

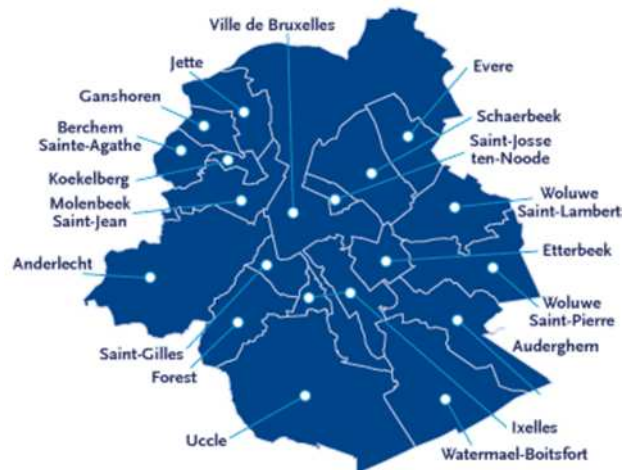
# CBCS



CONSEIL BRUXELLOIS DE  
COORDINATION SOCIOPOLITIQUE

**Services ambulatoires dans les domaines de l'Action sociale, de la Famille et de la Santé**

## **Rapport intersectoriel 2013**



**Bernard De Backer - Alain Willaert**

Conseil bruxellois de coordination sociopolitique ASBL  
Organisme intersectoriel de coordination agréé par la Commission communautaire française - RPM 418.480.071  
Association sans but lucratif – Banque : 001-2241709-18  
Rue Mercelis 27 B-1050 Bruxelles  
Tel. : +32 2 511.89.59  
Courriel : [info@cbcs.be](mailto:info@cbcs.be) - Site : <http://www.cbcs.be>

## Table des matières

<b>1. Introduction</b>	<b>3</b>
1.1. Base légale et contexte	3
1.2. Secteurs concernés et sources	4
<b>2. Evolution des problématiques sociales et de santé</b>	<b>5</b>
2.1. De quoi parlons-nous ?	5
2.2. Composantes des problématiques	6
2.3. La notion d'évolution	9
2.4. L'usage des sources	10
2.5. Evolutions perçues chez les usagers de l'ambulatoire bruxellois francophone	11
2.5.1. Problématiques sociales	11
2.5.1.1. Social : Constats sectoriels	11
2.5.1.2. Social : Constats transversaux	23
2.5.1.3. Social : Association des problématiques	24
2.5.2. Problématiques de santé	25
2.5.2.1. Santé : Constats sectoriels	25
2.5.2.2. Santé : Constats transversaux	35
2.5.2.3. Santé : Association des problématiques	36
2.6. L'articulation des problématiques sociales et de santé	37
<b>3. Recommandations communes</b>	<b>38</b>
3.1. Les recommandations	38
3.2. Pour illustrer les recommandations	40
<b>4. Annexe 1 : les recommandations macroéconomiques</b>	<b>44</b>
<b>5. Annexe 2 : les sources</b>	<b>49</b>

## 1. Introduction

### 1.1. Base légale et contexte

Le présent rapport intersectoriel 2013 est rédigé en application de l'article 163 du décret de la CoCoF 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 (M.B. 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. 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.

L'Inter fédération ambulatoire (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. Les PV des réunions parviennent également à des représentants des secteurs du décret ne bénéficiant pas d'un organisme sectoriel agréé. 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.

L'art. 83 de l'Arrêté du Collège de la Commission communautaire française du 4 juin 2009 portant application du décret (M.B. 22 juillet 2009), demande que les premiers rapports sectoriels soient remis trois ans après l'entrée en vigueur du décret, soit le 31/12/2012, le rapport intersectoriel devant, quant à lui, être déposé 6 mois plus tard. Les rapports suivants interviendront donc avec une périodicité de 5 ans.

A leur demande, les organismes sectoriels ont obtenu un délai supplémentaire de 3 mois pour remettre leurs rapports, fin mars 2013, reportant ainsi le dépôt du rapport intersectoriel à fin septembre.

Cette demande était motivée par un télescopage de multiples initiatives allant dans le même sens, aux intersections évidentes mais sans coordination entre elles, et pour lesquelles les organismes sectoriels et intersectoriel ont été sollicités : l'étude "programmation" (ESP-ULB), la démarche transversale d'évaluation qualitative, la démarche locale d'évaluation qualitative des organismes ...

## 1.2. Secteurs concernés et sources

Au 31 décembre 2012, les organismes sectoriels agréés visés par l'article 163 du décret sont :

- la Fédération des services sociaux (secteurs des Centres d'action sociale globale, des services d'aide aux justiciables et des Espace-Rencontres)
- la Fédération des services bruxellois d'aide à domicile
- la Fédération des maisons médicales
- la Fédération laïque de centres de planning familial
- la Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale
- la Fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomanes
- la Fédération bruxelloise pluraliste des soins palliatifs et continus

Le Centre d'appui – Médiation de dettes fédère l'ensemble des services de médiation de dettes agréés dans le cadre du décret ambulatoire. Son agrément en tant qu'organisme sectoriel devrait être effectif avant la fin 2013. LE CAMD ne doit pas encore rédiger de rapport sectoriel. Cependant, le CAMD participe déjà aux réunions de l'Inter fédération ambulatoire. Il est apparu fort intéressant de prendre en compte le secteur de la médiation de dettes dans la rédaction du rapport intersectoriel, notamment via le rapport d'activités 2012 du CAMD.

L'Association des maisons d'accueil est une fédération sociale mais dont le secteur (l'aide aux personnes sans abri) n'a pas été rattaché au décret « ambulatoire ». Pourtant, selon le décret du 16 juin 2005 relatif à l'agrément et à l'octroi de subventions aux organismes représentatifs de l'Action Sociale et de la Famille (M.B. 23/11/2005), elle est également tenue de rédiger des rapports sectoriel et ... intersectoriel ! Vu la proximité des problématiques et des publics, il est décidé d'associer l'AMA à la rédaction du présent rapport intersectoriel.

Il a également été tenu compte, dans la mesure du temps et moyens humains en notre possession, de quelques éléments pertinents de contributions extérieures listées au chapitre 5. Ce rapport n'est donc pas une photographie exhaustive et sa lecture doit être enrichie par moult documents disponibles par ailleurs.

Au final, le présent rapport s'appuie sur les rapports sectoriels, quelques 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 (ce qui dépend des moyens que chaque organisme a pu y investir) ;
- la courte période de temps laissée entre la publication des rapports sectoriels et la finalisation du rapport intersectoriel, au regard des moyens humains disponibles.

## 2. Évolution des problématiques sociales et de santé

### 2.1. De quoi parlons-nous ?

Avant de synthétiser les quelques centaines de pages de rapports qui constituent notre source directe, il est sans doute utile de cerner ce que nous allons y chercher. Le texte du décret relatif aux rapports sectoriels et intersectoriel parle de « problématiques sociales et de santé ». Ces notions sont à prendre dans le sens qu'elles ont au sein du décret, c'est-à-dire d'un ensemble de difficultés sociales et/ou de santé (physique et/ou mentale) qui constituent autant de motifs d'action individuelle ou collective dans le chef des services ambulatoires et d'aide à domicile. Comme on le sait, les problématiques sociales (pauvreté, mal logement, isolement, inactivité...) et celles qui relèvent de la santé physique et/ou mentale sont souvent liées, mais pas toujours. Les corrélations entre les conditions sociales et les problèmes de santé peuvent, par ailleurs, aller dans les deux sens : les pauvres sont en moins bonne santé que les riches, mais la mauvaise santé peut mener à la pauvreté (et elle affaiblit évidemment encore plus les pauvres). Quand on lit, par exemple, que « les troubles psychiques forment, avec un taux de 34 %, la cause la plus importante d'incapacité de travail de longue durée »<sup>1</sup>, on peut en déduire que les problématiques de santé induisent aussi des difficultés sociales. Comme le disait Francis BLANCHE dans son anti-proverbe : « Mieux vaut être riche et bien portant que pauvre et malade »<sup>2</sup>. Nous serons dès lors attentifs à repérer les liens circulaires qui peuvent s'établir entre ces ordres de réalités, tout en sachant qu'ils sont en partie indépendants.

On rencontre, par conséquent, une corrélation réciproque forte entre le « social » et la « santé », mais également une autonomie relative des deux domaines, y compris dans le Décret. Si, dans l'esprit et la lettre de ce dernier, l'action sociale « vise prioritairement à lutter contre des situations de précarité et d'exclusion caractérisées par des problèmes multiples et complexes », le soin de santé physique et/ou mentale ambulatoire est défini comme une « action au bénéfice d'une personne, d'un groupe de personnes ou de la population dans le but de promouvoir, d'améliorer, de protéger, d'évaluer, de maintenir ou de rétablir sa santé », sans que les bénéficiaires ne soient explicitement ciblés comme appartenant à des groupes sociaux défavorisés. Les Services de santé mentale, les Centres de planning familial, les services d'aide à domicile ou les Services actifs en matière de toxicomanie, par exemple, ne sont pas *a priori* orientés vers des publics socialement précarisés, même si certains services le sont par choix (comme le SMES-B,) ou, *de facto*, par localisation géographique. Il s'agit donc bien de « problématiques sociales et/ou de santé », si l'on souhaite être précis.

<sup>1</sup> Dans *Le Soir* du 3 juillet 2013, page 6, « L'état psychique, première cause d'incapacité de travail ».

<sup>2</sup> A moins que ce ne soit Fernand RAYNAUD. Toujours est-il que cette phrase est un « anti-proverbe », prenant le contrepied ironique du dicton « Il vaut mieux être pauvre et en bonne santé que riche et malade ».

## 2.2. Composantes des problématiques

Alors que le cumul et l'imbrication des problématiques social-santé semble être la dominante dans les situations que rencontrent les secteurs (il s'agit bien de la situation de leurs usagers et non des Bruxellois en général), elle n'est cependant pas exclusive. Par ailleurs, il convient de « détricoter la pelote » des problématiques pour des raisons d'analyse et de compréhension, mais aussi de repérage de ce que les rapports sectoriels nous enseignent à partir de leurs différents points de vue. Ce n'est qu'ensuite, après cette phase d'analyse (« comprendre un objet en le décomposant en ses constituants ») que l'on pourra faire la synthèse, qui constitue une démarche en sens inverse.

Un premier terme à clarifier est celui de « problématique » lui-même. Dans le champ qui nous occupe, il s'agit manifestement d'une situation « qui a le caractère d'un problème, qui attend une solution ». Quant à « problème », c'est une difficulté rencontrée par des individus ou des groupes (avec des degrés divers de prise de conscience), *mais pas seulement*. Une situation peut ne pas être vécue comme une difficulté par ceux qui en sont affectés, *mais bien par d'autres* (la famille, les proches, les voisins, le quartier, les intervenants psycho-sociaux, les soignants, la justice, la police, les politiques...). Dès lors, lorsque l'on parle de « problématiques sociales et de santé », il convient de se poser la question « de quelle nature est le problème et pour qui est-ce un problème ? ».

### 2.2.1. Problématiques sociales

Nous emploierons, la plupart du temps, la notion de « précarité » (« forte incertitude de conserver ou récupérer une situation acceptable dans un avenir proche ») dans la mesure où elle est également utilisée dans le Décret (« lutter contre des situations de précarité et d'exclusion ») et les rapports.

*Précarité matérielle.* Un premier aspect, qui n'est pas nécessairement « déterminant en dernier instance », est la problématique sociale dans sa dimension matérielle, la « pauvreté de biens » que l'on fait souvent équivaloir à la pauvreté tout court. Elle peut concerner les « flux » financiers entrants ou sortants (salaires, revenus de remplacement, rentes, endettement, pensions, sécurité sociale...), mais aussi les « stocks » (propriété immobilière et mobilière, biens divers...). La précarité dont parle le décret est souvent d'abord une précarité matérielle, y compris pour ceux qui ont un emploi (les travailleurs pauvres et/ou précaires). Une première « problématique sociale » est donc la pauvreté matérielle, l'insuffisance de ressources ou de biens, la mauvaise qualité du logement, notamment au regard du coût de la vie dans une grande métropole comme Bruxelles.

*Précarité sociale, relationnelle.* Un second aspect est le capital social, la précarité des ressources sociales. « Moins de biens, plus de liens » dit un nouvel adage<sup>3</sup> qui pointe l'importance des appuis familiaux et sociaux, des liens de voisinage. Pour reprendre l'expression du sociologue Robert CASTEL, la « garde rapprochée » des personnes constitue aussi une défense contre la précarité, notamment par le soutien moral et affectif, par les ressources formelles ou informelles qu'elle peut offrir. Une des caractéristiques communes des personnes sans abri, selon différents auteurs<sup>4</sup>, est bien souvent le cumul de la détresse matérielle et de la « désocialisation aiguë ». De ce point de vue et comme nous le savons, l'emploi n'est pas seulement une source de revenus, mais aussi de lien social et de statut symbolique, d'estime de soi. Il importe cependant de *se garder d'une vue uniquement positive*

---

<sup>3</sup> Il s'agit notamment du titre du livre d'Emeline DE BOUVER, in extenso : *Moins de biens, plus de liens. La simplicité volontaire : un nouvel engagement social*, Couleur Livres, 2008.

<sup>4</sup> Voir notamment Lionel THELEN, *L'exil de soi. Sans-abri d'ici et d'ailleurs*, FU Saint-Louis, coll. « Travaux et recherches », 2006.

du « *lien social* » (en réaction, sans doute, à la « déliaison individualiste »). Il peut aussi constituer une « (op)pression sociale » et une source d'enfermement.

*Précarité administrative, statut, droits.* Ne recoupant pas toujours les autres formes de précarité, la situation administrative des usagers (« les papiers »), leur statut juridique et les droits qui y sont associés constitue une autre forme de « problématique sociale » spécifique. Une personne peut être dans une situation administrative et juridique très défavorable et jouir par ailleurs d'une certaine aisance matérielle et sociale. Ce cas de figure est certes minoritaire, mais démontre l'indépendance relative des notions.

*Précarité scolaire, cognitive, linguistique, culturelle.* Dans le monde contemporain, et certainement dans un univers urbain cosmopolite comme celui de Bruxelles, le capital scolaire, cognitif et linguistique sont des atouts importants pour l'accès à l'emploi, aux droits, à la communication avec autrui et à aux différentes dimensions de la citoyenneté. L'on peut être en sécurité d'un point de vue matériel et bénéficier d'un soutien social suffisant, tout en vivant une grande précarité en termes de niveau scolaire, cognitif et linguistique (ou l'un des trois). C'est le cas, par exemple, de femmes au foyer primomigrantes sans formation et ne maîtrisant aucune des langues nationales. Ou de personnes souffrant de difficultés cognitives ou d'illettrisme, sans oublier la « fracture numérique ».

*Environnement urbain, « failles spatiales ».* C'est un aspect de la problématique sociale qui touche à l'environnement urbain des personnes, dans ses dimensions physiques (tels que repris dans les cartes de l'IGEAT et de l'Observatoire de la santé et du social : qualité de l'air, salubrité, espaces verts, espace disponible, densité de la population, etc.), de mobilité et de sécurité. Certains quartiers sont difficilement accessibles et posent des problèmes de sécurité des biens et des personnes (autre précarité). Ce sont bien souvent ceux où vivent les personnes les plus défavorisées.

### **2.2.2. Problématiques de santé**

*Santé mentale, bien-être psychique.* Dans le domaine de la santé, les problématiques liées à la santé mentale *largo sensu* constituent certainement une « porte d'entrée » importante dans le champ ambulatoire et de l'aide à domicile. Ceci pour au moins trois raisons : 1) il s'agit d'un vaste spectre de problématiques qui vont de la dépression passagère aux maladies psychiatriques, du « mal être » aux psychoses les plus envahissantes, sans oublier les diverses assuétudes ; 2) les intervenants de très nombreux secteurs font état d'une augmentation des problèmes de santé mentale des usagers, en lien ou non avec les « questions sociales » ; 3) les questions relatives à la santé mentale touchent la plupart des intervenants, et pas seulement les « spécialistes » des services de santé mentale ou des services actifs en matière de toxicomanie. De l'aide-ménagère au médecin généraliste des maisons médicales, en passant par les assistants sociaux ou les médiateurs de dettes, tout le monde est peu ou prou concerné par ces questions.

