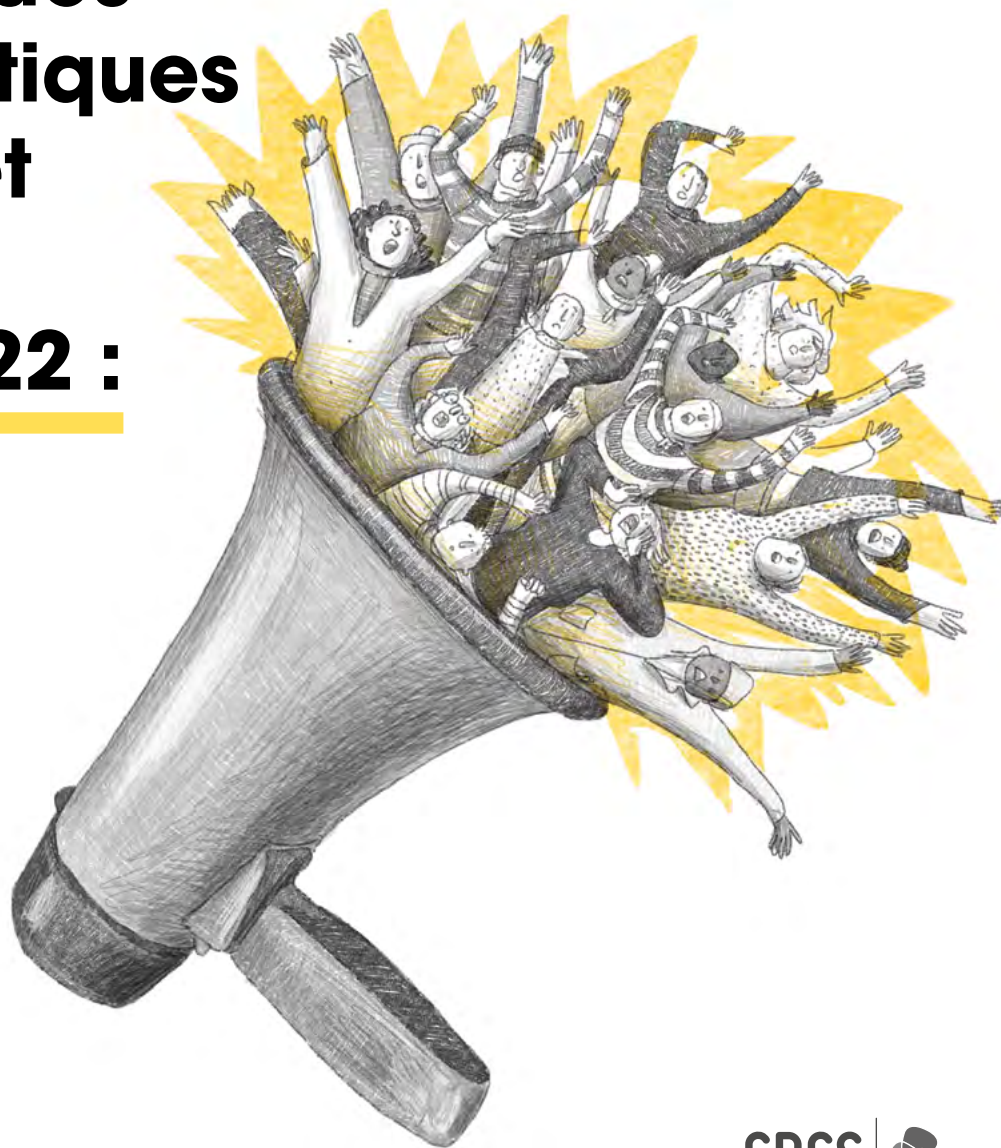


Évolution des problématiques sociales et de santé 2018 - 2022 :



constats et recommandations



Colophon

Conseil bruxellois de coordination sociopolitique ASBL

Rue Mercelis 27 à 1050 Bruxelles
RPM Bruxelles: 0418480071

Le CBCS est l'organisme intersectoriel de coordination agréé par la COCOF.

Auteurs du rapport: Valentina Marziali et Alain Willaert

Coordinateur général: Alain Willaert

Conception graphique et production: Hélène Taquet, In-graphics.be

Illustrations (couverture et pages intérieures): Prisca Jourdain

Editeur responsable: Conseil bruxellois de coordination sociopolitique ASBL, Rue Mercelis 27 à 1050 Bruxelles
Décembre 2023

Le CBCS coordonne les travaux d'une inter-fédération des secteurs social-santé ambulatoires cocof.

C'EST QUOI UNE INTER-FÉDÉ?

Elle est un lieu qui rassemble des représentants de différentes fédérations social-santé actives en région bruxelloise dans le but d'échanger de l'information et de se concerter.

QUI EST AUTOUR DE LA TABLE?

L'inter-fédération regroupe les représentants mandatés des fédérations social-santé suivantes:

- la Fédération des services sociaux
- la Fédération des services bruxellois d'aide à domicile
- la Fédération des maisons médicales
- la Fédération laïque de centres de planning familial
- la Fédération des Centres Pluralistes 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
- la Fédération bruxelloise des centres de coordination de soins et de services à domicile
- le Centre d'appui – Médiation de dettes
- la Fédération des maisons d'accueil et des services d'aide aux sans-abri
- la Fédération bruxelloise de promotion de la santé

QUELLES SONT LES MISSIONS D'UNE FEDERATION ?

(Décret 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)

Art. 141. L'organisme a pour objet l'organisation et la coordination d'activités relatives à la promotion et à l'information des services <ambulatoires> qui lui sont affiliés.

L'organisme représentatif et de coordination représente ses affiliés vis-à-vis du Collège

Art. 142. L'organisme a pour missions:

- 1° d'offrir son aide et ses conseils à ses affiliés;
- 2° de développer les échanges et les réflexions entre ses affiliés;
- 3° de coordonner et promouvoir les actions menées par ses affiliés;
- 4° d'assurer la diffusion de l'information parmi ses affiliés et relative à ses affiliés;
- 5° de développer une coordination avec les autres organismes de la Santé, de l'Action sociale, de la Famille et de la Cohésion sociale, sans exclure d'autres partenaires.

Il peut en outre:

- 1° promouvoir la formation continuée des travailleurs de leurs affiliés;
- 2° effectuer des travaux de recherche, d'enquête, d'étude et de publication dans les matières social/santé.

Rapport intersectoriel 2023

Base légale

Le présent rapport intersectoriel 2023 est rédigé en application de l'article 163 du décret de la Commission communautaire française du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'Action sociale, de la Famille et de la Santé (Moniteur Belge, 8 mai 2009).

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

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

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

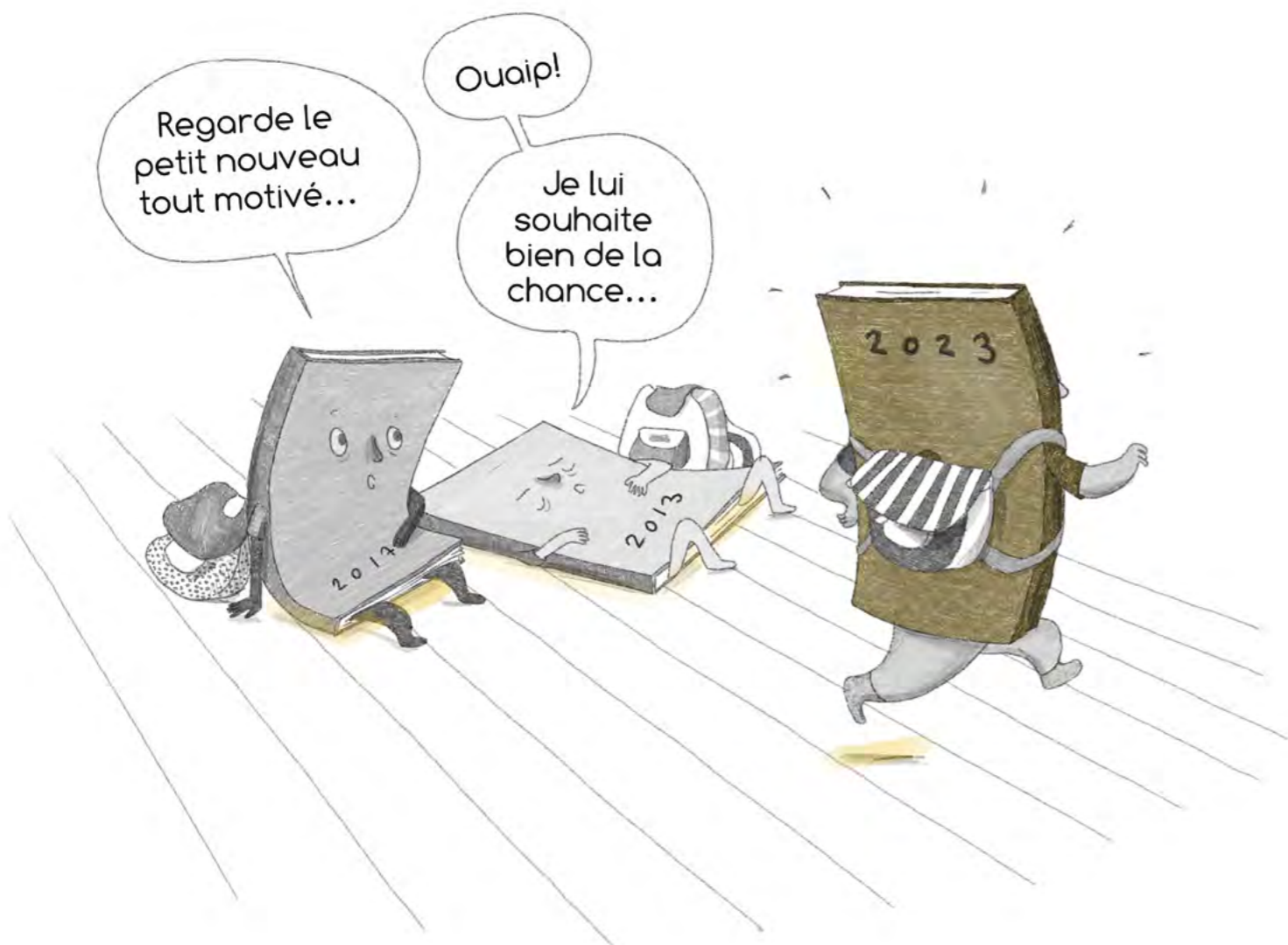
Evolution des problématiques sociales et de santé

« Après avoir relu le rapport intersectoriel 2013 – 2017¹, je pense que l'on peut dresser les mêmes constats, mais en pire ! » Cette remarque est unanimement partagée par l'ensemble des membres de l'Interfédération ambulatoire.

En accord avec l'ensemble des membres de l'IFA, nous proposons donc au lecteur de se référer aux documents suivants :

- Évolution des problématiques sociales et de santé : analyse et recommandations, Bernard De Backer et Alain Willaert, CBCS, septembre 2013 (<https://cbcs.be/rapport-intersectoriel-2013/>)
- Évolution des problématiques sociales et de santé 2013 – 2018: analyse et recommandations, Alain Willaert et Jacques Moriau, septembre 2018 (<https://cbcs.be/rapport-intersectoriel-2018/>)
- Organisation de l'aide et des soins de première ligne en région bruxelloise (Note de vision politique de l'IFA), Evelyne Wetz, Jacques Moriau et Alain Willaert, septembre 2020 (<https://cbcs.be/note-de-vision-social-sante-du-cbcs-les-grandes-lignes/>)
- Lettre ouverte: les services sociaux et de santé sont asphyxiés!, IFA, 28 octobre 2022 (<https://cbcs.be/wp-content/uploads/2022/11/Lettre-ouverte-IFA.pdf>)

1 . <https://cbcs.be/rapport-intersectoriel-2018/>



- Audition de représentants de l'Interfédération ambulatoire (IFA), rapport fait au nom de la commission des Affaires sociales, de la Famille et de la Santé par Mme Farida TAHAR, 117 (2022-2023) n° 1 du 18 juillet 2023 (<https://cbcs.be/lifa-interpelle-le-parlement-francophone-bruxellois/>)
- Avis d'initiative commun de BRUPARTNERS et des Conseils consultatifs de l'Aide aux personnes et de la Santé de la COCOF

et de la COCOM sur les secteurs non-marchands social-santé à Bruxelles, 18 octobre 2023 (<https://cbcs.be/wp-content/uploads/2023/12/A-2023-072-BRUPARTNERS-FR.pdf>)

Tout y est dit. Pour aller plus loin, nous renvoyons le lecteur à l'annexe du présent rapport: Est-ce ainsi que les hommes vivent ? (pp. 7-47)



Est-ce ainsi que les hommes vivent ?¹

1. <i>Méthodologie</i>	9	3.4. <i>Le sens du travail</i>	28
2. <i>Contexte économique, social et politique</i>	10	3.5. <i>L'inadéquation de politiques publiques : cette sensation de « déjà-vu » qui s'installe.</i>	33
2.1. <i>Les effets collatéraux dévastateurs de la gestion de la pandémie de COVID 19</i>	10	4. <i>Recommandations</i>	39
2.2. <i>Un sous-financement structurel de l'offre social-santé</i>	11	4.1. <i>Les politiques publiques doivent mettre un frein à la paupérisation sans fin de la population et lui garantir une place dans la prise de décision qui la concerne au niveau individuel et collectif.</i>	40
2.3. <i>Le Plan Social Santé Intégré : une réforme ambitieuse</i>	12	4.2. <i>Les services doivent bénéficier d'un cadre de personnel suffisant, adéquatement formé et non précaire</i>	41
3. <i>Constats</i>	15	4.3. <i>Tenir compte des effets secondaires liés à la digitalisation des services</i>	43
3.1. <i>Les effets indésirables de la digitalisation des services</i>	15	5. <i>Pour ne pas conclure</i>	45
3.2. <i>La surcharge administrative et la bureaucratisation</i>	20		
3.3. <i>Les modes de financement</i>	25		

1 . Louis Aragon

1. Méthodologie

Le CBCS est l'organisme intersectoriel de coordination agréé dans le cadre du décret. Il soutient la prise en compte de la dimension transversale des missions des services et organismes en favorisant le dialogue intersectoriel, notamment via l'Interfédération ambulatoire (IFA). C'est au sein de l'IFA que les recommandations contenues dans la présente annexe du rapport ont été élaborées.

