risque toujours un clash. » (un animateur de quartier)

Car en réalité, **la plupart de ces situations sont gérées en interne** en ne faisant pratiquement jamais appel à l'extérieur. D'abord parce que les circonstances où la violence ou la décompensation psychique sévère sont au premier plan sont rares. Ces situations sont celles où les personnes sont le plus facilement évacuées vers la police ou un service médical d'urgence. Mais même ces cas-là peuvent être gérés sur place dès lors qu'un personnel un tant soit peu expérimenté soit disponible.

« On a de temps en temps des individus qui cherchent la bagarre, menacent de casser du matériel, provoquent le personnel ou les autres usagers... On a notre service de sécurité, des membres du personnel qui savent comment faire face. Dans quelques cas, on a été obligé d'appeler la police mais ça va rarement aussi loin. » (un responsable de CPAS)

« Deux ou trois fois on a dû appeler le 100 pour des personnes qui étaient vraiment mal. Mais c'était vraiment exceptionnel et on a quand même une expérience qui nous permet de régler bien des problèmes. » (un membre de maison médicale)

« Si on doit compter sur d'autres pour régler ces situations, on attendra longtemps. Mieux vaut les prendre en charge nous même cela évitera des déboires à tous. Lorsque vraiment c'est impossible, alors oui, on appellera la police ou une ambulance mais c'est plutôt exceptionnel. D'habitude en prenant le temps de parler avec la personne, les choses finissent par se décaler et il devient possible de les envisager un peu plus sereinement. » (un membre de CASG)

« Notre cas est un peu particulier : nous avons dans le service des psychologues qui peuvent intervenir avec nous dans les moments difficiles. Que ce soit directement dans un entretien avec nous et le patient, en soutien par rapport à un cas difficile ou a posteriori, en rencontrant le patient seul. Donc on arrive à faire face à la plupart des cas, même si ce n'est pas nécessairement aisé et qu'il faille parfois mettre de côté son ego. » (un médecin dans une maison médicale)

Gérer la situation sur place se justifie également par le fait qu'évacuer une personne en crise qui n'est pas menaçante n'a pas de sens. **Rejeter la crise ou l'urgence c'est prendre le risque de l'amplifier.** Il paraît alors plus pertinent de chercher, avec la personne, à décoder ce qui est en train de se produire et envisager les solutions possibles. Dès lors que la difficulté est reconnue et que des issues peuvent être entrevues, la situation perd une partie de son caractère critique. Des perspectives s'entrouvrent dans un horizon fermé et il devient possible de mettre en place une recherche de solution acceptable, à défaut d'être pleinement satisfaisante (ce qui est rarement le cas dans ce type de contexte). Mais cette solution peut n'être que

provisoire ou insuffisante. Dans certains cas, il est indispensable que la personne s'adresse à un autre service pour que sa situation ait de réelles chances de s'améliorer. C'est ici que de nouvelles difficultés peuvent surgir. En effet, les personnes peuvent refuser l'orientation qui leur est proposée ou de se rendre dans service vers lequel on souhaite les diriger – en général parce que son activité est connue et appréciée des intervenants. Cette **question du passage d'un service vers un autre paraît cruciale.**

« Contrairement à ce qu'on pense, l'envoi de quelqu'un vers un autre service n'est pas quelque chose d'anodin. Souvent la personne n'y va pas. Soit la discussion qu'elle a eu avec nous lui suffit, soit elle n'ose pas s'y rendre parce que c'est un peu loin, c'est l'inconnu..., soit elle se sent lâchée par nous. Dans ces cas là, ou on ne la voit plus ou elle revient en plus mauvais état. » (un membre d'une association du quartier)

« De temps en temps j'ai quelqu'un qui a été victime d'une agression, qu'elle a très mal vécu et qui décompense. Mais, étant donné le cadre dans lequel nous intervenons, je ne peux pas faire grand chose. Je fixe quelques rendez-vous pour que la personne puisse déposer ses difficultés et avoir plus de données pour l'orienter au mieux.. Je suis obligé d'orienter soit vers le service d'aide aux victimes de la Communauté, soit vers un centre de guidance. Mais je ne sais pas si les personnes y vont. » (un membre d'un Bureau d'Aide aux Victimes)

« Avec les personnes qui ont un trouble mental, c'est souvent très difficile de trouver des services qui acceptent de les prendre en charge. On nous dit qu'il faut qu'il y ait une demande, mais qu'est ce que c'est une demande ? ... Beaucoup de ces personnes ont déjà été hospitalisées en psychiatrie ou ont un parcours qui les a régulièrement mis en contact avec des psys. Ils ont en fait besoin d'autre chose que d'entretiens en face à face. C'est beaucoup plus global. Il faudrait un accompagnement qui les sorte de leur isolement, de leur marginalisation. Et ça c'est très complexe à organiser ». (un responsable de maison d'accueil)

« Pour beaucoup, il est hors de question d'aller voir un psy. Ils connaissent déjà, ils l'ont souvent mal vécu. Ils essaient déjà d'éluder leur souffrance, alors voir un psy c'est replonger dedans. Trop dur. L'idéal c'est un psy qui vient sur place. Il peut

réellement se rendre compte de la façon dont les choses, se passent, se vivent. Il y a un service qui le fait et cela nous a déjà beaucoup aidé » (un autre responsable de maison d'accueil)

Les échanges lointains ou difficiles entre services ne facilitent évidemment pas l'orientation et le passage des personnes.