*Santé physique (accident, maladie passagère ou chronique...).* Si le spectre des problématiques est aussi très large, il touche sans doute un nombre plus restreints de services, dans la mesure où il s'agit d'atteintes au corps qui requièrent l'intervention de professionnels habilités. Les services ambulatoires de première ligne sont peut-être concernés par des problématiques « moins graves », mais qui peuvent être chroniques et lourdes de conséquences. Nous ne parlons pas ici des services de soins palliatifs et continués, même si ces derniers ne sont pas de soignants *stricto sensu*.

*Handicap.* La différence entre handicap et maladie n'est pas toujours tranchée, d'autant que certains parlent aussi de « handicap psychique » et que les diagnostics varient. Si le champ du handicap reconnu est l'objet de structures extérieures à l'ambulatoire dont il est question ici, certains services (notamment d'aide et de soins à domicile) sont confrontés au handicap physique et/ou mental.

*Vieillesse.* Les données démographiques concernant la région de Bruxelles-Capitale ne font pas état d'un vieillissement de la population mais bien d'un rajeunissement. Ce qui ne veut pas dire que les gens ne vieillissent pas, mais que de nombreux Bruxellois (plutôt aisés, et d'autres qui « rentrent au pays ») quittent la ville au moment de la retraite. Les effectifs des personnes de plus de 70 et surtout de 80 ans, ont, eux, tendance à augmenter. Par ailleurs, des classes d'âge de personnes moins aisées, notamment issus de l'immigration, vont dans les années qui viennent passer à l'âge de la retraite et nombre d'entre elles (mais certainement pas toutes) resteront probablement dans la région<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> « La situation va changer relativement brutalement avec le départ à la retraite de la population issue de l'immigration arrivée dans les années 60 et 70, une population qui n'a ni les mêmes facilités financières ni le même capital santé » (M. DE SPIEGELAERE, dans *Le Soir*, 6/5/2013).



### 2.3. La notion d'évolution

Ce terme, sous son apparente banalité et transparence, mérite d'être interrogé et précisé. La perception du changement peut, en effet, comporter des impressions très subjectives (celui qui perçoit change également : âge, formation, expérience, points de comparaison et grille de lecture) à côté de données plus objectives et standardisées (comme les statistiques). Par ailleurs, la période concernée durant laquelle se déroule « l'évolution » en question n'est pas toujours précisée. Enfin, le terme même d'évolution est parfois connoté positivement (au sens de « on a bien évolué »).

Il nous semble, par conséquent, utile de préciser que cette notion sera prise ici dans le simple sens de « changement » non connoté positivement ou négativement, que nous tenterons de rassembler des données quantitatives et qualitatives et de saisir les périodes concernées (quand elles sont précisées dans les rapports). Enfin, nous serons attentifs à « l'effet thermomètre » (est-ce la température qui change ou le thermomètre qui n'est plus le même ?) ainsi qu'aux aléas des perceptions subjectives ou des variations de paradigmes interprétatifs.

## 2.4. L'usage des sources

Ces préalables étant posés, la question que nous devons traiter sur base des rapports est de savoir quelles sont les évolutions les plus marquantes en matière de problématiques sociales et de santé. Pour suivre notre programme d'analyse, nous allons distinguer les problématiques sociales et celles relatives à la santé - mais pour mieux les réunir ensuite, quand cela sera mentionné dans les rapports qui constituent nos sources, ou découlera de leurs constats. Les constats et analyses que nous rapportons ici sont documentés par le biais de citations, **extraites des rapports par nos soins**. En termes de classement des sources (rapports des fédérations), nous optons, sauf indication contraire, par taille des secteurs en nombre d'agrément CoCoF en 2012. Nous commencerons dès lors par les plus « gros » et termineront par les plus « petits » (en agréments, pas en travailleurs, s'entend), tout en séparant le social-santé ambulatoire de l'aide et des soins à domicile. Le secteur des maisons d'accueil sera mentionné ensuite. L'ordre de consultation des rapports est dès lors le suivant :

Secteurs	Agréments
Maisons médicales - rapport de la FMM	33
Centres de planning familial - rapport de la FLCPF	27
Services de santé mentale - rapport de la LFBSM	22
Services actifs en matière de toxicomanie - rapport de la FEDITO	15
Centre d'action sociale globale - rapport de la FDSS CASG	10
Services de médiation de dettes - rapport du Centre d'Appui	5
Services d'aide aux justiciables - rapport de la FDSS SAJ	4
Services espace-rencontre - rapport de la FDSS SER	2
<i>Centre d'accueil téléphonique - pas de rapport sectoriel, aucune donnée reprise</i>	2
Services d'aide à domicile - rapport de la FSB	7
Services de soins palliatifs et continués - rapport de la Fédération	6
<i>Centres de coordination de soins et services à domicile - pas de rapport sectoriel, aucune donnée reprise</i>	5
Maisons d'accueil (MA) - rapport de l'AMA	15
<b>Total des agréments</b>	<b>153</b>

## 2.5. Evolutions perçues chez les usagers de l'ambulatoire bruxellois francophone

Dans chacune des deux thématiques, nous avons extrait des rapports sectoriels les éléments qui nous semblaient les plus significatifs (« morceaux choisis »), à partir desquels nous avons écrit la courte synthèse précédant ces extraits. Ce n'est que dans un deuxième temps que nous mettrons les constats transversaux en évidence. Nous nous pencherons ensuite sur l'articulation des problématiques sociales, puis celles de santé, telles que mises en évidence dans les rapports eux-mêmes, avant de conclure sur la part d'imbrication du social et de la santé.

### 2.5.1. Problématiques sociales

#### 2.5.1.1. Social : Constats sectoriels

Différents constats sont faits dans les rapports, de manière très variable d'un rapport à l'autre. Nous les listons de manière synthétique, en faisant appel à des extraits. Nombre de rapports contiennent, en effet, des chapitres ou pages spécifiques consacrés aux « problématiques sociales et de santé ».

#### Fédération des maisons médicales. Rapport sectoriel des maisons médicales bruxelloises (55 pages).

Le rapport de la FMM fait, dans son point 3.2. « Problématiques sociales et de santé identifiées dans la population bruxelloise prise en charge par les MM », une série de constats relatifs aux problématiques sociales concernant les usagers des maisons médicales.

La partie du rapport de la FMM, consacré aux problématiques sociales de la population prise en charge par les maisons médicales bruxelloises, *compare statistiquement les caractéristiques de ses usagers à celle de la population globale* et souligne les *spécificités de son public*, dues notamment à l'implantation géographique des maisons, à leur politique et à leur pratique (dont la prise en charge globale, avec sa part de travail social, ainsi que la meilleure accessibilité aux soins). Le public des MM est *plus jeune, plus précarisé matériellement et administrativement* (remboursement type VIPO et OMNIO, souvent obtenu avec l'aide des MM). *L'évolution* depuis la crise de 2008 est caractérisée par une *précarisation croissante* (pauvreté, difficultés sociales) *d'une population déjà fragilisée*.

#### **MORCEAUX CHOISIS (c'est nous qui soulignons)**

« Caractéristiques sociodémographiques : une *population fortement précarisée*

(..) on peut constater que la population des MM est en moyenne *plus jeune que l'ensemble de la Région* : 32 ans versus 38 ans. La proportion de seniors (>= 65 ans) est deux fois moins importante (8 % versus 14.5 %). En ce qui concerne le genre, on ne note pas de différence. Il y a *moins de personnes au régime de travail indépendant* en MM. L'analyse de la population soignée dans les MM bruxelloises, en comparaison à l'ensemble de la Belgique (tableau 6) montre *une précarité plus importante*. *La précarité mesurée par le type de remboursement* (préférentiel ou non) est bien plus importante dans la population des MM que pour l'ensemble de la Belgique. On constate en effet que la proportion de BIM9 (OMNIO et VIPO 100) est presque 3 fois plus importante dans les MM que dans l'ensemble de la Belgique (42 % versus 14.6 %). On note aussi *deux fois plus de patients non en ordre de mutuelle dans les MM* que dans l'ensemble de la Belgique.

La *forte précarisation visible au travers du statut « OMNIO »* de la population des MM peut s'expliquer d'une part par un travail social important au niveau des MM dans le cadre d'une prise en charge globale du patient. Aider les personnes à exercer leur droit au statut « OMNIO » leur permet de bénéficier de leurs droits à un remboursement préférentiel en première et en deuxième ligne de soins. Il faut en effet rappeler que pour

certaines catégories de personnes (OMNIO) *ce droit n'est pas automatique et nécessite une démarche active de la part du patient*. D'autre part, comme montré plus haut, *les MM s'installent plus souvent dans des communes où le taux de précarité est élevé*, ce qui les amène certainement à drainer une grande part de cette population en quête d'une accessibilité plus grande aux soins, ce à quoi répondent les MM. Enfin, *même au sein de leurs quartiers les maisons médicales attirent une plus grande proportion de personnes en situation précaire* (Boutsen et al 2011). En complément à ces données quantitatives, nous recevons les témoignages des acteurs du terrain, qui décrivent une situation sociale *des publics qui évolue vers toujours plus de précarité, de pauvreté, de difficultés sociales*. Cette lente évolution se ressent depuis de nombreuses années, mais semble bien s'accroître maintenant que les effets de la crise de 2008 se font sentir. »

### Fédération laïque de centres de planning familial (21 pages).

Les problématiques sociale et celles relatives à la santé sont associées dans ce rapport qui ne fait pas de comparaisons quantitatives avec la population globale. Nous en extrayons ce qui est davantage relatif au social.

Le constat de la *complexité des demandes*, de la *précarisation matérielle et administrative* de ses usagers est aussi dressé par la FLCPF, sur base des rapports annuels de ses membres, mais sans statistiques. Deux rapports annuels de services sont cités plus particulièrement (CAFRA d'Auderghem et CPF des Marolles), mettant notamment en évidence l'importance de l'aide sociale et de l'approche globale, ainsi que le *danger du morcellement des services*, les personnes ayant parfois « les plus grandes peines à pouvoir ou à savoir déposer [leurs] difficultés globalement ». Le CAFRA constate des *changements dans l'attitude des usagers*, des demandes plus « agressives, morcelées et critiques »<sup>6</sup>. Au niveau des évolutions, outre la question de *l'accueil des personnes non hétérosexuelles (LGBTQI)*, les rapports cités font état d'une *paupérisation en augmentation*, ce qui expliquerait le changement d'attitude (« la personne en demande est elle-même soumise à des agressions, des injustices et s'en défend finalement par une agressivité proportionnelle à celle ressentie »). En termes d'action collective, plusieurs plannings signalent des *difficultés croissantes en matière d'animation scolaire*.

### MORCEAUX CHOISIS (c'est nous qui soulignons)

« Nos centres évoquent une difficulté croissante de la prise en charge au niveau de l'accueil : *demandes complexes, personnes précarisées* (ceci fera l'objet d'un sous-chapitre), en situation de crise, souffrant de pathologies mentales lourdes et nécessitant un suivi médico-psycho-social global. Ce travail de première ligne est similaire à celui d'autres services sociaux et *ne concerne pas uniquement les aspects liés à la vie affective et sexuelle*. Les demandes non-liées à la vie affective et sexuelle demeurent cependant minoritaires et le centre de planning familial se fait un devoir de réorienter les usagers vers les services le plus compétents concernant ces demandes. La déontologie du travailleur social impose néanmoins que l'on prenne le temps de 'l'accrocher' du bénéficiaire : il s'agit de ne pas le perdre en route après ce contact de première ligne.

La *paupérisation des publics* est de loin *la problématique la plus évoquée par nos centres* : elle est présente dans la quasi-totalité des rapports d'activités. Au niveau des consultations médicales, ce phénomène se remarque surtout *en termes 'd'assurabilité' des usagers*. (...) Au niveau des consultations psychologiques et de conseil conjugal, la précarisation des usagers s'illustre notamment par le *recours de plus en plus fréquent au tarif réduit* (...)

<sup>6</sup> Constat qui ressortait très fort de l'enquête par questionnaire de la DEQ-T auprès de 222 intervenants.

### Identités de genres et orientations sexuelles

Autre problématique ayant pris une certaine ampleur ces dernières années : celle de l'accueil des personnes LGBTQI (Lesbiennes, Gays, Bisexuel-le-s, Transgenres, Transsexuel-le-s, Queer et Intersexes) en centres de planning familial. On le comprend aisément, le planning familial est naturellement et historiquement « hétérocentré », ses fondamentaux étant l'accès à la contraception et à l'avortement.

La question de la spécificité de l'accueil de ces personnes divise au sein de notre secteur. Pour les uns, il n'y a pas matière à problème dans la mesure où un « centre laïque de planning familial est un lieu ouvert à toutes et tous sans discrimination ». Pour les autres, l'approche de ces publics nécessite une réflexion, des formations et des outils spécifiques.

Animations scolaires. Un nombre significatif de nos centres se plaint d'une dégradation du climat lors des animations scolaires, sous l'influence de facteurs tels que le consumérisme, la pornographie sur internet, les violences, les stéréotypes, etc. (...)

Terminons par cette analyse du CAFRA dans son chapitre consacré aux consultations sociales : « *Les facteurs de précarisation sont plus nombreux qu'auparavant et fragilisent davantage. Cette fragilité s'exprime entre autres au travers des demandes d'aide sociale. Nous constatons que la demande se formule différemment, de manière plus morcelée, agressive et critique. Morcelée, car face à la multiplication des services d'aide sociale spécialisés, la personne a les plus grandes peines à pouvoir ou à savoir déposer ses difficultés globalement. Agressive aussi parce que la personne en demande est elle-même soumise à des agressions, des injustices et s'en défend finalement par une agressivité proportionnelle à celle ressentie. Critique enfin, dès lors que la personne demanderesse constate les richesses extérieures, le fossé croissant séparant les très riches des plus modestes et des pauvres. Ceux-ci n'acceptent plus seulement une aide sous forme résiduelle alors que la société économique et mercantile les sollicite par la création de nouveaux besoins* ».

Et par ce plaidoyer du Planning Familial des Marolles : 'Nous constatons que *le taux de personnes non insérées dans un circuit traditionnel de travail est en nette augmentation, à savoir 41,52 % contre 24,45 en 2010 ! Nous côtoyons une couche de population paupérisée et ça ne fait qu'augmenter au fil des années. Quand nous parlons d'usagères bénéficiant d'un revenu inférieur au seuil de pauvreté, nous faisons ici référence aux personnes émanant du CPAS, aux chômeurs, aux sans-papiers...*' »

### Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale (26 pages).

Le rapport de la LBFSM associe constats généraux, constats documentés et analyse explicative globale de ceux-ci. Nous en extrayons ce qui est relatif aux problématiques sociales.

Le diagnostic est similaire en ce qui concerne « *la précarisation croissante* » et le « *fossé économique entre riches et pauvres* », mais la LBFSM ne fait pas toujours la différence entre la patientèle des SSM et la population bruxelloise dans sa globalité. Elle souligne cependant que « pour une estimation réellement valide d'une éventuelle évolution des caractéristiques des patientèles, un recul temporel plus important serait nécessaire. Néanmoins, les quelques évolutions qui apparaissent ici semblent refléter celles qui sont en cours dans l'ensemble de la population bruxelloise. » Le rapport met *les problématiques socioéconomiques en relation causale avec certains problèmes de santé mentale*, tout en soulignant la nécessité de distinguer les problèmes de santé mentale « en tant que tels » et ceux qui sont plutôt « une conséquence des difficultés sociales », afin d'éviter une « psychologisation ou psychiatrisation abusive des problèmes sociaux ». *L'augmentation constante de la patientèle peut donc être une conséquence de problèmes sociaux et/ou celle de problèmes de santé mentale* « en tant que tels ». Par ailleurs, le rapport constate *l'augmentation significative de consultants d'origine*

*étrangère, de femmes vivant seules avec enfants, d'enfants migrants, non scolarisés ou en enseignement spécial* (ce qui correspond à l'évolution globale de la population bruxelloise).

### **MORCEAUX CHOISIS (c'est nous qui soulignons)**

« Dans le contexte de *précarisation sociale grandissante* que nous connaissons, les services de santé mentale bruxellois francophones sont de plus en plus sollicités (...) La *paupérisation croissante de la société* où le fossé économique entre riches et pauvres se creuse sans cesse, a des effets multiples notamment sur les problèmes de santé mentale. Perdre son emploi, son droit au chômage, son logement peut être inducteur de difficultés de santé mentale mais les prendre comme telles conduit à une psychiatisation du social maintes fois dénoncée. Un travail de sensibilisation est à réaliser dans les services sociaux pour que les problèmes de santé mentale puissent être soit identifiés en tant que tels, soit entendus comme une conséquence des *difficultés sociales* et être traités comme tels. (...)

