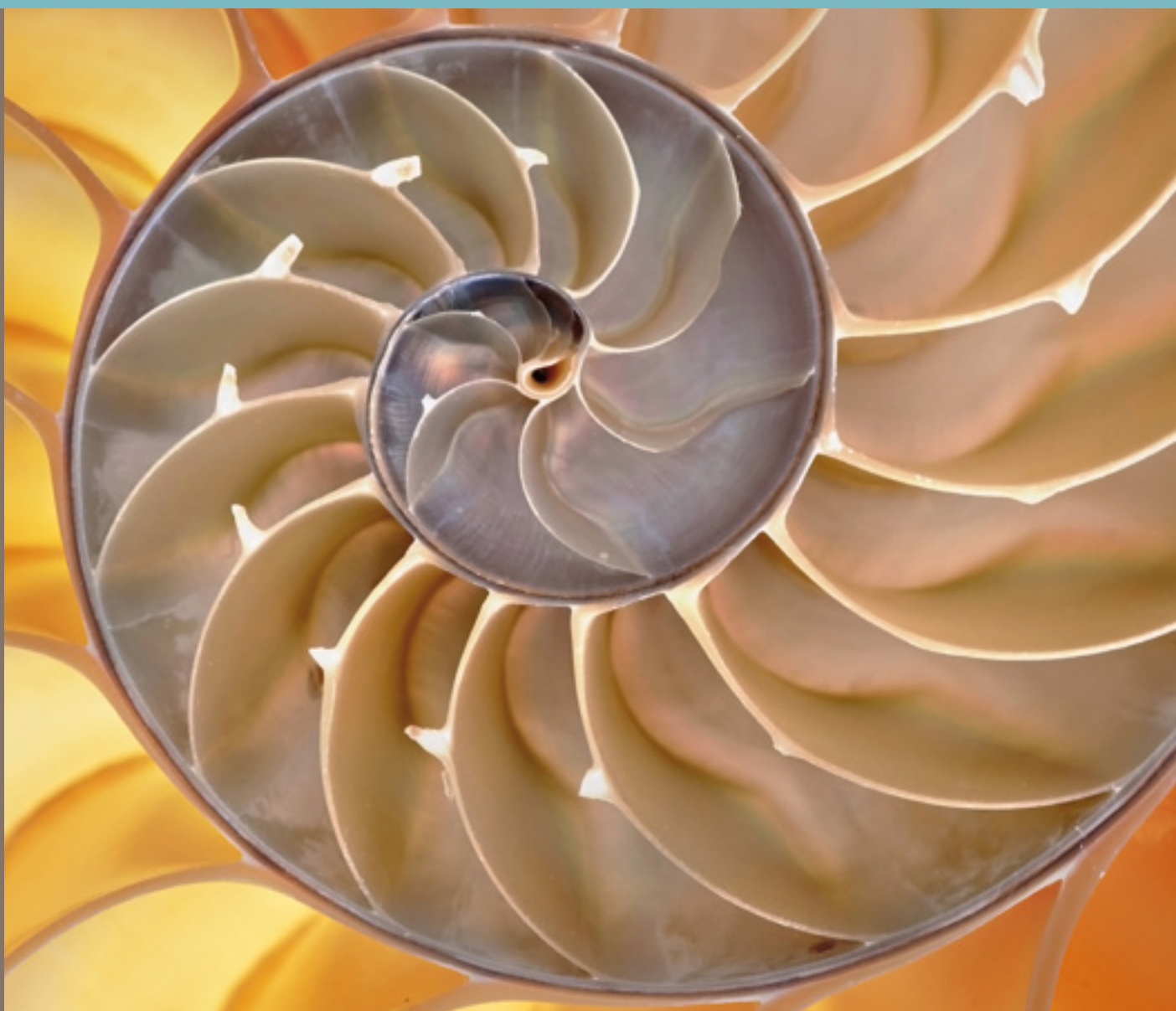


EVOLUTION DES PROBLÉMATIQUES SOCIALES ET DE SANTÉ 2013-2018 : ANALYSE ET RECOMMANDATIONS

SECTEURS SOCIAL - SANTÉ À BRUXELLES

RAPPORT INTERSECTORIEL SEPTEMBRE 2018



REPRÉSENTANTS SECTORIELS AYANT CONTRIBUÉ À L'ÉLABORATION DU RAPPORT

- Dany Vandroogenbroeck
Fédération des services bruxellois d'aide à domicile
- Céline Nieuwenhuys et Julie Kesteloot
Fédération des services sociaux
- Miguel Rosal-Martins
Fédération des maisons médicales
- Aurélie Barette et Manu Gonçalves
Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale
- Anne Defossez
Centre d'appui-Médiation de dettes
- Aurélie Piessens
Fédération laïque des centres de planning familial
- Sébastien Alexandre
Fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomanes
- Thomas Wojcik
Fédération pluraliste des soins palliatifs et continués
- Christine Vanhessen et Clara Mennig
Fédération des maisons d'accueil et des services d'aide aux sans abri
- Emilie Saey
Fédération des centres pluralistes de planning familial
- Laurent Erpicum
Fédération des centres de coordination de soins à domicile bruxellois

COLOPHON

Conseil bruxellois de coordination
sociopolitique ASBL

Organisme intersectoriel de
coordination agréé par la Commission
communautaire française

RPM 418.480.071

Rue Mercelis 27
B-1050 Bruxelles

+32 (0)2 511.89.59
info@cbcs.be
www.cbcs.be

Auteurs du rapport

Alain Willaert et Jacques Moriau

Coordinateur général

Alain Willaert

Conception graphique et production

www.witvrouwen.be

Editeur responsable

Michel Roland
Rue Mercelis, 27
1050 Ixelles



CONSEIL BRUXELLOIS DE
COORDINATION SOCIOPOLITIQUE

Organisme intersectoriel de coordination agréé par la Commission
communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale

RAPPORT INTERSECTORIEL 2018

Rédaction: Alain Willaert et Jacques Moriau

1. INTRODUCTION

- 1.1. Base légale et méthodologie
- 1.2. Contexte économique et politique

2. ANALYSE TRANSVERSALE DES RAPPORTS SECTORIELS 2017: CONSTATS

- 2.1. Un public de plus en plus précaire, un public de plus en plus divers
- 2.2. Access denied, réessayez!
- 2.3. Une complexité institutionnelle et un morcellement des compétences
- 2.4. Une société du contrôle
- 2.5. Une hyper-saturation des services
- 2.6. Des questions immuables, des pratiques à renouveler

3. RECOMMANDATIONS COMMUNES

- 3.1. L'autorité politique doit mener une politique efficace de lutte contre la pauvreté, en amont de l'intervention de nos services social-santé
- 3.2. Les services doivent bénéficier d'un cadre du personnel suffisant, adéquatement formé et non précaire
- 3.3. Le législateur doit favoriser l'intersectorialité
- 3.4. Nous devons mieux pouvoir ancrer la personne dans son milieu de vie

4. CONCLUSION: POLITISONS LES DÉBATS!

5. ANNEXE: POUR UN MEILLEUR ACCÈS AUX DROITS

1

INTRODUCTION

1.1. Base légale et méthodologie

Le présent rapport intersectoriel 2018 est rédigé en application de l'article 163 du décret de la Commission communautaire française du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'Action sociale, de la Famille et de la Santé (Moniteur Belge, 8 mai 2009).

Les organismes doivent élaborer au moins tous les cinq ans, un rapport qui contient pour chaque secteur représenté par l'organisme :

- Une description de l'évolution des pratiques du secteur ;
- Une analyse de l'évolution des problématiques sociales et de santé que rencontre leur secteur ;
- Une analyse de l'adéquation de l'offre de service du secteur avec les nouvelles problématiques sociales et de santé.

Il est aussi demandé que les organismes participent tous les cinq ans à l'élaboration d'un rapport commun à tous les secteurs de l'action sociale, de la famille et de la santé. Les organismes sectoriels agréés ont confié au CBCS la rédaction de ce rapport intersectoriel. Il a également été décidé d'inclure le rapport sectoriel de l'AMA dans cet exercice. Telles que rédigées, les pages qui suivent ont reçu l'aval des représentants des organismes sectoriels concernés.

Le CBCS est l'organisme intersectoriel de coordination agréé dans le cadre du décret. Le CBCS soutient la prise en

compte de la dimension transversale des missions des services et organismes en favorisant le dialogue intersectoriel, notamment via l'Inter fédération ambulatoire (IFA). C'est au sein de l'IFA que le présent rapport a été élaboré.

L'IFA est un groupe de travail permanent coordonné par le CBCS. L'IFA regroupe les représentants mandatés des organismes sectoriels de coordination et/ou de représentation agréés : FdSS, FSB, FEDITO BXL, FMM, LBFMS, CAMD, FLCPF, FBSP. Les représentants de la FCCSSD et FCPPF, deux fédérations non agréées, participent aux travaux de l'IFA. Les représentants de l'AMA sont invités aux réunions et en reçoivent les PV. Ce lien est important vu la complémentarité des différents secteurs ambulatoires avec celui des services d'aide aux sans-abris. L'objectif de l'IFA est l'échange d'information et la concertation sur des dossiers et thématiques que les participants mettent à l'agenda.

Le présent rapport s'appuie sur une lecture transversale des rapports sectoriels 2017 des organismes, de documents contextuels et des échanges tenus lors de réunions de l'IFA.

La teneur (contenu, qualité) de ce rapport intersectoriel est de ce fait tributaire de :

- la participation et l'implication volontaires des organismes sectoriels à son élaboration, via les réunions de l'IFA, lieu d'échange, de concertation et de coordination ;
- les données et informations contenues dans les rapports sectoriels ;
- la courte période de temps laissée entre la publication des rapports sectoriels et la finalisation du rapport intersectoriel, au regard des moyens humains disponibles.