« Il y a plusieurs années déjà, nous avons été en contact avec plusieurs services de santé mentale. Mais finalement cela ne s'est pas traduit par quelque chose de concret. Comme on les connaît un peu, on oriente vers eux si nécessaire ou on les appelle pour l'une ou l'autre info mais ça reste très ponctuel et ce n'est jamais pour des choses très compliquées. » (un membre de CASG)

« Nous avons eu des contacts avec le service de santé mentale. Mais c'est impossible. Quand ils nous disent « nous ne sommes pas là pour les guérir », c'est le signe qu'ils n'ont rien compris. C'est évident qu'ils ne vont pas les guérir. Ce n'est pas ça qu'on leur demande. Nous, nous souhaitons que ces personnes puissent être vues et que quelque chose leur soit proposé pour les aider à s'en sortir. » (un responsable de CPAS)

« Le service de santé mentale ? On ne peut pas dire que nous ayons des relations. Ils sont beaucoup trop exigeants. Je préfère de loin travailler avec le centre de planning familial qui se montre beaucoup plus souple. Et puis le planning est beaucoup plus facilement accepté, il n'a pas l'image d'un service « pour ceux qui vont mal dans leur tête ». » (un responsable de CPAS)

« La plupart du temps quand je conseille à une personne de s'adresser au service de santé mentale, elle revient en me disant qu'il n'y a pas de rendez-vous avant quinze jours, trois semaines. Et pour notre public, avec un délai comme celui-là, c'est quasi assuré que le rendez-vous sera oublié. J'ai déjà essayé de prendre contact avec eux pour parler de ça mais ils sont rarement disponibles et, finalement, ça ne s'est pas fait. » (un responsable de maison de quartier)

« J'oriente bien quelques patients vers un service de santé mentale. Mais c'est très rare. Quand je suis vraiment en difficulté avec un patient, je préfère l'adresser à la consultation hospitalière [d'un hôpital proche]. On reste dans un contexte médical et les contacts sont plus faciles. Le service de santé mentale, c'est plutôt pour les patients qui me disent « vous ne pensez pas que je devrais peut-être voir un psychologue ? ». (un médecin généraliste)

Mais les passages vers un autre service ou les suivis conjoints ne sont pas impossibles pour autant qu'ils puissent être structurés de façon à ce que la personne ait le sentiment de pouvoir faire confiance aux différents intervenants et qu'elle ressente ce changement comme une occasion d'ouverture vers quelques nouvelles perspectives.

« Quand on a des gens dont l'état mental est manifestement perturbé, on les adresse au Centre de Guidance où ils ont une permanence ce qui permet qu'ils soient accueillis tout de suite. Souvent on propose qu'un steward les accompagne. Ça les rassure, ils ne se sentent pas seuls et perdus. » (un responsable d'antenne de quartier)

« Je travaille avec un service de santé mentale et dans ce service avec deux personnes que je connais. Je sais ce que je peux leur demander et, à plusieurs reprises, elles m'ont bien aidé....Je sais que je peux compter sur elles. S'il y a un problème on en discute et en général on arrive à trouver une solution. J'ai un collègue qui n'a pas ces contacts et quand il a des difficultés avec une personne, il arrive qu'il me demande de jouer l'intermédiaire. » (une AS de CASG)

« Pour les personnes qui ont un problème psy sérieux et qui selon moi doivent être suivis, je les adresse à des pysys que j'ai connu pendant mes études. Je prends toujours contact avec eux pour expliquer le cas et je m'arrange pour qu'il y ait toujours un échange téléphonique à trois, la personne, le psy et moi. Au besoin, je m'éclipse. En général, ça se passe bien. Quand ça n'a pas été le cas, j'ai toujours réussi à en parler avec la personne et on a souvent pu trouver une solution. » (une AS d'une association de quartier)

« Nous avons pu travailler avec un service de santé mentale ce qui nous a bien aidé. Grâce à cela des solutions ont pu être trouvées pour des personnes ou des situations très difficiles. Mais ils nous ont aussi donné la possibilité de mieux comprendre les réactions de certains locataires. A partir de ce moment, nos contacts avec ces locataires ont changé et nous avons pu régler les problèmes plus facilement. Et les locataires acceptent aussi plus volontiers ce que nous leur proposons. » (un As d'une société de logement social)

« Le service de santé mentale de la commune a participé à la formation du personnel. C'est important. Non seulement du point de vue de la formation qui était centrée sur des situations et sur la façon de les aborder mais aussi parce que chacun a pu découvrir comment les uns et les autres percevaient ces situations et y réagissaient. Actuellement nous n'avons plus de relations suivies avec le SSM mais lorsque nous avons des situations difficiles, le contact est aisé. Soit ils nous conseillent par téléphone, soit nous leur envoyons les personnes. Cela se passe bien et il serait peut être intéressant de reprendre des échanges sur des situations concrètes pour essayer d'améliorer encore ce que nous faisons. » (un responsable de service de médiation)

Pour conclure ce chapitre, il apparaît que des situations d'« émergence », de « crise » et d'« urgence » se rencontrent dans tous les secteurs selon des fréquences variables en fonction des publics et des services. Plus, elles représentent une composante des interactions entre un service et son public et paraissent, à ce titre, inévitables, même s'il semble possible d'en réduire la fréquence de survenue. Si les situations d'« émergence », pour autant qu'elles restent suffisamment en phase avec les missions du service, ne paraissent pas être la source de problèmes insurmontables pour les professionnels rencontrés ; les situations de crise et d'urgence peuvent, elles, être plus difficilement vécues et poser de sérieux problèmes organisationnels. Néanmoins, tous cherchent à y répondre, d'autant que la plupart des intervenants s'accordent sur le fait que les ignorer fait courir le risque de les aggraver. Toutefois, les moyens (temps et disponibilité, formation et expérience du personnel, accès à des ressources externes...) dont disposent les services pour répondre à ces situations peuvent varier considérablement, ce qui a comme conséquence une très grande diversité des réponses proposées, à laquelle la complexité des problèmes rencontrés n'est, également, pas étrangère. Lorsque la souffrance psychique d'un usager occupe une place

considérable dans une situation de crise ou d'urgence, une bonne collaboration avec des services de santé mentale sera au bénéfice de tous. En raison de diverses contraintes ou exigences institutionnelles, elle reste cependant souvent difficile à établir. Compte tenu d'une existence incontestable des situations de crise ou d'urgence dans la pratique des structures sociales et médicales et de leurs possibles suites défavorables en cas d'insuccès lors d'interventions menées sans mobiliser toutes les ressources utiles et nécessaires, il paraît pourtant indispensable que les structures concernées, directement ou indirectement, par cette problématique se donnent les moyens d'envisager et de développer de telles collaborations dans le futur.