Il est nécessaire d'avoir en tête que, sauf circonstances exceptionnelles (changements de législation ou de réglementation offrant des droits nouveaux ou des opportunités nouvelles à des segments de population), les *évolutions sociales sont des phénomènes en général très progressifs* qui ne peuvent se mesurer valablement que sur une longue durée. En ce sens, *l'évolution temporelle envisagée ici relève d'une courte durée*. Il appert alors que, même si d'un point de vue statistique les différences constatées entre la dernière année de la période et l'année initiale, de référence, peuvent être significatives (non dues au hasard), la mesure de ces évolutions ne se manifeste, le plus souvent, que par de modestes modifications de pourcentage. Pour une estimation réellement valide d'une *éventuelle évolution des caractéristiques des patientèles, un recul temporel plus important serait nécessaire*. Néanmoins, les quelques évolutions qui apparaissent ici semblent refléter celles qui sont en cours dans l'ensemble de la population bruxelloise. Dans quelques cas, nous avons fait figurer des évolutions qui ne sont pas statistiquement significatives mais qui devraient être suivies à plus long cours, de façon à vérifier s'il ne s'agit que de phénomènes circonstanciels ou, à l'inverse, de tendances de fond qui témoignent de changements réels.

En 5 ans, de 2006 à 2010, un dossier a été ouvert, dans les SSM agréés par la CoCoF, pour plus de 40.000 nouveaux patients. Ceux-ci ont bénéficié de plus de 500.000 prestations. Au cours des cinq années, on voit que la proportion de patients adultes habitant la Région de Bruxelles Capitale est en augmentation constante et significative (cf. graphe I.a.). On remarque aussi une croissance significative des envois émanant des médecins généralistes et des maisons médicales (cf. graphe I.b.).

Concernant la patientèle adulte, l'analyse met également en évidence *une augmentation significative du nombre de consultants d'origine étrangère* (cf. graphe I.c.). Dans les équipes adultes, comme dans les équipes enfants, les *consultations de femmes vivant seule avec un enfant sont aussi en augmentation constante* (cf. graphes I. d. & II.a.). Pour la patientèle des enfants et des adolescents, on constate une *croissance des situations où la mère ou le père est soit séparé, soit divorcé* (cf. graphes II.c.). Dans les équipes enfants et adolescents encore, il y a une *expansion significative du nombre de père de nationalité étrangère et d'enfants de parents migrants* (cf. graphes II.d. & II.e.). Enfin, dans ces mêmes équipes, on constate une augmentation significative des *enfants non-scolarisés, scolarisés en enseignements spécial et en maternelle* (cf. graphe II.f.).

On voit ainsi que pour un certain nombre de variables, *l'évolution de la patientèle dans les services de santé mentale bruxellois francophones se fait en accord avec les constats faits sur l'évolution de la population bruxelloise en général*. Une analyse comparant nos données avec celles disponibles à l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles Capitale, permettrait d'affiner ce constat mais nous n'en avons pas les moyens actuellement. (...)

Principalement, il en est ressorti (ndlr : de la journée de fédération d'octobre 2011) que : *L'augmentation de la précarité, les contextes sociaux délétères, les politiques d'activation des pouvoirs publics, la montée en puissance du management des allocataires sociaux conduisent aux portes des services d'aide un contingent de plus en plus important de demandeurs qui présentent entre autres difficultés des problèmes de santé mentale, lesquels finissent par déborder les professionnels auxquels ils s'adressent allant même jusqu'à engendrer « une souffrance des travailleurs en miroir de celle de leur public ». Ce phénomène suscite très souvent un premier réflexe d'appel à l'aide, voire de convocation, à l'égard du monde de la santé mentale au risque d'une psychologisation ou d'une psychiatrisation abusive des problèmes sociaux. »*

### **Fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomanes - Fedito (26 pages).**

Le rapport ne comporte que peu d'éléments au sujet des problématiques sociales, pour des raisons de manque de données quantitatives sectorielles agrégées.

La FEDITO ne peut présenter de vue d'ensemble de ses membres pour des raisons logistiques (« impossibilité de présenter des chiffres actualisés »). Mais les « constats empiriques » permettent de pointer une série de problématiques sociales : *précarisation du public et complexification des situations*<sup>7</sup>, difficultés relatives au *logement* qui ralentit le départ de personnes hébergées en services résidentiels, *personnes en situation illégale* se faisant passer pour des patients afin d'obtenir une carté médicale, *migrants UE avec statut touristique*, augmentation de « *vieux patients* » qui n'ont pas encore l'âge pour aller en maison de repos (à supposer qu'ils puissent y résider) mais aussi de *consommateurs mineurs*. Tout comme les rapports précédents, la FEDITO pointe également *les effets du contexte socioéconomique et social urbain bruxellois* (« prix des logements, pauvreté importante, flux de populations ») sur l'usage de drogues, ce qui fait porter « sur le seul secteur santé un poids démesuré dans la gestion de ces problèmes » de société. Les actions de santé apparaissent dès lors bien souvent comme des « *rustines sociales* ».

### **MORCEAUX CHOISIS (c'est nous qui soulignons)**

« Analyse de l'évolution des problématiques sociales et de santé que rencontre le secteur.

*Le recueil de données, outil de base pour analyser les évolutions de ce type a été confié par les Ministres de la santé COCOM à la Plate-forme de concertation mentale bruxelloise (PFCSMB) et sa coordination assuétudes en 2011, suite à la dissolution de l'asbl CTB-ODB. Le processus de mise en place d'une concertation des fournisseurs de données afin de pouvoir travailler et analyser les données récoltées pour donner une vision de ce qui se passe dans les S.A.T. est long à démarrer. En plus de l'impossibilité de présenter des chiffres actualisés, cet immobilisme risque de provoquer un "trou" dans la récolte de données en RBC dans notre secteur. L'asbl Eurotox joue le rôle d'observatoire épidémiologique et publie sur base annuelle son rapport sur l'usage de drogues en fédération Wallonie-Bruxelles. Ce rapport reprend les tendances d'utilisation de produits psychoactifs sur base des chiffres et des études disponibles. Le manque de vue d'ensemble pour la FEDITO réduit notre contribution à nos constats "empiriques", qui n'en restent pas moins pertinents.*

*(...) Précarisation de nos publics et situations plus complexes. Précarisation qui se marque en particulier aux niveaux des services à bas seuil d'accès. Cette désinsertion est renforcée par la crise du logement qui complique (très) singulièrement la resocialisation et empire la situation de saturation des services résidentiels "cures" et postcures" (report des départs des bénéficiaires qui ne parviennent pas à trouver un logement dans le parc locatif privé). Durcissement des mécanismes de contrôle des institutions prévues pour aider cette population précarisée (CPAS, logements sociaux, ORBEM, ...). On assiste à un phénomène, relativement marginal mais*

<sup>7</sup> Première source de pénibilité liée à l'accessibilité, selon l'enquête par questionnaire de la DEQ-T.



significatif de ce qui se passe, de "faux patients" ou des personnes en situation illégale se font passer pour toxicomanes pour bénéficier d'une carte médicale (attestant de la présence sur le territoire) et obtenir aussi un répit : douche, chaleur, accueil, café, ... Sans commentaire.

Une migration "intra-européenne" semble également en cours et demanderait à être objectivée, avec des usagers espagnols, polonais et grecs principalement, avec des statuts touristiques, d'où la difficulté à leur venir en aide. De plus en plus de "vieux" patients fréquentent les institutions de soin, des personnes qui sont passées entre les gouttes de l'épidémie de SIDA et des autres risques liés à leur usage. Ces quadras ou ces "quinquas" sont passablement abîmés par leur parcours de vie, mais n'ont pas l'âge requis pour être en maison de repos. D'ailleurs, il n'est pas certain qu'ils puissent s'adapter facilement aux maisons de repos "traditionnelles" qui n'aménageraient pas un minimum leur règlement... Une réflexion devra se tenir dans un futur proche sur la manière la plus appropriée d'accompagner ces vieux consommateurs. On constate une augmentation de mineurs dans certains services bas seuil, qui pose de nombreuses questions aux opérateurs de terrain qui ne sont pas forcément bien outillés pour recevoir des mineurs consommateurs dans des conditions optimales. Faut-il pour autant un service spécifique, ou vaut-il mieux former les opérateurs dont le métier est l'accueil de ces catégories d'âge ?

Enfin, en guise de conclusion, comme pour toutes les autres « disciplines » du secteur sociosanitaires, la prise en compte des déterminants socio-économico-écologiques de l'usage de drogues est largement déficitaire aujourd'hui pour comprendre, et surtout remédier aux enjeux que nous affrontons. Cela a pour conséquence de faire porter sur le seul secteur santé un poids démesuré dans la gestion de ces problèmes largement « symptomatiques » des « maladies » de la société. Dès lors, les actions de santé (de la prévention aux soins), véritables « rustines » sociales mais humainement incontournables, sont rendues plus longues, plus complexes et réclament, en diversité comme en quantité, plus de moyens. Ces remarques sont particulièrement pertinentes pour une grande ville comme Bruxelles, laquelle concentre une série de problèmes caractéristiques des centres urbains (prix des logements, pauvreté importante, flux de populations, ...).

#### Rapport sectoriel des Centres d'Action Sociale Globale - FDSS (19 pages)

Peu de données chiffrées documentées dans ce rapport, le programme SySSO est encore récent (2011). Le secteur est encore en réflexion sur la manière de transmettre des chiffres pertinents dans le rapport sectoriel.

Ce qui ressort des constats de terrain recoupe néanmoins les données des rapports sectoriels précédents : « augmentation significative des demandes vers les centres, paupérisation générale de catégories de population tels que les travailleurs à bas revenus et une complexification des situations », le tout dans un contexte où les « réponses » (emplois, logements...) se font plus difficiles. En termes d'évolution, la crise financière de 2008 et ses conséquences ultérieures est également évoquée comme moment et cause de la dégradation économique et sociale qui touche les usagers des CASG de plein fouet.

#### MORCEAUX CHOISIS (c'est nous qui soulignons)

« Lors de la rédaction de notre rapport Inter-Centres 2009, le constat semblait assez clair : la crise ne se faisait heureusement pas encore ressentir. En effet, nous craignons une dégradation des conditions économiques et sociales générales dans les mois ou les années à venir, essentiellement due à l'augmentation du chômage et à la lenteur des plans de relance... Nous n'avions malheureusement pas tort. Les effets de la crise se sont depuis bien fait ressentir : augmentation significative des demandes vers les centres, paupérisation générale de catégories de population tels que les travailleurs à bas revenus et une complexification des situations caractérisées par une multiplication des problématiques. Il est une difficulté majeure à laquelle doivent faire



face les travailleurs sociaux : *la société offre de moins en moins de réponses aux problématiques sociales rencontrées par les personnes. Là où auparavant, les travailleurs pouvaient aider à la recherche d'un logement, à la gestion du budget, à l'amélioration de la santé, ils se retrouvent aujourd'hui avec bien peu de solutions à offrir. Les revenus, malgré une bonne gestion, ne permettent plus de joindre les deux bouts, le marché du logement est à ce point tendu qu'il devient difficile de se loger à petit prix, les soins de santé sont pour beaucoup devenus un produit de luxe... Soyons clairs, le loyer représente plus de 50 % du revenu mensuel de notre public (450 €) et plus de 20 % de ce revenu est consacré aux dépenses de soins de santé (250 €). Le logement social fait cruellement défaut en Région de Bruxelles-Capitale et le Plan logement de 5000 logements ne se réalise que lentement. Nous ne pouvons que confirmer le constat maintes fois relayé par les médias ou les colloques en la matière au seuil de l'hiver. (...)*

Pour rappel, le programme de recueil de données SySSo est un programme commun aux CASG et aux CAP subsidié par la CoCoF et la CoCom depuis 2009. En 2009, les Centres ont pu *commencer à prendre en compte les problématiques vécues par les bénéficiaires* et non plus seulement la part des interventions dans leurs activités. L'utilité du recueil de données semble désormais perçue. En 2010, l'enjeu fut de faire le rapprochement entre les données statistiques et les actions développées/à développer sur le terrain. L'accent a donc été plus particulièrement mis sur les actions collectives des Centres, dans une démarche d'adéquation des données avec les offres de service. Le processus de testing du programme a été long et lent, car c'est au fur et à mesure de l'utilisation en phase de test que les « bugs » informatiques à corriger ont été découverts et qu'il est apparu que certains items devaient être rediscutés. Après 6 mois d'encodage, un premier test de statistiques et d'analyse a été réalisé par Hugues-Olivier Hubert (chercheur FdSS). Ce test a démontré les faits suivants : la manière dont chaque travailleur social encode les données influence beaucoup les premiers résultats obtenus (...) *Des chiffres seront de toute façon établis et analysés en 2012 à partir des données 2011. Ces chiffres porteront sur le profil des usagers et sur leurs problématiques.»*

### **Centre d'Appui aux Services de Médiation de Dettes (73 pages)**

Le rapport du Centre d'Appui en toute bonne logique, fait principalement référence à ce qui est sa mission : l'appui, souvent technique, aux services de médiations de dettes (formations, mise à disposition d'outils, débats, « hotline », groupes de travail, prévention du surendettement, lobbying, soutien des travailleurs qui souhaitent démarrer des projets de prévention du surendettement). On y trouve dès lors relativement peu d'informations sur les problématiques sociales des usagers. Les données informatiques collectées grâce au logiciel Medius ne sont pas encore disponibles, celui-ci n'ayant été installé qu'en 2012. Nous avons trouvé des indications plus significatives dans la contribution du CAMD au Rapport sur l'Etat de la Pauvreté de l'Observatoire de la Santé et du Social de 2010

### **MORCEAUX CHOISIS (c'est nous qui soulignons)**

Dans le rapport d'activités :

*Le nombre de personnes en médiation de dettes augmente de manière significative. Or, les services de médiation de dettes sont de plus en plus souvent amenés à gérer des listes d'attente avant de pouvoir ouvrir un dossier et suivre une personne en difficultés financières. Les délais de prise en charge augmentent et le profil des personnes en difficultés ne se limite plus seulement aux allocataires sociaux.*

Comme les services de médiation de dettes ont une action limitée sur le terrain de l'aide apportée aux personnes surendettées. Ils agissent en priorité sur le plan curatif en aidant les personnes à apurer leurs dettes. *Le nombre de dossiers, la complexité des situations à traiter et l'urgence de celles-ci ne permettent pas d'envisager la cause plutôt que le symptôme. Quelques services de médiation de dettes ont heureusement*

choisi de développer des actions de prévention du surendettement auprès des publics fréquentant les CPAS et autres services d'aide sociale. C'est une initiative à soutenir et à encourager.

Cependant, nous pensons qu'il est important de proposer aux personnes suivies en médiation un lieu neutre et non-jugeant, extérieur à tout service de médiation de dettes ou d'aide sociale. Il s'agit donc d'offrir un espace de rencontres, d'échanges et de recherche en groupe qui favorise autant l'expression que l'apprentissage de connaissances utiles et la co-construction d'attitudes de gestion et de valorisation de ses ressources financières et autres. C'est pourquoi nous parlons de « groupe de soutien ». *La mini-enquête effectuée auprès de 84 personnes suivies en médiation de dettes met en évidence leurs besoins dans plusieurs registres : celui des connaissances et des outils de gestion en matière budgétaire, celui de la recherche de soutien et d'échanges avec d'autres personnes vivant une situation comparable et celui de l'aspiration au mieux-être personnel et familial.* »

Dans sa contribution au Rapport sur l'Etat de la Pauvreté de l'Observatoire de la Santé et du Social de 2010 (Regards croisés, page 38) intitulée « le médiateur de dettes face à la Pauvreté »

Aujourd'hui même si le crédit est encore très présent dans les dossiers de surendettement et doit rester une préoccupation majeure pour nos pouvoirs politiques, une autre réalité ne peut plus être ignorée ... c'est celle d'une pauvreté grandissante.

Bien loin du stéréotype de la personne surendettée qui gère mal son budget, dépense sans compter, consomme à outrance, use et abuse du crédit on constate dans les statistiques de la Banque Nationale qu'un tiers des personnes qui font appel à la procédure de règlement collectif de dettes n'ont pas de dettes de crédit. Ce chiffre est passé de 29,4 % fin 2006 à 32,2 % fin 2009. (Ce chiffre est passé à 36,8 % fin 2012 !)