L'IFA regroupe les représentants mandatés des organismes sectoriels de coordination et/ou de représentation agréés: FdSS, FSB, FEDA (ex-FEDITO BXL), FMM, LBSM, CAMD, FLCPPF, FBSP. Les représentants de la FCCSSD et FCPPF, deux fédérations non agréées, participent aux travaux de l'IFA. Les représentants de l'AMA et de la FBPS sont invités aux réunions et en reçoivent les PV. Le lien avec l'AMA est important vu la complémentarité des différents secteurs ambulatoires avec celui des services d'aide aux sans-abris. Le lien avec la FBPS est important dans le cadre de la mise en œuvre du Plan Social Santé Intégré. 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.

La présente annexe au rapport s'appuie sur une lecture transversale des rapports sectoriels 2018-2022 des organismes et de documents contextuels et sur les échanges tenus lors de réunions de l'IFA. D'un commun accord, nous avons décidé de nous centrer sur les aspects suivants:

- Les effets indésirables de la digitalisation des services;
- La surcharge administrative et la bureaucratisation;
- Les modes de financement;
- La question du sens du travail;
- L'inadéquation des politiques publiques : cette sensation de « déjà-vu » qui s'installe.

Pour chacune de ces cinq thématiques, nous puiserons les constats dans les différents rapports sectoriels des fédérations. Ensuite, nous énumérerons quelques recommandations, travaillées en commun, lors de nos réunions.

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

- La participation et l'implication volontaires des organismes sectoriels à l'élaboration des recommandations, via les réunions de l'IFA, lieu d'échange, de concertation et de coordination;
- Les données et informations contenues dans les rapports sectoriels;
- La courte période (6 mois, dont juillet-août) laissée entre la publication des rapports sectoriels et la finalisation du rapport intersectoriel, au regard des moyens humains disponibles.

Pour ce dernier point, il nous faut mentionner la dérogation que les fédérations sectorielles ont reçues qui leur a permis de rendre leur rapport avec 6 mois de retard (9 mois pour certaines). Soit le 30 juin 2023 au lieu du 31 décembre 2022. Il en a de ce fait été de même pour le présent rapport, délivré en décembre 2023 plutôt qu'en juin.



2. Contexte économique, social et politique

Les 5 dernières années ont été marquées par 2 événements majeurs : la pandémie mondiale de COVID 19, révélatrice de la grande précarité d'existence d'une partie de plus en plus importante de la population, et la crise énergétique majeure consécutive à la guerre en Ukraine.

Aspect plus positif, la période est aussi marquée par l'avènement d'une vraie vision politique social-santé pour la région bruxelloise. Sa mise en place prendra du temps et devra idéalement être co-construite par tous les acteurs de terrain, mais c'est un fait politique qu'il faut souligner.

2.1. Les effets collatéraux dévastateurs de la gestion de la pandémie de COVID 19

La gestion de la pandémie COVID en Belgique a été un sujet de débat et de controverse. Certains ont salué nos gouvernements pour sa réponse rapide et efficace, tandis que d'autres ont critiqué ses mesures strictes et son manque de transparence.

Au début de la pandémie, la Belgique a été l'un des pays les plus touchés en Europe. Au cours de la première vague, le pays a enregistré un nombre élevé de cas et de décès. Le gouvernement a mis en place une série de mesures restrictives, notamment le port obligatoire du masque, un confinement, une fermeture des écoles, des entreprises, des lieux de sociabilisation et des services.

Ces mesures ont permis de ralentir la propagation du virus et de réduire le nombre de cas et de décès. Cependant, elles ont également

eu un impact négatif sur la population économiquement défavorisée, en termes de revenu et de santé mentale, notamment.

Qu'avons-nous appris de cette crise? Que là où ça craque en premier, que là où la souffrance se répand d'abord, c'est là où les limites étaient dépassées depuis longtemps: dans les lieux de relégation, dans la rue et dans les logements précaires, dans les camps de migrants, dans les prisons, dans les maisons de repos mais aussi, bien sûr, dans les hôpitaux et les endroits de soins.

Que la santé ne se résume pas à l'acte de soigner et que le modèle biomédical – à savoir, la prise en charge centrée sur la maladie au sens général et non sur le malade comme individu - a aussi ses limites.

Que même en situation de pandémie, les inégalités existent et produisent leurs effets, le terme de «comorbidité» étant très souvent synonyme d'«inégalité sociale de santé».

Que, comme l'ont montré les premières mesures de déconfinement, le rapport de force socio-politique demeure et qu'une fois réparés, les corps sont d'abord priés d'aller travailler et de consommer.

Ces enseignements mettent le projecteur sur ceux que notre système, féroce inégalitaire et individualiste, oublie de façon organisée: les laissés pour compte, les travailleuses et travailleurs de l'ombre, les familles en difficulté, ... La fermeture de l'HORECA et du bâtiment, entre autres secteurs, a eu comme conséquence de montrer au grand jour des pans d'une pauvreté jusque-là invisibilisée: des travailleurs au noir qui ne recouraient à aucune aide sociale, des étudiants jobistes, ...

La pandémie et ses modalités de gestion ont démontré les failles de

notre système social, sanitaire et politique. Ce que nous avons vécu – avec des niveaux très différents de difficultés – rappelle combien le dogme du tout au marché, les politiques d'austérité devenues permanentes, le démantèlement de nombreux dispositifs de l'état social et la régression des législations en matière d'accessibilité aux droits sociaux conduisent à un phénomène structurel de précarisation: « Les situations que les professionnels du secteur social-santé bruxellois ont quotidiennement dans leurs salles d'attente ou leurs bureaux ne sont plus seulement le produit de parcours malheureux ou d'événements inattendus mais, de plus en plus souvent, la conséquence d'un enchevêtrement de décisions politiques, de logiques économiques et d'une évolution sociétale globalement subie et acceptée, sinon désirée. » (Extrait du rapport intersectoriel 2018, CBCS)

Ce que nous avons vécu – mais avec une exposition inégale au risque - montre que l'organisation des systèmes socio-sanitaires, comme celle des autres pans de la vie en société, est avant tout un choix politique. Le Bureau fédéral du Plan ne dit pas autre chose dans ses recommandations: pour que l'indicateur du «Bien-être ici et maintenant» (BEIM) de la population s'améliore rapidement, « les politiques de sortie de crise devraient se concentrer en priorité sur les groupes vulnérables »².

2 . <https://cbcs.be/social-sante-faut-il-le-covid-19-pour-taper-sur-le-clou/>

2.2. Un sous-financement structurel de l'offre social-santé

2.144.000 Belges, soit 18,7% de la population, courent un risque de pauvreté ou d'exclusion sociale, accentué notamment par le vieillissement de la population et le handicap. C'est ce qui ressort des chiffres de la pauvreté pour l'année 2022, selon Statbel.

A Bruxelles aujourd'hui, 415.000 personnes – soit 34% de la population bruxelloise – risquent de sombrer dans la grande pauvreté.

La constante aggravation des inégalités sociales et de santé accroît sans cesse le nombre de personnes qui font appel aux services sociaux et de santé, notamment en raison d'un report des soins. Pour autant, les moyens à disposition de ces services pour y faire face, s'ils ne diminuent pas partout, n'augmentent pas pour autant de manière proportionnelle.

L'une des principales conséquences est la sursaturation des services, une file d'attente qui met à mal leur accessibilité.

De plus, les modes de financement sous forme de budgets d'initiative et les appels à projets à court-terme précarisent les emplois. La pénibilité du travail de terrain dans les conditions actuelles rend non seulement le recrutement (assistants sociaux, psychologues, infirmiers ...) fort difficile, mais engendre le renoncement, le burn-out, la démission de professionnels de terrain, déstabilisant ainsi les équipes en place.³

3 . <https://cbcs.be/lifa-interpelle-le-parlement-francophone-bruxellois/> et <https://cbcs.be/lettre-ouverte-les-services-sociaux-et-de-sante-sont-asphyxies/>

Les conditions de travail se dégradent, rendant ces professions de moins en moins tenables. Dans le même temps, le cercle vicieux s'accélère par l'effet négatif que cela produit sur l'attractivité pour les jeunes. Alors que l'âge moyen du personnel soignant s'élève dangereusement, le nombre de candidats dans les écoles ne suffira même pas à remplacer les fins de carrière (sans compter les défections et maladies de longue durée).⁴

Si rien n'est fait, les services ne pourront plus répondre aux demandes alors même qu'elles sont en forte augmentation. La situation est à ce point dégradée qu'il devient impératif d'avoir un réel engagement politique sur les questions social-santé tout en dégagant des nouvelles lignes budgétaires. La persistance d'une telle situation de sous-financement engendre un sentiment croissant de lassitude parmi les prestataires de soins et l'ensemble des professionnels des secteurs du non-marchand.⁵

2.3. Le Plan Social Santé Intégré : une réforme ambitieuse

En septembre 2020, le CBCS présentait une note de vision politique sur l'avenir du social – santé à Bruxelles⁶. Cette note, écrite en IFA, ne se contente pas d'énumérer des constats connus de tous, mais porte une série de concepts et préconise leur mise en œuvre. Parmi ceux-ci :

- Une approche bottom-up dans la conception de la politique

4 . <https://cbcs.be/le-non-marchand-alerte-et-reclame-il-y-a-urgence/>

5 . <https://cbcs.be/wp-content/uploads/2023/12/A-2023-072-BRUPARTNERS-FR.pdf>

6 . <https://cbcs.be/une-note-de-vision-politique-pour-le-social-sante-en-region-bruxelloise/>

menée, en dialogue constant avec les professionnels de terrain et les citoyens-usagers ;

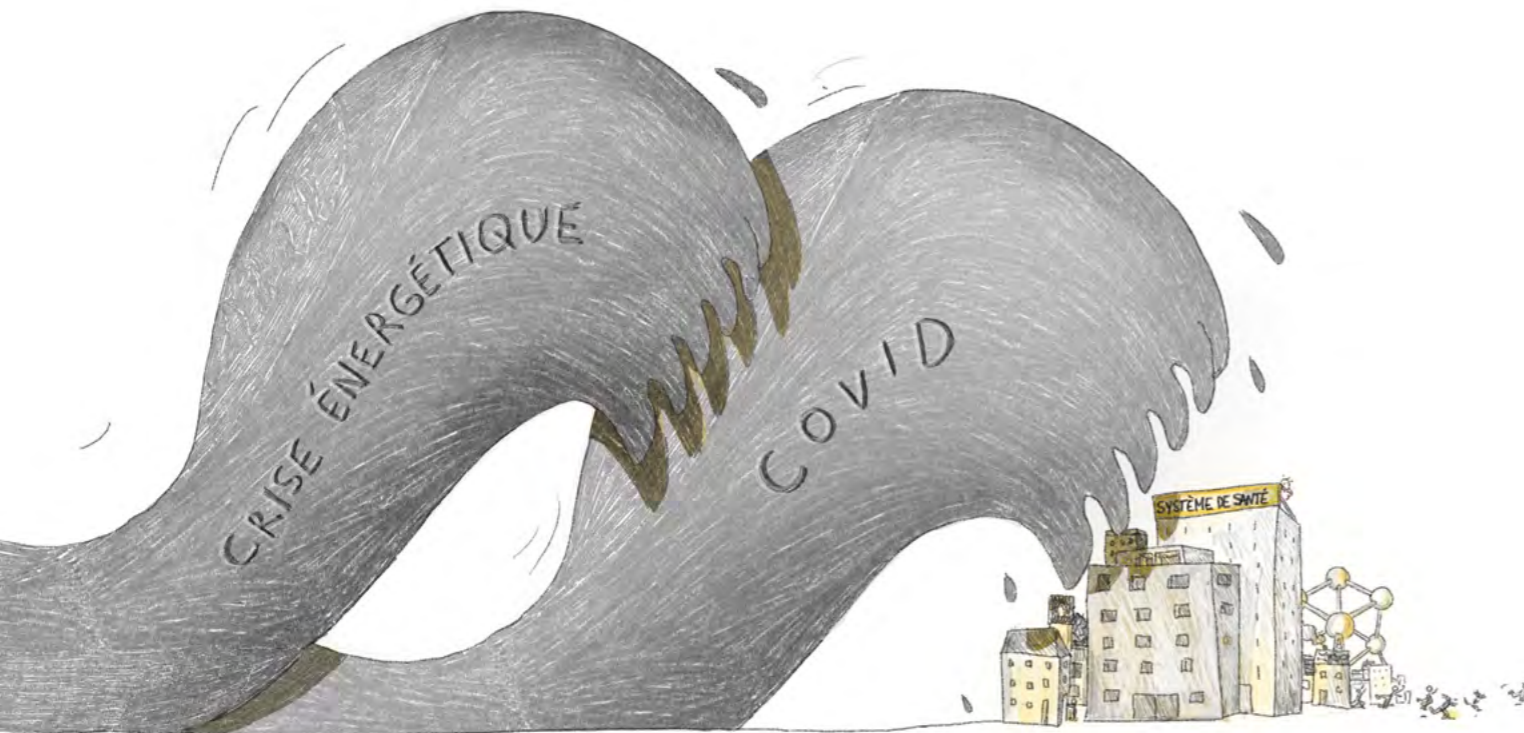
- Une approche bruxelloise cohérente, favorisant un travail de terrain non cloisonné entre niveaux de pouvoirs et entre secteurs ;
- Une accessibilité inconditionnelle comme principe clé : une offre de base pensée dans une logique de quartier, associée à la question de responsabilité populationnelle⁷, et un accueil inconditionnel ;
- Le diagnostic communautaire comme outil d'analyse.