Conclusions

Avant d'envisager les enseignements, qui au terme de cette étude, peuvent en être tirés, il paraît utile d'abord, de rappeler que la Région de Bruxelles-Capitale a connu, au cours de ses - bientôt - 20 ans d'existence, des évolutions économiques, démographiques et sociales qui vont bien au-delà de simples ajustements conjoncturels et peuvent, au contraire, être considérés comme les marques de transformations structurelles profondes, toujours en cours. Celles-ci touchent la nature de l'économie, des formes d'organisation du travail, des qualifications qu'il privilégie mais également, la démographie et le peuplement de la ville ; la nuptialité et les formes vie en commun lesquelles, par contrecoup, induisent des transformations de l'habitat. En dehors même de toute détérioration économique conjoncturelle, de telles évolutions ne vont pas sans fragiliser certains segments de populations et en marginaliser les moins intégrés. La demande d'aide sociale croissante qui en résulte entraîne une transformation des formes de distribution de l'assistance.

Même si certaines des évolutions sociétales relevées peuvent être considérées comme relativement lentes au regard de la durée d'une vie humaine, elles sont toujours susceptibles d'avoir un retentissement, direct ou non, sur l'existence de certaines personnes, que ce soit dans les perspectives et les choix qui s'offrent – où les décisions qui s'imposent - à différents moments de la vie qu'en matière de santé physique ou psychique. Dans un tel contexte, où la prégnance de certaines normes et valeurs s'atténue et évolue, tendant à privilégier de nouvelles qualités et de nouveaux canons ou contribuant au déploiement d'une pluralité d'idéaux, il faut s'attendre à ce que des situations de crise ou d'urgence, psychologiques ou psychiatriques, se rencontrent régulièrement à l'échelle d'une population.

Parallèlement à ces changements sociétaux et en conjonction avec eux, le monde des intervenants chargés de la mise en œuvre des politiques publiques d'action et d'aide sociale a connu des évolutions majeures. Nombre de tâches ont fait l'objet de redéfinitions importantes. Un autre champ, relativement nouveau, de mise en œuvre de l'action publique, celui de l'intervention communautaire, a fait l'objet d'une extension sans précédent, impliquant une professionnalisation progressive. Une préoccupation de protection de la sécurité publique est largement à l'origine de ce dernier déploiement qui vise à l'intégration de populations marginalisées et à la

cohésion sociale dans les communes et les quartiers. Ces évolutions, renforcées encore par l'accent mis sur les personnes bénéficiaires et sur les contacts de proximité, ont conduit à une croissance considérable du nombre des services et des intervenants, avec comme conséquence la préoccupation d'une coopération renforcée entre eux.

De son côté, le monde de la santé dont l'action est fortement encadrée par d'autres politiques publiques, spécifiques, a lui aussi vécu des changements profonds. Centrées sur la résolution des problèmes de financement des soins et de maîtrise des budgets, les évolutions majeures ont plutôt porté vers une supervision des prestations, voire au contrôle de certaines d'entre elles. Pour le reste, à côté des nouveautés techniques propres à chaque spécialité, les innovations ont eu pour principaux objets une meilleure communication de l'information entre acteurs impliqués par les traitements et une intégration plus prononcée de la chaîne des soins.

En dépit de leurs spécificités respectives, les secteurs de l'aide sociale, de l'intervention communautaire et de la santé, reconnaissent également la nécessité prononcée d'une multiplication et d'un affermissement des coopérations, y compris intersectorielles, entre les différents intervenants impliqués dans un processus de soin ou d'aide. Une autre caractéristique commune à ces trois domaines, liée à l'attention apportée à favoriser l'autonomie personnelle des bénéficiaires des services, est l'intégration grandissante des apports de la psychologie et/ou des théories de la communication dans l'approche des personnes. Ceci se traduit par leur insertion dans les contenus de formation initiale ou en cours d'emploi de nombreux professionnels et par l'engagement de psychologues ou d'assistants en psychologie dans un nombre croissant de services.

L'analogie de ces conceptions d'un secteur à l'autre est renforcée par une caractéristique commune à la quasi-totalité des intervenants rencontrés, quel que soit leur domaine d'action. Elle se fonde dans le fait que tous travaillent dans des domaines où l'échange d'informations entre bénéficiaires et prestataires est capital pour l'ajustement de la demande et de l'offre de service. Pour qu'un tel ajustement soit envisageable au niveau de chaque bénéficiaire, il importe alors que celui-ci puisse avoir l'occasion de faire librement état de ses difficultés, éventuellement même les

plus intimes, ce qui implique que confiance puisse être faite au prestataire. C'est sur cette base que pourront être considérées, avec les personnes, les perspectives susceptibles de leur donner une vie meilleure. Cet idéal de la relation professionnelle qu'un intervenant devrait entretenir avec un bénéficiaire, prend appui sur trois concepts indissociables qui en fondent la possibilité : une approche globale de la personne, qui prend en compte sa singularité ; un accueil aux exigences réduites de façon à ce que le service soit accessible à tous et une écoute sans préjugés qui ouvre à des perspectives d'interactions entre prestataire et bénéficiaire. Des contraintes institutionnelles peuvent rendre difficile la mise en pratique de cet idéal et, même lorsque l'organisation le permet, toutes sortes de contingences sont toujours susceptibles d'en restreindre les possibilités d'application.