La progression de l'endettement non crédit lié à des charges de la vie courante (soins de santé, énergie, taxes, etc) est corroborée par diverses études :

A Bruxelles, les médiateurs de dettes sont de plus en plus confrontés à des ménages insolubles c'est-à-dire

- qui parviennent tout juste à faire face à leurs dépenses quotidiennes de base mais n'ont aucun disponible supplémentaire à affecter au remboursement de leurs dettes,
- ou ont des revenus insuffisants qui ne leur permettent même pas d'avoir un budget un équilibre. On parle alors de surendettement structurel puisque il est alors impossible de ne pas faire de nouvelles dettes.

Cette situation n'est pas nouvelle, l'analyse des données statistiques récoltées en 2006 par notre association avait déjà permis de constater qu'un quart des ménages suivis par les Services de médiation de dettes bruxellois avaient des dépenses supérieures à leurs revenus.

Nous ne disposons malheureusement plus de données statistiques pour Bruxelles mais aujourd'hui certains services estiment que près de 70 % des ménages qui viennent frapper à leur porte sont dans cette situation. »

### [Rapport sectoriel Services d'aide aux justiciables - FDSS \(18 pages\)](#)

Le rapport sectoriel contient un chapitre consacré aux « Evolutions des problématiques sociales et des pratiques professionnelles ». Nous en extrayons ce qui concerne les problématiques sociales.

Le rapport distingue la *problématique des victimes et celle des auteurs*. Dans son analyse des demandes, il est fait état des effets de la médiatisation et de certaines campagnes de sensibilisation sur celles-ci (comme « la création de la ligne 0800 et avec la diffusion des spots télévisés et radiophoniques 'Fred et Marie' », les « faits de pédophilie »). Dans la partie consacrée aux victimes, il

est fait état d'une « explosion du nombre de femmes réclamant une aide psychologique suite à des *violences conjugales et familiales* » dont l'accompagnement est rendu plus complexe à cause de la « *paupérisation des familles* ». *L'accroissement des demandes de suivi de victimes d'abus sexuels* est aussi pointé, ainsi que des conséquences de la drogue sur les viols, le multitraumatisme de la population de réfugiés. Le nombre de *demandes de victimes adressées aux quatre SAJ* est « *en augmentation constante* ». Du côté des auteurs, le rapport mentionne le « renforcement du sécuritaire » qui questionne le sens du travail social. Si la LBFSM et la FEDITO signalaient les dangers d'une psychiatrisation et d'une médicalisation du social, les SAJ mentionnent quant à eux une « *pénalisation de vieilles problématiques sociales* ». Dès lors, « La prison est une façon de contenir, de mettre à l'écart sans agir sur les causes sociales. »

### **MORCEAUX CHOISIS (c'est nous qui soulignons)**

« Malgré l'amélioration manifeste de la cohésion du secteur des Services d'aide aux justiciables et le développement des partenariats inter-services, *le nombre de demandes* auxquelles les quatre services doivent faire face *est en augmentation constante*.

Dans le cadre de l'accompagnement des victimes.

Les Services d'aide aux justiciables sont confrontés à une *explosion du nombre de femmes réclamant une aide psychologique suite à des violences conjugales et familiales* dont elles sont victimes. Ce surcroît de demandes est à mettre en lien avec la création de la ligne 0800 et avec la diffusion des spots télévisés et radiophoniques « Fred et Marie ». L'accompagnement des victimes de violences conjugales et familiales est complexe. En effet, *la paupérisation des familles rend encore plus difficile l'acquisition de l'autonomie par les femmes* victimes. Ensuite, il est de plus en plus difficile de trouver des places d'accueil dans des structures adaptées pour les mères et leurs enfants. Les SAJ sont aussi interpellés par des personnes qui connaissent des *difficultés relationnelles* au sein de leur couple et *qui s'identifient aux victimes de harcèlement psychologique*. Il s'agit probablement d'une conséquence biaisée d'une certaine surexposition médiatique de la problématique liée à la violence conjugale. Enfin, les situations de violences conjugales et familiales ont un impact sur la santé physique et mentale des femmes et des enfants, d'où l'importance de l'aspect santé dans l'accompagnement.

Les Services d'aide aux justiciables connaissent *un accroissement des demandes de victimes d'abus sexuels*. La mise en place de la Commission spéciale relative au traitement d'abus sexuels et de faits de pédophilie dans une relation d'autorité, en particulier au sein de l'Église, instaurée par la Chambre des représentants fin 2010, a probablement eu *une influence sur cette augmentation*. L'intervention d'un SAJ, invité lors d'une des séances de cette Commission, a permis de renforcer l'idée que les victimes doivent être accueillies par des services professionnels, neutres et subsidiés par les pouvoirs publics.

D'une manière générale, les SAJ constatent une *prise de conscience par le grand public, le monde politique et les médias des conséquences destructrices des actes de violence sexuelle sur les victimes*. Ce qui permet à celles-ci, petit à petit, d'oser parler un peu plus rapidement après les faits.

Les statistiques de SOS Viol révèlent une *augmentation des situations en lien avec la problématique de la drogue du viol*. La *population de réfugiés avec des multi-traumas* est aussi en nette progression. Pour ces personnes, il y a une nécessité d'apporter une aide psychosociale combinée à des soins médicaux.

Bien qu'il y ait une plus grande prise de parole autour de la question, le sujet reste encore tabou et très difficilement abordable. De plus, les acteurs judiciaires ont parfois peu de considération pour les affaires de viol. Les SAJ plaident aussi pour une amélioration du suivi des plaintes des victimes.

#### Dans le cadre de l'accompagnement des auteurs

(...) Les SAJ assistent au *renforcement du sécuritaire (peines plus longues, difficultés accrues pour un ex-détenu de remplir l'ensemble des conditions imposées dans le cadre d'une libération conditionnelle, etc.)* de sorte qu'il existe un écart de plus en plus important entre les orientations politiques et la vision des travailleurs de terrain. Cela pose la question du sens du travail.

Citons à titre d'exemple, le Tribunal d'Application des Peines (TAP) qui impose des conditions au détenu lors de sa libération, parmi lesquelles figure de manière presque systématique un suivi psychologique obligatoire. Cette aide « sous-contrainte » est une des principales difficultés rencontrées dans le travail pré- et post-pénitentiaire. Lorsque le suivi est une condition imposée par les instances pénitentiaires ou judiciaires, il faut questionner le sens du suivi pour chacune des personnes impliquées (usager et travailleur). En filigrane, il y a un risque d'instrumentalisation du secteur par les instances judiciaires (lorsque l'usager demande au SAJ une attestation de présence sans vouloir réellement entamer un travail thérapeutique).

Par ailleurs, les SAJ constatent une *pénalisation de vieilles problématiques sociales* telles que la *toxicomanie* ou les *sans-papiers*. La prison est une façon de contenir, de mettre à l'écart sans agir sur les causes sociales. Les *jeunes dessaisis sont aussi des nouveaux usagers*. Ces nouveaux publics se présentent aux professionnels qui doivent adapter leurs démarches de travail. »

#### Rapport sectoriel Espaces-Rencontres - FDSS (14 pages)

Ce rapport contient également un chapitre spécifique consacré à l'évolution des problématiques sociales et de santé dont nous soulignons les composantes sociales.

Le champ d'activité des deux services Espaces-Rencontres est très spécifique : organisation de rencontres entre parents et enfants, le plus souvent sous contrainte judiciaire. La population des SER est très majoritairement (80 %) composée de *personnes vivant dans la précarité sociale* (le terme « précarité » revient à plusieurs reprises) et dans des situations de *violence* et de fragilité psychique (ces derniers phénomènes en augmentation).

#### MORCEAUX CHOISIS (c'est nous qui soulignons)

« 357 dossiers ont été traités en 2011 par les deux ER. Par dossier, nous entendons un enfant. Dès lors, pour une fratrie venant à un ER, un dossier par enfant sera ouvert. Ces dossiers ont donné lieu à plus de 2.600 rencontres.

Environ 90 % des personnes qui s'adressent à un ER y sont contraintes par une décision de judiciaire.

*Un peu moins d'un quart des enfants (23 %) sont « pris en charge par le protectionnel ».* Cela signifie qu'il a été estimé que *le développement de l'enfant et sa sécurité étaient compromis dans son milieu familial*. Cela témoigne d'une problématique familiale lourde.

55 % des enfants ont un parent souffrant de problèmes de santé mentale.

(...) Près de 80 % des parents vivent dans une *précarité sociale*.

Au Patio, ils constatent que *l'accompagnement du lien précoce* (enfant de 0 à 4 ans) est en constante augmentation au fil des années. Ce qui attire particulièrement l'attention, c'est que *100 % des mères* rencontrant leur enfant de 0 à 4 ans souffrent de problèmes de santé mentale et *vivent en précarité*. Ces facteurs fragilisent fortement la relation mère/enfant.

Les ER accueillent une *population particulièrement précarisée*.

Les ER constatent, d'une part, une augmentation d'année en année du nombre de dossiers qui leur sont adressés et, d'autre part, *une grande complexité dans les problématiques familiales* nécessitant le passage en ER.

Parmi ces situations, *le nombre de parents ayant un suivi psychiatrique* croît de manière importante. Les *situations de violence sont aussi de plus en plus présentes*.

L'accueil de *parents fragiles psychologiquement* pose différentes questions. Premièrement, le Code de déontologie des ER impose un accompagnement transitoire, donc limité dans le temps. Il faut que le parent puisse évoluer vers un droit de visite autonome. Deuxièmement, l'accompagnement des parents les plus fragiles mobilise fortement les équipes qui ont dès lors moins de temps à consacrer aux autres usagers. Troisièmement, en termes de sécurité, le risque de passage à l'acte est plus élevé. Et enfin, quatrièmement, les problématiques particulières à chaque famille rencontrée sont lourdes et, donc, émotionnellement fort prenantes pour les professionnels qui ont besoin de formation continue pour penser les relations de l'enfant avec son *parent souffrant de troubles de la santé mentale*.

Les ER n'étaient pas à l'origine créés pour ce type de situations et doivent donc s'adapter à ces nouvelles données. Cela confirme la nécessité d'un personnel formé et en nombre suffisant et ce afin de respecter la mission qui lui est confiée en garantissant la sécurité de l'enfant, des usagers et du personnel. »

#### Rapport sectoriel Secteur de l'aide à domicile - FSB (22 pages)

Ce rapport concerne l'ensemble des services bruxellois (CoCoF, CoCom, VG). Les constats repris ci-dessous se rapportent dès lors à l'ensemble des services (26) et pas seulement ceux agréés par la CoCoF (7).

Le rapport de la FSB fait état de changements dans le profil de la population aidée, qui n'est plus uniquement composée des personnes âgées dépendantes de tous milieux sociaux, mais de plus en plus d'adultes (jeunes et moins jeunes) « de familles qui présentent des *problématiques sociales aiguës* ou des problèmes d'ordre psychologique ». La *multiculturalité* des bénéficiaires et des travailleurs est aussi mentionnée.

#### MORCEAUX CHOISIS (c'est nous qui soulignons)

« Les services d'aide à domicile interviennent auprès d'une large frange de population, intégrant *tous les milieux socio-économiques et culturels ainsi que toutes les tranches d'âge*. Les *personnes âgées* représentent la majorité des bénéficiaires.

Toutefois, *de plus en plus fréquemment*, les services sont appelés à exercer une action de prévention à la demande de services extérieurs (hôpitaux, médecins, services sociaux ou de santé mentale), *auprès de familles qui présentent des problématiques sociales aiguës ou des problèmes d'ordre psychologique*.

*Les problématiques sociales* et de santé relevées dans le premier rapport sectoriel 2008 *sont toujours d'actualité* (...) L'hospitalisation raccourcie, le développement de l'hospitalisation à domicile, le manque de places dans les centres de réhabilitation, les centres de jour, les maisons de repos et les maisons de repos et de soins, le *coût inabordable de ces institutions pour une grande partie de la population bruxelloise*, ainsi que *l'augmentation du nombre de cas de santé mentale*, sont autant de facteurs qui modifient les besoins et la manière d'aborder l'aide à domicile.

Au cours des quinze dernières années, tous les services ont fait preuve d'une réelle capacité à s'adapter aux évolutions de la vie sociale et à celle des pathologies développées par les patients. Face à une *complexification à tous niveaux*, les moyens mis en œuvre diffèrent, cependant, d'un service à l'autre (...)

### **Rapport sectoriel Fédération Bruxelloise pluraliste de soins palliatifs et continus (2 pages)**

Ce rapport ne fait que deux pages dont nous ne pouvons extraire que quelques lignes concernant les problématiques sociales.

Le document ne contient pas véritablement de constat sur les problématiques sociales mais bien un pronostic concernant le vieillissement de la population. Notons également la mention d'une demande de prise en charge de la famille et de l'entourage et pas seulement des patients.

#### **MORCEAUX CHOISIS (c'est nous qui soulignons)**

« L'évolution des problématiques sociales et de santé rencontrées par le secteur.

D'un point de vue social, il apparaît évident que le secteur va être confronté à une demande de plus en plus forte et ceci est principalement dû au fait du *vieillessement de la population*. Ce qui aura pour effet de devoir augmenter les effectifs en matière de personnel.

Un autre point qu'il est important de prendre en compte est l'évolution de la démarche d'accompagnement du patient. En effet, *de plus en plus les équipes sont confrontées à la prise en charge de la famille et de l'entourage du patient*. Il est nécessaire d'impliquer ceux-ci dans le projet de soins ; l'aspect médical seul ne suffit pas. »

### **Rapport sectoriel Maisons d'accueil - AMA (49 pages)**

Comme expliqué dans l'introduction, le secteur des maisons d'accueil, représenté par sa fédération AMA et son rapport sectoriel, a été intégré dans ce rapport intersectoriel. Le rapport de l'AMA comporte un chapitre assez documenté dans lequel il est fait état de « l'évolution des problématiques sociales que rencontre le secteur », de manière synthétique d'abord, puis thématique. Nous reprenons les éléments synthétiques.

Les constats faits par l'AMA, en ce qui concerne la population des maisons d'accueil et services associés dans l'aide aux sans abris et aux personnes sans domicile fixe, recoupe très largement les rapports précédents, mais en étant centré sur une population par définition très précarisée. On y retrouve aussi le lien établi précédemment entre précarité matérielle et de santé physique et/ou mentale, sur laquelle nous allons revenir. La plupart des problématiques sociales que nous avons distinguées plus haut (précarité matérielle, sociale, administrative, cognitive, familiale....) se retrouvent la plupart du temps associées dans le cas des usagers des maisons d'accueil.

#### **MORCEAUX CHOISIS (c'est nous qui soulignons)**

« Le nombre de *personnes en situation précaire s'accroît*. Les évolutions sociales et *l'augmentation de la pauvreté et de l'exclusion* (produit de notre organisation économique) ont fait apparaître au-delà des profils traditionnels, *de nouveaux «sans-abri»*, ceux-ci s'adressent à nos structures et y trouvent bien souvent l'aide nécessaire pour rebondir. Des études récentes rappellent que la majorité des personnes accompagnées par les maisons d'accueil se retrouve rarement sans logement de façon accidentelle. *La plupart des usagers vivent dans une grande précarité, tant matérielle que physique et psychologique*. Cependant, dans bien des cas, les personnes hébergées en maisons d'accueil n'ont pas vécu dans la rue. Des solutions « provisoires », « de



débrouille » ont souvent été trouvées avant de finalement faire appel ou d'être orientées vers une maison d'accueil.

Les témoignages de terrain ayant servi à l'élaboration des « Cent portes de l'accueil »<sup>8</sup>, rapportent une série de problématiques majeures et transversales : la dégradation de la santé mentale, *les difficultés de plus en plus aiguës d'accès au logement et à l'emploi, le surendettement, la déstructuration familiale, les conséquences du déracinement pour les réfugiés et primomigrants, les changements du rapport à la norme, les assuétudes, l'illettrisme*. Ceci dans le contexte d'une plus grande complexité des situations où les difficultés sont non seulement empilées mais aussi intriquées.

*L'accès à l'emploi est la plupart du temps au-dessus de la capacité des personnes*, certainement au moment de l'hébergement. Il existe un *décrochage entre la population des centres et le monde du travail*. *L'accès au logement est le problème majeur* aussi bien à l'entrée qu'à la sortie de la maison d'accueil. Les difficultés administratives et d'accès aux droits, le manque de ressources financières et le surendettement. Les personnes non prises en charge par les structures spécialisées : un nombre de plus en plus important de personnes qui frappent à la porte des maisons d'accueil faute de places ailleurs (hôpitaux, communautés thérapeutiques, secteur du handicap, secteur de l'asile...).