1.2. Contexte économique et politique

Le contexte politique et économique ne pousse pas à l'enthousiasme. On entend souvent dire que les pouvoirs publics désinvestissent le secteur social-santé. Il faut nuancer : les programmes budgétaires alloués à nos secteurs ne diminuent pas, que du contraire. Pour s'en convaincre, il suffit de se pencher sur les budgets des entités fédérées, ils sont publics.

Bien entendu, il faut aussi tenir compte de coûts périphériques mais incontournables au bon fonctionnement d'une association pour lesquels la subsidiation s'érode : les aménagements de fin de carrière, les aides à l'emploi, la liste des dépenses admises comme justifiables, ... Ne perdons pas non plus de vue le niveau macro : en 2015, une enquête de la Fondation Roi Baudouin concluait que la « râpe à fromage »¹ budgétaire des pouvoirs publics faisait mal aux associations.

Ce que l'on est en droit d'affirmer, c'est que les financements publics ne correspondent plus aux besoins de la population pauvre et aux demandes adressées aux services. La saturation des services trouve sa source principale dans les conséquences sur la population des politiques d'austérité devenues permanentes. L'orientation politique actuelle démantèle nombres de dispositifs de l'état social.

Nous le lirons tout au long de ce rapport intersectoriel, les rapports sectoriels

2017 des différentes fédérations du social et de la santé pointent la précarisation croissante du public et la complexité des demandes qui découlent de la pauvreté mais aussi de notre société multiculturelle et globalisée, et la régression des législations en matière d'accessibilité aux droits sociaux. Ils dénoncent également les conséquences sur les plus pauvres de la prévalence du paradigme social-sécuritaire : le bénéficiaire d'allocations sociales est aujourd'hui stigmatisé comme assisté et le travailleur social voit son rôle réduit à celui d'un avocat rappelant l'existence du droit. Le tout sur fond de suspicion généralisée à l'encontre des publics et des professionnels.

Le modèle d'organisation actuel de la société privilégie le marché. Tout au marché, car tout est marché. Les agissements individuels se réguleraient naturellement et les inégalités sociales et économiques seraient en grande partie causées par l'interventionnisme étatique. Les arguments démontrant

¹ Voir sur le site du CBCS : <http://www.cbcs.be/La-rape-a-fromage-budgetaire-des>

l'ineptie de cette pensée sont évacués comme rétrogrades défendus par des gens dépassés par leur temps. La technique pour réduire « l'interventionnisme de l'Etat » est connue : on vote des budgets structurellement insuffisants tout en annonçant des recettes jamais atteintes, pour en dénoncer ensuite les dépassements et réclamer de nouvelles économies.

La réforme du code des sociétés voulue par l'actuel Gouvernement fédéral et qui, sous prétexte de simplification technique, vise à y intégrer les ASBL et fondations gomme l'identité même du Non-Marchand : la seule différence entre une association à finalité sociale et une société commerciale serait l'affectation de ses recettes, soit une distinction opérée à partir des activités et non de l'objet social.

La loi fédérale de « contrats associatifs » qui permet la génération d'un revenu complémentaire de 6.000 EUR par an exonérés d'impôt et sans droit social pour toute personne qui travaille au moins 4/5 ETP manque de respect pour les professions que l'on retrouve dans nos secteurs d'activités en social et santé. Il participe à l'idée que nos emplois ne demandent aucune qualification et que tout un chacun peut les exercer sans formation préalable.

Ajoutons à cela la justice de classe, la priorité donnée à la lutte contre la fraude sociale sur la fraude fiscale, la restriction des libertés individuelles d'une partie de la population pour raison sécuritaire... Le tableau révèle de sombres couleurs. Ce contexte fait glisser le lien entre associatifs et pouvoirs publics d'un modèle de « liberté subsidiée » (L'Etat subventionne des organisations sur base de leur finalité et missions, définies ensemble, et coconstruit avec elles la manière de les remplir), vers un modèle de sous-traitance, le financement par

thématique et projet, ce qui demande au service subventionné plus de temps pour monter des dossiers et les justifier, là où un seul rapport d'activité global et une comptabilité par service pourraient amplement suffire.

Aujourd'hui, tant les pouvoirs publics que les cadres associatifs planchent sur des nouveaux modes d'organisation de la première ligne d'aide et de soins. Si les seconds imaginent des modélisations qui font fi des barrières institutionnelles et recommandent la porosité des sources de financement, les premiers ne peuvent et/ou ne veulent agir qu'à partir de la fragmentation institutionnelle des allocations budgétaires trop cloisonnées et des champs de compétences de chaque ministère.

2 ANALYSE TRANSVERSALE DES RAPPORTS SECTORIELS 2017 : LES CONSTATS

2.1. Un public de plus en plus précaire, un public de plus en plus divers

40 ans après la fin des « Trente glorieuses », 10 ans après la crise financière de 2008, 5 ans après le premier rapport intersectoriel, les résultats de décennies de politiques néo-libérales apparaissent de plus en plus clairement aux yeux des acteurs du secteur social/santé d'une métropole occidentale comme Bruxelles. La précarisation des « inutiles au monde »² et des laissés pour compte devient un phénomène structurel, un système, qui se renforce année après année.

Les situations que les professionnels du secteur ont quotidiennement dans leurs salles d'attente ou leurs bureaux ne sont plus seulement le produit de parcours malheureux ou d'événements inattendus mais, de plus en plus souvent, la conséquence d'un enchevêtrement de décisions politiques, de logiques économiques et d'une évolution sociétale globalement subie et acceptée sinon désirée.

Sur fond de paupérisation³ de la partie de la population la moins armée face au marché de l'emploi, une série de

dynamiques renforce les processus de déstabilisation et d'exclusion des publics pour lesquels nous sommes amenés à travailler : difficulté d'accès au logement décent, rigidification des règles administratives, dissolution des solidarités informelles et des appuis familiaux, ... Au-delà des questions d'ordre médical, c'est sur de multiples aspects sociaux (déterminants de la santé) qu'il s'agit d'intervenir. Avant de mettre en place un accompagnement psychologique, c'est à l'altération des conditions de vie qui participent d'une bonne santé mentale qu'il faut remédier.

² Castel R., *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris, Fayard, 1995.

³ 1/5^{ème} de la population perçoit des allocations sociales ou un revenu de remplacement (Baromètre social, 2016)

La demande avec laquelle arrive l'utilisateur dans nos services cumule ainsi de nombreuses dimensions entremêlées qui rendent l'intervention de plus en plus lourde et complexe.

Ce véritable « entortillement » de problèmes qui se renforcent les uns les autres a des conséquences multiples, tant en matière d'adéquation du recours (l'utilisateur n'est pas toujours au bon endroit, le service doit s'occuper de questions qu'il ne maîtrise pas), qu'en durée de prise en charge (les demandes s'accumulent sans fin, les prises en charge deviennent interminables), ou en matière d'usage approprié des compétences (l'imbrication entre des problématiques sociales et de santé obligent beaucoup de services à faire « un peu de tout » ou à répondre à des besoins de première nécessité).

Cette réalité de terrain fait que les spécificités des services ne sont pas utilisées de façon optimale. C'est l'organisation générale du secteur social/santé qui est mise à mal par les difficultés que cela fait peser sur le travail intersectoriel, que ce soit l'impossibilité croissante des réorientations du fait de la saturation, l'urgence des demandes à rencontrer ou le fait que le travail de fond soit submergé par les besoins primaires.

Trois tendances transversales aux rapports sectoriels alourdissent encore ce tableau : une croissance de la vulnérabilité des jeunes et des personnes âgées, une généralisation des troubles de santé mentale, un multiculturalisme qui engendre des difficultés spécifiques dans la relation d'aide :

→ De nombreux secteurs pointent, selon leur aire d'intervention, soit le rajeunissement, soit le vieillissement du public qui s'adresse à eux. Cette évolution semble dénoter une fragilisation des plus fragiles, de ceux qui éprouvent des difficultés à s'intégrer

dans le système ou qui, par leur âge, s'en trouvent exclus.

- Une deuxième tendance transversale, déjà fortement présente dans le rapport intersectoriel 2013, est la généralisation des troubles de santé mentale.
- Enfin, reflet de l'intensification des dynamiques de globalisation et de migration, le multiculturalisme et la présence de personnes sans papier posent des problèmes spécifiques aux professionnels (difficulté de compréhension, hostilité, méfiance, conflits de valeurs...).

De tout cela naît l'intuition que, aujourd'hui, l'ensemble des marges de la société productive et consommatrice sont touchées par la précarisation.

C'est au sens propre que l'on assiste à la marginalisation des classes populaires, à la production, quasi instituée, d'une fracture entre ceux qui participent et tirent un relatif profit du système et ceux qui en sont expulsés, confinés à ses limites et à celles d'une vie décente.