En réalité, sur le terrain, ces similitudes sont moins évidentes qu'il n'y paraît du fait de la très grande diversité des organisations et des publics qu'elles desservent. En effet, au cours des dernières décennies, le développement considérable de l'offre des services de santé et des services sociaux s'est accompagné d'une très grande diversification. Les innovations, conduites par de nombreux acteurs, issus tant du secteur public que de la société civile, se sont multipliées. Il s'est agi de chercher à donner des réponses professionnelles à des besoins particuliers qui n'étaient pas rencontrés - ou l'étaient insuffisamment - par les structures traditionnelles de soins ou de l'action sociale. La diversité verticale des services disponibles, dont les missions restent structurellement et sectoriellement organisées par les autorités qui les financent, s'est doublée d'une diversité horizontale : les besoins de complémentarité des structures et la compétition autour du financement de projets novateurs ont souvent conduit à la « cohabitation », à l'intérieur d'un même service, d'une gamme plus ou moins étendue de prestations et d'activités, dont certains, relativement identiques se distribuent plus ou moins inégalement sur l'ensemble des secteurs. Si la spécialisation inter- (santé, aide sociale.....) et intra-secteur (par exemple dans l'aide sociale : aide financière, aide au logement, aide à l'emploi...) tend à cadrer les demandes, la similitude intersectorielle de certains services peut les rendre moins lisibles. Ces changements dans les paysages intra- et interprofessionnels ont eu comme conséquence certains brouillages des limites, des tâches, des responsabilités et parfois même des valeurs autour desquels se constituent l'identité et la pratique d'un service. Ce mouvement complexe dans lequel se manifestent des phénomènes de dé-

différenciation, de re-différenciation, de complémentarité cherchée, obligée ou subie, d'inclusivité... tend aussi à réduire ou à gommer l'exclusivité attachée à un service ou à un autre.

L'analyse de l'implantation géographique des structures montre leur distribution inégale dans l'espace urbain, notamment lorsque ces services sont rapportés à la population résidente. Multiples et très diversifiés dans les communes « défavorisées », ils sont beaucoup moins nombreux et ont une identité institutionnelle plus traditionnelle dans les communes « aisées ». Ceci doit cependant être relativisé en tenant compte du fait que certains services ont une activité centrée sur un quartier, que d'autres s'adressent à une partie ou à l'ensemble de la population de la commune et que d'autres, enfin, ont un rôle régional (ou semi-régional). Par ailleurs, compte tenu des différences de populations selon les quartiers et les communes, les publics que des services apparemment identiques sont amenés à desservir peuvent être grandement différenciés.

Il apparaît alors que les types de contact avec la population, les missions des services et les spécificités de leur offre, les types d'activité, les cohabitations avec d'autres activités, les formations et les anciennetés professionnelles, les responsabilités dont le personnel à la charge, les sensibilités personnelles aux problématiques envisagées (problèmes de santé mentale et susceptibilité d'évolution vers des situations de crise ou d'urgence), les organisations internes des services, leurs priorités ou parfois leurs choix stratégiques ... sont autant de facteurs susceptibles d'avoir une incidence sur les probabilités de rencontrer certaines problématiques, sur la perception qu'un intervenant ou qu'une équipe peuvent en avoir et sur les réponses susceptibles d'y être apportées.

Ainsi, pour une même problématique à traiter, les différences peuvent être grandes entre les façons de faire, d'une part, un service « mono-fonction », spécialisé dans la résolution, à un niveau individuel, de ce type de difficultés, selon des procédures bien déterminées, suivies par un personnel depuis longtemps en place qui en connaît bien toutes les subtilités (ou plus simplement les différentes étapes), et, d'autre part, un service polyvalent, de création récente et composé principalement d'« animateurs »

orientés d'abord vers la prévention et l'animation de quartier dans un objectif de cohésion sociale.

Une sélection plus ou moins serrée - explicite ou non - par les services, des usagers auxquels ils entendent offrir préférentiellement leurs activités et une sélection des services, par les usagers - en fonction de ce qu'ils pensent ou savent pouvoir être perçu, compris, entendu, de leur demande - forment le canevas d'interaction des offres et des demandes. Pour espérer être rencontrées, les demandes vont tendre à être formulées selon les représentations qu'un demandeur se fait d'un secteur. Cependant, selon ce qui en est perçu, compris, entendu, attendu... , selon les latitudes que la gamme de services permet d'espérer/imaginer, ces formulations peuvent aussi être multiples et se présenter sous des formes de problématiques extrêmement diversifiées.

Dans ce contexte où il est devenu possible de parler de « quasi-marché », éclaté, face auquel nombre de patients/usagers/bénéficiaires/clients, comme de professionnels, ne se situent plus très précisément. Les effets qu'un tel univers, multiple et segmenté, des services de santé et d'aide sociale peut avoir sur les recours qui y sont faits restent peu connus. On peut cependant raisonnablement penser qu'il est susceptible de produire des confusions chez certains demandeurs ou que les attentes d'autres seront, partiellement ou totalement insatisfaites. Les « parcours » de soins ou d'aide peuvent ainsi devenir particulièrement tortueux : détresse, plaintes, souffrance psychique s'expriment ouvertement ou à mots couverts et sont entendus ou non selon les lieux, les demandeurs et leurs interlocuteurs. Urgences ou crises apparaissent dans les interstices ou les failles des dispositifs de soins ou d'aide ou lorsque l'adaptation à des situations nouvelles devient trop difficile pour les usagers comme pour les services.

Pour les intervenants, les possibilités de reconnaissance des situations et les réponses ou les orientations qu'ils pourront envisager dépendront des caractéristiques organisationnelles du service (domaine(s) d'intervention unique ou pluriels - complémentaires ou parallèles ; objectifs –traiter la personne ou offrir un service ponctuel par exemple ; modes d'organisation et ressources disponibles; environnement – législatif, organisationnel, compétition institutionnelle...) ; de celles du collectif de travail (direction ; capacités de mobilisation ; échanges ; cohésion) ; de leur formation, de leur expérience, des latitudes professionnelles dont ils disposent ;

de leur style de travail, leurs motivations et leurs attentes. Autant de facteurs en interactions qui vont influencer, de façon plus ou moins marquée, sur les capacités de réponse d'un service ou d'un intervenant. Les situations rencontrées se présenteront et seront donc lues différemment et les réponses privilégiées seront, en général, fonction des ressources les plus directement accessibles. Hors cette accessibilité peut varier grandement d'un service ou d'une situation à l'autre. Si des collaborations ont été développées, quelles que soient les formes qu'elles aient pu prendre, elles peuvent ajouter des ressources à celles disponibles en interne mais n'interviennent souvent que dans un second ou un troisième temps de l'intervention. Ainsi à une diversité de services correspond une diversité des demandes auxquelles répond une diversité d'interventions, ouvrant à leur tour à une diversité des orientations possibles.