En septembre 2022, le gouvernement bruxellois présentait son Plan Social Santé Intégré (PSSI), une note de vision politique sur l'avenir du social – santé à Bruxelles. « L'objectif général de ce Plan Social Santé intégré est la production d'un modèle renouvelé de l'offre de l'aide et du soin qui repose sur un usage plus intégré de tous les moyens disponibles. Il s'agit de pouvoir offrir un service de base à l'ensemble de la population bruxelloise tout en atteignant les personnes les plus éloignées de l'aide et du soin. Cela impliquera d'organiser l'offre sur une base territoriale au plus près des besoins locaux et dans une approche globale des situations. Pour cela, il est indispensable en amont de décloisonner les politiques de santé, de promotion de la santé et du social et de favoriser un travail de terrain intersectoriel et transversal.⁸ »

Le PSSI propose une organisation de l'aide et du soin basée, non plus sur les offres sectorielles de services, mais sur les demandes

7 . Notion apparue au Québec à l'aube des années 2000, la responsabilité populationnelle implique l'obligation de maintenir et d'améliorer la santé et bien-être de la population d'un territoire donné en rendant accessible un ensemble de services sociaux et de santé pertinents, coordonnés, qui répondent de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés de la population, en assurant l'accompagnement des personnes et le soutien requis et en agissant en amont, sur les déterminants sociaux de la santé.

8 . <https://www.brusselstakescare.be/>



exprimées et non exprimées de la population sur un territoire donné⁹, sur un diagnostic communautaire préalable et actualisé, sur une responsabilité populationnelle bien comprise et sur un universalisme proportionné destiné à améliorer l'accessibilité des services.

On constatera une convergence certaine entre les cadres structurants du PSSI et la note de vision politique de l'IFA.

Ceci acté, long est le chemin qu'il faudra parcourir entre ces belles intentions, cet horizon à atteindre, et leur application sur le terrain.

Distinguons trois écueils:

- **Les budgets disponibles et leur affectation**

Le carcan budgétaire risque d'être une épine dans le pied de la réforme en cours.

Comme dit plus haut, l'aggravation des inégalités sociales et de santé accroît sans cesse le nombre de personnes qui font appel aux services sociaux et de santé. Les moyens à leur disposition pour y faire face n'augmentent pas pour autant de manière proportionnelle. L'une des principales conséquences est la sursaturation des services, une file d'attente qui met à mal leur accessibilité.

- **Le temps trop court du politique**

Ce qui n'empêche pas le gouvernement de vouloir aller vite dans le vote des textes législatifs et la mise en œuvre sur le terrain. Plus de deux ans de perdu à cause de la crise sanitaire, et malgré tout, la volonté de marquer la législature.

9 . Notons que le Fédéral et la Région/Communauté flamande fonctionnent déjà sur le modèle territorial. Ainsi, son adoption par les Commissions communautaires française et bicommunautaire pourrait mettre de l'huile dans les rouages de la coopération interfédérale.

Cela laisse peu de temps aux acteurs de terrain pour s'approprier cette nouvelle logique. Et cela tombe à un mauvais moment aussi. Pour reprendre les paroles d'un acteur : « Comment voulez-vous qu'un responsable d'une association s'investisse dans la mise en place d'une ambitieuse réforme, alors que chaque matin, il se demande si son service va pouvoir assurer ses permanences ... ».

- **Le type de gouvernance**

Le PSSI table sur une coopération approfondie de tous les acteurs de l'aide et du soin sur un territoire donné, des pouvoirs publics et de l'associatif.

Le dispositif de gouvernance qui se met actuellement en place, multipliant les lieux de coordination et concertation, ne permet pas aux « petits » secteurs de participer activement à la gouvernance, par manque de ressources humaines disponibles.

D'autre part, deux grands courants idéologiques s'opposent lorsqu'il s'agit de penser, puis de structurer, les rapports entre l'associatif et le pouvoir public. On trouve dans un camp celles et ceux qui estiment qu'il est de la responsabilité des seuls mandataires politiques de prendre les décisions et de les faire appliquer par un associatif, considéré comme sous-traitant, là où les opérateurs publics ne peuvent entièrement s'en charger. A l'opposé, un courant légitimise l'associatif comme principal acteur de la mise en œuvre des politiques publiques dans un certain nombre de domaines d'activités, les opérateurs publics n'intervenant que là où l'associatif n'occupe pas le terrain.

Ces deux conceptions sont présentes au sein même de chaque parti politique, si bien que la qualité des rapports entre pouvoir public et associatif peut varier d'une législature à l'autre, et d'une commune à l'autre, suivant les coalitions en place et les convictions des mandataires aux affaires. Ce n'est pas sans conséquence sur la sérénité, la continuité, voire la pérennité, de l'action associative.

3. Constats

3.1. Les effets indésirables de la digitalisation des services

En 2017, Laurence Noël¹⁰ pointait la dématérialisation des services parmi les causes principales du non-recours aux droits. Bien qu'il s'agisse d'un processus en cours depuis plusieurs années¹¹, la digitalisation des services a connu une accélération pendant la pandémie, précarisant ainsi davantage encore la situation des publics les plus vulnérables.

E-gouvernement, digitalisation, dématérialisation des services, fracture numérique... différentes formules qui occupent désormais le débat politique. Quelles réalités se cachent derrière ces expressions ?

Les rapports sectoriels multiplient les exemples de difficultés auxquelles doivent faire face non seulement les personnes concernées, mais aussi les travailleurs sociaux :

10 . Laurence Noël, « Non-recours aux droits et précarisations en Région bruxelloise », Brussels Studies [En ligne], Collection générale, n° 157, mis en ligne le 30 mai 2021, consulté le 31 août 2023. URL : <http://journals.openedition.org/brussels/5569> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/brussels.5569>

11 . Dans la définition de l'e-Gouvernement que l'on peut trouver sur le site de SPF économie on remonte à 2001, mais les premiers enregistrements et échanges de données ont eu lieu en 1990 avec le financement de la loi organique de la Banque Carrefour de la sécurité sociale (<https://economie.fgov.be/fr/themes/line/la-notion-de-gouvernement>).

« Cet « à la place de », ou aide (ou parcours du combattant), à coup de lecteurs de carte d'identité, logins, digipass, e-formulaires, mails (avec accusés de réception), créations (et déblocages) de comptes, dialogues avec des boîtes vocales, QR codes,... temporisées par les lourdeurs administratives, bugs, les musiques d'attente, les réactualisations de page, les compositions et recompositions de numéros, les renvois d'un service à l'autre,... plombé par les « cases » qui ne correspondent pas à la complexité, les impatiences, les erreurs administratives, le vide d'interlocuteur-trices et de réponses, ... est le quotidien des services sociaux, tout en étant particulièrement crucial quand l'inaccessibilité ou les délais de réponse concernent la survie des personnes (allocations de chômage, RIS, Aide médicale urgente,...) » (Rapport sectoriel FdSS, p.28)

Avant tout, la numérisation des services exclut non seulement les personnes qui ne possèdent pas les outils (ou les possèdent, mais de moindre qualité) pour se connecter (ordinateur, connexion internet, lecteur de carte etc.), mais aussi celles qui n'ont pas acquis le savoir-faire numérique nécessaire pour faire valoir leurs « droits-en-ligne » (Rapport sectoriel FdSS, p.23).

Ensuite, l'e-gouvernement précarise les publics les plus fragiles (en manque de revenus, personnes âgées ou isolées, ménage monoparental, sans emploi, sans diplôme) en devenant le terreau idéal pour le non-recours aux droits. Pour les personnes précarisées, effectuer des démarches administratives en ligne peut s'avérer être un obstacle insurmontable. L'absence d'interlocuteur physique, pour des personnes qui ne parlent pas forcément la langue, qui ne possèdent pas les codes administratifs pour compléter correctement leur demande, qui n'ont pas assez de crédits d'appel pour rester connectés

afin de télécharger ou envoyer des documents, qui peuvent être en détresse psychologique à cause de leur situation, peut mener in fine à l'abandon de toute démarche.

Ainsi de plus en plus d'usagers, souvent les plus informés et/ou courageux, se voient contraints de se tourner vers des services associatifs pour les accompagner dans leurs démarches. En résulte une évidente perte d'autonomie des demandeurs d'aide d'une part, et une surcharge administrative pour les professionnels qui se voient réaliser des tâches chronophages non prévues par leur cadre de travail.

En ce sens, la digitalisation induit, voire sous-traite un travail invisible aux services qui par conséquent ont moins de temps pour se dédier aux problématiques des personnes.

Si l'usage du « digital » a permis, pendant la pandémie, de garder un contact avec certains publics, de toucher un territoire plus large et de gagner du temps. Il ne faut pas oublier que tout le monde ne maîtrise pas la technologie et que le contact humain constitue le pilier du travail social (pour certains publics il est une, voire la seule, possibilité de réinsertion). Les rapports sectoriels partagent un constat clairement préoccupant : le « non-déconfinement » de toute une série de services socio-administratifs - les services publics (fédéraux, communaux, CPAS ...), les banques, les fournisseurs d'énergie, d'eau, les mutuelles, les syndicats, etc. Il est d'importance vitale que ces services rouvrent leurs guichets au plus vite !

Épinglés à propos de la digitalisation des services et ses conséquences.

Dans le rapport sectoriel du secteur des centres de planning familial

« En matière de travail social, l'évolution notable de ces cinq dernières années est l'impact de la crise sanitaire et des confinements sur l'accélération de la numérisation de l'accès aux services socio-administratifs (services publics, banques, fournisseurs d'énergie, d'eau, services communaux, mutuelles, syndicats, CPAS, etc.). Si la vie digitale a permis de maintenir les contacts et l'accessibilité pendant les périodes de confinements, force est de constater qu'une série de services ont oublié de se déconfiner. En ne permettant (presque) plus d'accès physique, y compris pour les démarches d'accès aux droits les plus fondamentaux, ces services renforcent la fracture numérique et la désaffiliation administrative et sociale d'une partie de la population alors que certaines personnes ne disposent ni d'ordinateur, ni de connexion internet, ni de lecteur de carte d'identité, ni de suffisamment de crédit téléphonique que pour se permettre de patienter de longues minutes en ligne. La numérisation des guichets a disqualifié une partie des bénéficiaires qui assumaient de manière autonome une série de démarches auxquelles ils n'ont plus accès aujourd'hui, ou de manière limitée. » (p. 46)

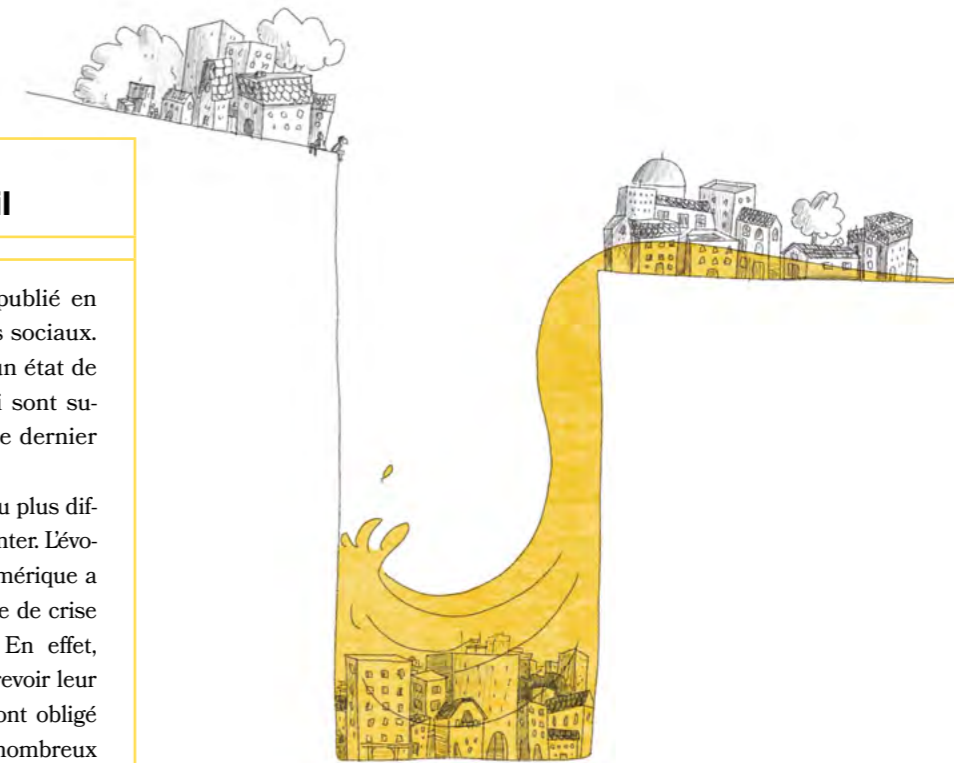
Dans le rapport sectoriel du secteur des maisons d'accueil

« L'observatoire de la Santé et du Social a publié en 2017 un rapport sur le non-recours aux droits sociaux. Il en ressort que ce sont les personnes dans un état de pauvreté, de précarité ou de vulnérabilité qui sont surexposées au phénomène de non-recours et ce dernier porte en lui une dimension précarisante.