Epinglé à propos de la précarisation croissante du public et la complexité des demandes qui découle de la pauvreté mais aussi de notre société multi-culturelle et globalisée

Dans le rapport sectoriel du secteur Santé mentale

« Des contextes sociétaux durs, voire féroces, maintiennent des personnes ou des groupes dans des vécus angoissants qui ne font que renforcer leur vulnérabilité ou qui limitent leur accès aux soins. La paupérisation d'une partie de la population bruxelloise s'accroît, avec pour conséquences des inégalités sociales quotidiennement constatées et des modes d'existence plus proches de la survie que de la vie ordinaire. Les effets sur le plan psychique ou psychiatrique sont considérables. Nombre de situations psychiatriques stables décompensent de manière aiguë quand les sécurités de base sont amoindries mais également quand des mécanismes de suspicion systématisés deviennent la règle. »

Pour les Services de Santé Mentale, ces situations entraînent logiquement une augmentation des demandes et un encombrement structurel des services, mais bien évidemment aussi des réalités de prise en charge qui changent le travail et demandent des adaptations importantes. » (p.3)

« La part sociale des problèmes des gens ne cesse d'augmenter, entraînant des vécus de peur et d'incertitude. Ces phénomènes installent les personnes dans des états de dépassement et de débordements durables. Leurs difficultés sont tellement multiples et intriquées qu'ils n'ont plus de possibilités de discernement. Ils sont agités par les événements plus qu'ils n'agissent sur ceux-ci. Ils sont à la recherche d'une réponse immédiate pour changer leur situation sociale. Le recours au Service de Santé Mentale se fait sur le mode de l'urgence, parfois même dans une sorte de geste désespéré. » (p.4)

Dans le rapport sectoriel du secteur des Soins palliatifs

« Augmentation de la complexité des prises en charge, par suite de :

- La précarisation et la dissolution du tissu social, entraînant une multiplication des démarches sociales à effectuer;*
- La multiculturalité*
- ... » (p.8)*

Dans le rapport sectoriel du secteur des Centres de Planning familial

« Dans le cadre de notre enquête, 100% des centres répondants ont affirmé constater une précarisation croissante de leur public. Parmi eux, 85% consi-

dèrent également que les demandes des bénéficiaires se complexifient, en raison de problématiques multifactorielles.» (p.15)

«Les consultations sociales sont de plus en plus demandées. Le motif principal est la situation précaire dont on peine à sortir. Cela peut concerner le logement, le surendettement, le décrochage administratif, la demande de régularisation, mais aussi des situations de violence et de maltraitance que ce soit au sein du foyer ou sur le lieu de travail. En matière de droit social, ce qui revient systématiquement comme difficulté est la complexité administrative du système de soins et d'aide sociale face à laquelle l'utilisateur, déjà fragilisé, ne sait plus comment agir.» (p.14)

«Dans le contexte de la crise migratoire, les centres de planning familial sont, depuis quelques années, amenés à accompagner, parmi leurs bénéficiaires, des personnes primo-arrivantes. Outre que la méconnaissance de la langue d'une part et du système de santé belge d'autre part sont déjà des obstacles importants pour l'accès aux soins et à l'aide sociale de ces personnes, la multiculturalité confronte aussi parfois les systèmes de pensées sur des thématiques éthiquement délicates.» (p.17-18)

Dans le rapport sectoriel de l'Aide et soins à domicile

«L'ensemble des secteurs de l'ambulatoire bruxellois dénonce la précarisation croissante des publics aidés, ce qui confirme les projections réalisées par le bureau fédéral du plan.

Les situations sociales des bénéficiaires sont de plus en plus lourdes en raison de la paupérisation de la population, de l'isolement social, de l'éclatement des familles... Le cumul de ces facteurs avec la complexification des profils de bénéficiaires (bénéficiaires très âgés, polyhandicapés, atteints de troubles psychiques ou psychogériatriques) nécessite une adaptation de la prise en charge à domicile. A côté des bénéficiaires âgés, il existe également un nombre croissant de bénéficiaires plus jeunes dont la situation est extrêmement complexe.

Conséquences

- L'aide et les soins à mettre en place sont plus lourds et plus complexes
- Les prestataires demandent des formations pointues ou très ciblées» (p.7)

Dans le rapport sectoriel de l'Action sociale globale

«Les équipes sociales se trouvent confrontées à un public pressé. L'utilisateur apporte une urgence à la permanence sous la forme d'un courrier de rappel,

d'une menace d'expulsion de son domicile ou encore de perdre son droit social. Les individus qui n'entrent pas ou plus dans les cases imposées par la société moderne se retrouvent perdus dans le système. Les portes des institutions, des services aux personnes, se ferment car il n'y a plus assez de temps à leur consacrer. Le suivi social de ces personnes nécessite du temps et l'effort de leur laisser un espace de parole. Devons-nous entrer dans l'urgence et l'impatience que la société impose aux individus qui la composent? Quitte à faire plier jusqu'à la rupture, l'épuisement, les personnalités qui s'écartent de la norme? Devons-nous accepter que la société crée des urgences qui ne lui sont pas nécessaires afin de démontrer sa faculté de domination sur les personnes les moins aptes à s'y opposer?» (p.27)

Dans le rapport sectoriel du secteur de la Médiation de dettes

«Sur base du compte rendu de la réunion du 13 juin 2017 organisée avec l'ensemble des coordinateurs des services de médiation de dettes, on relève par ordre d'importance les problématiques suivantes:

→ *De plus en plus de pauvreté et de surendettement structurel (avec comme corollaire pour le professionnel la difficulté à faire reconnaître l'insolvabilité des personnes aux créanciers)*

Les revenus trop faibles des personnes et l'augmentation du nombre des dettes par ménage; Le surendettement structurel c'est-à-dire les ménages ayant des budgets déficitaires (ressources inférieures aux dépenses de base); Les budgets en total déséquilibre résultant de revenus trop faibles; De plus en plus de précarité, de moins en moins de disponible pour rembourser les dettes ou payer les factures avec la difficulté de trouver des solutions et de faire reconnaître l'insolvabilité; L'insolvabilité n'est pas reconnue par la loi! Les insolubles et le surendettement structurel: le manque de solutions spécifiques. Les frais liés au logement (loyer et charges) sont disproportionnés pour assurer une guidance budgétaire stable; les difficultés d'accès au travail.

→ *Un public de plus en plus précarisé: des problématiques de santé, de santé mentale, analphabétisation, assuétudes,... qui génère ou aggrave les situations de surendettement (avec comme corollaire pour les professionnels la difficulté d'assurer un suivi social de qualité)*

La complexité des demandes: multi-facteurs liés à l'endettement (problèmes psychologiques, sociaux, médicaux, etc): ceci entraîne des difficultés de collaboration et nécessite un très gros investissement pour assurer un accompagnement social adéquat; Problèmes de langue, de compréhension; Analphabétisation, manque d'instruction du public qui génère ou aggrave le surendettement (mauvaise connaissance de ses droits et de

ses devoirs, mauvais réflexes, mauvais « choix »); Mauvaise gestion financière des personnes au quotidien (priorités); Difficile dans certains dossiers où il n'y a qu'un seul membre du ménage qui veut entamer une médiation de dettes (dans les couples, ou dans les ménages où les enfants adultes ont un revenu mais ne donnent rien à leurs parents); le nombre d'indépendants en difficultés augmente; Dossiers beaucoup plus complexes, plus de dettes = temps plus important à consacrer à chaque dossier; Une complexification des dossiers en médiation de dettes.» (p.22)

Dans le rapport sectoriel du secteur des Maisons d'accueil

« Les familles ont donc de plus en plus de mal à faire face à leurs dépenses, et se retrouvent contraintes de demander à l'aîné de la fratrie de quitter le domicile familial pour que le reste de la famille puisse s'en sortir financièrement. Même si cela ne concerne pas la majorité des jeunes hébergés, il n'en apparaît pas moins que la situation économique de la famille est devenue un vrai motif poussant les 18-24 ans à entrer en maison d'accueil.

Par ailleurs, l'aide alimentaire est une nécessité pour 55.000 personnes en Région bruxelloise. Pour un grand nombre de personnes, elle constitue un complément nécessaire et structurel à l'insuffisance de revenus, qu'il s'agisse des revenus du travail ou des allocations sociales.» (p.43)

2.2. Access denied, réessayez !

Le récent rapport de l'Observatoire de la santé et du social bruxellois⁴ le montre de façon incontestable : l'accès aux droits sociaux en région bruxelloise est de plus en plus ardu, ce qui génère de nombreuses situations de sous-protection sociale.

⁴

Observatoire de la santé et du social de Bruxelles, Aperçu du non-recours aux droits sociaux et de la sous-protection sociale en Région bruxelloise, Cahier thématique 2016, Commission communautaire commune, Bruxelles, 2017. <http://www.cbcs.be/Non-recours-aux-droits-sociaux-et-sous-protection-sociale-a-Bruxelles>

Même lorsque la législation se montre favorable à certains demandeurs, c'est au niveau de son application que les normes et les règles administratives empêchent l'accès. La complexité des procédures, leur caractère bureaucratique, leur inaccessibilité langagière découragent beaucoup d'usagers dès les premiers contacts avec les administrations.

Sur le chemin de l'accès aux droits beaucoup d'autres barrières font encore obstacle : la digitalisation des documents administratifs et de leur gestion, la prolifération des critères d'octroi, le renforcement des procédures de contrôle,...

A l'activation et à la conditionnalité généralisées s'ajoute une atmosphère générale de suspicion et de contrôle

qui relègue le travailleur social à un rôle d'accompagnement et de défenseur du demandeur. Un temps important de la prise en charge est ainsi consacré à simplement faire respecter les droits des usagers et à déjouer les embûches administratives.

Il faut, par ailleurs, également constater dans beaucoup de secteurs de l'aide et du soin un durcissement des législations: droit du chômage (limitation dans le temps), mise en place du PIIS, réforme de l'AMU, réforme de l'aide juridique, contrôle accru des incapacités de travail... Ici aussi se profile un tableau dans lequel

les décisions politiques semblent prises ces dernières années essentiellement pour contrecarrer d'hypothétiques fraudes, ce qui, dans les faits, rend la vie plus difficile aux personnes en situation précaire.