Néanmoins, la pratique professionnelle qui privilégie une approche globale des personnes, leur accueil et leur écoute - pour autant qu'elle bénéficie de conditions de réalisation un tant soit peu effectives - paraît jouer un rôle non négligeable dans la réduction des tensions qui peuvent naître des interactions entre services et patients/usagers/bénéficiaires/clients et être un facteur actif de prévention de la dégradation de situations socialement et/ou psychiquement difficiles ou difficilement vécues. Ce type de pratique favorise une dynamique d'émergence au cours de laquelle la réalité d'un problème se concrétise peu à peu et appelle à la recherche de solutions. Un tel développement est rapporté par beaucoup d'intervenants.

Qu'il s'agisse d'action sociale ou de soins, la grande majorité des structures impliquées ont toutes eu à faire face, à un moment ou à un autre, à des situations de crise ou d'urgence. Les fréquences de survenue de ces dernières peuvent cependant différer grandement d'un service à un autre, en particulier en fonction de la mission principale à laquelle il a vocation de répondre. Un service chargé de distribuer des aides à un grand nombre de personnes est plus susceptible d'y être régulièrement confronté - particulièrement lorsque l'aide est conditionnelle - alors que cela sera beaucoup moins le cas pour un service offrant un accompagnement, à plus ou moins long terme, à des personnes avec qui il est en contact régulier. Ici, les crises qui peuvent survenir sont, en général, liées à un défaut de respect, volontaire ou non, des normes ou des intervenants ou à une violation explicite des règles qui assurent le bon fonctionnement de l'accompagnement. Un petit nombre de services dont la mission

est, très spécifiquement, de répondre à des plaintes ont appris à intervenir de façon à prévenir les situations de crise ou à en réduire l'impact sur les personnes qu'elles impliquent.

Mais il y a lieu de tenir compte aussi des caractéristiques des publics rencontrés. La précarité dans laquelle certaines personnes se trouvent peut les contraindre à une vie au jour le jour, sans autre perspective concrète que celle d'une survie difficile, douloureuse. Lorsqu'une difficulté ou une contrariété majeure - ou vécue comme majeure - surgit, elle apparaît comme obstacle supplémentaire qu'il faut pouvoir, lui aussi, franchir. Résignation ou crise apparaissent alors comme pôles opposés de l'inévitable dynamique de réaction face à l'obstacle. A côté de la précarité matérielle, les difficultés relationnelles de tous ordres – isolement, conflits conjugaux, conflits familiaux, conflits de voisinage, conflits avec les figures d'autorité... - sont un second terreau pour nombre de situations d'émergence, de crise et d'urgence rencontrées. En terme de santé mentale, celles-ci trouvent leur origine dans un large éventail de difficultés et de troubles qui vont de la souffrance psychique, plus ou moins prononcée, à des pathologies mentales graves qui contraignent certains de ceux qui en souffrent à une survie difficile dans un contexte d'échanges sociaux limités ; en passant par des manifestations psychopathologiques comme il s'en rencontre fréquemment en consultation spécialisée. Pour une grande majorité d'intervenants, l'alcoolisme et la toxicomanie sont fréquemment envisagés de façon défavorable et figurent souvent dans les situations les plus difficiles auxquelles ils doivent faire face, qui concernent surtout des personnes combinant des troubles mentaux importants et des difficultés sociales marquées. Les dispositifs fragmentés d'aide et de soins ; la sélection implicite des patientèles issue des exigences préalables aux prises en charge ou qui les conditionnent ; les malentendus, conflits, refus vécus -plus ou moins activement ou non- par certains patients, peuvent conduire ces derniers aux marges de dispositifs qu'ils sollicitent alors, souvent, dans des contextes de crise ou d'urgence. Enfin, il faut aussi considérer une frange - dont l'importance est difficile à apprécier mais qui paraît ne pas être négligeable - de personnes dont l'attitude témoigne d'une méfiance relativement prononcée à l'égard des services psychiatriques ou de santé mentale, quand il ne s'agit pas d'un refus énergiquement manifesté d'y recourir. Ici encore, crises et urgences – de la personne mais aussi des intervenants – peuvent survenir dans une situation d'impasse.

Les formes que prennent les situations de crise et d'urgence psychologique ou psychiatrique rencontrées vont, elles, de la sollicitation pressante, exacerbée par l'anxiété, à la décompensation psychiatrique en passant par le passage à l'acte agressif cherchant à forcer l'obtention d'un service. Les réponses privilégiées sont, comme toujours, fonction des ressources les plus directement accessibles, le plus souvent internes. Mais, ici aussi, leur accessibilité peut varier grandement selon les services et les situations. La plupart du temps, dans les solutions proposées, des possibilités de choix sont laissées à des personnes souvent hésitantes ou réticentes et la contrainte paraît rarissime. Certains intervenants n'hésitent pas à s'investir pour répondre à des situations complexes et très exigeantes en terme d'investissement personnel (dépassements horaires, menaces de la personne venue chercher de l'aide, demandes agressivement réitérées). Plusieurs cas ont pu trouver une solution grâce à leur compétence et à leur patience. Pour les problèmes de santé mentale auxquels ils ne peuvent répondre de façon satisfaisante, les services tendront à orienter les «demandes» en priorité vers les structures qu'ils considèrent comme les plus «proches» institutionnellement (en interne d'abord, quand la possibilité existe), mais cette «proximité» institutionnelle relève fréquemment de «liens faibles», activés occasionnellement et sans échanges suivis. En cas de difficultés majeures, l'orientation vers des services extérieurs, souvent sans contact préalable, est la solution la plus fréquente. Dans les cas perçus comme très graves, l'accès à la structure peut être, purement et simplement refusé. La personne est alors immédiatement dirigée vers les services qui paraissent les plus adéquats, sans discussion de sa situation. Cela reste heureusement rare.