Malheureusement, cet accès aux droits est rendu plus difficile encore par un facteur qui ne cesse d'augmenter. L'évolution de notre société vers toujours plus de numérique a commencé depuis plusieurs années et la période de crise sanitaire n'a fait qu'amplifier ce phénomène. En effet, celle-ci a amené les services publics et privés à revoir leur fonctionnement. Les périodes de confinement ont obligé la mise à arrêt du travail en présentiel dans de nombreux secteurs. Cela a induit une fermeture de guichets ou une complication d'avoir accès aux services essentiels à l'activation des droits des personnes.

Par ailleurs, cette fermeture de nombreux guichets physiques des services publics et privés pousse les publics fragilisés à se tourner vers le secteur associatif social afin de les aider dans leurs démarches. Les travailleurs.euses sociaux.ales se retrouvent dans un rôle d'intermédiaire entre les usagers et les services publics et privés. Ce rôle grandissant induit une charge de travail considérable pour le personnel de l'associatif.

Le phénomène de non-recours et de difficulté d'accès aux droits sociaux touche une grande part du public fréquentant les services sociaux et de santé bruxellois. La fracture numérique grandissante avec la digitalisation vécue par le public est vivement ressentie par le personnel social. Le secteur du sans-abrisme se retrouve également au cœur de ce problème. » (p.55)



Dans le rapport des Ateliers du changement¹ (CBCS - BRUSANO)

« (...) la digitalisation (...) ne peut remplacer les accueils physiques. Le travail social-santé est un travail où le lien et la confiance sont essentiels. Il faut qu'il puisse s'exercer avec des accueils physiques, avec du temps pour l'humain et avec des horaires et des présences physiques élargies. Ce lien de confiance signifie que le travailleur social-santé doit être garanti dans sa fonction d'accompagnement et ne pas être un contrôleur. Pour diminuer le non-recours aux droits induit par les démarches digitales, il faudrait réouvrir les guichets des services essentiels (comme ceux des mutuelles) au niveau régional. » (p. 30)

1 . https://cbcs.be/wp-content/uploads/2023/04/20230400_Rapport_ADC.pdf

Dans le rapport sectoriel du secteur de maisons médicales

« Les difficultés liées au numérique sont devenues telles qu'elles constituent aujourd'hui une problématique sociale à part entière au même titre que les autres dimensions psycho-sociales des patients auxquelles les maisons médicales sont confrontées. »

(...)

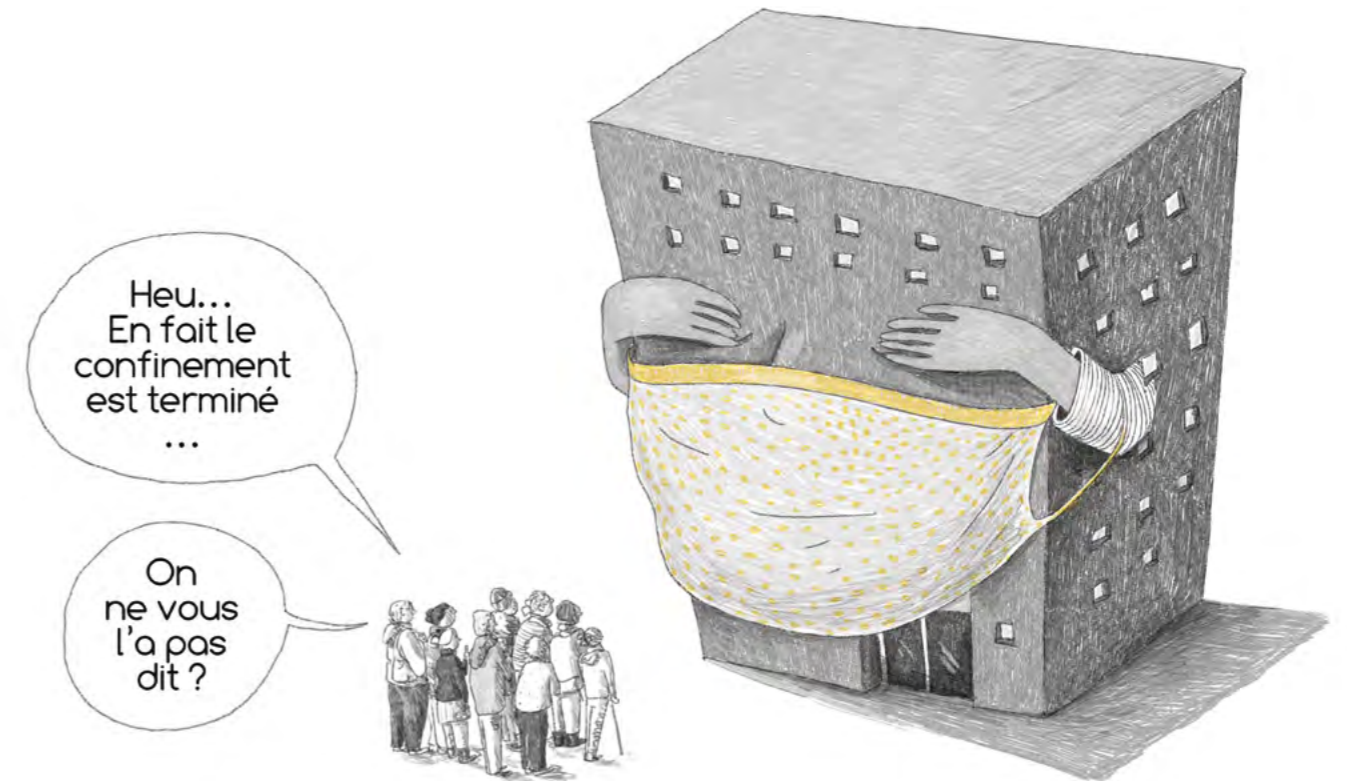
« Le terme générique de « fracture numérique » recouvre en effet des réalités disparates et l'on peut parler de fractures numériques au pluriel. Les trois grandes formes de fracture numérique sont (1) la fracture numérique du premier degré qui désigne les écarts en termes d'accès aux technologies numériques, mais aussi à la qualité de ces équipements et de la connexion; (2) la fracture numérique du deuxième degré qui renvoie aux disparités relatives aux compétences nécessaires pour maîtriser les technologies numériques ainsi qu'à l'intensité et à la nature des usages; (3) La fracture numérique du troisième degré est, quant à elle, liée aux usages et renvoie aux écarts en termes de retombées effectives de ceux-ci, en particulier sur le plan de la participation aux diverses sphères de la vie sociale, comme l'éducation, l'emploi, la vie administrative et citoyenne (Faure et Brotcorne 2021). Parler de fractures numériques au pluriel permet de balayer l'idée selon laquelle cette problématique relèverait de la responsabilité individuelle. Il ne suffit pas que chacun dispose de matériels informatiques et d'une formation de base pour que la « fracture numérique » soit comblée. La « fracture numérique » est une question sociale à part entière. Celle-ci résulte de choix politiques, à savoir la décision de recourir systématiquement au numérique sans offrir d'alternative concrète pour celles et ceux qui n'y ont pas accès. Et une pareille décision a pour incidence évidente l'aggravation de la précarité et de l'exclusion sociale. » (page 11)

Dans le rapport sectoriel du secteur de soins palliatifs et continués

« Depuis la pandémie de COVID-19, les solutions de communication à distance ont connu un essor considérable et ont permis aux personnes de rester en contact avec leurs proches et les professionnels de la santé. Par exemple, les appels vidéo sont devenus la norme pendant la crise. C'est aussi le cas dans le secteur des soins palliatifs (p. 41)

(...) les patients âgés, malvoyants et/ou malentendants sont mis en difficulté par ces appareils sophistiqués qui nécessitent une certaine maîtrise technique. Même pour les personnes « qui s'y connaissent » se posent des problèmes techniques de son, de caméra ou de bruits de fond. Le CPO, qui propose des consultations de télépsychologie, abonde également en ce sens et constate une certaine fracture numérique, en particulier chez les personnes plus âgées, qui entrave la mise en place de telles prises en charge. (...)

En outre, certains des services en soins palliatifs soulignent le coût de ces nouvelles technologies qui constitue souvent une barrière à leur implémentation. » (p.42)



3.2. La surcharge administrative et la bureaucratisation

Pour les bénéficiaires

Le rapport de 2017 de l'Observatoire de la santé et du social sur le non-recours cité plus haut montrait déjà de manière nette que l'accès aux droits sociaux pour les Bruxellois était devenu de plus en plus difficile. Différentes barrières s'interposent entre les ayant droits et l'accès aux droits de ces derniers : la multiplication des critères d'octroi, les blocages, les délais d'attente, la bureaucratisation, la complexification ainsi que la digitalisation de procédures administratives. Dans notre précédent rapport intersectoriel, nous soulignons que les travailleurs passaient une grosse partie de leur temps de prise en charge à essayer de faire obtenir des droits et « déjouer les embûches administratives » (p.11).

Force est de constater que la situation n'a pas changé après cinq ans, elle s'est même empirée.

« De l'avis des travailleurs-ses, l'augmentation continue de la problématique « questions administratives » est directement liée aux grandes difficultés d'accès aux services publics et privés. Si cette problématique se posait déjà avant la crise COVID-19, la fermeture générale des services, l'accélération de leur dématérialisation couplée aux difficultés d'accès pour les personnes en situation de fracture numérique en font désormais une problématique structurelle et structurante du travail social. (...) Mais c'est de plus en plus un travail de sous-traitance qui s'insinue dans le quotidien des services sociaux. Les travailleuses constatent qu'il-elles ont de moins en moins de temps pour s'attaquer aux problématiques de fond des personnes, comme les situations de surendettement, de désaffiliation, etc. parce que le temps de travail administratif se substituent au temps d'accompagnement (...) »

(...)

« Déjà saturés avant la crise COVID-19, les permanences sociales se retrouvent aujourd'hui largement débordées face à l'afflux de demandes liées aux démarches administratives et de la vie quotidienne (payer une facture, ...) que de nombreuses personnes ne savent désormais plus faire seules. Le travail de défense d'accès aux droits mené par les services sociaux se heurte également à cette inaccessibilité des services et à la complexification des procédures. » (pp. 19 et 43, rapport sectoriel FdSS)

Les rapports actuels montrent que les procédures continuent à se complexifier. A ce constat, s'ajoute celui d'une population qui se paupérise de plus en plus. Or (comme dans le cas de la digitalisation) plus les gens sont en difficulté, plus les démarches à réaliser pour obtenir leurs droits s'apparentent à un véritable calvaire. A bout, les personnes (les mieux informées) se tournent vers les services d'aide et de soins. Ces derniers sont alors obligés de dédier un temps conséquent à des tâches administratives, plutôt qu'à accueillir et s'occuper du suivi qualitatif des bénéficiaires. De ce fait, la complexité administrative épuise autant les personnes qui souhaitent accéder à leurs droits que les travailleurs social-santé qui doivent accomplir des tâches supplémentaires mais non reconnues par les pouvoirs publics (ou pas suffisamment).

Pour les services

La complexité administrative ne concerne pas seulement les démarches à réaliser à la place de bénéficiaires. Il y a également la surcharge de travail occasionnée par la complexité des démarches administratives qui pèse sur les associations elles-mêmes dans le cadre de la recherche et de la justification des subsides couplée à des problématiques telles que les retards de paiement de ceux-ci (voir à ce titre la section suivante pp. 21-23) :

- Dossier justificatif complexe et fastidieux, incluant le ticket de caisse et la preuve de paiement d'une bouteille d'eau à 1 Euro, avec des critères d'évaluation ex ante, post etc.;

- Règlements et modèles de dossier différents pour chaque pouvoir subsidiant, ce qui complexifie encore la gestion administrative;
- Numérisation (en cours) décrite comme peu fiable, logiciel qui bugge, pas d'historique et choses qui se perdent et obligent à dédoubler le travail;
- Des services renoncent à participer à des appels à projets dû à cette complexité administrative, alors que ces appels sont censés favoriser l'innovation, la créativité.

Ainsi, le travail administratif qui exige des compétences spécifiques pour être accompli, est devenu un rouage essentiel au bon fonctionnement de n'importe

quel service social-santé. A tel point que dans le cadre du refinancement Covid, certains services de médiation de dettes ont expressément créé la « fonction administrative » pour engager du personnel dédié uniquement à ce type de tâches. Cela a permis de libérer du temps pour l'accompagnement des bénéficiaires, améliorant ainsi la qualité du service.

Pour conclure, vu l'augmentation en volume et la complexification de la gestion budgétaire et administrative, et ce en dépit des interpellations du secteur, le peu de moyens octroyés par les pouvoirs publics pour le renforcement des postes de back-office est incompréhensible.

Épinglé à propos de la complexité administrative.