Epinglé à propos de la régression des législations en matière d'accessibilité des droits sociaux

Dans le rapport sectoriel de l'Action sociale globale

« (...) il convient de pointer une série de reculs législatifs en matière d'accès aux droits fondamentaux des personnes, observés ces dernières années. Cette évolution influence directement la nature des demandes arrivant dans les Centres d'Action Sociale Globale. Elle relève de différents champs sociaux et prend une multitude de forme. Relevons notamment:

- **L'augmentation des critères d'accès et de contrôle relatif au droit du chômage**
- **La mise en place du PIIS dans les CPAS**
- **La réforme de la Justice et accès pour le justiciable**
- **La digitalisation et la fermeture de guichet au niveau des services et des administrations publiques**
- **Les politiques de lutte contre la fraude sociale (contrôle des données énergétiques des allocataires sociaux...)**
- **Le changement de loi sur le secret professionnel dans le cadre de la lutte contre le terrorisme**

- *La diminution de la durée de séjour en milieu hospitalier*
- *L'application restrictive et arbitraire de l'AMU*
- *La politique migratoire sécuritaire*
- *...*

La liste est longue et non exhaustive. Elle nous permet de souligner la tendance générale des politiques sociales et de santé mises en place récemment: austérité, sécurité, contrôle et suspicion donnent le ton et marquent le contexte d'intervention des CASG. Ces politiques ont pour effet de renforcer les phénomènes d'exclusion, de précarisation et de paupérisation de nos publics et fatalement influent sur le type de problématiques auxquelles le secteur est amené à répondre.» (p.7)

Dans le rapport sectoriel du secteur de la Médiation de dettes

« Nous constatons également un net recul par rapport aux diverses législations mises en place depuis les années 90 et qui permettaient dans certaines situations de surendettement structurel d'octroyer des remises de dettes afin de permettre aux personnes de pouvoir repartir à zéro et de se réinsérer dans la société.» (p.32)

« Nous constatons de plus en plus sur le terrain que les créanciers mettent en place des procédures standardisées de recouvrement de leurs créances qui imposent le remboursement de la dette dans un délai déterminé quelle que soit la situation financière du ménage.» (p.33)

Dans le rapport sectoriel du secteur Santé mentale

« Une préoccupation unanime est ressortie des entretiens menés avec les représentants des équipes de Services de Santé Mentale. Tous se sont entendus pour dénoncer un phénomène qui devient structurel. Les dernières années ont vu des changements législatifs ou de réglementation se mettre en place. Ils sont liés aux politiques menées dans le pays, et conduisent à une intensification de la précarisation financière et matérielle, des difficultés d'accès au logement, à l'emploi, aux allocations d'aide, au CPAS, aux soins, et à des conditions d'existence très problématiques pour certaines catégories du public... Le phénomène est clairement perçu comme en extension.

D'aucuns parlent de certains de leurs patients en les qualifiant de « nouveaux exclus des moyens de subsistance » victime d'inégalités et de discriminations inquiétantes.» (p.6)

2.3. Une complexité institutionnelle et un morcellement des compétences

Les professionnels du secteur social/santé sont confrontés à un autre obstacle dans la réalisation de leurs missions, et ce particulièrement en Région de Bruxelles-Capitale : la complexité institutionnelle.

L'effet ressenti de la récente VI^{ème} réforme de l'Etat qui a vu de nouvelles compétences attribuées majoritairement à la Commission communautaire commune, est celui d'une plus grande incohérence du paysage institutionnel de la Région. Quatre entités fédérées se partagent les compétences qui concernent directement les Bruxellois et cohabitent avec un Etat fédéral dont les choix politiques impactent souvent négativement la vie quotidienne de nos publics.

Les compétences social/santé, ou en lien direct avec celles-ci, sont émiettées - sans grande logique, vu du terrain - entre une série de responsables politiques. Et il est difficile de répondre aux contraintes et de faire place au travail de coordination qui permettrait d'éviter blocage et contre-sens. Les exemples foisonnent de législations qui s'entrecroisent, dont l'une rend difficile ou empêche dans les faits l'application de l'autre, qui complexifient les recherches de solutions aux problèmes vécus par les usagers ou qui rendent illisibles les objectifs recherchés.

On pourrait ainsi citer l'influence des réformes de la psychiatrie adulte et infanto-juvénile ou de la psychothérapie sur l'activité des services de santé mentale, la dissonance entre les politiques drogue menée par le fédéral et celles préconisées au niveau régional, la politique d'aide aux personnes sans abri ou encore l'influence du plan e-santé sur les pratiques de terrain.

Cette situation a évidemment des effets importants sur les efforts réalisés au jour le jour par les différentes équipes. Le manque d'intégration qui résulte de notre histoire institutionnelle complique la coordination entre les différents acteurs et donc la continuité de l'aide et du soin.

Mais c'est au niveau du secteur social/santé tout entier que les répercussions de cet état de fait sont les plus dommageables : les différences de missions, de cadre, de financement qui contraignent les offres de service échappent aux usagers qui ne voient qu'incohérence et inefficacité ; le morcellement des acteurs et des injonctions qui guident leurs actions empêchent de définir une stratégie globale qui accorderait les moyens aux fins.

Cette diffraction des actions et des volontés des différents acteurs publics brouille enjeux et visées, rend difficile la vision d'un objectif partagé, d'une volonté politique compréhensible, discutable, partageable. Pour reprendre le thème de l'AG 2018 du CBCS : c'est quand qu'on va où ?



Épinglé à propos de la complexité institutionnelle et morcellement des compétences

Dans le rapport sectoriel de l'Aide et soins à domicile

« Aborder l'aide ou les soins à domicile à Bruxelles dans son ensemble, c'est plonger dans un tourbillon de réglementations en fonction de la politique linguistique de chaque institution, dont les champs de compétences varient et dont les définitions données à l'aide et aux soins englobent différentes politiques.

Face à cette complexité, comment les personnes qui habitent Bruxelles, c'est-à-dire nos bénéficiaires potentiels, s'y retrouvent-elles ? Elles sont d'autant plus perplexes qu'elles ont la liberté de choisir à quel service ou centre elles vont s'adresser. Mais sur base de quels critères ? A quel prix ? Avec quelle garantie de qualité ? Quelle différence y a-t-il entre un service d'aide et un service de soins ? A qui téléphoner pour obtenir une garde la nuit ? Est-il plus avantageux de faire appel à une société titres-services ? Et si je prenais quelqu'un au noir, ce ne serait pas plus simple ? » (p.4)

Dans le rapport sectoriel du secteur Toxicomanies

« En Belgique et à Bruxelles, les politiques en matière de drogues subissent les répartitions de compétences peu cohérentes qui se sont accumulées au fil des réformes de l'Etat. Les politiques de santé sont aujourd'hui éclatées entre les niveaux fédéral, régional et communautaire, et entre les commissions communautaires à Bruxelles... Si effectivement la 6ème réforme de l'État a pu aller plus avant dans la régionalisation des compétences et dans la clarification de leur partage, il subsiste d'importantes difficultés liées, grosso modo, à des compétences régaliennes dans le chef du fédéral, et des compétences de santé et de prévention et sécurité dans le chef des commissions communautaires et régions. » (p.3)

« Vu l'organisation institutionnelle bruxelloise, et sachant que les problématiques drogues relèvent actuellement encore de la santé et de la sécurité, il n'existe pas de cadre commun, de socle commun minimum à l'ensemble des services membres de la Fedito Bxl. La plupart relèvent de la Cocof, et plus spécifiquement du décret ambulatoire. Certains pourraient intégrer le cadre de financement du décret de promotion de la santé, suite à l'appel à projets lancé en 2017 et dont les résultats sont inconnus à ce jour. D'autres, qui relevaient de l'INAMI au niveau fédéral, ont été transférés à la Cocom (l'un des six services concernés a choisi la Cocof) : un cadre d'agrément est encore à définir au sein de la Cocom. Enfin, il existe aussi un service rele-

vant de la Région, dans le cadre « sécurité & prévention », compétence qui a été l'objet de davantage de transfert lors de la 6ème réforme de l'Etat.

Les cadres de financements et d'agrément sont donc très différents. Et entre les différents services, même ceux agréés par une même autorité subsidiaire, on constate des disparités importantes, en fonction du nombre et du type de missions reconnues au service, du nombre d'antennes, des publics, des méthodologies, etc.» (p.4)

Dans le rapport sectoriel du secteur Santé mentale

« Sur les aspects législatifs. Il faut rappeler que les politiques fédérales ont toujours un impact régional qui nécessite un travail de collaboration beaucoup plus intense avec les ministres de tutelles. Pour ce faire, il nous semble essentiel de doter les secteurs de moyens de recherche et d'études permettant d'objectiver les problématiques et les réponses à y apporter. Ceci dans la perspective d'éclairer le politique. » (p.22)

Dans le rapport sectoriel du secteur des Soins palliatifs

« 6ème réforme de l'Etat: éclatement du secteur palliatif ambulatoire bruxellois et complexité institutionnelle bruxelloise, renforçant la nécessité d'organiser une articulation entre les structures existantes afin de favoriser la concertation entre les acteurs :

- 4 équipes d'accompagnement multidisciplinaires à Bruxelles (« équipes de soutien »), dont 2 seront gérées par Iriscare au sein de la COCOM, 1 passera à la VG et 1 à la Communauté Française, alors que la plate-forme reste dans le giron de l'administration COCOM.*
- Aucune de ces équipes ne partage le même pouvoir organisateur que la plate-forme de soins palliatifs, comme dans la plupart des autres régions territoriales du pays, avec comme conséquence une absence de mutualisation des moyens.*
- 2 structures ambulatoires innovantes qui sont subsidiées uniquement dans le cadre du décret ambulatoire COCOF. » (p.2)*

Dans le rapport sectoriel du secteur des Centres de Planning familial

« (...) au niveau fédéral, il devient urgent de pallier la pénurie de médecins généralistes qui se rapproche. Quoi qu'en pense notre ministre fédérale des Affaires sociales et de la Santé publique, cette pénurie est réelle et les centres rencontrent de plus en plus de difficultés à recruter des médecins,

qui plus est des médecins généralistes ayant été formés à la pratique de l'avortement.» (p.22)

«L'accessibilité aux soins ne sera également que renforcée si le cadre législatif se voulait plus cohérent, favorisant la coordination des actions entre tous les acteurs de l'ambulatoire, voire du secteur social- santé. Fluidifier les trajectoires intersectorielles des bénéficiaires ne peut que leur être favorable. Faire tomber les barrières limitant l'accès aux soins et à l'aide sociale implique également de réfléchir à une meilleure intégration des forces en présence, en veillant toutefois à ne pas gommer les spécificités de chaque acteur – la pluridisciplinarité en matière de vie relationnelle, affective et sexuelle pour les centres de planning – dont les actions doivent se penser complémentaires.» (p.23)

2.4. Une société du contrôle

En filigrane des différents rapports sectoriels apparaît une tendance inquiétante qui dépasse de loin les enjeux propres au secteur social/santé bruxellois : l'extension d'une organisation sociale reposant sur le contrôle et la gestion sécuritaire des laissés pour compte.