*Extrême fragilité des familles, voire leur absence en termes de support affectif et matériel*. *Isolement absolu des personnes*. Augmentation du nombre de *familles monoparentales* (le plus souvent mère seule). Croissance du nombre de personnes présentant des *problèmes de santé mentale ou de problèmes connexes* (assuétudes, désorientation, dépendance...)

Explication de type institutionnel : saturation des services spécialisés ou absence de services adéquats  
Explication sociétale : dégradation de la santé mentale d'une partie de la population suite aux changements sociaux : mutation du rapport à la norme, perte de repères, individualisation de l'existence, incitation à la surconsommation...

Tous ces éléments conjugués font que la *capacité d'autonomie est de plus en plus fragile* même après un séjour en maison d'accueil, d'où le développement des suivis post-hébergement. Ceci explique également que de nombreux services font appel à des structures spécialisées dans le domaine de la santé mentale et de l'exclusion comme le SMES-B par exemple. »

### 2.5.1.2. Social : Constats transversaux

Comme le lecteur l'aura constaté, les constats transversaux sont relativement faciles à établir, la plupart des rapports sectoriels établissant *un diagnostic assez similaire*, à travers le prisme professionnel et les sources qui leurs sont propres. Les mots « précarité » (état) et « précarisation » (processus) reviennent le plus souvent (ils sont utilisés dans presque tous les rapports), le terme désignant la plupart du temps la *précarité financière et matérielle, mais aussi régulièrement des éléments associés de fragilité familiale, sociale, culturelle, administrative* et, comme nous le verrons, de santé mentale et/ou physique. D'où la récurrence des constats sur la « complexité » des situations. Cependant, la documentation quantitative et qualitative de la précarisation des usagers des services n'est pas toujours faite, faute d'outils de mesure opérationnels ou de temps disponible. Ce travail est effectué ailleurs, par des organismes spécialisés, notamment l'Observatoire bruxellois de la santé et du social, mais il concerne la population bruxelloise dans son ensemble.

<sup>8</sup> Livre dont l'auteur (Bernard DE BACKER) est aussi un des co-auteurs du présent rapport intersectoriel. Les données, recueillies et consignées dans cet ouvrage, avaient été collectées auprès d'une septantaine d'acteurs de terrain de nombreuses maisons d'accueil (dans toute la francophonie belge et pas seulement à Bruxelles).

Ce sont, dès lors, la plupart du temps, des *indices de précarité* (comme le type de remboursement utilisé en maison médicale ou en centre de planning familial) *ou des témoignages* de services (rapports d'activité) ou d'acteurs de terrain qui sont invoqués pour étayer les constats empiriques, en sus des rapports de l'Observatoire et autres données globales. Ajoutons, qu'outre les effets de la situation socioéconomique dégradée (travailleurs pauvres, chômage, allocations sociales, faiblesse consécutive des ressources, mutuelle « pas en ordre », logement trop cher ou inadéquat...) et des politiques sociales (activation, durcissement des contrôles, chasse à la fraude sociale des allocataires...), de nombreux rapports évoquent également la multiculturalité croissante de leur public. Tout ceci est congruent avec les transformations et évolutions de la population bruxelloise et, notamment, les conséquences de la crise financière de 2008 qui accentue les effets de paupérisation antérieure d'une partie d'entre elle<sup>9</sup>, bien souvent le public des services. Ajoutons les effets de cette crise sur les inégalités sociales<sup>10</sup>, les finances publiques et les mesures prises pour les renflouer.

### 2.5.1.3. Social : Association des problématiques

Nombre de rapports insistent sur *la nécessité d'une approche « globale » des problématiques* présentées par leur public, ce qui constitue une *indication claire de l'association fréquente de plusieurs problèmes intriqués*<sup>11</sup>, face à laquelle il apparaît nécessaire de ne pas « morceler » l'intervention et d'assurer un « suivi médico-psycho-social global ». Cette association ne concerne *pas que les problématiques sociales entre elles, mais également les problèmes de santé*, sur lesquels nous reviendrons dans les pages qui suivent. Par ailleurs, *l'évocation régulière de la « complexité » des situations constitue un autre indice du cumul et de l'imbrication fréquente des problèmes*, sans que l'on ait toujours une vue plus précise de la nature et de la fréquence de ces associations.

Remarquons, par ailleurs, que certains rapports sectoriels ne mentionnent *pas seulement la problématique économique comme cause « macro » de nombreuses difficultés psychosociales*, mais également des « *maladies de sociétés* » *plus profondes* qui toucheraient aux racines du vivre-ensemble (collectif, familial, individuel), plus particulièrement dans les grands centres urbains comme Bruxelles.

Notons que *la cohabitation de communautés sociales et culturelles* (notamment linguistiques et religieuses) très diversifiées dans la région de Bruxelles-Capitale (ce dont parlent les rapports) *est plus rarement évoquée comme source de difficultés du « vivre-ensemble »*. Le rapport de la LBFSM fait cependant exception : « Face à l'accroissement de la diversité culturelle, la tentation du repli communautaire ne manquera pas de poser des problèmes en matière d'intégration ou de vie commune. »

---

<sup>9</sup> Différentes temporalités sont cependant à l'oeuvre. Pour une vue globale en Belgique, voir notamment l'ouvrage *Pauvreté en Belgique. Annuaire 2013* (Acco, 2013), notamment la partie I, « La pauvreté aggravée par la crise sociale », et la partie IV, « Une carte des vœux tardive pour les décideurs, étayée par des chiffres ».

<sup>10</sup> Voir à ce sujet les évolutions du « coefficient de Gini » (mesurant les inégalités de revenus) en Belgique et dans les trois régions, présentées dans l'ouvrage précité (pp. 389 et 390). C'est à Bruxelles que le coefficient est le plus élevé (chiffres de 2008, avant la crise) et qu'il a le plus augmenté entre 1990 et 2008. Notons que les inégalités de revenus sont plus faibles en Belgique que dans la moyenne européenne. Mais les écarts intra-belges entre la Flandre, la Wallonie et Bruxelles sont considérables.

<sup>11</sup> Ceci correspond à la définition de la pauvreté du sociologue Jan VRANKEN, reprise dans le même ouvrage précité : « la pauvreté est un réseau d'exclusions sociales qui s'étend sur les divers domaines de l'existence individuelle et collective. »



## 2.5.2. Problématiques de santé

### 2.5.2.1. Santé : Constats sectoriels

Nous reprenons ici, de manière plus ciblée, les éléments relatifs à la santé physique et mentale. Certains ont déjà été signalés dans des extraits précédents, dans la mesure où ils étaient directement associés aux problématiques sociales (ce qui est la dominante, comme nous le verrons).

#### Fédération des maisons médicales. Rapport sectoriel des maisons médicales bruxelloises

Nous rapportons les éléments relatifs à la santé du rapport de la FMM, dans son point 3.2. « Problématiques sociales et de santé identifiées dans la population bruxelloise prise en charge par les MM » Les tableaux ne sont pas inclus dans les extraits choisis.

Le rapport de la FMM synthétise en 2012 des éléments concernant deux maladies chroniques « prioritaires » dans la population des maisons médicales : le *diabète de type 2* et les *pathologies cardiovasculaires*. Pour le diabète, la FMM signale que la prévalence de la maladie est deux fois plus importante dans la population des MM que dans la population belge globale et, au sein de la population des MM, elle constate que les personnes plus défavorisées ont une prévalence encore plus importante. Il y a donc une corrélation entre la prévalence de la maladie et le niveau socio-économique, ce qui est aussi le cas quand on prend la variable du niveau d'études. Le phénomène est similaire pour l'hypertension, quoique moins marqué.

En conclusion, la FMM constate « une vulnérabilité plus grande de la population des maisons médicales. Le niveau socioéconomique plus défavorisé qui caractérise cette population explique les différences observées avec la population générale de la Belgique. Cette inégalité face à la maladie due au niveau socioéconomique s'observe à l'intérieur même des maisons médicales où les plus défavorisés subissent plus souvent les facteurs de risque de maladie cardiovasculaire : obésité, tabagisme, sédentarité, diabète et hypertension artérielle. » Notons que le rapport mentionne l'importance des *questions de santé mentale*, au sujet desquelles la FMM envisage de travailler avec les maisons médicales à partir de 2013.

#### **MORCEAUX CHOISIS (c'est nous qui soulignons)**

« Comme visible dans le tableau 6, la proportion de *personnes invalides* approche les 8 % de la population soignée, et est plus importante en MM que dans la moyenne belge (4,4 %).

Les statistiques de l'OMS (WHO 2010) montrent que les maladies chroniques, en l'occurrence les pathologies cardiovasculaires, les cancers, le diabète et les maladies chroniques respiratoires sont les principales causes de mortalité dans le monde (63% des décès dans le monde sont attribuables aux maladies chroniques). Les pays développés dont la Belgique n'échappent pas à la situation. Au travers du « tableau de bord » des maisons médicales, le Service d'étude et de recherche de la *Fédération des maisons médicales établit chaque année la situation de quelques maladies chroniques « prioritaires » dans la population soignée* dans les maisons médicales.

D'après les données encodées dans les tableaux de bord, la prévalence brute du diabète de type 2 dans la population des maisons médicales est de 3.9 % tous âges confondus en 2009 (Denis et al 2010) et de 4.3 % en 2011. Etant donné que la prévalence de cette maladie croît avec l'âge et que la population des maisons médicales est plus jeune, il était nécessaire de tenir compte de ce facteur âge. Ajustée pour l'âge et le sexe, *la prévalence du diabète de type 2 dans les MM est presque deux fois celle de la population générale en Belgique* (6.3 % versus 3.4 %). Au sein même de la population des maisons médicales, la prévalence varie en fonction

d'autres variables et *les personnes les plus défavorisées au niveau socio-économique sont celles qui ont les prévalences les plus élevées*. En effet, les hommes sont plus touchés, de même que les personnes de plus de 65 ans et enfin les BIM. L'analyse montre aussi que *la prévalence est inversement proportionnelle au niveau d'étude des sujets, ce qui révèle l'effet d'un gradient social sur cette maladie*.

(...) Toujours d'après les encodages dans le tableau de bord des maisons médicales, la prévalence brute de *l'hypertension artérielle* (tous les âges confondus) était de 9.6 % dans la population des maisons médicales en 2011. Ajustée pour l'âge et le sexe, *la prévalence de l'hypertension artérielle en MM est légèrement plus importante que dans la population générale en Belgique* (13.3 % versus 12.7 % dans l'enquête nationale de santé par interview 2008) et cette différence est probablement sous-estimée car on mesure la seule prévalence encodée dans le DSI.

Les analyses multivariées montrent que *la prévalence est légèrement plus importante à Bruxelles qu'en Wallonie*, chez les femmes, les invalides, les diabétiques, les personnes souffrant de surpoids ou d'obésité, les tabagiques et elle augmente avec l'âge de façon marquée dès l'âge de 35 ans.

Lorsqu'on considère uniquement les patients de 35 ans et plus, la prévalence est de 23.9 % en maisons médicales soit au moins un patient sur 5 parmi les 35 ans et plus.

*L'exemple de ces deux pathologies chroniques dont la morbidité et la mortalité sont préoccupantes dans le monde et particulièrement en Europe montre une vulnérabilité plus grande de la population des maisons médicales. Le niveau socioéconomique plus défavorisé qui caractérise cette population explique les différences observées avec la population générale de la Belgique. Cette inégalité face à la maladie due au niveau socioéconomique s'observe à l'intérieur même des maisons médicales où les plus défavorisés subissent plus souvent les facteurs de risque de maladie cardiovasculaire : obésité, tabagisme, sédentarité, diabète et hypertension artérielle.*

*A partir de 2013, il est prévu de travailler avec les Maisons médicales aux modalités de recueil d'informations concernant la santé mentale, autre problématique chronique de santé reconnue pour son importante prévalence. »*

### **Fédération laïque de centres de planning familial**

Comme dit plus haut, le rapport associe les problématiques sociales de celles relatives à la santé. Nous soulignons ce qui est davantage relatif à la santé.

Quelques problématiques de santé sont soulignées dans ce rapport : *l'accroissement des problèmes de santé mentale* (constaté au niveau de l'accueil et de la prise en charge), les effets de la précarité en termes *d'assurabilité médicale*, les demandes de *sutures d'hymen et de certificat de virginité*, les *questions liées au handicap* (physique et/ou mental) et la sexualité).

### **MORCEAUX CHOISIS (c'est nous qui soulignons)**

#### **« Accueil**

Nos centres évoquent une difficulté croissante de la prise en charge au niveau de l'accueil : demandes complexes, personnes précarisées (ceci fera l'objet d'un sous-chapitre), en situation de crise, souffrant de *pathologies mentales lourdes* et nécessitant un suivi médico-psycho-social global.

### Précarité

La paupérisation des publics est de loin la problématique la plus évoquée par nos centres : elle est présente dans la quasi-totalité des rapports d'activités : Au niveau des consultations médicales, ce phénomène se remarque surtout en termes « d'assurabilité » des usagers.

### Santé mentale

Un nombre significatif de nos centres évoque également un *accroissement des problèmes de santé mentale* parmi leurs bénéficiaires.

### Sutures d'hymen et certificats de virginité

Depuis quelques années déjà, le secteur du planning familial est confronté à *des demandes de sutures d'hymen et d'établissement de certificats de virginité*. Au sein de notre fédération, de telles demandes posent bien évidemment question. Les professionnel-le-s des centres de la FLCPF sont partagés entre certaines des valeurs qui fondent leur action (féminisme, dignité du corps de la femme, combat contre la soumission à l'ordre social et à l'ordre patriarcal,...) et l'état de nécessité dans lequel se trouve parfois la demandeuse (souffrance, risque d'exclusion voire de violence). Il existe donc un réel débat dans notre fédération. On connaît mal l'ampleur du phénomène et le traitement qui en est fait en planning familial : bien souvent, ce sont les médecins qui se trouvent seuls confrontés à ces demandes.

### Sexualité et handicap

L'accessibilité (au sens large et non uniquement en termes de mobilité) des services du planning familial aux *personnes en situation de handicap qu'il soit physique ou mental* est une préoccupation qui a pris de l'ampleur au cours de ces dernières années. En 2009, via un arrêté de la CoCoF, un « centre de ressources » était mis à disposition de toute personne concernée par la prise en charge de la vie relationnelle, affective et sexuelle des personnes en situation de handicap. Le centre de ressources a notamment pour missions de collecter, de traiter et de diffuser des données (nationales et internationales), des outils et des formations existants relatifs à la prise en charge de la vie affective, relationnelle et sexuelle des personnes en situation de handicap ou pouvant être transposés à celle-ci, de répondre aux questions posées, de saisir le comité de référence également institué par l'arrêté et d'alimenter sa réflexion, d'organiser des échanges de pratiques entre professionnels et d'organiser annuellement ou tous les deux ans un colloque présentant les travaux et les avancées dans le secteur. Il est hébergé par la FLCPF. »

### Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale

Comme nous l'avons déjà signalé, rapport de la LBFSM associe constats généraux, constats spécifiques documentés et analyse explicative globale de ceux-ci. Nous en extrayons ce qui est relatif aux questions de santé mentale.

Le rapport de la LBFSM fait état d'une *augmentation quantitative du nombre de demandes*, d'une *transformation qualitative de celles-ci* et d'un *débordement consécutif des services*. Elle estime que la situation va « se poursuivre » et « continuer à s'amplifier ». Les auteurs du rapport distinguent, comme nous l'avons vu dans la partie consacrée aux problématiques sociales, *les problèmes de santé mentale « en tant que tels »* (y compris les situations psychiatriques lourdes, notamment de type psychotique) *et les impacts psychiques, plus ou moins associés, de la crise économique, de la vie urbaine, des « nouvelles modalités du vivre-ensemble »* (ou « malaise occidental contemporain ») et de projets de réforme du secteur de la santé mentale. Tout en soulignant que la situation des personnes présentant de fortes perturbations mentales sera aussi affectée par ces facteurs

environnementaux. En d'autres mots, *le constat d'une augmentation quantitative et d'une transformation qualitative des demandes est associé à une causalité multifactorielle* dont les effets se conjuguent et accroissent le malaise psychique, même si celui-ci n'est pas nécessairement de l'ordre de la santé mentale en tant que telle. Le rapport donne ensuite une série « d'illustration statistique de l'évolution de certaines caractéristiques de la patientèle des services de santé mentale bruxellois francophones, pour les années 2006 à 2010. »

### **MORCEAUX CHOISIS (c'est nous qui soulignons)**

#### Le premier constat est d'ordre quantitatif

« (...) la tendance générale est au débordement. *Toutes les équipes signalent une augmentation du nombre d'appels et de rendez-vous pris, d'une année à l'autre.* Avec pour effet, un état de saturation de certains services, des attentes importantes qui entraînent des déceptions, non pour des questions de compétences, mais en raison d'une indisponibilité structurelle. Cette situation est *multifactorielle* comme on le verra plus loin. Et tout semble indiquer qu'elle va se poursuivre.