Dans le rapport sectoriel du secteur de médiations des dettes

Témoignages de travailleurs de terrain

« La gestion des structures est de plus en plus complexe et les services travaillent dans une insécurité croissante au niveau des financements. » (p.18)
« Les démarches incessantes sont chronophages et le stress généré par cette situation ont des conséquences négatives sur la qualité du travail. » (p.18)
« La précarité des emplois et la pénibilité du travail de terrain dans les conditions actuelles rendent non seulement le recrutement (assistants sociaux, psychologues, infirmiers, aides familiales, ...) fort difficile, mais engendre l'absentéisme, le renoncement, le burn-out, la démission de professionnels de terrain, déstabilisant ainsi les équipes en place et donc l'aide apportée aux bénéficiaires. » (p.18)
« Dans le cadre du refinancement Covid, les services ont été laissés libres de choisir quel type de renforcement ils allaient mettre en œuvre. Ainsi, on a pu constater que les deux fonctions subventionnées via le cadre agréé avaient été renforcées : tous les services ont augmenté leurs « heures » d'assistant social et certains ont augmenté les heures « juriste ». En outre, une nouvelle fonction est apparue : la fonction administrative. Dans les faits, cela s'est traduit par une structuration différente du travail mené au sein des asbl. La charge administrative reportée sur ce nouveau personnel a permis de libérer du temps consacré à l'accompagnement et à améliorer considérablement la réactivité du service. » (p.18)

Dans le rapport sectoriel de la fédération de services sociaux

« Par ailleurs, les travailleurs-euses sociaux-ales pointent du doigt la complexité des procédures, notamment pour accéder aux remboursements des soins de santé. Les difficultés d'accès à l'AMU en est un très bon exemple :

« Une dame que j'accompagne depuis un temps a été sans domicile, puis a trouvé logement à Forest, avec sa petite fille. Il fallait faire plusieurs demandes: RIS, carte médicale, etc.

Les procédures ont duré des mois, à chaque fois, on me disait que la demande n'avait pas été introduite, que les délais étaient dépassés, etc. Pourtant, je savais que j'avais bien envoyé les documents, et à temps. Finalement, j'ai eu un AS qui a reconnu que son dossier n'avait pas été bien suivi. La dame a eu son RIS, mais plusieurs autres demandes ont été perdues. Un mois plus tard, cette dame a fait une fausse couche et le CPAS ne veut rien entendre car ils estiment que la carte médicale n'avait pas encore été attribuée. La dame a finalement dû payer les coûts ». Ce ne sont pas tellement les droits qui posent problèmes. Ce sont les procédures, les délais. Notre rôle permet d'imposer et d'obtenir des droits mais si les gens sont seuls, sans nous, ils n'obtiennent pas ce qui leur revient. Les droits existent mais l'accès pose problème. »

(...)

« Au niveau du terrain, cette complexité des démarches administratives génère un fort sentiment d'angoisse et une usure parmi les personnes. Les travailleur-euses expliquent que certains suivis psychologiques sont directement liés à cette insécurité et cette usure administrative vécue par les personnes.

« On constate une fatigue immense de la part des personnes, d'entamer ces démarches en plus de tout le reste. Beaucoup pourraient avoir droit à une aide complémentaire du CPAS mais elles sont fatiguées de ne pas recevoir de réponses, de devoir se battre pour avoir un rendez-vous, de ne pas avoir de personne de référence.

Même nous, en tant qu'AS, dans notre commune, on galère pour avoir des réponses. Avant, on avait un contact direct avec les AS assez rapide et efficace, on arrivait à faire avancer les choses. Aujourd'hui, c'est beaucoup plus compliqué, ils disent qu'ils sont submergés de mails. C'est vrai, je veux bien les croire, on doit envoyer 6 mails pour avoir une réponse ». (pp. 24 et 28)

Dans le rapport sectoriel du secteur des drogues et addictions

« Notre secteur était déjà saturé avant 2020. Les secteurs connexes vers lesquels les usager-ère-s doivent pouvoir être orienté-e-s également (maison d'accueil, cure, hôpitaux,...). La crise COVID n'a rien arrangé en impactant l'offre de prise en charge (blocage administratif, remise en ordre socio-administrative lente, démarches plus longues, nouvelles candidatures difficiles dont les suivis post-carcéraux, capacités d'accueil limitées...).

De plus, les publics fragilisés le sont encore plus, ce qui renforce les besoins de prises en charge rapides pour prévenir l'apparition de situations individuelles qui nécessiteront à terme des suivis plus lourds et des leviers vers les soins plus nombreux, en ce compris dans les prisons. A l'intensification des problématiques répond en écho l'intensité des mesures qui doivent être prises et soutenues, selon un principe d'universalisme proportionné, inclusif et co-responsable. » (p. 58)

Dans le rapport sectoriel du secteur de l'aide et les soins à domicile

« La FSB coordonne les 26 services d'aide à domicile agréés Cocof, Cocom et VGC présents sur le territoire bruxellois. Le plus dur est de réussir à s'y retrouver dans toutes ces réglementations propres à chaque institution et d'arriver à trouver un équilibre entre tout ça. Ce n'est évidemment pas chose facile et cela représente une charge de travail considérable. Aborder l'aide ou les soins à domicile à Bruxelles dans son ensemble, c'est plonger dans un tourbillon de réglementations en fonction de la politique linguistique de chaque institution, dont les champs de compétences varient et dont les définitions données à l'aide et aux soins englobent différentes politiques.

(...)

Parallèlement, les exigences légales s'accumulent comme si le temps était extensible, dans un monde « schizophrénique » où nous devons produire plus sans une structure administrative suffisante. » (p.5 et p.24)



3.3. Les modes de financement

Quels financements pour répondre à des crises répétées et un état d'urgence en permanence?

La définition du mot crise dans le dictionnaire Robert met en avant son caractère provisoire. En effet, il s'agit d'une situation soudaine qui n'a pas vocation à durer dans le temps¹². Pourtant, ces dernières années ont été caractérisées par des crises répétées, d'abord la crise sanitaire de la Covid19 et ensuite la guerre en Ukraine avec ses corollaires, à savoir : la crise énergétique et une augmentation des coûts d'une série de produits et matières premières. Ces crises pèsent lourdement sur des publics déjà fortement précarisés dont les problématiques sont de plus en plus complexes comme le soulignait déjà le rapport intersectoriel 2018 (p.5)¹³. Par conséquent elles pèsent aussi sur les structures qui s'occupent de ces derniers. Les services sociaux saturés depuis des années¹⁴ se voient contraints à devoir gérer des états d'urgence en permanence, des publics précaires qui ne font et ne feront qu'augmenter¹⁵ et, en même temps, ils doivent supporter ces mêmes crises et l'augmentation de coûts qui impactent lourdement leur fonctionnement.

Cependant, les financements qui leur sont alloués sont pensés et proposés en envisageant souvent des courts, voire très courts, termes. Bien que les agréments qui financent les services soient prévus sur du long terme, ils ne sont plus suffisants pour remplir les missions de base correctement d'où la nécessité d'aller chercher d'autres sources de financement qui elles sont court-termistes. Cet horizon, qui souvent ne dépasse pas l'année, voire moins, nuit profondément à plusieurs dimensions du travail social-santé :

12 . Lire à ce titre le dico en ligne du dictionnaire Robert : <https://dictionnaire.lerobert.com/>

13 . Willaert A. et Moriau J., Rapport Intersectoriel, CBCS, Septembre 2018, Bruxelles.

14 . Willaert A. et Moriau J., op. cit., p.18

15 . Lire à ce titre l'aperçu du baromètre social 2021 de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale.

Avant tout, le travail effectué par les professionnels de première ligne se fonde, depuis toujours, sur la création d'un lien de confiance avec les usagers. Ces types de liens se construisent et s'alimentent principalement sur des temps longs. Ainsi, les travailleurs se trouvent souvent dans le paradoxe de penser à des actions et envisager des liens sur des temps longs, sans avoir aucune certitude sur la permanence des leurs emplois ;

Ensuite, ces financements ne tiennent pas compte du « travail invisible » effectué par les personnels social-santé : travail en réseau, de coordination, administratif, d'accueil et d'accompagnement pour répondre aux manques ou aux désinvestissements du pouvoir public (voir chapitre précédent) ;

Par ailleurs, des financements à court terme obligent les directions à assigner la majorité de leur temps à la rédaction de dossiers pour répondre à des appels à projets ponctuels. Tout cela pour avoir, parfois, même pas le minimum de personnel pour répondre à des problèmes qui eux, en revanche, sont structurels ;

Puis, les rapports signalent des effets néfastes liés aux financements par projet et subventions forfaitaires. Puisque certains financements ne sont pas pérennisés et/ou ne sont pas indexés, les services se voient obligés de licencier du personnel compétent. A cela s'ajoute le fait que souvent il y a du retard dans le paiement des subsides. Cela force les services sociaux et de santé à avancer de l'argent ou à emprunter à la banque dans une position de faiblesse (sans garanties).

Enfin, dernier point mais non des moindres, cette vision à court terme précarise le contrat des professionnels et dévalorise ainsi la valeur symbolique des métiers social-santé. Et ce alors que, comme relaté dans le rapport des Ateliers du changement, le secteur est caractérisé par du turn-over, du burn-out et par la difficulté d'engagement de nouveaux travailleurs sociaux.

A la lumière de ces constats, il nous semble essentiel que les financements soient repensés de manière substantielle.

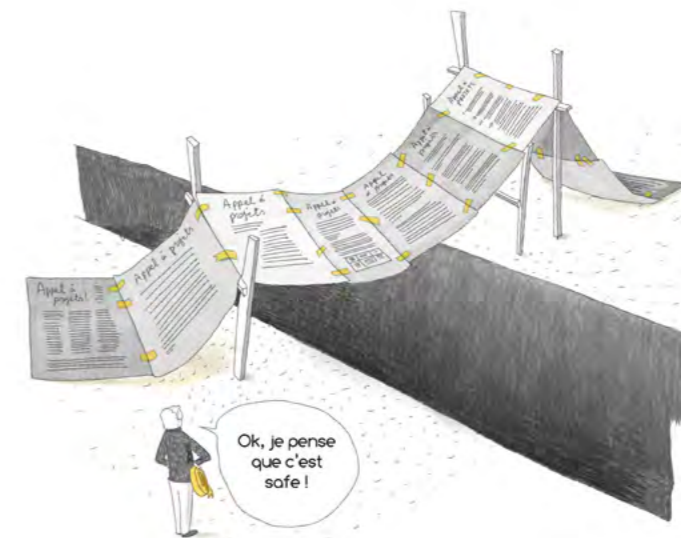
Épinglé à propos de la vision à court terme des financements actuels et ses effets sur la qualité du travail social.

Dans le rapport sectoriel du secteur des drogues et addictions

« Malheureusement, pour tout ce travail de lien et d'inscription dans le social réalisé par les institutions assuétudées, trop souvent les moyens manquent ou sont éphémères. Le développement de telles initiatives est souvent sacrifié pour gérer l'urgence. Certains subventionnements de soutien post-covid ont permis d'augmenter l'accueil, l'encadrement d'activités et la mise sur pied de groupes de parole, mais ces financements sont ponctuels, mettant en danger la pérennité de ce type d'initiatives. Il y a donc une inadéquation entre la nécessité de développer un travail de lien sur la durée et les budgets qui financent ce travail, trop souvent éphémères ou liés à des projets ou initiatives à durée déterminée. Il convient enfin de souligner que la diminution du nombre de lits psychiatriques dans les hôpitaux participe à l'augmentation de la pression sur l'ambulatoire. Nous sommes amenés à prendre en charge des personnes pour lesquelles une hospitalisation est indiquée, mais qui n'est pas possible faute de place. » (p.57)

Dans le rapport sectoriel du secteur des services de santé mentale

« Surtout, ces appels à projets ont permis de démontrer que lorsque des moyens sont mis à disposition du terrain, ils sont employés pour étoffer l'offre de façon pertinente, dans un travail permanent de remise en question. Les freins sont davantage liés aux modalités de financement et de décision politique : si la libération d'une nouvelle enveloppe doit se faire très vite, la question de la reconduction des projets est beaucoup plus longue et place les équipes et les travailleur-ses dans des situations difficiles. L'annonce d'une (non-)reconduction arrivant souvent après le terme du premier subside. Une telle situation génère énormément de stress, pousse des personnes à partir chercher un emploi plus stable ailleurs, désorganise les équipes et malmène surtout les publics concernés. La demande répétée des acteurs sur ces dernières années est de basculer le plus rapidement possible vers des subventions pérennes. » (p. 20)



Dans le rapport sectoriel de la fédération de services sociaux

« Comment relater, à nouveau, que les modalités de financement des services sociaux ne correspondent pas à leurs missions et aux réalités de terrain ? Et que les coordinateur-trices et/ou directeur-trices s'épuisent – toujours en plus de l'opérationnel et souvent en dehors des heures - à compléter les équipes et les moyens par d'autres sources de financements ? Les plongeant dès lors dans les abîmes de la surcharge administrative, du multi subventionnement, de l'attente – de réponse, de paiements, ... -, de négociation d'avances/trésoreries avec les banques, des plateformes d'encodage en ligne et de leurs bugs, des rapports – lus ? -, des dossiers justificatifs tatillons, des appels à projets ponctuels pour des problématiques structurelles, tous les mêmes mais tous différents, du court terme, de l'insécurité, de la précarité, de la précarisation du secteur non-marchand,... » (p.31)

« Il est également important de désengorger les services afin de trouver une solution à la saturation. Renvoyer des usagers vers des services saturés ne fait que gripper davantage le système. Lutter contre la saturation passe notamment par un meilleur financement et une amélioration des conditions de travail pour retenir les travailleurs dans le secteur et recruter plus facilement. Outre l'épuisement des travailleurs, la saturation a de nombreux effets pervers : détérioration de la situation des usagers, médicalisation de problèmes sociaux, sur-sollicitation des services (s'adresser à plusieurs guichets pour la même demande) et déplacement de la charge sur des réseaux informels qui ne sont pas soutenus, formés ou équipés pour y faire face. » (p 28)

Dans le rapport Ateliers du changement (CBCS - BRUSANO)

3.4. Le sens du travail

Qu'en est-il du sens et de l'organisation du travail pour les professionnels social-santé?