Après avoir été défini comme opprimé (années 1960 et 70) et précaire (années 1980 et 1990), le bénéficiaire d'allocations ou d'aides sociales est pointé aujourd'hui comme assisté et sommé de s'activer pour pouvoir bénéficier de soutien. Le renforcement d'une lecture individualisante et responsabilisante des malheurs et des difficultés se fait dans un climat de suspicion généralisée à l'égard de ceux qui se trouvent dans l'incapacité de jouer le jeu d'une société de la concurrence et de l'excellence.

Ceux qui ont le moins sont ceux à qui il est demandé de donner le plus : de gages, de signes de bonne volonté, d'obéissance. Dans un monde sans horizon, les conditions de la survie sont liées à la stricte observance de règles et

à l'examen permanent de la conformité de sa situation (AMU, PIIS, allocation de chômage, malades de longue durée...)

Cette évolution inquiétante force les travailleurs du secteur à renoncer à leur mission d'accompagnement ou de soin pour devenir l'avocat de l'usager. Un temps considérable est en effet consacré de plus en plus souvent à monter des dossiers, à défendre l'usager devant les instances administratives concernées ou, tout simplement, à faire respecter le droit.



Epinglé à propos de la prévalence du paradigme social-sécuritaire

Dans le rapport sectoriel du secteur Toxicomanies

« Pourtant, c'est cette logique de la « tolérance zéro » qui prévaut dans le dernier arrêté royal concernant les substances stupéfiantes et psychotropes, publié le 26 septembre 2017. Cet arrêté royal tourne notamment le dos à la maigre tolérance organisée depuis une douzaine d'années à l'égard du cannabis. Plus généralement, cet arrêté royal réinsiste sur le fait que tout usage de drogues doit être prohibé et sanctionné, en référence à la loi de 1921.

Un autre élément interpellant dans cet arrêté royal du 26 septembre est le fait qu'il ait été passé en toute discrétion, sans aucune consultation ni même information du secteur spécialisé, et ce dans quelque région que ce soit. » (p.3)

« Les problématiques drogues connaissent aujourd'hui des évolutions fortes et inquiétantes, aussi bien concernant le public (davantage précarisé) que concernant les produits (nouvelles substances psychoactives, nouveaux modes de production, d'achat et de délivrance). Or, ces évolutions ne sont pas prises en compte par le cadre législatif et les seules réponses données relèvent avant tout d'un cadre criminalisant: si les politiques drogues relevaient davantage de la santé publique, nous aurions depuis longtemps des salles de consommation à moindre risque, interdites actuellement parce que pouvant être considérées comme « facilitant la consommation », ce qui est sanctionné par la loi de 1921. » (p.20)

Dans le rapport sectoriel du secteur Santé mentale

« On est de plus en plus sollicités dans un rôle d'expert par des intervenants sociaux pour parer aux effets des politiques sociales. C'est une nouvelle forme de psychologisation et de psychiatrisation du social qui instrumentalise les professionnels du secteur. Tous les secteurs sont touchés, aide sociale (CPAS), logement social, indemnités mutuellistes,.... » (p.21)

2.5. Une hyper-saturation des services

Rien de nouveau : tous les services ambulatoires et d'hébergement sont saturés ! Ce qui est nouveau cependant est que cette saturation s'aggrave encore.

Que ce soit dans les maisons d'accueil, les maisons médicales, les services de santé mentale, les services de santé, les services de médiation de dettes ou de soins palliatifs, le constat est partagé : les listes d'attente s'allongent, le nombre d'inscriptions est limité, les suivis sont réduits dans le temps pour libérer de la place alors qu'ils devraient se poursuivre ou se prolonger indéfiniment par manque de solutions adéquates, les durées d'hébergement s'allongent, les réorientations s'avèrent impossibles faute de places,...

Cette situation met évidemment en lumière la disparité croissante entre la demande émanant du public et l'offre de services. S'il y a saturation, c'est d'abord parce que les moyens ne permettent pas de répondre à l'ampleur des demandes qui s'accumulent. Mais c'est aussi ici que l'on mesure la dégradation des conditions de vie qui touche la frange la plus précarisée de la population. Comme nous le décrivions à l'entame de cette analyse, les problèmes dont les demandeurs sont porteurs sont de plus en plus complexes, de plus en plus enchevêtrés entre carences matérielles, difficultés administratives, logement inexistant ou inadéquat, détresse psychique, ignorance des langues vernaculaires... Ce type de cas - qui se multiplie - nécessitent un investissement en temps et en énergie qui ne peuvent être consacrés à d'autres sollicitations, amorçant ainsi le phénomène d'engorgement.

Un second mécanisme explique la surcharge. La complexité accroît les

besoins de réorientation et de travail intersectoriel ou en réseau. Outre que la recherche d'un service approprié, comme indiqué supra, prend énormément de temps, il exige un travail de suivi et de coordination qui n'est prévu ni dans la définition des missions, ni dans les fonctions dévolues aux différents services. Pour assurer ce suivi, chaque association doit trouver à dégager des moyens normalement alloués aux missions de base et donc aggraver encore un peu plus le niveau de saturation. Finalement, tout le monde est perdant : les usagers trouvent moins de réponse ou de moins bonne qualité à leurs demandes ; les professionnels travaillent dans le stress et l'impuissance.



Epinglé à propos de l'Hyper-saturation des services

Dans le rapport sectoriel du secteur des Maisons d'accueil

« Le secteur des maisons d'accueil étant saturé, chaque jour des dizaines de personnes subissent des refus. Il arrive également que l'on refuse un hébergement car l'établissement ne dispose pas des infrastructures et de l'encadrement suffisant pour accueillir certains profils. C'est le cas notamment pour des personnes présentant d'importants troubles psychiatriques, des handicaps lourds ou des problèmes de santé limitant leur autonomie, mais aussi les personnes déficientes intellectuellement, les toxicomanes, les alcooliques, les personnes relevant de la défense sociale, sortant d'institutions ou d'hôpitaux, ou encore qui ne sont pas en ordre sur le plan administratif et de séjour. » (p. 49-50)

Dans le rapport sectoriel du secteur des Maisons médicales

« Malheureusement 80% des équipes se trouvent obligées de limiter les inscriptions pour préserver la qualité des soins. Pour rappel il y a 5 ans, seules 50% des maisons médicales étaient concernées par la limitation des inscriptions. » (p.17)

Dans le rapport sectoriel du secteur Santé mentale

« Le constat n'est pas neuf et d'année en année, la saturation produit ses effets dans toutes les équipes. Allongement des temps d'attente en lien avec l'augmentation des demandes. Difficultés à mettre en place des suivis combinant régularité et fréquence suffisante. Diminution du temps nécessaire à la mise en place d'action en prévention. Choix impossible entre les besoins en termes de soins psychiatriques et de prise en charge de la détresse psychique d'origine sociale. Augmentation de la durée des prises en charge qui rend l'accès aux soins psychiques ambulatoires plus difficiles. » (p.20)

Dans le rapport sectoriel du secteur des Centres de Planning familial

« D'année en année, la saturation croissante des services de planning familial engendre une pression de plus en plus forte sur les équipes. 86% des répondants à l'enquête constatent une saturation croissante de leur service depuis ces 5 dernières années. La consultation psychologique semble particulièrement touchée. Les demandes en consultations sociales et juridiques sont de plus en plus nombreuses. Le dilemme entre l'accueil de tous et

l'accès pour tous aux soins de santé d'une part, et le maintien d'une offre de soins de qualité d'autre part, reste toujours sans réponse. De plus, la surcharge de travail due à une augmentation des demandes pose un véritable problème quant au bien-être des travailleurs au sein du centre». (p.8)

« Il faut également souligner que la réorientation est souvent difficile, voire impossible pour certains. La surcharge des autres services, la distance géographique entre ceux-ci, la méconnaissance de la ville au-delà de son quartier, la méconnaissance des transports en commun, le manque de moyens financiers, les difficultés liées au langage... sont tout autant d'obstacles qui peuvent couper court à la résolution du dossier d'un bénéficiaire. Dans l'enquête menée auprès des centres, 56% des répondants ont déclaré être régulièrement, voire souvent, dans l'impossibilité de réorienter un bénéficiaire pour cause de saturation des autres services. » (p.7)

« Sur le plan institutionnel, les pratiques professionnelles au sein des centres de planning familial sont fortement influencées par le cadre agréé par la COCOF, et le grief probablement le plus important se situe au niveau de l'absence de financement de la fonction de coordination et de gestion, couplée à l'obligation d'être tenue par un membre de l'équipe pluridisciplinaire. » (p.9)

Dans le rapport sectoriel de l'Aide et soins à domicile

« La demande en aide à domicile, au sens le plus large, est indéniablement présente sur le marché bruxellois et il semblerait logique que nos secteurs aide et soins se développent. Le blocage du contingent n'a jamais permis cette extension de périmètre. Les demandes sont fortes et les services agréés ne pouvant répondre à l'afflux de demandes, toutes sortes de concurrences envahissent le marché bruxellois. Agences Titres-Services, sociétés privées en tout genre, agences d'intérim belges ou étrangères, dames de compagnies, infirmières et d'autres proposent des services à domicile avec des conditions de travail, de salaire et de qualifications qui ne correspondent pas aux obligations des services agréés par la COCOF, la COCOM ou la VGC.