Dans certains services où les situations de crise ou d'urgence sont relativement fréquentes, il serait idéalement souhaitable, pour que puissent être trouvées des possibilités de résolution qui ne soient pas d'exclusion, que se réalise un double travail d'abord de description, d'explicitation, de définition des situations et des contextes dans lesquels elles se produisent puis d'assouplissement ou de reformulation des façons de faire. Que cela soit effectué en interne ou en relation avec d'autres services. Lorsque cela se pratique – ce qui est apparu comme peu fréquent – professionnels comme patients/usagers/bénéficiaires/clients paraissent en retirer un bénéfice concret immédiat, qui pourrait se traduire par une plus grande capacité à se mobiliser et à (se) faire confiance pour résoudre les difficultés rencontrées.

Mais au-delà de la fréquence des situations, une telle démarche de considérer que crises et urgences sont des réalités tangibles, rencontrées dans tous les services et dans tous les secteurs, devrait faire l'objet de l'attention de chaque responsable, en particulier parce que, même lorsqu'elles restent rares, elles sont toujours susceptibles de déstabiliser sérieusement un service. Identifier celles qui ont déjà été rencontrées, celles qui ont pu être évitées, les difficultés qu'elles ont posé, l'abord qui a pu en être fait, les réponses qui ont pu y être apportées sont autant d'éléments d'information sur la façon de fonctionner d'un service ou d'un de ses membres dans un contexte critique. Le fait de rassembler une information de ce type et de la partager en équipe est un premier pas qui permet de formaliser les façons de pratiquer à envisager dans le futur.

Supervision d'équipe ou de membres d'une équipe, intervision des situations avec d'autres équipes sont parmi les possibilités qui s'ouvrent ensuite pour renforcer les compétences internes d'un service et représentent une deuxième étape dans l'abord des situations de crise et d'urgence.

Un troisième stade est de développer, préalablement et en prévision de l'apparition d'événements critiques, les contacts avec des services extérieurs, susceptibles d'apporter leur aide dans la recherche de solutions. Ces contacts préalables permettent de prendre connaissance des possibilités qu'ils offrent et des façons d'y avoir recours. Par exemple, un service comme Eole-Liens, offre à Bruxelles une aide téléphonique réservée aux professionnels qui vise à leur apporter soutien et informations utiles, de façon à les épauler dans la recherche de solutions pour les situations de crise et d'urgence qu'ils rencontrent. Savoir quand il est possible de les joindre, pour quels types de situations, quelles sont éléments de réponses qu'ils sont susceptibles d'apporter ... permet déjà d'avoir une idée de l'aide qui pourrait en être obtenue. Un service comme le SMES (Santé Mentale et Exclusion Sociale) peut envoyer un professionnel de la santé mentale sur place. Dans quel délai, à quelles conditions paraissent des informations utiles à connaître. Certains services de santé mentale ont une permanence ouverte toute la journée, d'autres certains jours de la semaine, d'autres encore acceptent des consultations sans rendez-vous ou peuvent se déplacer dans un service pour y rencontrer la personne qui a besoin d'aide... Autant d'informations qui peuvent s'avérer décisives lorsqu'une situation critique mobilise -

ou parfois met à mal - les énergies d'un organisme. Ces échanges préalables ont aussi l'immense avantage, en permettant aux intervenants une première rencontre, d'établir un lien qui, en général, facilitera ensuite les contacts ultérieurs.

Par ailleurs, lorsqu'une situation de crise ou d'urgence a été l'occasion d'un contact avec un service extérieur, il paraît toujours utile de revoir ensuite, ensemble, à tête reposée, la façon dont les choses se sont passées. Quand il peut être réalisé, ce type de debriefing est toujours extrêmement profitable car l'analyse de la façon dont les deux structures ont vécu et géré l'événement permet, en général, d'améliorer les pratiques futures, en permettant de mieux cerner les apports possibles et les limites éventuelles de chacun.

Enfin, il est concevable, dans certains cas, de structurer des échanges suivis entre services de façon à organiser, en coopération, des interventions conjointes ou simultanées qui permettront soit d'offrir des perspectives à des situations critiques ou urgentes, soit, d'éviter qu'elles ne se produisent en offrant déjà aux personnes rencontrant des difficultés la possibilité de les envisager selon un angle différent.

De telles réponses structurées restent relativement balbutiantes en particulier dans le secteur de l'aide sociale. D'autre part, la fragmentation des services peut compliquer les démarches à effectuer pour obtenir une aide adéquate, comme leur accès qui peut s'avérer ardu aux yeux de certains segments de la population. Mais la diversification et la décentralisation de ces mêmes services, la flexibilité accrue de leur offre, leur souci de l'accueil et de l'écoute des personnes, le développement de nouvelles pratiques qui mettent l'accent sur la médiation pour résoudre ces situations difficiles, pourraient avoir eu un impact inattendu et positif. D'une part, en fluidisant certaines demandes qui jusqu'ici s'adressaient aux services traditionnels dans des contextes relativement formalisés. D'autre part, en concourant à mettre au jour des conditions qui, jusque là n'étaient perçues qu'en bout de course, lorsque crises ou urgences signalaient que la situation était devenue totalement intenable. Dans ce sens, il est possible que les transformations récentes qu'a connu l'offre de services, aient contribué à rendre nombre de situations moins critiques et à leur trouver, par conséquent, des issues plus aisées.

Bibliographie

Bassilière D., Bossier F., Caruso F., Hoorelbeke D., Lohest O. (2008) : Vingt-cinq ans d'évolutions régionales. Un aperçu au départ de la base de données du modèle HERMREG. Bureau fédéral du Plan, Planning Paper 104, Bruxelles.

Bell D. (1973) : Vers la société post-industrielle. Laffont, Paris.

Bruffaerts R., Bonnewyn A., Van Oyen H., Demarest S., Demyttenaere K. (2003) : Prévalence des troubles mentaux dans la population belge. Résultats de la European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Louvain Méd.*, 122, 321-334.