Tous les éléments développés dans les précédentes sections, ne font que confirmer que le secteur de la santé et du social ne se porte pas bien. La digitalisation des services couplée à la surcharge administrative, des financements des services insuffisants et instables, la complexité des situations ainsi que les nombreux obstacles pour que les personnes aient accès à certains droits ou services, mêmes fondamentaux, mettent à dure épreuve le personnel qui n'a plus le temps ni l'énergie pour arriver au bout de ses nombreuses tâches et encore moins d'essayer de comprendre le sens de ce qu'il fait.

L'audition parlementaire de l'IFA du 18 juillet 2023¹⁶ annonçait, aussi, de façon détaillé tous ces éléments lançant un cri d'alarme aux autorités compétentes:

« Comment la population peut-elle faire face et, particulièrement, la population en situation socioéconomique précaire, lorsque la première ligne d'aide et de soin n'a d'autre solution que de restreindre son accessibilité par manque de moyens et de compétences disponibles?

(...) Ces derniers (les travailleurs) tentent de dénouer des situations inextricables, de joindre difficilement les services tiers, d'agir rapidement afin de traiter un maximum de situations, ce qui leur donne l'impression d'effectuer un travail à la chaîne et de courir sans fin, sans ligne d'arrivée.

Ce rythme infernal entraîne un manque de temps pour se former et, surtout, pour discuter avec les collègues et tenter de démêler, ensemble, des situations complexes. Penser le sujet permet de démêler les fils, de recontextualiser et de mieux entrevoir des pistes

de solution. C'est ce qui permet de faire des liens entre certaines situations, de développer des stratégies qui fonctionnent et qui permettent aux usagers de repartir en ayant l'impression que, cette fois, ils ont obtenu des avancées pour leur cas.

Ne disposant plus du temps nécessaire pour penser, ils agissent: ils encaissent, banalisent, pensant être blindés. Or, chaque impuissance, chaque dérapage, chaque situation impossible vient déposer une couche supplémentaire sur leur fardeau intérieur. Couche après couche, le mal-être grandit, grossit à bas bruit jusqu'à l'épuisement, le burn-out ou le dégoût. » (pp.3-5)

Comme nous pouvons le constater, cette situation pèse à la fois sur le public, qui ne sait plus vers qui se tourner et qui peut perdre confiance dans les services, mais également sur les travailleurs, qui se voient de plus en plus obligés d'organiser leur travail en tenant compte de tâches invisibles, du manque de personnel et de temps, pour, au final, essayer de répondre seulement à un nombre réduit de demandes.

En réalité, le souhait des services social-santé est de pouvoir assurer un suivi qualitatif de n'importe quel demandeur d'aide, en étant supporté par un cadre de travail stable et gratifiant. Plutôt que de devoir accomplir toute une série de tâches qui ne constituent pas le cœur de leur travail, certainement pas celui pour lequel ils ont été formés. Outre la charge de travail, la situation actuelle crée également un décalage entre la théorie (et les idéaux que les travailleurs y attachent) et la réalité. Ce décalage quotidien induit une grande frustration et de la perte de sens.

Ce «travail technique et administratif», en plus d'affaiblir les équipes et leurs motivations, ne pourra pas, de toute façon, suffire comme réponse à l'augmentation et la complexification de la demande ainsi qu'aux effets néfastes des années de politiques néolibérales. Nous sommes convaincus du fait que les réponses à des problématiques sociales et de santé doivent également être apportées par une mise



16 . <https://cbcs.be/lifa-interpelle-le-parlement-francophone-bruxellois/>

en dialogue avec l'ensemble des problématiques rencontrées qu'elles soient migratoires, juridiques, économiques, de logement.

Comme dans le rapport intersectoriel précédent, nous insistons encore aujourd'hui sur l'importance d'inclure d'autres champs de compétences pour mener une politique efficace de lutte contre la pauvreté (politiques en matière de logement, d'accès à l'énergie et à l'emploi ont été citées parmi d'autres)¹⁷. De manière similaire, le rapport des Ateliers du Changement soulignait l'articulation des compétences comme condition essentielle pour que les changements envisagés par le Plan social santé intégré (PSSI) puissent fonctionner :

« Le bien-être des Bruxellois dépend (aussi) de compétences ministérielles qui dépassent le social-santé. Il est essentiel que des ponts soient jetés entre compétences ministérielles, y-inclus entre niveaux de pouvoir (Cocof, Cocom, FWB, VG, VGC) et communautés linguistiques différents. Ainsi la politique d'immigration, le logement, le fonctionnement de la justice, le droit social, l'enseignement et l'univers carcéral ont plus particulièrement été cités comme ayant un impact majeur sur l'état de santé et de bien-être social des Bruxellois ainsi que sur la saturation des services. » (p.30)¹⁸

S'il est de plus en plus attendu des travailleurs de se concerter et de travailler de façon intégrée, il apparaît évident que cela soit le cas également des autorités. Un premier pas a été fait en mettant en dialogue le secteur du social avec celui de la santé, les temps sont mûrs pour y intégrer d'autres questions qui sont au cœur du bien-être des Bruxellois.

Cela dit, dans leur quête de sens, les travailleurs bricolent, se questionnent, imaginent des solutions innovantes. Il est important de leur reconnaître ce travail et de s'inspirer des réponses là où elles sont

bricolées, c'est-à-dire sur le terrain. Par exemple, dans certains centres de planning familial, ils ont créé la pratique du « double accueil » :

« La pratique du « double accueil » (ou co-accueil) se pense de plus en plus dans les Centres de planning familial ces dernières années – et s'installe dans certains autant que faire se peut. Elle consiste à assurer les permanences d'accueil à deux, voire trois, personnes. Cela demande évidemment des moyens humains et donc financiers, mais également logistiques (espaces physiques disponibles), or la « ressource immobilière » est de plus en plus inaccessible à Bruxelles.

Pourtant la pratique mériterait de se développer car elle augmente sensiblement la qualité de l'accueil. Son intérêt est de pouvoir à la fois gérer les nombreuses tâches « anecdotiques » de l'accueil (prise de RDV, encodage, rédaction de documents, etc.), les situations de crise et/ou d'urgence, et les situations psycho-sociales plus « lourdes » ou longues à déposer, ce qui implique de pouvoir s'isoler plusieurs dizaines de minutes avec un-e bénéficiaire. Le co-accueil permet aussi d'accompagner plus sereinement et qualitativement des actes tels que la délivrance de la contraception d'urgence, la réalisation de test de grossesse ou des dépistages démedicalisés du VIH (TROD) » (p. 15)

Ainsi, il nous semble que cet exemple montre bien comment avoir du personnel suffisant pour partager des tâches d'accueil ou chronophages (comme celles induites par la digitalisation de services, la non-réouverture des guichets publics essentiels et comme nous avons vu, par la complexité administrative), permet de travailler à la construction d'un lien de confiance avec ses usagers et enfin de réinjecter du sens dans ce que les professionnels font.

Cela n'est qu'un exemple parmi d'autres. Le terrain bouillonne de solutions innovantes, ce qui lui manque n'est pas la créativité, mais plutôt les moyens suffisants, en termes de personnel notamment, pour les mettre en place!

Épinglé à propos du sens et de l'organisation du travail

Dans le rapport sectoriel de la fédération de services sociaux

« (...) Ces frustrations, ces échecs, ce temps passé des travailleurs-euses sociaux-ales devant l'ordinateur ou au bout du fil, à tenter d'accéder à des services, continuent à modifier profondément les liens avec les personnes accompagnées, mis dans l'attente et l'impuissance d'agir et de comprendre les démarches en cours :

« Je suis fatigué. Je perds le sens: je passe mon temps à essayer de lire des cartes d'identité que je ne sais pas lire, à contacter des services qu'on ne sait plus contacter. Je finis ma permanence et je ne sais pas ce que j'ai fait. La richesse dans le travail c'est surtout le travail de long terme. »

« Quand on commence à se battre avec l'administratif, on n'est plus disponible à l'écoute. On est dans des actes techniques. »

(...)

« On a été formés à penser que notre profession doit permettre à l'usager de changer sa situation et c'est très frustrant de constater qu'on ne parvient pas à faire ce travail. »

« Au quotidien, [les professionnel-les] bricolent des pratiques, jonglent avec le temps et adaptent leurs postures pour répondre, tant que possible, aux besoins des usagers et continuer à donner du sens à leur métier. » Au mieux, ce bricolage de travailleur-euses sociaux-ales ne vise désormais plus à aider l'individu à s'intégrer à la société mais à l'empêcher de tomber (encore) plus bas: « Le travail social [...] ne permet plus, dans la plupart des situations, à des personnes de sortir de la précarité mais de vivre au mieux des situations de précarité [...] non parce qu'il ne le veut pas, mais parce qu'il ne le peut plus [...]. » « Aujourd'hui, on n'est pas censés encourager les gens à travailler en noir mais, souvent, c'est la seule issue qui est trouvée pour continuer à survivre. » »(pp. 30 et 35, Fdss)

17 . Willaert A. et Moriau J., op. cit., p.24

18 . https://cbcs.be/wp-content/uploads/2023/04/20230400_Rapport_ADC.pdf

Dans le rapport sectoriel du secteur des drogues et addictions

« La complexification des problématiques, provoquée par l'impact de la crise sanitaire sur les usager·ère·s, a quant à elle eu tendance à induire une augmentation de la durée des contacts/consultations, mais certains services ont pris l'option de ne pas modifier la durée des consultations de manière à pouvoir allouer du temps à un maximum de bénéficiaires. Les services sont actuellement amenés à devoir établir un compromis inconfortable entre la volonté de vouloir absorber le plus de demandes d'aide possible, sans toutefois devoir sacrifier la qualité et le temps accordé à chaque prise en charge individuelle, et ce alors que ces services présentaient déjà un haut niveau de saturation avant la crise sanitaire. » (p. 29)

Dans le rapport sectoriel du secteur des services de santé mentale

« Un fait notable qui n'est pas propre au champ de la santé mentale est le turn-over de plus en plus important qui touche les équipes, et la difficulté croissante à trouver des personnes pour certains postes. Les besoins grandissent, les équipes devraient s'élargir mais la difficulté inhérente au travail psycho-médicosocial dans un contexte général de dégradation sert de repoussoir et place les services dans un cercle vicieux qu'on pourrait résumer ainsi : plus la pression des besoins s'accroît, moins il y a de forces vives. » (p.23)

« Nous identifions ainsi clairement que les SSM sont confrontés à la nécessité d'engager du personnel et qu'ils ne parviennent très probablement pas à maintenir l'ensemble des postes de travail actifs. Cela fait écho à des observations qualitatives partagées avec d'autres secteurs du social-santé qui soulignent à la fois la pénurie de main d'œuvre (en particulier pour les fonctions médicale, sociale mais aussi pour les psychologues actifs auprès du public enfants), et des transformations dans le rapport au travail des professionnel·les : attente d'une meilleure articulation entre vie privée et vie professionnelle qui peut passer par une réduction du temps de travail, interrogations quant au sens du travail, etc. Ces observations nous invitent à être plus attentif·ves à l'avenir à cette dimension de l'activité des SSM. » (p.34)

3.5.L'inadéquation¹⁹ de politiques publiques : cette sensation de « déjà-vu » qui s'installe.

« A la lecture des différents rapports sectoriels, il s'impose comme une impression de « déjà-vu ». La plupart des constats mis en exergue par les secteurs social/santé était déjà présent dans le rapport intersectoriel de 2013... »²⁰

Cette phrase introduit une des sections du rapport intersectoriel de 2018, malheureusement cette sensation de « déjà-vu » perdure après cinq ans. La majorité des constats réalisés dans nos rapports intersectoriels 2013 et 2018 restent d'actualité, voire ils s'empirent :

- La paupérisation sans cesse croissante des populations les plus précaires qui, comme nous le soulignons déjà en 2018, est le résultat de décennies de politique néo-libérale²¹. La liste de « sans » (« sans-abris », « sans papiers », « sans emploi », « sans moyens pour des nécessités vitales ») se rallonge dans les deux sens en fonction des champs de compétences de différents secteurs. Elle intègre, d'un côté, des populations de plus en plus jeunes (nous faisons notamment référence aux MENA ou aux jeunes qui peinent à rentrer dans le marché du travail sans qu'une transition soit prévue après leur 18 ans). De l'autre côté, le vieillissement de la population fait augmenter le nombre de personnes isolées dont la pension ne suit pas les coûts de la vie d'aujourd'hui. Mais, les personnes âgées ne sont pas les seules à ne plus pouvoir se payer des biens de première nécessité. De nouveaux pauvres

19 . Il est important de signaler qu'en utilisant le terme « d'inadéquation » de politiques publiques nous ne souhaitons pas dire que les politiques choisies ne sont pas adéquates. Souvent ce qui n'est pas adéquat est leur financement et les moyens mis à disposition pour les réaliser.

20 . Willaert A. et Moriau J., op. cit., p.21

21 . Willaert A. et Moriau J., op. cit., pp.5-6

apparaissent dans la longue liste des personnes marginalisées par ce système qui renforce les processus d'exclusion en œuvre depuis l'avènement de l'État social actif. Dans la littérature sont nommés « les travailleurs pauvres »²², ces personnes qui, tout en travaillant, ne parviennent pas à avoir une vie digne à cause des coûts de la vie qui ne cessent d'augmenter. Par ailleurs, pour ces personnes, travailler devient un choix qui les exclut des aides auxquelles ils auraient droit sans travail.