La réalité de terrain est complexe. Les bénéficiaires ne connaissent généralement pas la mosaïque de législations et ne font pas forcément la différence entre toutes les offres de service qu'on trouve sur le marché. Les demandes reçues par les services sont majoritairement accompagnées d'un besoin immédiat et urgent de prise en charge qui, faute de moyens suffisants, n'est pas toujours rencontré.

Depuis de nombreuses années, les centres de coordination sont sollicités par les hôpitaux, qui raccourcissent les durées de séjour pour la mise en

place de multiples HAD (hospitalisation à domicile). Aucune compensation financière régulière à moyen terme n'est garantie par les divers pouvoirs subsidiants.» (p.12)

Dans le rapport sectoriel du secteur de la Médiation de dettes

«Les services sont actuellement hyper saturés. Les délais d'attente ne cessent d'augmenter et de nombreux services sont obligés de travailler à bureaux fermés et de réorienter les nouvelles demandes vers d'autres services sachant que la situation est la même partout. Les services de médiation de dettes agréés par la COCOF qui sont tous ouverts à l'ensemble de la population bruxelloise sont particulièrement touchés par cet engorgement.» (p.28)

2.6. Des questions immuables, des pratiques à renouveler⁵

A la lecture des différents rapports sectoriels, il s'impose comme une impression de « déjà-vu ». La plupart des constats mis en exergue par les secteurs social/santé étaient déjà présents dans le rapport intersectoriel de 2013...⁶

Cette récurrence indique le caractère structurel de la plupart des problématiques pointées par les professionnels. Ce sont des causes profondément ancrées dans le fonctionnement socio-économique de notre société qui produisent le public, malheureusement de plus en plus nombreux, qui utilisent nos services. « La fabrique du pauvre⁷ », celle du sans-abri, de l'endetté ou de la personne souffrant de problèmes de santé mentale passent par des mécanismes qui favorisent les inégalités, distribuent les avantages différemment, créent des barrières à l'accès, génèrent de l'incapacité et de l'impuissance.

La figure du marché apparaît ainsi au gré des pages comme un dispositif central

dans la situation présente : marché du logement qui empêche de plus en plus de bruxellois d'habiter leur ville décemment, marché de l'emploi qui rejette un quart des jeunes de 18 à 25 ans, quasi-marché de l'enseignement qui canalise très tôt les aspirations et les possibles, marché financier qui décide des devenirs macro-économiques et politiques en influençant les décisions budgétaires étatiques.

Face à cet acteur désincarné qui dicte les règles d'un jeu forcément inégal, le secteur associatif, comme ses usagers, disposent de bien peu de prises. Cette constatation impose au secteur de questionner l'efficacité de ses moyens d'actions et sans doute, en partie de les

⁵

Cette partie du rapport, ainsi que les recommandations qui constituent le chapitre suivant du présent rapport, sont issues d'une lecture transversale des rapports sectoriels mais aussi fortement en lien avec les résultats issus d'une semaine de réflexion intersectorielle, Hors-circuit - Le laboratoire de l'intervention sociale, organisé par Le Forum Bruxelles contre les inégalités en collaboration avec le CBCS en octobre 2017. Preuve que l'intersectorialité ne se réduit pas au cadre du Décret ambulatoire et que les constats présentés ici sont partagés par bien d'autres intervenants. Lorsque cela est pertinent nous renvoyons à la proposition de chantier ad hoc dans la publication issue de Hors-circuit. <http://www.le-forum.org/uploads/Hors%20circuits%20rapport-web.pdf>

⁶

Voir <http://www.cbcs.be/Rapport-intersectoriel-2013>

⁷

La fabrique des pauvres, titre du colloque organisé par Le Forum le 16 octobre 2015 à Bruxelles

renouveler. Il s'impose sans doute de ce fait aussi au politique de renouveler ses modes de gouvernance.

Dans le foisonnement d'essais, d'innovations et de déplacements dont les rapports sectoriels rendent compte, deux inflexions sont à cet égard particulièrement sensibles.

La qualité de l'accueil

La première est une façon partagée de pointer l'accueil comme un moment clé de l'intervention et qui, à ce titre, demande une attention renforcée au sein des équipes. L'aggravation de la situation vécue par certains usagers rend plus complexe encore leur recours aux services. Entrer dans une structure, exprimer une demande sont des pas difficiles à franchir. Dans un contexte global où se multiplient les barrières administratives et où on fait peser la suspicion et la culpabilité sur le demandeur, la qualité de l'accueil devient un enjeu manifeste. Faciliter l'accès, réduire au minimum les conditions à la prise en charge, solidifier le lien entre l'utilisateur et l'institution sont des conditions à rencontrer si l'on veut se donner les moyens d'offrir nos services au plus grand nombre dans le respect du « principe de non-abandon⁸ ». Dans un système qui génère de l'exclusion, le soin apporté à l'accueil est une façon, modeste mais lourde d'effets, de contrecarrer les tendances à la segmentation. En portant attention aux publics les plus fragilisés, c'est aussi une certaine conception de la société qu'il s'agit de continuer à soutenir.

8

Voir Hors-circuit, chantier n°6, « Concilier bas seuil et haut niveau d'exigence dans des structures intersectorielles » et chantier n°8, « Redonner à l'accueil une place centrale dans les services proposés aux personnes »

9

Voir Hors-circuit, chantier n°4, « Fonder les politiques publiques sur les savoirs issus de l'expérience des usagers et des intervenants sociaux »

10

Deleuze G., « Post-scriptum sur les sociétés de contrôle », L'autre journal, n°1, mai 1990, consultable sur https://infokiosques.net/impri-mersans2.php?id_article=214

Le travail communautaire

Un second mouvement perceptible de façon intersectorielle est celui du recours au travail communautaire. Beaucoup d'intervenants sont régulièrement

confrontés aux limites d'une action sociale menée à l'échelle individuelle. Nombre de problèmes auxquels il leur est demandé de faire face ont des causes et des conséquences collectives, le travail centré sur l'utilisateur de manière isolée ne peut alors y apporter que des réponses de l'ordre de l'atténuation, sans parvenir à proposer une solution réelle. Après plusieurs décennies d'une approche essentiellement individualisante, le besoin se fait ressentir chez les acteurs de terrain de revenir à une démarche qui entend agir sur l'origine des situations plutôt que sur leurs effets, en faisant cause commune plutôt qu'en traitant des cas particuliers et porteuse d'une vision transformatrice plutôt que curative. Cette tendance reflète chez certains la volonté de (re)politiser le travail social, c'est-à-dire de lui donner un certain pouvoir d'agir sur la structure sociale. Enfin, la forte dimension participative incluse dans le travail communautaire montre qu'un des éléments en jeu dans le choix de cet outil est la place accordée à l'utilisateur et la possibilité de construire des alliances opérantes avec lui⁹ afin de peser positivement sur son sort.

Assurer ses missions et défendre ses valeurs

Cette tentative de renouvellement des pratiques professionnelles témoigne, à nos yeux, de la double volonté du secteur de continuer à assurer au mieux ses missions envers le public et de se positionner de la façon la plus adéquate possible au regard des valeurs qui ont présidés à sa création. L'avènement d'une société de marché et l'amplification des mécanismes de contrôle et de sécurité¹⁰ amènent en effet le secteur ambulatoire à s'interroger sur le rôle que joue aujourd'hui le travail social au sens large et sur le type de relation qu'il veut entretenir avec les pouvoirs publics.

3

RECOMMANDATIONS COMMUNES

Les préoccupations développées dans les pages précédentes font voir un écart problématique entre les missions qui nous sont déléguées et la réalité des pratiques de terrain.

C'est l'urgence qui prévaut et les actions posées visent plus souvent à répondre à des besoins élémentaires qu'à travailler au rétablissement des usagers.

Quand on écoute les travailleurs, c'est un climat morose qui flotte sur le secteur social-santé. La répétition d'interventions qui s'apparentent à la pose d'un emplâtre sur une jambe de bois instille un sentiment de découragement et de perte de sens. Dans un Etat social qui ne cesse de se vider de sa substance, le secteur associatif perd sa place de

régulateur de la question sociale pour devenir un simple gestionnaire des populations marginalisées¹¹. Le secteur social-santé ne sert-il qu'à garder le couvercle sur la marmite ?

Pour s'arracher à ce rôle mortifère, il nous faut à nouveau proposer un horizon au travail social de première ligne et reprendre, en toute autonomie, une série de questions fondamentales : à quelles missions voulons-nous contribuer ? Quels moyens privilégier pour y parvenir ? Comment envisager notre rapport au public et aux pouvoirs publics ?

Les recommandations ci-dessous offrent quelques pistes de réponses.

3.1. L'autorité politique doit mener une politique efficace de lutte contre la pauvreté, en amont de l'intervention de nos services social-santé.

La répartition inégale des richesses, en croissance continue depuis le milieu des années 1970, mais aggravée par les politiques d'austérité devenues structurelles, conduit à une situation sociale fortement dégradée.

Dénoncée il y a 30 ans comme un enfer à éviter, la société duale – une minorité de riches détenteurs de capitaux, une majorité toujours plus grande de pauvres, et une classe moyenne connaissant les affres de la précaire-

té – est aujourd'hui une réalité. Il est donc, une fois de plus, rappelé que les secteurs social-santé sont parmi les premiers à être confrontés aux problématiques qui dépendent d'autres champs de compétence. Le traitement

¹¹

Moriau J., « Huile ou grain de sable ? Que fait l'associatif aux rouages du système ? », Bruxelles Laïque ECHO, n°98, octobre 2017, pp. 42-44. <http://www.cbcs.be/Huile-ou-grain-de-sable-Que-fait-l-associatif-aux-rouages-du-systeme>

en aval (curatif, palliatif) de la fragilisation sociale ne suffit pas. Une action politique efficace de lutte contre la pauvreté doit être mise en place de manière concertée par tous les niveaux de pouvoir.