Bruffaerts R., Bonnewyn A., Van Oyen H., Demarest S., Demyttenaere K. (2004) : Recours aux soins pour les troubles mentaux en Belgique. Résultats de l'European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Rev. Méd. Liège*, 59, 3, 136-144.

Bruffaerts R., Bonnewyn A., Van Oyen H., Demarest S., Demyttenaere K. (2005) : Consommation de médicaments psychotropes dans la population belge. Résultats de l'European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Rev. Méd. Liège*, 60,3, 181-188.

Manuel Castells (2009) : "The Networked City : Réseaux, espace, société. ",
EspacesTemps.net, Textuel, 20.01.2009 <http://espacestemps.net/document7443.html>

Clark W. (1987) : The Roepke lecture in economic geography : Urban restructuring
from a demographic perspective. Economic Geog. 63, 2, 103-125.

CPAS de Bruxelles (2007) : Analyse des comptes du CPAS de la Ville de Bruxelles.

Conseil bruxellois de coordination socio-politique (2003) : Quelle solidarité pour
Bruxelles ? Quelles solidarités dans Bruxelles ? CPAS et associatif : le défi de la
solidarité à Bruxelles. Conférence-Débat, Mai.

Crouch C. (1999) : Social change in Western Europe. Oxford University Press,
Oxford.

De Backer B., Leroy X. (2003) : Manpower planning. Offre et demande de travail
dans le champ de la santé et de l'aide sociale en Communauté française et en
Communauté germanophone de Belgique, 2000-2010-2020. Tome 3 : Les travailleurs
sociaux : situation en 2000. SESA-UCL, 86p.

Defeyt Ph. (2002) : Bel-Insoc-10 : Un indicateur d'insécurité sociale en Belgique.
Institut pour le développement durable. Ottignies.

Defourny J., Nyssens M. (2008) : Social enterprise in Europe : recent trends and
developments. EMES Working paper 08/01
http://www.emes.net/fileadmin/emes/PDF_files/News/2008/WP_08_01_SE_WEB.pdf

Dehaibe X., Gangji A., Laine B., Romain A. (2009) : Le baromètre conjoncturel de la
Région de Bruxelles-Capitale. N°12, avril. Institut Bruxellois de Statistique et
d'Analyse (IBSA) – Cellule Analyse. Ministère de la Région de Bruxelles-Capitale.
Bruxelles.

Dehesbaye R. (n.d.) : GADIS II : Prévalence et impact de la dépression et de l'anxiété généralisée. Résumé de la présentation de l'étude GADIS II au 16ème congrès du European College of Neuropsychopharmacology. Prague.

Delvaux P. (2004) : L'emploi dans le non-marchand à Bruxelles. Trait d'Union, 5, 12-13.

Deny E. (2003) : Le marché locatif privé en Région de Bruxelles-Capitale. Analyse des loyers demandés. Ministère de la Région de Bruxelles-Capitale, Direction des Etudes et Statistiques. 56p.

Deville H. (2005) : Evolutions récentes des structures et de la flexibilité des emplois dans la région de Bruxelles-Capitale. Ministère de la Région de Bruxelles-Capitale, Direction des Etudes et de la Statistique. Iris Editions, N° 41, 96 p.

Eggerickx T., Bahri A., Perrin N., Dal L., Peltier F., Sanderson J.-P. (n.d.) : Migrations internationales et populations « d'origine étrangère ». Approches statistique et démographique. GéDAP-SPED-UCL, Initiative Charles Ullens, Consortium Interuniversitaire sur l'Immigration et l'Intégration. 20 p.

Fone D., Dunstan F., Lloyd K., Williams G., Watkins J., Palmer S. (2007) : Does social cohesion modify the association between area income deprivation and mental health ? A multilevel analysis. Int. J. Epidemiology, 36, 338-345.

François C., Willaert A. (2005) : Un décret pour la cohésion sociale. BIS, 154, 4-7. CBCS

Glick P. (1989) : The family life cycle and social change. Family relations, 38 (2), 123-129.

Hoyois Ph., Vercruyse B., Cnockaert P. (1990) : Urgences psychiatriques et psychosociales en médecine générale. Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale. Bruxelles. 84 p.

Hoyois Ph. (2003) : Les services de santé mentale : un lieu pour les urgences ? Cahiers de la Santé de la Commission Communautaire Française. Bruxelles. 61 p.

IBSA, cellule statistique (2007a) : Employeurs et travailleurs assujettis à la sécurité sociale. 177-191.

IBSA, cellule statistique (2007b) : Production et entreprises. 409-433.

IBSA, cellule statistique (2007c) : Population active. 120-176.

IBSA, cellule statistique (2007d) : Revenus et dépenses des ménages. 315-367.

IBSA, cellule statistique (2007e) : Aménagement du territoire et immobilier. 505-544.

Infirmiers de rue :

<http://www.infirmiersderue.be/collaboration.htm>

INS (2007) : Enseignement, culture, formation : Niveau d'instruction de la population : diplôme obtenu.

Labbe E., Moulin J.-J., Sass C., Chatain C., Guéguen R., Gerbaud L. (2007) : Etat de santé, comportements et environnement social de 105.901 jeunes en insertion professionnelle. Pratique et Organisation des Soins, 38,1, 43-53.

Le Galès P. (2002) : European Cities. Social Conflicts and Governance. Oxford University Press, New York, 328 p.

Le Soir (2008) : Les divorces en plein boom. Rédaction en ligne, mardi 27 mai. <http://www.lesoir.be/actualite/belgique/les-divorces-ont-double-en-2008-05-27-601170>

Libert V. (2006) : Rapport concernant le volet « Emploi » des CPAS de la Région de Bruxelles-Capitale. Evolution 2000-2005. Assoc. de la Ville et des Communes de la Région de Bruxelles-Capitale – Section CPAS. Juin. 50 p.

http://www.avcb.be/mati/cpas/doc_fr.htm.