- La liste des populations précaires n'est pas la seule à s'allonger en quantité et diversité. Il existe d'autres listes qui n'arrêtent pas de croître, à savoir les listes des personnes en attente d'être prises en charge dans les différents services social-santé. Des longues files d'attente virtuelles ou réelles, visualisées par des chiffres qui fabriquent du découragement et de la frustration, à la fois pour les bénéficiaires et pour les travailleurs. Des techniques de sélection s'imposent, des pratiques qui varient selon que l'on tombe ou pas sur les bons interlocuteurs (cela vaut, dans ce cas aussi, pour les deux : bénéficiaires ou travailleurs sociaux). Lorsque l'enjeu d'être reçu est vital, l'attente se transforme en tension qui parfois éclate en violence²³ vis-à-vis de

22 . Lire à ce titre Julien Damon, L'exclusion, Presses Universitaires de France, Paris, 2008, pp.104-112

23 . Nous relatons ici un passage de l'audition parlementaire de l'IFA du 31 janvier 2023 car il explicite bien les raisons à l'origine des épisodes de violence qui éclatent dans les services social-santé vis-à-vis du personnel : « D'où proviennent ces violences, contre soi ou contre les autres, qui s'expriment dans les services social-santé bruxellois ; ces violences qui participent à compliquer le quotidien des travailleurs psycho-sociaux, qui en traumatisent certains et qui en découragent beaucoup ? Ces lieux semblent être devenus les derniers où les patients trouvent une personne à qui s'adresser, un visage qui leur fait face, qui est à l'écoute et qui répond, directement, sans écran interposé, sans formulaire à remplir et envoyer dans l'espace numérique, comme une bouteille à la mer. C'est donc également là que certains peuvent laisser éclater toutes les frustrations accumulées, les incompréhensions, la rage et le désespoir. » (p.4 Audition parlement IFA 31 janvier 2023) <https://cbcs.be/lifa-interpelle-le-parlement-francophone-bruxellois/>



son interlocuteur (dans ce cas le travailleur social) qui, en réalité, dénonce depuis longtemps la bien connue « saturation de services ». Mais oui, encore elle, cette saturation qui ne cesse d'empirer. Malgré de timides essais pour y répondre grâce aux dégagements de moyens de la part des pouvoirs publics dans certains secteurs, les populations précaires, comme nous venons de l'écrire, ne cessent d'augmenter. Les demandes se complexifient et augmentent nettement plus que l'offre de services. Les mesures prises ressemblent à un sparadrap qui essaie de soigner une blessure ouverte et infectée depuis longtemps. Par ailleurs, le virage ambulatoire voulu par le niveau de pouvoir fédéral (en diminuant les jours de séjour dans les hôpitaux) n'est pas sans conséquence sur le niveau régional et la saturation des services, notamment en aide et soins à domicile.

- Des problèmes d'accès aux droits qui aggravent la situation des populations les plus précarisées. À la saturation des services et l'augmentation des personnes qui ont besoin d'aides et soins s'ajoutent tous les freins administratifs (lire à ce titre le chapitre sur la complexité administrative, plus haut dans ce rapport), la complexité et la digitalisation des procédures (lire à ce titre le chapitre sur la digitalisation des services), la multiplication des critères d'accès aux droits et pour finir des mesures qui s'apparentent plus à du contrôle qu'à de l'aide, idéologie de l'Etat social actif.
- La pandémie de la Covid19, entre autres, nous a confirmé à quel point la prévention est importante dans des problématiques social-santé. Toutefois, à l'heure actuelle, la majorité de rapports sectoriels pointent les manques de temps et de moyens alloués à la prévention et aux formations tout en reconnaissant leur importance.

Nous souhaitons également mettre en évidence une tendance

qui ne touche pas l'entièreté des secteurs, mais qui nous semble préoccupante. Certains secteurs déplorent une concurrence qui prend la forme d'une dérive commerciale de soins. Puisque la demande dépasse clairement l'offre, les patients se tournent, parfois sans en être au courant, vers des services privés non reconnus dont les objectifs et la déontologie diffèrent des services publics et de l'associatif subventionnés.

Comme relaté lors de l'audition parlementaire de l'IFA en janvier 2023, « les secteurs craignent une désagrégation de la première ligne d'aide et de soins que les seuls budgets actuels débloqués et la réforme en cours – à savoir, le Plan social-santé intégré – ne pourront endiguer. (...) La mise en œuvre du PSSI pourrait être une partie de la solution mais ses effets potentiellement bénéfiques ne se feront pas sentir avant plusieurs années. Par ailleurs, comment demander à une direction d'un service de première ligne de faire de la réforme social-santé une priorité alors que, le matin, elle se demande si son service pourra tenir les permanences de la journée? » (p.3)²⁴

Enfin, ce qui est important, avant tout, pour les différents secteurs, c'est renforcer l'existant. Il faut d'abord agir sur la saturation des services, avant de leur demander de mettre de l'énergie et de la force de travail dans l'implémentation du PSSI.

24 . <https://cbcs.be/lifa-interpelle-le-parlement-francophone-bruxellois/>

Épinglé à propos de l'inadéquation des politiques publiques en matière social-santé

Dans le rapport sectoriel du secteur des centres de planning familial

« Si, comme depuis des années, une partie de cette population précarisée est composée de personnes sans papiers, sans revenus, sans emploi, surendettées, aujourd'hui, la précarité remonte de plus en plus la pyramide socio-économique de la population. Des personnes disposant d'un revenu ne sont plus en capacité de payer le prix complet d'une consultation, ou espacent celles-ci par souci d'économie. Les travailleur-euses sociaux constatent des difficultés à entreprendre des démarches basiques chez des personnes a priori armées pour les réaliser de manière autonome et sans aide particulière. Face à des législations explicitement ou implicitement antisociales et de plus en plus complexes (changement constant d'interlocuteur, renvoi permanent d'un service vers un autre, délais de traitement extrêmement longs dans des situations d'urgence, désinformation et mésinformation), le seuil d'accès aux droits sociaux s'élève de plus en plus. » (p.45)

« Les centres rapportent recevoir de plus en plus de demandes pour des interventions EVRAS dans des milieux de vie non scolaires, tels que les services résidentiels, les AMO, les milieux fermés, les services d'aides à la jeunesse, les services psychiatriques, etc. Mais il est difficile d'y répondre, faute de moyens car la prévention en milieu non scolaire est moins soutenue et moins bien financée que l'EVRAS scolaire.

(...)

Enfin, les centres font le constat sur le terrain de l'impact de ces animations EVRAS sur les jeunes. En effet, plusieurs observent depuis longtemps une augmentation des demandes des jeunes concernés dans les jours ou semaines qui suivent une action de prévention, que ce soit une animation en milieu scolaire ou un autre type d'action dans un autre milieu de vie. Si cet effet est évidemment tout à fait souhaitable sur le plan de la prévention, il faut aussi souligner que cela crée un appel d'air à l'accueil des centres de planning qui, vu leur niveau de saturation, ne peuvent que rarement répondre tout de suite à la demande de prise en charge individuelle du-de la jeune. Ainsi, en favorisant la généralisation de l'EVRAS en milieu scolaire, on crée une demande à laquelle on ne peut en réalité pas toujours répondre. C'est évidemment problématique, et cela rappelle la nécessité d'investir urgemment dans l'extension de cadres des services de première ligne. » (pp. 19-20 et 51)

Dans le rapport sectoriel du secteur de médiations des dettes

« Les constats sont singulièrement identiques à ceux du rapport sectoriel précédent :

- L'insuffisance des revenus qui ne permet pas de faire face aux charges, l'augmentation des charges incompressibles (loyer, énergie, eau), difficile de dégager du disponible, charges trop enlevées par rapport aux revenus ;

- Les personnes au chômage et à la mutuelle ou même certaines personnes qui travaillent ont parfois moins que les personnes aidées par les Cpas actuellement. Le différentiel ne motive pas les personnes à aller travailler. Quand on va travailler on perd tous ses avantages. Les personnes qui ont à peine 100 euros de plus que le RIS n'ont pas droit à l'aide du Cpas ; (...) » (pp. 7-8)

« Il est particulièrement difficile pour les petits secteurs comme celui de la médiation de dettes de se faire entendre, de faire connaître leurs (bonnes) pratiques, leurs besoins et les besoins de ses usagers.

La surcharge de travail et la saturation des services est encore présente (malgré les renforts financiers). C'est un frein majeur à la participation active des services de médiation de dettes (approche « bottom up ») aux réunions et dans les organes de concertation et/ou de gouvernance qui seront mis en place dans le cadre du PSSI. » (p. 23)

« Franck Vandebrouck est fort apprécié dans le secteur pour les mesures qu'il prend en matière de défense de la première ligne de soins. Il n'en reste pas moins le grand défenseur de l'État social actif en matière de remise à l'emploi des allocataires sociaux. Différentes mesures visant l'augmentation de la responsabilisation des individus quant à leur retour en emploi au cours de leur absence de longue durée annoncent un pas de plus dans le paradigme de l'individualisation des rapports humains dans notre société. Les maisons médicales voient concrètement les effets psychiques de ce phénomène sur leurs bénéficiaires. Effectivement, bon nombre de sociologues démontrent que la responsabilisation individuelle peut avoir des effets nocifs sur le bien-être si elle prend la tournure du contrôle social. Notre Fédération défend plutôt des principes de coopération, d'éducation permanente et de responsabilisation sociétale pour agir sur les facteurs de la souffrance au travail plutôt que le contrôle de ceux qui souffrent. » (p. 48)

Dans le rapport sectoriel du secteur de maisons médicales

Dans le rapport sectoriel du secteur des services de santé mentale

« La saturation du secteur est et reste importante: les SSM ne parviennent pas à accorder un nouveau suivi à toutes les nouvelles demandes qu'ils jugent recevables au vu de leur mission. En 2022-2023, 25% des nouvelles demandes donnent lieu à un nouveau suivi (effectif ou proposé), et pas moins de 38% des nouvelles demandes sont réorientées par les services en raison du manque de disponibilité (...) le champ de l'action sociale et de la santé craque de plus en plus. Le turn-over est de plus en plus important et les services sont pris dans deux mouvements qui peuvent sembler contradictoires mais qui en fait se nourrissent mutuellement: d'une part, ils ont besoin de beaucoup plus de moyens humains pour répondre aux besoins qui se multiplient, se complexifient, exigent de plus en plus d'intervenants, de temps et de prestations pour se résorber, d'autre part, ils peinent à remplacer les départs sur le cadre existant, ce qui accroît la surcharge des équipes qui restent, et renforce une image de plus en plus déplorable de l'engagement dans le social.

(...)

Pour le public, cela se traduit avant tout par de l'attente, par des portes fermées, par la débrouille pour trouver une voie d'entrée même la plus inattendue, par le fait de répéter encore et encore son histoire pour convaincre un-e travailleur-se de lui faire une place malgré tout, par le fait d'attendre, encore et toujours, par un sentiment de ne pas compter, d'être en concurrence avec les autres, par une exaspération qui peut se traduire en des passages à l'acte eux-mêmes sources d'exclusions.

Cette situation n'est plus tenable. » (pp. 27 et 54-55)



4. Recommandations

Le tableau dépeint ici est préoccupant. Non seulement le nombre des personnes précaires ne fait qu'augmenter depuis 20 ans, mais la capacité d'action des services s'amenuise également. Ils se transforment, comme nous le mettons déjà en évidence en 2018, en « un simple gestionnaire des populations marginalisées²⁵ ».

Il est grand temps de s'arrêter, bien que cela puisse sembler contre-intuitif dans un monde qui accélère et qui passe d'urgence en urgence. Prendre le temps d'écouter les demandes des différents secteurs pour réfléchir à des solutions viables sur le long terme.

Les recommandations ci-dessous offrent quelques pistes de réponse. Elles s'adressent aux autorités concernées.

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

4.1. Les politiques publiques doivent mettre un frein à la paupérisation sans fin de la population et lui garantir une place dans la prise de décision qui la concerne au niveau individuel et collectif.

Nous l'avons montré tout au long de notre rapport intersectoriel actuel, mais aussi dans nos anciens rapports²⁶ : dans une société où les lois du marché priment sur tout, la prise en charge collective des personnes est de plus en plus vidée de sens et de moyens.

Pour essayer de ralentir et/ou réduire l'appauvrissement de la population nous proposons quelques pistes de réponses :

- **Automatiser** les conditions d'accès aux droits avec une attention particulière à la fracture numérique et à la lutte contre le non recours, et en simplifier les procédures d'obtention ;
- **Mettre fin au statut de cohabitant ;**
- **Mettre en place des mesures d'impact des politiques publiques** avant leur mise en œuvre et des mesures d'évaluation afin de prendre en compte leurs effets sur la situation des personnes les plus précaires (poverty screening) ;
- **Impliquer la personne** et/ou veiller à sa représentation à tous les niveaux décisionnels) ;
- **Simplifier les circuits de décision**, les dispositifs, les pro-

cédures administratives, dans une logique de confiance, de facilitation et de coopération ;

- **Plafonner le prix de l'énergie et le prix des loyers** et les faire respecter ;
- **Étendre les avantages sociaux/tarifs sociaux** à plus de personnes (notamment aux personnes ayant le statut BIM), avec une attention aux revenus de remplacement ou au salaire minimum, afin de lutter contre les pièges à l'emploi ;
- **Généraliser l'octroi de plans de paiement** de manière souple et automatique (notamment pour Bruxelles Fiscalité, Parking Brussel, Vivaqua, fournisseurs d'énergie, secal, SPF Finances) qui permettent aux usagers de vivre dignement tout en remboursant leurs dettes ;
- **Créer des ponts entre les différentes politiques** publiques pour que les actions de lutte contre la pauvreté soient efficaces, comme, entre autres, celles qui concernent le logement, la migration et l'emploi.