Les problématiques individuelles que nous sommes amenés à traiter sont fortement déterminées par les conditions de vie des personnes. Une politique cohérente des différents niveaux de pouvoir bruxellois devrait, autant que faire se peut, viser à agir positivement sur les déterminants sociaux de la santé et les inégalités sociales.

Cet objectif devrait être poursuivi de manière particulièrement urgente dans les politiques menées en matière de logement, d'accès à l'énergie et d'emploi.

Mais, cette action concerne aussi les politiques fiscales, le revenu minimum, l'accès aux soins de santé et aux droits sociaux, à l'aménagement du territoire... Une série de leviers que les services ambulatoires ne savent actionner car ils se situent en amont de leurs interventions¹².

3.2. Les services doivent bénéficier d'un cadre du personnel suffisant, adéquatement formé et non précaire.

Cette recommandation sonne comme une antienne. Pourtant, sur le terrain tout indique que les services sont à la limite de ce qu'ils peuvent offrir en termes d'aide et de soins.

Cette recommandation est déclinée, dans sa dimension concrète, de manière différente d'un secteur à l'autre mais est néanmoins commune à l'ensemble de ceux-ci.

Egalement, l'évolution des techniques, telle l'informatisation de plus en plus poussée, et la multiplication des contraintes administratives, nécessitent un temps de travail de plus en plus conséquent et des compétences de plus en plus étoffées, qui ne sont pas prises en compte à leur juste proportion dans le cadre agréé. Un renforcement des fonctions de soutien est indispensable.

¹²

Voir en annexe du présent rapport nos propositions concrètes en ce sens.

3.3. Le législateur doit favoriser l'intersectorialité

C'est une évidence dictée par le terrain : la complexité des situations vécues par nos publics exige de plus en plus fréquemment d'agir à plusieurs et en concertation pour proposer des réponses adéquates.

Le soutien à la transversalité est l'un des objectifs visés par le décret ambulatorio. Il faut cependant convenir que, dans les faits, peu d'outils sont mis en place pour réellement appuyer cette volonté. L'ensemble des acteurs revendiquent aujourd'hui des soutiens plus efficaces au travail intersectoriel.

Le renforcement des politiques transversales pourrait prendre plusieurs voies, parmi lesquelles on pointera :

- La reconnaissance, financière et administrative, du poste de coordination. Le travail en réseau et l'assurance de la continuité de la prise en charge nécessitent un gros travail de coordination des interventions. Actuellement cette charge est trop peu ou n'est pas prévue dans la définition du cadre des services.
- La facilitation de la mise en commun de ressources entre services, que cela concerne du temps de travail, des compétences professionnelles ou des moyens techniques. Certains services pourraient avantageusement mutualiser, en tout ou en partie, une série de moyens. Cela leur permettrait d'être plus efficient dans l'utilisation de leurs ressources et de dégager des marges financières pour développer, par exemple, l'offre de nouveaux services¹³. Une première application concrète pourrait être la mise en place de fonctions de support partagées (comptabilité, secrétariat, outils informatiques,...)

ou la constitution de groupements d'employeurs pour certaines fonctions critiques (psychiatres,...).

- L'approfondissement de la réflexion sur la réorganisation de la première ligne d'aide et de soins. Les défis actuels auxquels sont confrontés les divers secteurs montrent l'inadéquation de l'offre telle qu'elle est aujourd'hui proposée. La multiplication des acteurs institutionnels, la répartition territoriale de l'offre parfois défailante, le manque de synergies entre certains secteurs plaident pour un travail de redéfinition. Celui-ci devrait être mené au niveau territorial de la Région en veillant à rassembler des représentants de tous les secteurs concernés.
- L'augmentation de nos capacités de diagnostic, d'évaluation et d'amélioration de nos pratiques. La vitesse de transformation des problématiques nous met en difficulté ; nous manquons de moyens pour les analyser et pour inventer les nouvelles réponses, très souvent intersectorielles, qu'elles exigent. La création d'un instrument de recherche-action transversal au secteur ambulatorio et impliquant largement travailleurs et usagers des services permettrait de produire des connaissances plus fines sur les situations de terrain ainsi que de mieux évaluer et piloter les pratiques existantes¹⁴.

¹³

Voir Hors-circuit, chantier n°3, « Favoriser et soutenir le regroupement d'associations en vue de renforcer l'innovation sociale »

¹⁴

Voir Hors-circuit, chantier n°10, « Intégrer réellement la parole des personnes accompagnées dans l'évaluation des services et des politiques d'aide et de soin » et chantier n°12, « Créer un laboratoire de recherche appliquées en pratiques et transformations sociales »

3.4. Nous devons mieux pouvoir ancrer la personne dans son milieu de vie

Pour les personnes en difficultés sociale et de santé, l'ancrage local et les liens sociaux qu'elles entretiennent au sein de leur quartier peuvent constituer des ressources de première importance. L'aide et le soin ne peuvent se résumer à un apport technique de professionnels eux-mêmes réduits à leurs seules compétences. Ils sont aussi le produit des relations que nous entretenons avec nos semblables.

Dans un contexte de vieillissement de la population mais aussi d'allongement de l'espérance de vie (y compris en mauvaise santé), le maintien des personnes dans leur milieu de vie ne peut reposer uniquement sur l'action des travailleurs sociaux. Quel que soit le type de situation envisagée, l'entourage de l'utilisateur est une autre source d'appuis sur lesquels compter. Des voisins aux pairs-aidants en passant par les familles, la contribution de l'environnement social doit être mieux valorisée et intégrée dans le support aux usagers¹⁵.

¹⁵

Voir Hors-circuit, chantier n°1, « Intégrer des pairs-aidants pour répondre au décalage entre les publics et les travailleurs sociaux » et chantier n°2, « Améliorer et reconnaître des statuts de pair-aidant et d'expert du vécu ».

4 CONCLUSION : POLITISONS LES DÉBATS !

Mener une politique efficace de lutte contre la pauvreté ; garantir des cadres suffisants en termes de financement et de formations ; favoriser l'intersectorialité ; pouvoir mieux ancrer la personne dans son milieu de vie...

Des recommandations légitimes et historiques : on les retrouvait déjà dans notre rapport intersectoriel 2013¹⁶ et il n'est malheureusement pas certain qu'elles soient novatrices, même si elles sont plus encore aujourd'hui qu'hier d'actualité.

Ces recommandations, et les constats dont elles découlent, en appellent une autre, plus large, plus générale, plus méta. Celle de politiser nos débats.

Dans un monde idéal, les politiques sociales et de santé ne devraient pas être l'objet de clivages politiques... Vous pensez que c'est naïf?... Visitez donc le secteur toxicomanie ! Il est financé dans le cadre de la santé, mais est aussi fortement renforcé par des services relevant de la prévention et de la sécurité. A l'époque où ces derniers ont émergé, les débats ont été durs et fortement ancrés. Puis, peu à peu, la confiance s'est installée. Et à présent, l'implémentation d'une salle de consommation à moindre risque et la régulation du cannabis sont deux exemples de politiques revendiquées par des professionnels de la santé et de la justice, car

pouvant avoir des effets sur la santé des usagers, sur leur inclusion sociale, et sur la réduction des nuisances publiques. Nous ne sommes bien évidemment pas à l'abri de partis politiques qui penseraient la sécurité de manière tranchée et obtuse. Mais c'est justement muni de cette clairvoyance, c'est justement sans être naïf, qu'il faut renforcer le dialogue politique.

Le dialogue politique, dans le sens pleinement entier du terme, est un dialogue de société, une vision du vivre-ensemble, un horizon recherché. Dialoguons politiquement et proposons d'autres scénarii que ceux relevant du morose et du pas rose. Dialoguons politiquement pour faire prendre conscience à tout un chacun de l'intérêt, du besoin, voire de la nécessité de politiques sociales et santé repensées, réimaginées, réenchantées.

Et faisons-nous entendre ! Par la porte ou par la fenêtre. Politiquement ou juridiquement.

Loin de nous l'envie de centrer ces conclusions sur le secteur toxicomanie, mais ce dernier est illustratif. Il est soutenu par des politiques de santé déployées au niveau régional, mais il ne peut sortir d'un carcan imposé par une loi fédérale. Or, il est tout sauf aisé de négocier au niveau fédéral.

¹⁶

Voir <http://www.cbcs.be/Rapport-conclusif-de-la-DEQ-T-2011>

Renforçons le dialogue avec les pouvoirs politiques. Sous certaines modifications dites techniques, voire présentées comme de la simplification administrative, se prennent des décisions idéologiques qui imposent quelques fois de muscler le débat. Car on parle d'inégalités sociales et de santé. Car des gens

s'appauvrissent, tombent, périssent. Car certaines politiques affaiblissent les outils de notre humanité. Et que nous en sommes parfois les seuls témoins. Renforçons le dialogue politique, parce que de facto, nous constituons un large pan de la société civile.

5

ANNEXE : POUR UN MEILLEUR ACCÈS AUX DROITS

L'Accès au revenu

La précarité financière est la problématique majeure d'une partie importante de nos publics. Elle frappe aussi certains de nos travailleurs, particulièrement dans le secteur de l'aide à domicile (aides familiales et ménagères).

Si la pauvreté ne se réduit pas au manque de revenus, ceux-ci en sont une composante essentielle et centrale. Or, aujourd'hui, en Belgique, les montants des principales allocations, ainsi que ceux des salaires les plus bas, sont insuffisants pour couvrir les besoins les plus élémentaires des ménages : se loger, se nourrir, se chauffer, se soigner, sans parler de l'éducation, de l'habillement, des loisirs ...