Dans l'ensemble des *déterminants* qui expliquent cette hausse des demandes et du recours aux équipes du secteur, nous voulons tout particulièrement mettre en évidence les *difficultés socio-économiques* comme *principal facteur de risque*. La situation de crise va maintenir durablement un trop grand nombre de personnes dans des contextes de précarité difficilement dépassables sur fond de ressources propres, avec les *conséquences en termes de troubles psychiques* que l'on connaît bien aujourd'hui.

Notons aussi la *mutation démographique amorcée en région bruxelloise* et qui se poursuivra dans les prochaines années. L'augmentation de la natalité dans les populations les moins favorisées ou d'autres origines culturelles, dans un contexte de diminution ou de stagnation des dispositifs publics qui participent à la vie commune (école, moyens de transports, espaces culturels, logements sociaux, ...) risque d'avoir une incidence directe sur la qualité de vie des bruxellois en général et des jeunes en particulier. Face à l'accroissement de la diversité culturelle, la tentation du repli communautaire ne manquera pas de poser des problèmes en matière d'intégration ou de vie commune.

*Comme la plupart des grandes villes, Bruxelles va connaître une prévalence majorée des problèmes de santé mentale.* Les conditions de vie y sont plus sévères lorsque la situation sociale et économique des gens n'est pas suffisamment garantie, entraînant les phénomènes de déliaison bien connus. La vie relationnelle est plus qu'ailleurs soumise à des épisodes de rupture, d'isolement.

Dans un contexte de *montée de l'individualisme* conjugué à des *politiques sociales qui, trop centrées sur les individus* et tendant à faire l'impasse sur leur contexte de vie, produisent des effets délétères tant sur le plan individuel que collectif, on constate que les attitudes de solidarité et les mobilisations familiales ou de l'entourage se montrent plus discrètes. Le climat socio-politique actuel augmente le sentiment d'insécurité, amplifiant ainsi les représentations négatives.

Au risque de se répéter, l'ensemble de ces phénomènes *soumet les habitants des grandes villes à davantage de risques en termes de santé mentale* et laisse penser que les demandes de soins pour des difficultés psychiques vont augmenter à l'instar de ce qui se passe d'ailleurs dans d'autres secteurs du non-marchand.

Le second constat est d'ordre qualitatif

Quelles sont les principales tendances sur lesquelles s'accorde la majorité des équipes :

- Les effets de la pauvreté et de toutes les formes de vulnérabilisation et de précarisation des personnes (ruptures ou pertes relationnelles ; difficultés en matière d'emploi, de logement, de finances...)

L'ensemble des professionnels du secteur témoigne de *l'impact en termes de détresses psychiques du fait de conditions de vie matérielles et financières insuffisantes* pour un nombre croissant de personnes, d'enfants ou de familles qu'ils reçoivent. Ces conditions constituent des contextes d'existence pathogènes. Situations hors droit, violences du social, relégations, banalisations des phénomènes d'exclusion sont le quotidien d'individus laissés pour compte d'une société aux prises avec un modèle économique qui ne peut tenir qu'en générant des injustices. *Plus d'un quart de la population bruxelloise se trouve dans ces conditions puisqu'elle est considérée comme « vivant sous le seuil de revenu minimum », elle représente potentiellement un problème de santé publique en matière de soins psychiques.*

Il n'est donc pas étonnant que parmi les *personnes en détresse psychique* qui s'adressent aux services de santé mentale, un certain nombre d'entre elles cherchent avant tout pour à trouver des solutions à leurs difficultés économiques ou à leur situation de précaires. Demandes d'aide pour des allocations minimales, des besoins matériels, des soins de santé physiques, du logement, des tracas administratifs, des contentieux financiers, judiciaires,...c'est souvent la porte d'entrée qu'elles se choisissent car le service auquel elle donne accès est perçu, par ces personnes, comme étant le plus à même de répondre à leurs demandes! *Les souffrances psychiques associées à ces tableaux d'effondrement social s'expriment généralement assez vite dès les premiers contacts, ou sont à tout le moins décelables par des équipes aujourd'hui habituées à recevoir et traiter « les souffrances psychiques d'origine sociale ».*

- La complexité des demandes :

Lorsqu'elles se présentent, les personnes ont souvent accumulé les difficultés. « On a à faire à des situations – problèmes ». Le manque de moyens, les ruptures sociales, familiales, les situations administratives dégradées, les problèmes de logement constituent des ensembles de difficultés installées en couches successives parfois depuis de longues années, avec des vécus d'échecs et d'épuisement chroniques.

A côté de ces prises en charge de situations complexes de souffrance psychique, il y a aussi *l'accompagnement en ambulatoire de patients qui présentent une pathologie psychiatrique avérée.*

La complexité vient aussi de la multiplication des intervenants sociaux (qu'ils soient médecins, psychologues ou travailleurs sociaux) qui, en amont de la venue au service de santé mentale, ont déjà été amenés à intervenir. Suivis ou aidés depuis longtemps, des demandeurs consultent ou sollicitent de l'aide avec la représentation que l'avenir ne saurait être fait d'autres choses que d'une assistance permanente.

- Débordement des acteurs du social et demandes adressées par des tiers :

Une tendance se confirme. Les problèmes de santé, de santé mentale ou sociaux de leurs usagers sont tels que les intervenants - tout secteurs ambulatoires confondus - qui s'y trouvent confrontés se sentent débordés ou à court de ressources. Leur ressenti est régulièrement, selon leur propre témoignage, douloureux ; ils souffrent dans l'exercice de leurs interventions, se sentent impuissants ou révoltés face aux situations sociales subies par les usagers, dépassés par les affects ou les tableaux psychopathologiques qui peuvent s'y associer chez certains de ces derniers. Les équipes de santé mentale sont alors un lieu d'adresse et de recours pour ces intervenants confrontés à leurs propres difficultés à exercer leur métier. Mais les professionnels des services de santé mentale sont également aux prises avec ces mêmes réalités et en subissent les mêmes effets.

"Les appels nous viennent de l'école, des cpas, du monde judiciaire, de la police, du logement social, du voisinage,... ; les demandes concernent toujours un appui, une recherche, auprès du "psy", de compétences ou de ressources pour aider des acteurs ou des intervenants dans l'accompagnement de personnes qui cumulent problèmes sociaux, éducatifs ou scolaires, administratifs, matériels, judiciaires,...et détresses psychiques !"

Le tiers demandeur est devenu un interlocuteur habituel des psychiatres, psychologues et assistants sociaux de l'ambulatoire. Cela témoigne d'une réalité en évolution : *l'inclination vers une psychologisation ou une psychiatrisation de malaises sociaux, voire même de troubles de l'ordre public*. Le travail avec les demandes initiées, stimulées voire imposées par des tiers pose comme problème principal le risque de segmentation de prises en charge : des acteurs du social impuissants dans certaines situations tendent finalement à en imputer toute la responsabilité aux usagers et cherchent une voie de sortie du côté de la santé mentale.

- L'individu...incertain :

Les équipes de santé mentale ambulatoire se sont vu *ces vingt dernières années* adresser des demandes fortement marquées par *les nouvelles modalités du vivre ensemble*. Au moment de produire ce rapport sectoriel, cette évolution se poursuit.

*Le modèle de la famille a profondément changé*. Les séparations de couple se sont multipliées, engendrant toutes les formes de rupture, de reconstitution familiale, de formation monoparentale, modifiant les cadres éducatifs, la conception du lien, les repères et les figures de référence pour les enfants et les adolescents.

*La crise de l'autorité*, la remise en question de cadres traditionnels et d'un certain nombre de valeurs de références n'en finissent plus de transformer les représentations et les conceptions de vie des gens. « Les valeurs morales changent, on parle de culture de la postmodernité, mais sur quoi se fonde-t-elle ?, tout va tellement vite, on est dans une accélération du temps et des phénomènes ».

*L'inquiétude, l'insécurité réelle ou le sentiment d'insécurité*, le manque de confiance en l'avenir, la peur de manquer de moyens, l'anxiété suscitée par le modèle économique actuel sont devenus des déterminants de santé qui affectent le psychisme des gens.

Pour ne prendre que ces quelques phénomènes qui sont l'expression de mutations contemporaines, les professionnels du secteur de la santé mentale témoignent de leurs effets dans leur travail clinique quotidien. L'effet reconnu le plus marquant est sans doute *le renvoi de chacun à ...son individualité et à son incertitude*, l'ensemble construisant une modalité sociétale essentiellement basée sur l'individualisme.

Les *dépressions, le burn-out, les angoisses, la consommation de médicaments psychotropes ou d'alcool, les pathologies du narcissisme, la maltraitance, le harcèlement, les addictions au virtuel, les passages à l'acte sur l'autre et le retournement de l'agressivité sur soi, les maladies du stress, les somatisations, les troubles du comportement chez des enfants très jeunes, ses troubles du langage ou ses difficultés d'apprentissage, les phobies scolaires* sont quelques-unes des manifestations psychopathologiques d'un *malaise occidental contemporain* et actualisent les effets délétères d'une société qui, au fil des décennies, a mis l'accent sur les valeurs de l'individualité, de la rentabilité et du gain immédiats.

- La situation des personnes âgées et les demandes d'intervention à domicile :

*Les caractéristiques d'une grande ville comme Bruxelles ne sont pas un atout pour les personnes âgées, vulnérables à bien des niveaux*. Le maintien d'une vie sociale et relationnelle est contraint par leurs problèmes d'isolement, de solitude, par la peur ou tout simplement par l'usure physique. Ces personnes font peu de demandes et ne se déplacent pas facilement. Elles sollicitent ou attendent un travail à domicile.

Notons que ces demandes pour des interventions extra-muros sont croissantes, mais qu'elles concernent aussi des personnes ou des familles pour qui la démarche de se rendre dans un lieu d'accueil est impossible.



L'accrochage, la confiance ne sont envisageables qu'en acceptant ce préliminaire de se rendre d'abord dans leurs lieux de vie. C'est souvent le cas avec les publics ou familles quart-monde ou vivant dans la très grande précarité mais cela se rencontre aussi lorsque la situation vécue par les personnes ou leur entourage est associée à la honte et à un risque de stigmatisation sociale.

- La psychiatrie dans la cité :

Le traitement ambulatoire des maladies mentales, l'accueil, l'accompagnement et le maintien de personnes psychotiques dans la cité, les suivis post hospitalisation, les situations de crise ou d'urgence liées à l'évolution de *personnes malades mentales chroniques ou affectées par des pathologies lourdes et complexes*, les demandes dans le cadre de mise en observation font bien entendu partie des attentes régulièrement adressées aux services du secteur. Cela s'inscrit dans l'objet même de leur fondation et de leur réglementation depuis plus de quarante ans.

Avec, d'une part, les *projets successifs de réforme des soins de santé mentale* émanant du pouvoir fédéral et en raison, d'autre part, d'une *aggravation des conditions sociales d'existence pour des personnes dont le rapport à l'autre est fortement perturbé*, la situation des personnes malades mentales dans la cité constitue une source permanente de sollicitations vers les équipes ambulatoires. Pour ces deux raisons, on pense légitimement qu'elles vont continuer à s'amplifier. »

Fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomanes - Fedito.

Comme pour les problématiques sociales, le rapport comporte peu d'éléments transversaux au sujet des problématiques de santé, pour des raisons de manque de données quantitatives sectorielles agrégées.

Le constat est celui d'un élargissement, à la fois des pratiques addictives des usagers et des prises en compte des services : polyconsommation largement dominante, extension du champ des assuétudes (de produits licites et illicites, mais aussi sans « produits », comme le jeu, Internet...) et l'accès de nouveaux produits « legal highs » par Internet. Comme les autres secteurs, la FEDITO constate la précarisation des publics (surtout des services à bas seuil) et la complexification des situations.

**MORCEAUX CHOISIS (c'est nous qui soulignons)**

« Le manque de vue d'ensemble pour la FEDITO réduit notre contribution à nos constats "empiriques", qui n'en restent pas moins pertinents.

Polyconsommations : de plus en plus de produits utilisés et plus d'attention sur les addictions comportementales. La polyconsommation n'est pas à proprement parler une tendance, cette caractéristique étant avérée de longue date chez nos usagers, mais elle s'accroît. *Les utilisateurs d'un seul produit sont extrêmement minoritaires dans les services*, la polyconsommation (drogues illicites + alcool + médicaments psychotropes) est quasi généralisée.

Le secteur toxicomanies, historiquement tourné vers l'aide et la prise en charge des usagers de drogues illicites et en particulier d'opiacés, élargit sa palette d'offre vers *l'ensemble des assuétudes* (drogues licites et illicites) et les addictions sans produits (jeu, internet, ...). *Un point d'attention récent* est celui des "legal highs", à savoir des *drogues de synthèse disponibles sur internet, que tout un chacun peut acheter en ligne légalement*. Les fabricants de ces molécules précèdent la législation en matière d'interdiction de production et de commercialisation de stupéfiants de façon systématique en modifiant légèrement la structure du produit dès que celui-ci est interdit, sans en modifier les effets pour le consommateur, pouvant continuer à écouler leurs produits via internet en toute légalité... ou "comment interdire un produit qui ne l'est pas encore ?

#### Précarisation de nos publics et situations plus complexes

Précarisation qui se marque en particulier aux niveaux des services à bas seuil d'accès. Cette désinsertion est renforcée par la crise du logement qui complique (très) singulièrement la resocialisation et empire la situation de saturation des services résidentiels "cures" et postcures" (report des départs des bénéficiaires qui ne parviennent pas à trouver un logement dans le parc locatif privé).

Durcissement des mécanismes de contrôle des institutions prévues pour aider cette population précarisée (CPAS, logements sociaux, ORBEM, ...). »

#### Rapport sectoriel des Centres d'Action Sociale Globale - FDSS

Le rapport sectoriel 2012 n'aborde pas la problématique santé comme telle. Le secteur est cependant concerné par les questions de santé et de santé mentale<sup>12</sup>.

#### Centre d'Appui aux Services de Médiation de Dettes

Comme vu plus haut, le rapport d'activités du Centre d'Appui, en toute bonne logique, fait quasi exclusivement référence à ce qui est sa mission : l'appui, souvent technique, aux services de médiations de dettes (formations, mise à disposition d'outils, débats, « hotline », groupes de travail, prévention du surendettement, lobbying, soutien des travailleurs qui souhaitent démarrer des projets de prévention du surendettement). On y trouve dès lors relativement peu d'informations sur les problématiques sociales des usagers et, a fortiori, sur les questions de santé.

#### Rapport sectoriel Services d'aide aux justiciables - FDSS

Le rapport sectoriel contient un chapitre consacré aux « Evolutions des problématiques sociales et des pratiques professionnelles ». S'il n'y a pas de constats sur les problématiques stricto-sensu, certaines conséquences des situations sociales rapportées renvoient à la santé physique ou mentale.

Dans ce secteur également, c'est *la question de la santé mentale largo sensu* qui est mentionnée en tout premier lieu, côté victimes et côté auteurs (bien que de manière différente), d'où « l'importance de l'aspect santé dans l'accompagnement » des victimes (de violences conjugales et familiales ou d'abus sexuels, ou de multi-traumatismes chez les réfugiés) ou le suivi psychologique imposé par le juge chez les auteurs.

#### MORCEAUX CHOISIS (c'est nous qui soulignons)

##### « Dans le cadre de l'accompagnement des victimes

##### Violences conjugales et familiales

Les Services d'aide aux justiciables sont confrontés à une *explosion du nombre de femmes réclamant une aide psychologique* suite à des violences conjugales et familiales dont elles sont victimes. (...) Les SAJ sont aussi interpellés par des personnes qui connaissent des *difficultés relationnelles* au sein de leur couple et qui *s'identifient aux victimes de harcèlement psychologique*. Il s'agit probablement d'une conséquence biaisée d'une certaine surexposition médiatique de la problématique liée à la violence conjugale. Enfin, les situations

<sup>12</sup> Les CASG ont travaillé à plusieurs reprises autour du thème de la santé mentale. Ceci notamment par le biais d'une intervention de trois jours, qui a débouché sur un article *Santé mentale et travail social : question « hors sujet »*, Hubert H.-O., www.fdss.be, 2010.



de violences conjugales et familiales ont un *impact sur la santé physique et mentale des femmes et des enfants*, d'où *l'importance de l'aspect santé dans l'accompagnement*.