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

Ce titre est repris tel quel de notre précédent rapport intersectoriel, car malheureusement il est encore de grande actualité. A la lecture des rapports sectoriels et de l'audition parlementaire de l'IFA, nous avons l'obligation d'amplifier ce cri d'alarme lancé et répété par les différents secteurs.

Les recommandations ci-dessous offrent quelques pistes de réponse :

AU NIVEAU DES FINANCEMENTS

Concernant les subventions structurelles :

- **Refinancer structurellement les services sociaux et de santé à hauteur de leurs missions**, des demandes qui leur sont adressées et des besoins de la population ;
- **Financer de nouveaux services sociaux et de santé jugés nécessaire** pour avoir une offre de base sur un territoire donné ;
- **Intégrer dans le financement organique pérenne les multiples financements complémentaires actuellement nécessaires** à la réalisation des missions ;
- Soutenir les pratiques professionnelles qui construisent l'action sociale et de santé globale **sur un temps long**, notamment l'action communautaire ;
- Soutenir l'agilité et l'évolution des pratiques aux besoins et libérer la capacité d'initiative dans le cadre du **financement**

structurel et non dans le cadre d'appels à projets « innovants » et de financements ponctuels ;

- **S'appuyer sur et renforcer l'existant**. On confond la cause et la conséquence : on pense que ce qui ne fonctionne pas, c'est l'existant et donc que l'existant est la cause des problèmes. Or si l'existant ne fonctionne plus aujourd'hui, c'est une conséquence des financements structurellement insuffisants. Il y a bien des pratiques à faire évoluer, notamment en ce qui concerne le travail intersectoriel et la territorialisation, mais le problème de base est qu'il n'y a pas assez de gens sur le terrain ;
- **Supprimer les financements à l'acte dans tous les secteurs social-santé pour tous les niveaux de pouvoir** afin d'augmenter tant la transversalité que la pérennité des services.

Lutter contre la saturation des services demande un refinancement structurel de ceux-ci et une meilleure reconnaissance des fonctions administrative, d'accueil et de coordination.

Les secteurs demandent de :

- **Reconnaître et financer la fonction de coordination** comme une fonction à part entière, pouvant nécessiter l'acquisition / le renforcement de compétences spécifiques, et qu'elle soit financée dans tous les secteurs à hauteur du barème 1/80, afin de pouvoir engager des personnes au profil adapté à la fonction, avec un minimum d'un mi-temps dévolu spécifiquement à la fonction, afin de ne plus empiéter sur le temps dévolu aux missions de base du service. Ce temps de travail doit être élargi au prorata de la taille de l'équipe ;
- **Reconnaître et financer la fonction administrative** (se-

26 . Par ailleurs n'hésitez à (re)lire l'annexe de notre rapport intersectoriel 2018 pour plus de détails sur comment réduire l'appauvrissement de la population (https://cbcs.be/wp-content/uploads/2018/08/rapport_intersectoriel20132018_pdf_interactif4.pdf (pp.28-33))

crétariat de direction). Il convient d'adapter ce financement également à la taille des équipes car la quantité de travail administratif dépend en grande partie du nombre de travailleurs;

- **Reconnaître et financer la fonction d'accueil.** Les services de l'ambulatoire social santé sont accessibles de façon élargie, l'octroi de minimum 1 ETP pour assurer un accueil de qualité serait donc adéquat. Ce temps de travail doit pouvoir intégrer le temps nécessaire à l'articulation avec le reste de l'équipe et l'environnement extérieur. Une formation adaptée et continue paraît indispensable pour assurer cette fonction;
- **Reconnaître et financer la fonction de pair-aidance ;**
- **Reconnaître et financer toutes les fonctions de support** (ouvriers, IT, logisticiens ...).

Concernant les subventions facultatives:

- Les **indexer**;
- **Augmenter la période à 5 ans**, afin de réduire la précarité de l'emploi, de réduire la charge administrative et de permettre à l'initiative de se déployer dans le temps;
- **Payer** la subvention par tranche annuelle, **au plus tard le 31 mars**;
- **Faire basculer en enveloppes structurelles** les projets payés depuis des années en facultatives.

AU NIVEAU DE LA CHARGE ADMINISTRATIVE

- **Simplifier la gestion de plusieurs agréments** ambulatoires (un seul rapport financier et d'activités pour l'ensemble du service multi-agréé);
- **Simplifier les formulaires de demandes de subventions et les rapports à remettre.** La digitalisation peut être un véritable allié si elle permet d'éviter les doubles encodages, d'enregistrer et de conserver d'année en année les informations qui ne varient pas forcément, par exemple les données administratives de l'association, qui ne devraient donc plus être réencodées à chaque fois mais seulement mises à jour. Avec Irisbox, on est loin du compte;
- **Simplifier le dossier de justification financière**, qui semble aujourd'hui basé sur un a priori de méfiance envers les services;
- **Modifier l'annexe de l'Arrêté mettant en œuvre le rapport harmonisé.** Il faut le modifier en partant de la réalité de terrain.

AU NIVEAU DES CONDITIONS DE TRAVAIL

Concernant la difficulté d'engagement, l'absentéisme, le burn-out et renoncement constatés :

- **Améliorer l'attractivité de l'emploi** et le bien-être au travail;
- **Visibiliser le secteur**, y valoriser les fonctions et parcours professionnels, faciliter le recrutement;
- **Revaloriser les salaires**, à hauteur de l'utilité sociale des fonctions;

- **Pérenniser les emplois** en diminuant les subventions facultatives court-termistes au profit d'un financement structurel;
- **Harmoniser les cadres d'emploi par le haut** pour prévenir la mise en concurrence au sein des secteurs;
- **Lutter contre la pénibilité et améliorer la qualité de vie des professionnels** en développant des mesures spécifiques et des outils de prévention de l'ensemble des risques psycho-sociaux et physiques.

AU NIVEAU DU RÔLE DES FÉDÉRATIONS

- Reconnaître les missions des fédérations en tant que:
 - Appui à la transversalité, notamment dans la mise en œuvre du PSSI
 - Soutien au recueil et à l'analyse des données
- **Harmoniser les financements des fédérations** à la hauteur de l'ampleur de leurs missions;
- **Donner les moyens au CBCS de renforcer l'IFA** dans son rôle de coordination intersectorielle ainsi que son rôle de facilitateur d'échanges, en réponse à la complexité administrative croissante.

4.3. Tenir compte des effets secondaires liés à la digitalisation des services

Il s'agit de **garantir** légalement, sans surcoût, **les différentes modalités d'accès aux services publics et privés** et, de manière plus large, à l'ensemble des services d'intérêt général **pour qu'aucune démarche ne soit exclusivement numérique**. Pour réaliser cela il est nécessaire de:

- Maintenir le **contact humain** tant dans les administrations publiques que privées;
- **Garantir à l'utilisateur le choix** dans les modalités de communication et de facturation tant avec les organismes publics que privés. L'utilisateur doit pouvoir choisir, selon ses compétences, de recevoir des documents par la poste, de pouvoir rencontrer un agent à un guichet, de pouvoir remplir un formulaire papier, de s'enregistrer par téléphone, ou finalement de passer par internet. Le choix d'accepter une communication numérique doit également pouvoir être réversible;
- **Prévoir des exigences de qualité minimales** (nombre de répondants, temps et délai de réponses, horaires d'ouvertures, diversité des langues) **pour garantir l'accessibilité physique et téléphonique réelle** des services essentiels (mutuelles, énergie, santé, télécommunications, banques, syndicats, CPAS, etc.);
- **Inviter l'utilisateur à participer** au design de la conception des modalités de communication à l'évaluation de ces outils.

Lorsque le digital est choisi :

- Il est aussi important de **faciliter la mise à disposition d'outils numériques**, l'accès à internet et le **soutien à l'acquisition des compétences digitales (usage des outils)** pour les publics les plus précaires (en manque de revenus, personnes âgées ou isolées, ménages monoparentaux, sans emploi, sans diplôme). Au final, un dispositif adapté et inclusif qui conviendra aux groupes les plus vulnérables de notre société conviendra à l'ensemble de la société ;

- Il faut également fournir des efforts supplémentaires pour **renforcer les savoir-faire** - les connaissances et les compétences - des publics concernant l'utilisation de l'administration en ligne. Cela passe notamment par la fourniture d'un soutien et de conseils, en particulier pour les personnes vulnérables.

Nous recommandons de créer un espace de réflexion sur les démarches en matière de numérisation. Quel est le rôle des intervenants dans ces démarches ? Qu'est-ce qu'ils peuvent ou ne peuvent pas faire ? Qui est responsable ? Qu'en est-il du respect de la vie privée et de l'autonomisation de l'utilisateur ?



5. Pour ne pas conclure²⁷

Comment terminer ce rapport ? Comment le terminer alors qu'on sait que la majorité des constats et recommandations une nouvelle fois énumérés ici datent de 15 ans ou plus. C'est comme si les secteurs du social et de la santé étaient montés au sommet d'une montagne en criant leurs besoins, et ce qu'on entend maintenant c'est son écho. Toutefois, tandis que l'écho d'habitude s'affaiblit jusqu'à disparaître, notre espoir est d'entendre cet écho s'agrandir, retentir, rejoindre tout endroit propice à sa réalisation : une société où le bien-être collectif n'est pas juste un slogan pour gagner les prochaines élections, mais un véritable enjeu que toutes les parties s'engagent à réaliser, où la sécurité sociale n'est pas privée de sens ni de moyens, où les services social-santé sont mis dans de bonnes conditions pour pouvoir mener leurs actions

La constante aggravation des inégalités sociales et de santé accroît sans cesse le nombre de personnes qui fait appel aux services sociaux et de santé, notamment en raison d'un report des soins. Pour autant, les moyens à leur disposition pour y faire face, s'ils ne diminuent pas partout, n'augmentent pas pour autant de manière proportionnelle. L'une des principales conséquences est la sursaturation des services, une file d'attente qui met à mal leur accessibilité ce qui accroît encore les inégalités sociales et de santé. Les crises successives de ces dernières années (COVID-19, guerre en Ukraine, inflation) ont encore très sérieusement alourdi la barque. Si rien n'est fait, les services ne pourront plus répondre aux demandes alors même qu'elles sont en forte augmentation.

27 . Ceci est une adaptation libre de l'avis d'initiative commun de BRUPARTNERS et des Conseils consultatifs de l'Aide aux personnes et de la Santé de la COCOF et de la COCOM sur les secteurs non-marchands social-santé à Bruxelles <https://cbcs.be/wp-content/uploads/2023/12/A-2023-072-BRUPARTNERS-FR.pdf>

Bien heureusement, à la suite de la lecture de ce rapport, l'ensemble des décideurs politiques, toutes compétences et niveaux de pouvoir confondus, vont permettre la prise de mesures de soutien conséquentes pour les secteurs de l'aide aux personnes, de la santé et de la famille, et, grâce à cela, ils seront à nouveau en mesure de rencontrer les besoins de la population.

L'augmentation des salaires consécutive aux dépassements successifs de l'indice pivot en 2021 et 2022, ainsi que la flambée du prix de l'énergie et des frais de fonctionnement, ont montré la précarité des modes actuels de financement, avec d'importantes conséquences sur la gestion de toutes les associations, mettant beaucoup d'entre elles en danger, à court et moyen termes.

Bien heureusement, à la suite de la lecture de ce rapport, l'indexation de l'ensemble des modes de financement sera automatique. De plus, les moyens financiers engagés seront liquidés en avance, le plus tôt possible, pour permettre aux associations de mener et poursuivre leurs activités.

L'absence de valorisation des métiers des secteurs non-marchands, la pénibilité du travail, les disparités salariales entre les régions et la précarité de l'emploi liée à des services financés par des appels à projets et des subsides facultatifs, ne favorisent pas l'attrait pour ces métiers. Pire encore, ces facteurs fragilisent l'emploi dans notre Région, créent un environnement de travail instable pour les travailleuses et travailleurs et renforcent les difficultés de recrutement et de rétention du personnel et des stagiaires au sein des ASBL, ce qui menace la continuité nécessaire de l'offre de services à la population.

Bien heureusement, à la suite de la lecture de ce rapport, les

décideurs politiques vont agir de manière forte et déterminée pour rendre les emplois non marchands plus attractifs. Cette politique ambitieuse d'amélioration de l'attractivité sera mise en œuvre par un Plan d'attractivité global, soutenu par tous les niveaux de pouvoir, et intégrera notamment un volet «formation» développé avec le soutien des partenaires sociaux, actrices et acteurs de la concertation sociale.

On ne pourra cependant répondre à l'urgence sociale actuelle sans investir de manière décisive sur ce qui détermine les besoins d'aides et de soins de la population. Ainsi, si les autorités publiques agissent pour améliorer les conditions dans lesquelles les personnes vivent et les facteurs structurels qui influencent la santé, les besoins d'aides et de soin et la pression sur les services sociaux et de santé diminueront de facto.

Voilà pourquoi, pour donner suite à la lecture du présent rapport, il sera développé une approche de social-santé dans toutes les politiques, en responsabilisant chaque secteur de l'action publique. Car les mandataires politiques que nous avons élus, qui parlent et agissent en notre nom, ont bien compris qu'agir sur des déterminants comme les revenus, le logement, les conditions de travail, l'accès à des environnements sains, l'éducation, est primordial dans le contexte actuel de crises à répétition.

Nous rêvons, car nous sommes convaincus que la concrétisation de ce rêve contribuera pleinement à l'éradication des inégalités sociales et des inégalités de santé qui en découlent.