Orientations pour améliorer l'accès au revenu

Au niveau fédéral

- Augmenter le niveau des revenus faibles (RIS, allocations de chômage et autres allocations de remplacement, salaire minimum) en tenant compte du coût de la vie et d'une différence de 20% au moins entre le salaire minimum et les allocations les plus élevées, en étant attentif à la situation des personnes isolées, notamment celles qui sont âgées et/ou handicapées.

- Individualiser l'accès aux droits sociaux et supprimer, dans ce cadre, le statut de cohabitant.

Aux niveaux régional et communautaire

En matière d'endettement

- Accorder davantage de moyens aux services de médiation de dettes, débordés par la demande.
- Réaliser et diffuser largement des campagnes de prévention à l'égard du crédit-facile et de ses risques par la voie de tout support médiatique.
- Sans tomber dans la culpabilisation ou l'éducation à la privation, apprendre aux personnes, et aux jeunes en particulier, à gérer un budget.
 - Soutenir les actions de nos fédérations ciblées sur cette problématique.
 - Développer, dans les écoles, des programmes en ce sens.

En matière d'emploi

- Accompagner les demandeurs d'emploi vers des emplois de qualité.
 - Lutter contre la précarisation de l'emploi et favoriser la qualité de l'emploi, à même de garantir aux travailleurs un revenu stable, une qualité de vie et la possibilité de se projeter dans l'avenir.
 - Privilégier toujours une logique d'accompagnement humaine, personnalisée et globale des chômeurs à celle du contrôle, qui pénalise surtout les plus fragiles.

- Soutenir, à côté de l'emploi et en maintenant le droit des personnes à leurs allocations, d'autres formes d'implication sociale (volontariat, projets familiaux, artistiques, sportifs...).

En matière d'enseignement

- Investir dans la qualité et le niveau de l'enseignement.
- Encourager les enfants et les jeunes à avoir des activités extrascolaires, à développer leur créativité, à faire du sport...

L'Accès au logement

L'accès au logement bute sur deux obstacles majeurs.

Le premier est le plus criant : l'offre de petits et grands logements à prix abordable est tout à fait insuffisante, dans la Capitale, pour répondre à la demande. Ces dernières années, les prix du logement (achat ou location) ont grimpé plus rapidement que les revenus, alors que l'augmentation du nombre d'allocataires sociaux, d'isolés, de personnes âgées et de familles monoparentales pousse au contraire à la hausse la demande de logements à bas prix.

Le second obstacle tient à la qualité du logement. A Bruxelles (et en Wallonie), de nombreux logements sont en très mauvais état, voire insalubres, posant des problèmes de sécurité et de santé, mais aussi de dépenses énergétiques. Sur le marché privé, ces logements en mauvais état, moins chers que les autres, reviennent généralement aux ménages qui ont peu de moyens. Les deux obstacles précités y sont donc particulièrement liés : un logement rénové est généralement loué plus cher, il n'est dès lors plus accessible aux ménages à faibles revenus et l'offre pour ce public se réduit. Difficile équation.

Orientations pour améliorer l'accès au logement

Au niveau fédéral

- Réviser en profondeur la fiscalité immobilière et lui donner un rôle social :
 - Calculer le précompte immobilier sur base des revenus locatifs nets.
 - Encourager fiscalement, et selon les revenus du propriétaire, l'amélioration de la performance énergétique des logements loués sans augmentation de loyer.
 - Réguler les loyers par le biais de la fiscalité, en accordant des garanties aux propriétaires qui louent leur bien à un prix raisonnable (sur base de grilles de loyer tenant compte de la localisation, la superficie et l'état du bien) et en pénalisant fiscalement ceux qui demandent des loyers excessifs.
 - Soutenir les commissions paritaires locatives.
- Lutter davantage contre les discriminations au logement :
 - Rendre obligatoire pour les communes l'application de la loi du 25 avril 2007 imposant l'affichage du loyer sur toute annonce publique de location.
 - Encourager les CPAS à accorder sur papier des « garanties de versement de loyer » afin de rassurer les propriétaires sur la solvabilité des candidats locataires.

Au niveau régional

- Augmenter le parc de logement social et en augmenter la qualité de vie, en veillant entre autres à la mixité sociale, tant dans les immeubles de logement social que dans les quartiers.
- Soutenir davantage les agences immobilières sociales (AIS) :
 - Accorder plus de moyens aux AIS, afin qu'elles puissent garantir des loyers accessibles aux ménages aux revenus les plus faibles.
 - Faire connaître les AIS aux propriétaires et développer des incitants à leur adresse.
 - Supprimer le précompte immobilier pour les biens mis en location via une AIS.
- Lutter contre les logements vides en améliorant le dispositif du droit de gestion publique et en aidant les propriétaires incapables de s'occuper de leur bien.
- Encourager l'acquisition d'un logement par les ménages à faibles et moyens revenus en accordant davantage de moyens aux organismes publics dont c'est la mission.
- Assurer le relogement systématique des personnes expulsées pour insalubrité.
- Améliorer le système des ADIL :
 - Ne pas limiter l'allocation dans le temps, pour autant que le bénéficiaire reste dans les conditions de revenus prévues.
 - Ouvrir l'accès des ADIL aux sans-abri qui trouvent un logement après un séjour en maison d'accueil notamment.

L'Accès à la santé

Les publics précarisés ont, en général, une moins bonne santé que ceux qui ont un niveau de vie plus élevé. Ils ont moins facilement accès à la prévention ainsi qu'aux soins de santé. L'ensemble des secteurs relève, par ailleurs, une augmentation des troubles psychiques mineurs ou graves parmi les populations qu'ils aident ou accompagnent.

Des facteurs financiers et culturels interviennent dans les inégalités en matière de santé. Les conditions de vie des publics précarisés, l'état de leur logement, la qualité de leur alimentation et de leur environnement, le stress et les phénomènes d'exclusion qui en découlent,

sont autant de facteurs qui influent sur leur état de santé physique et psychologique.

Réciproquement, le handicap ou la maladie mentale favorisent la pauvreté. La mésestime de soi, conséquence

fréquente de la pauvreté, et un faible niveau de formation – comme c’est souvent le cas parmi les publics précaires – empêchent, en outre, souvent les personnes pauvres de prendre soin de leur santé et d’agir préventivement.

Il semble donc évident que la meilleure façon de lutter contre les inégalités en matière de santé est de mener une politique générale ambitieuse de lutte contre la pauvreté.

Orientations en matière d’accès à la santé

Au niveau fédéral

- Augmenter les revenus les plus bas, car c’est la meilleure façon d’améliorer les conditions de vie et donc de santé des personnes ainsi que leur accès aux soins de santé.
- Veiller à ce que chaque personne, en particulier quand elle est dans une situation qui ne rend plus celle-ci automatique, soit couverte par l’assurance santé obligatoire.
- Améliorer le niveau de couverture de l’assurance santé obligatoire.
- Encourager le mécanisme du tiers-payant, en facilitant l’accès des praticiens au remboursement de leurs prestations.

Aux niveaux fédéral, régional et communautaire

- Mieux informer les patients :
 - Favoriser une meilleure communication à l’égard des patients, en demandant notamment que les praticiens conventionnés ou qui pratiquent le tiers-payant l’indiquent clairement.

- Mettre en œuvre des campagnes de prévention, d’éducation et d’information sur les mesures d’aide à la santé (radio, télévision, affichage).
- Encourager les publics précaires à se rendre au service social d’une mutuelle pour être informés des aides disponibles.

- Automatiser autant que possible l’accès aux droits sociaux.

Au niveau régional et communautaire

- Former et informer les travailleurs du social et de la santé :
 - Former le personnel médical aux problématiques sociales et l’outiller pour y faire face, notamment par des modules consacrés aux législations sociales en matière de santé.
 - Réaliser et diffuser largement parmi les acteurs du social et de la santé un mémento concis et pratique sur les différents mécanismes d’aide et leurs critères d’octroi.
 - Favoriser les collaborations entre acteurs du social et de la santé.
- Améliorer l’accessibilité financière aux soins :
 - Encourager la création de maisons médicales pratiquant le paiement au forfait.
- Optimiser l’accompagnement des personnes présentant des troubles mentaux :
 - Créer des lieux de concertation entre les acteurs du social et de la santé mentale afin de favoriser les collaborations et la prise en charge des personnes à la frontière entre ces deux secteurs.
 - Financer de manière plus complète les supervisions individuelles des

travailleurs qui aident à domicile ou accompagnent en ambulatoire ou en maison d'accueil des patients de santé mentale.

- Encourager la concertation entre personnel psychologique, hospitalier et ambulatoire, pour assurer un meilleur suivi des personnes.
- Favoriser la création et/ou le développement d'initiatives psycho-sociales telles que le SMES susceptibles de soutenir les équipes sociales de première ligne.
- Favoriser l'inclusion sociale et professionnelle des personnes handicapées dans la société.

Notes

A series of horizontal lines for writing notes, consisting of 30 lines.



Rapport intersectoriel 2018 des secteurs social-santé bruxellois agréés par la Commission communautaire française

- Fédération des services sociaux
- Fédération des services bruxellois d'aide à domicile
- Fédération des maisons médicales
- Fédération laïque de centres de planning familial
- Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale
- Fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomanes
- Fédération bruxelloise pluraliste des soins palliatifs et continus
- Centre d'appui – Médiation de dettes
- Association des maisons d'accueil et des services d'aide aux sans-abri
- Fédération des centres pluralistes de planning familial
- Fédération des centres de coordination de soins à domicile bruxellois



Avec le soutien de la Commission
communautaire française de la
Région de Bruxelles-Capitale