Lorant V., Demarest S., Miermans P.J., Van Oyen H. (2007) : Survey error in measuring socio-economic risk factors of health status : a comparison of a survey and a census. *Int. J. Epidemiol.*, Dec., 36, 6, 1292-9.

Marée M., Gijssels C., Loose M., Rijpens J., Franchois E. (2008) : Les associations en Belgique, Une analyse quantitative et qualitative du secteur. Fondation Roi Baudouin. Bruxelles, 80 p.

Observatoire bruxellois du Marché du travail et des Qualifications (2004) : Analyse de la situation socio-économique de la Région de Bruxelles-Capitale. Décembre. 13p.

Observatoire de la Santé et du Social. Bruxelles-Capitale (2004) : Rapport sur l'état de la pauvreté (9e rapport pauvreté). Partie 1: indicateurs de pauvreté, manque de revenus et surendettement.

Observatoire de l'Habitat de la Région de Bruxelles-Capitale (2004) : Observatoire des loyers. Enquête juillet 2004.

O'Loughlin J., Friedrichs J. (1996) : Polarization in post-industrial societies: Social and economic roots and consequences". In : J. O'Loughlin and J. Friedrichs (eds) *Social Polarization in Post-Industrial Metropolises*. Berlin and New York: de Gruyter, pp. 1-18.

Olsson E. (2007) : The economic side of social relations : household poverty, adolescents' own resources and peer relations. *European Sociological Review*, 23 (4), 471-485.

Pearce J., Witten K., Hiscock R., Blakely T. (2006) : Are socially disadvantaged neighbourhoods deprived of health related community resources ? *Int. J. Epidemiol.*, 36(2), 348-355.

Perdaens A., Roesems T., De Spiegelaere M. (2002) : Résumé du 8^{ème} rapport sur l'état de la pauvreté en Région de Bruxelles-Capitale. Observatoire de la Santé et du Social. Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale. Juillet.

Preteceille E. (1997) : Ségrégation, classes et politique dans la grande ville. In Bagnasco A. et Le Gales P. (Eds) : Villes en Europe. La Découverte, Paris. 99-128.

Propper C., Burgess S., Bolster A., Leckie G., Jones K., Johnston R. (2006) : The impact of neighbourhood on the income and mental health of British social renters. CMPO Working paper Series N° 06/161, CMPO, Bristol Institute of Public Affairs, University of Bristol.

Rassemblement bruxellois pour le droit à l'habitat (2006) : La production des logements sociaux en région bruxelloise de 1899 à 2004.

Sassen S. (1991) : The Global City: New York, London, and Tokyo. Princeton University Press. Princeton, NJ.

SPF Economie, Direction Générale Statistique et Information Economique, Service Démographie (2007) : Population par sexe et groupe d'âge – Région de Bruxelles-Capitale (2000 – 2006).

SPF Economie, Direction Générale Statistique et Information Economique, Service Démographie (2007) : Nombre de naissances, par province (1980 - 2006).

SPF Economie, Direction Générale Statistique et Information Economique, Service Démographie (2007) : Mariages et divorces par région (1996-2006).

SPF Economie, Direction Générale Statistique et Information Economique (2007d) : L'évolution du marché du travail de 1986 à 2006. 11p.

SPF Economie, Direction Générale Statistique et Information Economique, Service Démographie (2009) : Mariages et divorces, chiffres absolus et par 1.000 habitants (de 1866 jusqu'à 2008).

Singelmann J. (1978) : The sectoral transformation of the labor force in seven industrialized countries. *Am. J. Sociology*, 83 (5), 1224-1234.

Société du Logement de la Région bruxelloise (2003) : Rapport annuel.

Touraine A. (1969) : La société post-industrielle. Denoël, Paris.

Union Européenne, D.G. Santé et Protection des Consommateurs (n.d.) : The state of mental health in the European Union.

Van Criekingen M. (2003) : Les impacts sociaux de la rénovation urbaine à Bruxelles : analyse des migrations intra-urbaines. *Belgeo*.

Van Criekingen M. (2006) : Que deviennent les quartiers centraux à Bruxelles ? Des migrations sélectives au départ des quartiers bruxellois en voie de gentrification. *Brussels Studies*, 1. 1-21.

Vandenbussche J. (2001) : Le plan d'action belge d'inclusion sociale, le début d'un nouveau processus. *Revue Belge de Sécurité Sociale*, 3ème trimestre, 587-595.

Van Ourti T. (2001) : Measuring horizontal inequality in health care using Belgian Panel Data. Working Paper, UFSIA-RUCA, University of Antwerp. 25 p.

Table des matières

<u>Introduction</u>	4
<u>Première partie : Contextes et évolutions</u>	13
Introduction	15
1. Evolutions sociétales	17
1.1. Economie Bruxelloise	21
1.1.1. Evolution structurelle	21
1.1.2. Dynamisme entrepreneurial	22
1.2. Emploi	24
1.2.1. Emploi salarié	24
1.2.2. Emploi non salarié	26
1.2.3. Chômage	27
1.3. Qualifications	29
1.4. Revenus	31
1.5. Assistance	33
1.6. Démographie	35
1.6.1. Nuptialité	36
1.6.2. Taille et structure des ménages	37
1.7. Logement	41

1.8.	Santé	46
1.8.1.	Santé subjective, mal-être psychologique et problèmes spécifiques de santé mentale	46
1.8.2.	Recours aux soins pour des problèmes de santé mentale et utilisation de médicaments psychotropes	49
1.8.3.	Evolution des états de santé et de la consommation de psychotropes	51
1.9.	Conclusions sur les évolutions sociétales	54
2.	Evolutions des politiques	57
3.	Thématiques de l'aide sociale et sanitaire	67
4.	Evolutions des services et de leur organisation	77
	<u>Deuxième partie : Orientations de travail dans les services</u>	95
	Introduction	97
1.	Approche globale	99
2.	Accueil	107
3.	Ecoute	121
	<u>Troisième partie : Emergences-crisis-urgences</u>	133
	Emergences-crisis-urgences	135
	<u>Conclusions</u>	161
	Bibliographie	173