#### Abus sexuels

Les Services d'aide aux justiciables connaissent un *accroissement des demandes de victimes d'abus sexuels* (...) Les statistiques de SOS Viol révèlent *une augmentation des situations en lien avec la problématique de la drogue du viol*. La *population de réfugiés avec des multi-traumas* est aussi en nette progression. Pour ces personnes, il y a une *nécessité d'apporter une aide psychosociale combinée à des soins médicaux*.

#### Dans le cadre de l'accompagnement des auteurs

Citons à titre d'exemple, le Tribunal d'Application des Peines (TAP) qui impose des conditions au détenu lors de sa libération, parmi lesquelles figure de manière presque systématique un *suivi psychologique obligatoire*. Cette aide « sous-contrainte » est une des principales difficultés rencontrées dans le travail pré- et post-pénitentiaire. Lorsque le suivi est une condition imposée par les instances pénitentiaires ou judiciaires, il faut questionner le sens du suivi pour chacune des personnes impliquées (usager et travailleur). En filigrane, il y a un risque d'instrumentalisation du secteur par les instances judiciaires (lorsque l'usager demande au SAJ une attestation de présence sans vouloir réellement entamer un travail thérapeutique). »

#### Rapport sectoriel Espaces-Rencontres - FDSS

Ce rapport contient également un chapitre spécifique consacré à l'évolution des problématiques sociales et de santé, dont nous soulignons les composantes relatives à la santé.

Comme dans le rapport du secteur précédent, *les problèmes de santé mentale* des parents (de la fragilité psychologique aux problèmes psychiatriques) sont prédominants et en croissance, de même que *les situations de violence*, avec les conséquences sur les enfants. Le rapport signale que « les ER n'étaient pas à l'origine créés pour ce type de situations et doivent donc s'adapter à de nouvelles données », ce qui indique le *caractère relativement nouveau de ces problèmes de santé mentale*.

#### MORCEAUX CHOISIS (c'est nous qui soulignons)

« 55 % des enfants ont un *parent souffrant de problèmes de santé mentale*.

(...) Au Patio, ils constatent que l'accompagnement du lien précoce (enfant de 0 à 4 ans) est en constante augmentation au fil des années. Ce qui attire particulièrement l'attention, c'est que 100 % des mères rencontrant leur enfant de 0 à 4 ans *souffrent de problèmes de santé mentale et vivent en précarité*. Ces facteurs fragilisent fortement la relation mère/enfant.

(...) Les ER constatent, d'une part, une augmentation d'année en année du nombre de dossiers qui leur sont adressés et, d'autre part, une grande complexité dans les problématiques familiales nécessitant le passage en ER.

Parmi ces situations, *le nombre de parents ayant un suivi psychiatrique croît de manière importante*. Les *situations de violence* sont aussi de plus en plus présentes.

L'accueil de *parents fragiles psychiquement* pose différentes questions. Premièrement, le Code de déontologie des ER impose un accompagnement transitoire, donc limité dans le temps. Il faut que le parent puisse évoluer vers un droit de visite autonome. Deuxièmement, l'accompagnement des parents les plus fragiles mobilise fortement les équipes qui ont dès lors moins de temps à consacrer aux autres usagers. Troisièmement, en termes de sécurité, le risque de passage à l'acte est plus élevé. Et enfin, quatrièmement, les problématiques

particulières à chaque famille rencontrée sont lourdes et, donc, émotionnellement fort prenantes pour les professionnels qui ont besoin de formation continue pour penser les relations de l'enfant avec son parent souffrant de troubles de la santé mentale.

*Les ER n'étaient pas à l'origine créés pour ce type de situations et doivent donc s'adapter à ces nouvelles données. Cela confirme la nécessité d'un personnel formé et en nombre suffisant et ce afin de respecter la mission qui lui est confiée en garantissant la sécurité de l'enfant, des usagers et du personnel. »*

### **Rapport sectoriel Secteur de l'aide à domicile - FSB**

Comme mentionné plus haut, ce rapport se rapporte à l'ensemble des services bruxellois (CoCoF, CoCom, VG). Les constats repris ci-dessous concernent dès lors l'ensemble des services (26) et pas seulement ceux agréés par la CoCoF (7).

La FSB fait état, d'un côté, des conséquences de changements induits par les politiques hospitalières (raccourcissement de l'hospitalisation, maintien à domicile) ou d'autres facteurs institutionnels (manque de places dans les MR et MRS, pas de subsides pour développer le secteur), de facteurs économiques (coûts des hébergements en MR, MRS et centres de revalidation) et de facteurs psychosociaux (« augmentation du nombre de cas de santé mentale ») sur les métiers et les travailleurs de l'aide à domicile *qui sont de plus en plus confrontés à des problématiques de santé physique (bénéficiaires aux pathologies multifactorielles) et/ou de santé mentale*. On en voit une confirmation dans les thèmes abordés lors des réunions entre responsables de services (*alcoolisme, fragilité mentale, prévention des maladies contagieuses, médecine préventive, « patients psy »...*) ainsi que dans les formations continues communes (*urgences vitales, soins aux bébés et enfants, incontinences urinaires et fécales, troubles de la mémoire, démences, personnes suicidaires, nouvelles maladies, cancers, sensibilisations aux handicaps...*).

### **MORCEAUX CHOISIS (c'est nous qui soulignons)**

*« L'hospitalisation raccourcie, le développement de l'hospitalisation à domicile, le manque de places dans les centres de revalidation, les centres de jour, les maisons de repos et les maisons de repos et de soins, le coût inabordable de ces institutions pour une grande partie de la population bruxelloise, ainsi que l'augmentation du nombre de cas de santé mentale, sont autant de facteurs qui modifient les besoins et la manière d'aborder l'aide à domicile.*

Parmi les thématiques abordées [ndlr : lors des rencontres entre responsables de services d'aide à domicile], citons entre autres : *l'alcoolisme du patient, l'évolution du public aidé, la fragilité mentale et sociale de certains patients (...), la multiculturalité [ndlr : des bénéficiaires et des travailleurs], le nettoyage des vitres, la prévention des maladies contagieuses, la médecine préventive, le photogramme (...), le rôle de l'assistant social (...), les patients psy... »*

### **Rapport sectoriel Fédération Bruxelloise pluraliste de soins palliatifs et continus**

Ce rapport ne contient pas d'informations concernant les problématiques de santé dans le champ très spécifique des soins palliatifs et continus.

## Rapport sectoriel Maisons d'accueil - AMA

Le rapport de l'AMA comporte un chapitre dans lequel il est fait état de « l'évolution des problématiques sociale que rencontre le secteur », de manière synthétique d'abord, puis thématique. On y trouve une partie « santé physique et santé mentale ». Cette partie contient quelques témoignages de terrain.

Ce dernier rapport va dans le sens de constats établis par les autres secteurs en ce qui concerne la *fragilité psychologique* et les *problèmes plus graves de santé mentale, y compris psychiatriques*. Comme l'écrit le rapport : « Les professionnels du secteur sans-abri soulignent l'augmentation des troubles mentaux parmi la population aidée ». Les questions relatives à la santé physique, notamment liée aux assuétudes et à la pauvreté, sont aussi mentionnées.

### **MORCEAUX CHOISIS (c'est nous qui soulignons)**

« Notre travail est loin de se limiter à l'hébergement. Nous sommes en effet confrontés aux nombreuses souffrances de ceux qui s'adressent à nous. Il est de plus en plus fréquent que nous proposons au résident un *suivi psychologique, voire des soins psychiatriques* lorsque cela nous paraît indispensable. Nous sommes, comme tous les services d'accueil très souvent confrontés à des problématiques qui nous dépassent, c'est notamment le cas des *personnes souffrant de troubles psychiques graves*. Mais en dehors de ces cas particuliers, une bonne partie de nos résidents vivent des situations difficilement supportables. Tel vit mal sa séparation d'avec sa compagne, tel autre ne voit plus ses enfants... Toutes ces situations nous obligent à constamment nous interroger sur la portée de nos actions et à être attentifs à passer le relai lorsque nos compétences sont dépassées ».

« *L'alcool comme cause ou conséquence du sans-abrisme ? Problème individuel ou transmission familiale ? Un grand nombre de personnes sans-abri se mettent à boire quand les problèmes s'accumulent et en deviennent dépendants. Il est très difficile de faire parler les personnes qui vivent sans chez soi de leur santé ou de leurs troubles mentaux, mais ces questions sont de plus en plus citées par les travailleurs sociaux.* Les professionnels du secteur sans-abri soulignent *l'augmentation des troubles mentaux parmi la population aidée*, quel que soit leur origine. Ce sont des difficultés psychiques, réactionnelles ou non aux situations de grande pauvreté, de précarité et d'exclusion prolongée. *Les constats du terrain font état d'une augmentation, mais nous ne disposons pas de chiffres précis pour les quantifier valablement.* Les professionnels se sentent dépourvus face à ce public. »

### 2.5.2.2. Santé : Constats transversaux

Deux faits majeurs nous paraissent traverser la quasi-totalité des rapports sectoriels :

1. *l'impact des déterminants sociaux sur la santé physique et mentale des personnes et, dès lors, l'aggravation des problèmes de santé chez les usagers des services ambulatoires, notamment comme conséquence de la dégradation socioéconomique à Bruxelles ;*

2. *la mention récurrente de l'augmentation spécifique des problèmes de santé mentale (de la fragilité psychologique aux maladies psychiatriques) dans presque tous les secteurs, pour des raisons sans doute plus complexes sur lesquelles nous reviendrons. Notons que la Fédération des maisons médicales, qui s'est centrée sur le diabète de type 2 et l'hypertension, projette de se centrer elle aussi sur la santé mentale en 2013.*

*En termes de transversalité, ce sont, dès lors, les questions liées à la santé mentale qui prévalent, dans la mesure où - comme nous l'écrivions en début de chapitre - « les questions relatives à la santé mentale touchent la plupart des intervenants, et pas seulement les "spécialistes" des services de santé mentale ou des services actifs en matière de toxicomanie. De l'aide-ménagère au médecin généraliste des maisons médicales, en passant par les assistants sociaux ou les médiateurs de dettes, tout le monde est concerné par ces questions. » Et les intervenants le sont d'autant plus qu'ils ont la perception que ces questions sont plus préoccupantes aujourd'hui qu'hier, ce qui est confirmé par d'autres sources<sup>13</sup>.*

### 2.5.2.3. Santé : Association des problématiques

Si les rapports contiennent beaucoup de données et d'analyses sur les liens entre les problématiques sociales et celles relatives à la santé (voir le point suivant), *on y fait moins mention des associations entre les problèmes de santé*. Ceci sans doute parce qu'aucun secteur n'a véritablement une mission d'intervention sur l'ensemble des questions de santé, sauf peut-être les maisons médicales qui sont les plus polyvalentes, bien que plus centrées sur la santé physique (elles comptent cependant faire un focus sur la santé mentale en 2013). *L'approche « globale » concerne davantage l'articulation psycho-sociale et socio-médicale que celle entre santé physique et santé mentale*. Mais on peut, bien entendu, déduire des constats sur l'impact du gradient social (autant dans les MM que les SSM) que les situations de grande précarité doivent affecter autant la santé physique que la santé mentale, même si cette dernière semble tributaire d'autres causalités environnementales.

---


<sup>13</sup> « Selon des chiffres de l'Inami, cités par *Het Belang van Limburg*, le nombre de malades de longue durée à cause de maladies psychiques est passé, en Belgique, de 74.000 en 2007 à 93.000 en 2011, ce qui représente une augmentation de 25 % en 5 ans. (...) "Depuis 5 à 6 ans, les incapacités de travail en raison de troubles psychiques augmentent de manière importante dans tous les pays de l'OCDE. Dans certains pays nordiques, ce taux atteint même 50 %. La Belgique n'est donc pas un cas à part, mais la situation n'en reste pas moins préoccupante", nous soulignait début juillet François PERL, directeur général du service des indemnités de l'assurance-maladie (Inami). » Dans *Le Soir*, 7 août 2013).

## 2.6. L'articulation des problématiques sociales et de santé

Comme vu plus haut, les rapports sectoriels se rejoignent à des degrés divers. *La plupart établissent une relation de cause à effet entre la dégradation de la situation socioéconomique de leur public et celle de leur santé physique ou mentale. Ceci par le biais de différentes formes de précarisation qui ne sont pas que matérielles (revenus, logement, « assurabilité »...), mais touchent aussi d'autres dimensions induites (inactivité, isolement, délitement des liens sociaux, découragement...).* Ceci peut déboucher sur des circularités, la mauvaise santé induisant à son tour un surcroît de précarité.

*La quasi-totalité des rapports s'en tient cependant à des déterminants de type socioéconomique, sauf celui du secteur de la santé mentale (LBFSM) qui évoque également d'autres causalités, comme la « mutation démographique » et « l'accroissement de la diversité culturelle »<sup>14</sup> à Bruxelles, mais aussi les « nouvelles modalités du vivre ensemble » (crise de l'autorité, remise en question des cadres traditionnels, changement des formes familiales, individualisation de l'existence, modification du rapport au temps...). L'on retrouve ces facteurs en filigranes dans d'autres rapports (notamment celui de l'AMA, principalement à partir des constats établis dans *Les cent portes de l'accueil*)<sup>15</sup>.*

Nous avons réunis schématiquement ces différents éléments dans un tableau suivant :

Déterminants économiques et socioculturels, temporalités approximatives des évolutions	Effets intermédiaires, conséquences sociales
Crise économique (à partir de 2008), restrictions budgétaires, croissance des inégalités sociales (depuis début des années 1980)	 <p>Précarité matérielle Précarité sociale et relationnelle Précarité administrative Précarité et/ou différence cognitives Crise de l'autorité, fragilités familiales, individualisme, déclin du collectif, sentiment d'insécurité (mais aussi « re-traditionnalisation » et « sur-affiliation » des individus à leur communauté immigrée) Activation, responsabilisation individuelle Maintien à domicile, raccourcissement des hospitalisations</p>
Flux de populations et diversification culturelle, dynamique urbaine (processus de diversification et paupérisation relative en cours depuis années 1970, rebond démographique important depuis 1995)	
Crise du « vivre-ensemble », mutations sociétales (processus lent, depuis une vingtaine d'années)	
Changements des politiques sociales (depuis une vingtaine d'années), financement de la région, complexité institutionnelle régionale	
Effets auprès des usagers des services ambulatoires en termes de santé physique mentale	Accroissement de la morbidité physique, fragilisation psychologique, augmentation des maladies psychiatriques accompagnées en ambulatoire

<sup>14</sup> Philippe VAN PARIJS soulignait lors du débat organisé à Bozar le 6 mai 2013, « Le taalbarometer indique que la proportion de Bruxellois qui parlent le français à la maison est de 32 % ; pour le néerlandais c'est 5 %. Donc, un des grands défis de Bruxelles, c'est de faire communiquer les gens dans la ville » (dans *Le Soir*, 7 mai 2013).

<sup>15</sup> Il en est également fait état dans le rapport final de la DEQ-T 2013.

### 3. Recommandations communes

Les recommandations communes ici explicitées sont le fruit du dialogue intersectoriel tenu lors des réunions de l'Inter fédération ambulatoire, auxquelles ont participé les représentants de la FSB, de la FDSS, de la FLCPF, de l'AMA, du CAMD, de la FMM, de la LBFSM et de la FEDITO.

Ces recommandations ressortent du dialogue et de la mise en commun des revendications exposées par les secteurs dans leurs différents rapports sectoriels, d'activités et/ou mémorandums.

#### 3.1. Les recommandations

La toute première recommandation que nous formulerons est d'inciter le lecteur à **prendre ou reprendre connaissance de ces différents textes, propres à chaque secteur**, et qui définissent au mieux leurs besoins actuels.

##### 3.1.1. Nécessité de mener une politique efficace de lutte contre la pauvreté, en amont de l'intervention des services ambulatoires.

La répartition inégale des richesses, en croissance structurelle depuis les années 1970 mais aggravée par les politiques d'austérité menées depuis quelques années, 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 précarité – 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 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. Un catalogue de bonnes intentions, qui n'est pas ou trop peu mis en pratique faute de moyens budgétaires, ne suffit pas. Cette action concerne la politique fiscale, le revenu minimum, l'accès au logement, à l'énergie, 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 interventions. Le lecteur trouvera en annexe 1 une liste de recommandations adressées par les secteurs social-santé aux différents niveaux de pouvoir.

##### 3.1.2. Nécessité de financer des projets de mise en réseau misant sur la transversalité et l'interdisciplinaire.

Le soutien à la transversalité est l'un des objectifs visé par le décret ambulatoire. Faciliter et développer le travail en réseau des différents acteurs – notamment sur une base géographique - et la circulation des usagers au sein de ce réseau constituent une recommandation commune, illustrée par deux exemples décrits au point 3.2. : la fonction d'accompagnateur psycho-social mobile (recherche action menée par le SMES-B) et les groupes de parole et d'expression artistique au sein des services d'aide aux justiciables.

Dans la même manière, le « réseautage » des travailleurs au sein de leurs secteurs et avec les autres secteurs doit être administrativement facilité.

### **3.1.3. Nécessité de bénéficier d'un cadre du personnel suffisant, adéquatement formé et non précaire.**

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.

Une revendication formulée par une majorité de secteurs concerne la reconnaissance de la fonction de coordinateur. La responsabilité de gestion d'équipe, bien souvent doublée de la gestion administrative et financière au quotidien du service, n'est pas reconnue sur l'échelle barémique des rémunérations.

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.

Le cadre agréé ne permet plus de répondre adéquatement aux demandes des usagers. L'exemple repris au point 3.2.5. ci-après témoigne de la nécessité de tout à la fois renforcer les équipes et développer de nouvelles compétences afin de répondre à la complexité croissante des situations familiales constatées, pour cet exemple, dans les services Espaces-Rencontres.

Afin de compléter et d'enrichir le cadre agréé, la majorité des services social-santé fait appel, notamment, au dispositif ACS. A cet égard, la tentation, qui existe aujourd'hui plus qu'hier dans le chef de certaines autorités politiques, de considérer le secteur non marchand, et particulièrement les secteurs social-santé, comme opportunité de (ré)insertion socioprofessionnelle est préoccupante. Toute modification du dispositif ACS devra tenir compte du besoin de stabilité des équipes de professionnels.

Le risque est comparable pour le secteur de l'aide à domicile qui dispose d'une réserve de candidats à l'emploi (aides familiaux et ménagers) issus de l'insertion. La nécessité de réinsertion pousse les centres de formation à modérer leur degré d'exigence à l'apprentissage. Or, les aides familiales souffrent généralement d'un manque de considération de la part des autres intervenants, sans doute justement dû à leur niveau de qualification inférieur. Mais on leur demande paradoxalement d'être de plus en plus compétentes face à des situations plus complexes au domicile, confrontée à la fragilité mentale ou au polyhandicap de l'utilisateur.

### **3.1.4. Demande de reconnaître les fédérations comme organismes de recueil de données et les financer pour ce travail.**

La reconnaissance du travail d'observatoire de première ligne des organismes et l'exploitation des données collectées est recommandée afin de construire une politique sociale et de santé globale sur le territoire bruxellois. Les données recueillies permettront une cohérence accrue entre la définition des politiques publiques et la nécessaire adaptation de l'offre de services à l'évolution de la demande des usagers.



### **3.1.5. Favoriser les projets qui tiennent compte de l'ancrage socioculturel, de l'entourage et de l'inscription territoriale de l'utilisateur dans l'aide apportée par les professionnels**

Cette conception du travail tant dans le domaine de la santé que du social s'accorde avec une notion du territoire dépassant le simple fait géographique. Cette notion apparaît quand l'intérêt porté à la personne s'accompagne d'une réflexion sur la dimension sociale de son existence, en regard de sa vie quotidienne et non uniquement comme un diagnostic. En ce sens, promouvoir le bien-être, c'est agir sur les mentalités pour rendre la société capable de vivre aux côtés de ceux qui sont en difficultés. Ainsi, on pourra envisager de sensibiliser les habitants du territoire d'inscription naturelle d'une personne à la compétence de celle-ci à participer à la vie du quartier, à être citoyen. L'ancrage socioculturel devient alors un complément indispensable à l'action thérapeutique. Les interventions des travailleurs sociaux soutiennent les bénéficiaires de leurs services dans leur recherche d'appuis dans la vie socioculturelle et aménagent les liens qu'ils créent à partir des lieux qu'ils investissent. Plutôt qu'une mise à l'abri, il s'agit de les aider à négocier une place dans leur quartier, à valoriser la solidarité et combattre l'exclusion, dans le respect de leur rythme et de leurs souhaits.

L'action sociale ou les soins dépassent ainsi les seules interventions spécialisées ou professionnelles classiques. Veiller aux liens d'une personne dans son environnement propre, à l'attribution d'une place et à la reconnaissance de son existence contribue également à l'aide dont elle a besoin. En santé, on nomme cette dimension le « care », c'est-à-dire le « prendre soin ». Cette approche nous paraît nécessaire sans quoi le risque est de mettre en place une action socio-sanitaire sur un territoire favorisant le quadrillage d'une population et la mise « sous tutelle » de personnes ou de groupes toujours plus stigmatisés.

Pensons ici tant aux proches (voisins, famille etc.) qu'à l'action communautaire, aux groupes de parole ou aux représentants des usagers.

## **3.2. Pour illustrer les recommandations**

Les exemples de terrain qui peuvent illustrer ces recommandations sont légions. Pour ce rapport, nous en avons retenus 5, parmi ceux proposés par les organismes sectoriels.

### **3.2.1. Transversalité et réseau**

#### **L'accompagnateur psycho-social mobile**

En 2012, le SMES-B a mené une recherche action dont l'objectif était d'évaluer la pertinence, les avantages et les limites du renforcement des institutions actives dans le champ social et dans celui de la santé mentale par une fonction d'accompagnateur psycho-social mobile.

Cette fonction semble constituer l'une des réponses à l'aggravation et à la complexité des problématiques vécues par les personnes en grande précarité, cumulant fréquemment difficultés sociales et maladies mentales, en plus d'éventuelles problématiques médicales, relationnelles, etc. Tout le défi est alors d'augmenter l'accessibilité à l'aide et aux soins pour cette population dont le cumul des problématiques met trop souvent les professionnels du social et de la santé mentale dans l'impasse.



En termes de recommandations opérationnelles, la recherche souligne l'intérêt de mettre une équipe intersectorielle d'accompagnateurs psycho-sociaux en place pour accompagner des usagers combinant exclusion sociale et troubles mentaux, à moyen et long terme, afin de créer des liens et de les reconnecter aux réseaux de soins existants. Cette équipe aurait des contacts privilégiés avec des spécialistes de la santé mentale dans la communauté à qui faire appel dans le cadre de leur travail sur le terrain.

### 3.2.2. Travail interdisciplinaire

#### **Groupes de parole et d'expression artistique dans les SAJ**

Pour varier les approches de travail avec les victimes et toucher ainsi un public plus large, les Services d'aide aux justiciables (SAJ) ont mis sur pied, depuis quelques années, des groupes de parole et d'expression artistique.

Le premier objectif du travail thérapeutique en groupe est de briser l'isolement et le silence dans lesquels se retrouvent souvent les victimes. Travailler la dynamique de groupe permet de (re)créer des liens avec l'autre vivant une situation similaire.

Le partage d'expériences entre pairs permet une prise de conscience et une reconnaissance du vécu de victime mais aussi un regard critique et une prise de distance avec son histoire personnelle. L'élaboration autour des différents ressentis (culpabilité, honte, perte de l'estime de soi, impuissance, colère, etc.) permet d'amorcer une reconstruction, de penser un futur et un changement. Le groupe permet d'utiliser et de partager les expériences et ressources de chacun.

Néanmoins, pour certaines personnes, mettre des mots sur le traumatisme est impossible. Pour d'autres, la parole n'est qu'un discours rationnel qui ne leur permet pas d'évoluer. C'est ainsi qu'un service a mis en place un atelier d'expression utilisant diverses techniques artistiques, telles que la peinture, le dessin, l'écriture. En créant des œuvres spontanées autour d'un thème, les participants sont invités à se reconnecter avec ce qu'ils ressentent, pour ensuite le partager avec les autres.

N.B. : si le travail en groupe est un outil pour traverser le traumatisme, il n'est cependant pas la panacée. Pour certains, il est trop confrontant. Il n'est, en effet, pas toujours facile de se dévoiler aux autres, ni d'affronter leur regard. De plus, pour des personnes souffrant de pathologies telles que les délires ou la perversité, le travail en groupe n'est pas adéquat. Les animateurs proposeront un travail psychologique en séance individuelle pour ces personnes ainsi que pour les participants des groupes qui le souhaitent.

### 3.2.3. Travail en réseau d'associations sur un territoire donné

#### **L'accès aux soins dans le quartier des Marolles**

Dans le cadre du contrat de quartier Rouppe, l'Entraide des Marolles (la maison médicale et l'accueil CASG), la Maison Médicale des Marolles et deux antennes CPAS (Artois et du Miroir) ont entamé un travail sur la question de la répartition de l'offre et de la demande en soins de santé sur leur territoire. L'objectif sous-jacent était de créer plus de cohérence territoriale, notamment pour la répartition des Cartes Santé et des Aides Médicales Urgentes, et d'agir en partenariat avec les différents acteurs offrant une médecine générale de première ligne.

Quels sont les objectifs opérationnels ?

1. Augmenter l'offre de consultations en médecine générale ;
2. Étudier l'adéquation entre l'offre et la demande de soins et réfléchir à une répartition équitable sur le territoire ;
3. Accompagner les usagers par la création :
  - a. d'une fonction d'accompagnateur médico-social pour les démarches d'accès aux soins qu'ils n'arrivent pas à réaliser seuls ;
  - b. d'un groupe de patients (Focus Group) se questionnant sur les difficultés et les pistes d'amélioration de l'accès aux soins de santé ;
4. Accompagner les professionnels, dans le but de rationaliser et harmoniser les pratiques entre professionnels par des rencontres et des concertations collectives afin d'aboutir à des outils pérennes qui facilitent l'accès aux soins.

L'expérience a montré que l'obstacle majeur à la démarche de soins est l'isolement. Les problèmes de santé mentale et d'ordre linguistique sont également importants. Viennent ensuite les problèmes d'orientation spatiale et temporelle qui se retrouvent notamment chez les personnes présentant des troubles neurologiques. L'accompagnateur vient en aide à un moment particulier de perte d'autonomie, pour soutenir la personne à se remettre en action. En créant un lien privilégié et en valorisant ses compétences, la personne accompagnée dépasse progressivement ses obstacles. La fonction d'accompagnateur est une réelle plus-value pour le travailleur qui y fait appel car il prolonge son travail de prise en charge globale de patients en difficulté.

En termes de résultats, cette expérience a permis de :

- mieux adapter l'offre de consultations aux demandes de soins. La demande reste supérieure à l'offre mais l'écart s'est fortement réduit.
- renforcer localement les liens entre le CPAS et les maisons médicales du quartier.
- mesurer que les demandes d'accompagnement ne révèlent pas toujours un réel blocage dans l'accès aux soins (50% des situations) mais un simple besoin d'accompagnement plus global étant donné la précarité des situations.

### 3.2.4. Nécessité de renforcer le cadre du personnel

#### **L'accessibilité aux services des maisons médicales pour les personnes qui ne sont pas en ordre de mutuelle**

La population non en ordre sur le plan de l'assurance maladie, en croissance constante à Bruxelles, représente une charge de travail importante pour les maisons médicales. La difficulté majeure est la charge de travail administratif, souvent complexe de par les procédures, pour nos services mais aussi pour les usagers. Lourdeur administrative qui peut avoir un impact sur l'accessibilité. Il faut prévoir des démarches d'accompagnement adaptées, repenser les procédures d'accès au financement et les harmoniser sur l'ensemble du territoire (entre les différents CPAS).

### 3.2.5. Nécessité de renforcer le cadre du personnel et les formations adéquates **Les problématiques familiales complexes rencontrées par les services Espaces-Rencontres**

Ces dernières années, les professionnels des Espaces-Rencontres (ER) constatent une évolution des familles et rencontrent un nombre toujours croissant de problématiques familiales complexes qui demandent un passage en ER.

Les situations de violence sont de plus en plus présentes. Le nombre de parents ayant un suivi psychiatrique croît (plus de 50 % en 2012). De plus, les ER accueillent une population particulièrement précarisée (près de 80 % des parents).

L'accueil de parents fragiles psychologiquement et socialement pose différentes questions. Premièrement, le Code de déontologie des ER impose un accompagnement transitoire, donc limité dans le temps. Il faut que le parent puisse évoluer vers un droit de visite autonome, ce qui est loin d'être évident pour ces parents. Deuxièmement, l'accompagnement des parents les plus fragiles mobilise fortement les équipes qui ont dès lors moins de temps à consacrer aux autres usagers. Troisièmement, en termes de sécurité, le risque de passage à l'acte est plus élevé. Et enfin, quatrièmement, les problématiques particulières à chaque famille sont lourdes et, donc, émotionnellement fort prenantes pour les professionnels.

Ces familles questionnent le cadre des Espaces-Rencontres et en particulier les limites de la coparentalité. Les ER n'étaient pas à l'origine créés pour ce type de situations et doivent donc s'adapter à ces nouvelles données.

Nous trouvons ici la confirmation de la la nécessité d'un personnel formé et en nombre suffisant et ce afin de respecter la mission qui lui est confiée en garantissant la sécurité de l'enfant, des parents et du personnel.

## 4. Annexe 1 : les recommandations macroéconomiques

### 1. 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, ...

## 2. 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.*

### 3. 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 précarisés – 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'intégration sociale et professionnelle des personnes handicapées dans la société.*

## 5. Annexe 2 : les sources

### 5.1. Sources directes

#### Rapports sectoriels 2012 du secteur social-santé bruxellois francophone<sup>16</sup>

Association des Maisons d'Accueil et des Services d'Aide aux Sans-abri (AMA), Rapport sectoriel 2013, Maisons d'accueil

Centres d'Action Sociale Globale, Rapport sectoriel, Décembre 2012

Centre d'Appui aux Services de Médiation de Dettes de la Région de Bruxelles-Capitale, Rapport d'activités 2012 et Rapport sur l'Etat de la Pauvreté de l'Observatoire de la Santé et du Social de 2010 (Regards croisés, page 38)

Espaces-Rencontres, Rapport sectoriel, Décembre 2012

Fédération Bruxelloise Pluraliste de Soins Palliatifs et Continus, Rapport sectoriel

Fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomanes (FEDITO), Rapport sectoriel, 2012

Fédération des maisons médicales, Rapport sectoriel des maisons médicales bruxelloises, année 2012

Fédération laïque de Centres de planning familial, Rapport sectoriel 2012

Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale, rapport sectoriel

Rapport sectoriel des Organismes de Coordination : secteur de la santé mentale, 2013

Fédération des Services Bruxellois d'Aide à Domicile, Rapport sectoriel 2009-2012

Services d'aide aux justiciables Rapport sectoriel décembre 2012

### 5.2. Sources contextuelles

COPPIETERS Yves, CREMERS Amélie, *Etude préparatoire à l'élaboration de la programmation des services ambulatoires en Région bruxelloise : Rapport final*, Projet CoCoF / ESP de l'ULB, octobre 2012

DE BACKER Bernard, *Démarche d'Evaluation Qualitative Transversale - DEQ-T, Tensions entre l'accessibilité des services et la pénibilité du travail*, rapport conclusif, juin 2013

Observatoire de la santé et du social Bruxelles, *Atlas de la santé et du social de Bruxelles-Capitale 2006*, COCOM

Observatoire de la santé et du social Bruxelles, *Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2008* (5 cahiers), COCOM

Observatoire de la santé et du social Bruxelles, *Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise 2010*, COCOM

Observatoire de la santé et du social Bruxelles, *Baromètre social, Rapport bruxellois sur l'état de La pauvreté 2012*, COCOM

LAHAYE Willy, PANNECOUCKE Isabelle, VRANKEN Jan, VAN ROSSEM Ronan (éditeurs), *Pauvreté en Belgique. Annuaire 2013*, Acco.

---

<sup>16</sup> Selon l'obligation de l'article 163 du chapitre IV du Décret du 5 mars 2009, sauf pour l'A.M.A. et le C.A.M.D.