

Services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé

Démarche d'Evaluation Qualitative Transversale - DEQ-T

Tensions entre l'accessibilité des services et la pénibilité du travail



Miguel Alcala, Sisyphus montant, DR

Rapport conclusif, juin 2013

Bernard DE BACKER



Bruxelles-Capitale

COMMISSION COMMUNAUTAIRE FRANÇAISE

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

Remerciements

Ce rapport final rassemble les principaux enseignements des deux phases de la Démarche d'Évaluation Qualitative Transversale (en abrégé : DEQ-T). Il s'agit donc du rapport conclusif de l'ensemble du projet de la DEQ-T 2010-2013, faisant suite au rapport exploratoire publié en décembre 2011. L'auteur remercie toutes les personnes qui se sont investies dans cette démarche, que ce soit par le biais du comité d'accompagnement, des groupes de discussion sectoriels de la phase exploratoire, des réponses données à l'enquête par questionnaire et de la participation à la réunion conclusive, validant les résultats de l'étude. Il remercie le comité d'accompagnement et les membres du CRAMIC, Dominique WAUTIER de l'ABBET pour son appui constant et sa relecture, ainsi qu'Alain WILLAERT et Stéphanie DEVLÉSAVER du CBCS pour leur collaboration durant les différentes phases de la DEQ-T.

Ce texte est bien entendu de la seule responsabilité de son auteur, qui en assume toutes les imperfections et manquements.

Statut des sources

Le lecteur trouvera une série d'énoncés dans ce rapport, extraits des groupes de discussion sous forme de citation ou de synthèse. Si ces témoignages sont souvent convergents sur des aspects essentiels, relatifs aux deux thèmes de la DEQ-T et de leurs liens, ils peuvent diverger en fonction des situations ou des opinions, voire comporter des affirmations qui ne correspondent pas totalement à la réalité. Le chercheur n'avait pas pour mission de vérifier le bien-fondé de chacune des assertions, mais bien de répercuter la « parole du terrain » qui constitue une réalité en tant que telle. C'est le statut qu'il convient de conférer à ces témoignages.

Les données quantitatives, quant à elles, sont constituées des réponses fournies par un échantillon stratifié de 222 travailleurs et coordinations-directions à un questionnaire auto-administré, centré sur les tensions entre accessibilité des services et pénibilité du travail. Ceci selon les méthodes et techniques qui sont explicitées dans le corps de ce rapport. L'encodage des données a été effectué par l'Entreprise de Travail Adapté MANUFAST.

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| Avant-propos des initiateurs et commanditaires de la DEQ-T (CRAMIC) | 4 |
| Introduction : rétroactes, présentation du projet et démarches, DEQ et DEQT | 5 |
| 1. Cartographie du champ et des secteurs | 7 |
| 1.1. Composantes du champ, fonctions et travailleurs | 7 |
| 2. Principaux enseignements qualitatifs de la phase exploratoire | 12 |
| 2.1. Facteurs d'accessibilité des services | 12 |
| 2.1.1. Facteurs transversaux | 13 |
| 2.1.2. Facteurs spécifiques | 14 |
| 2.2. Facteurs de pénibilité du travail | 15 |
| 2.2.1. Facteurs transversaux | 16 |
| 2.2.2. Facteurs spécifiques | 17 |
| 2.3. Tensions et liens transversaux entre accessibilité et pénibilité | 18 |
| 2.4. Quel impact de l'accessibilité sur la pénibilité et inversement ? | 20 |
| 3. Principaux enseignements quantitatifs de l'enquête par questionnaire | 22 |
| 3.1. Méthodologie et calendrier | 22 |
| 3.2. Profils des répondants | 24 |
| 3.3. Résultats transversaux | 26 |
| 3.3.1. Visibilité du service | 26 |
| 3.3.2. Accueil et/ou contact avec usagers | 27 |
| 3.3.3. Admission aux prestations du service | 28 |
| 3.3.4. Processus d'aide et/ou de soins | 29 |
| 3.3.5. Sortie du processus | 29 |
| 3.3.6. Classement par ordre décroissant des sources de pénibilité en lien avec l'accessibilité | 30 |
| 3.3.7. Les cinq sources de pénibilité liées à l'accessibilité ayant le plus augmenté | 33 |
| 3.3.8. Tensions pour le travail de la direction/coordination | 34 |
| 3.3.9. Evolution globale de la pénibilité | 35 |
| 4. Croisement des données qualitatives et quantitatives | 37 |
| 4.1. Convergences et divergences concernant les tensions vécues | 37 |
| 4.2. Les évolutions à l'œuvre | 39 |
| 4.3. Variations sectorielles | 39 |
| 5. Le contexte de la région de Bruxelles-Capitale | 41 |
| 5.1. Un territoire exigü, composite et cloisonné | 41 |
| 5.2. Des institutions fragmentées | 42 |
| 5.3. Une population de plus en plus hétérogène | 43 |
| 5.4. L'Iris et le croissant pauvre | 43 |
| 5.5. Boom démographique et bombe sociale ? | 45 |
| 5.6. Impact sur les services ambulatoires et d'aide à domicile | 50 |
| 6. Brève synthèse de l'étude : Le foyer et le pourtour | 53 |
| 7. Annexes | 58 |
| 7.1. Rencontres sectorielles (modalités, dates et participants) | 58 |
| 7.2. Synthèses des rencontres sectorielles (extraites du rapport exploratoire) | 59 |
| 7.3. Questionnaire de l'enquête quantitative | 90 |
| 7.4. Données complémentaires concernant l'emploi | 98 |
| 7.5. Sources consultées | 99 |

Avant-propos des initiateurs et commanditaires de la DEQ-T

Le 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 (dit « décret ambulatoire ») réunit en un seul texte de loi les législations jusqu'alors disparates des différents secteurs de l'action sociale et de la santé ambulatoire (santé mentale, toxicomanie, action sociale globale, planning familial, maison médicale, médiation de dettes, aide aux justiciables, Espaces-Rencontres, coordination de soins et services à domicile, soins palliatifs et continués, aide à domicile ou accueil téléphonique).

Il introduit la « démarche d'évaluation qualitative » dans les secteurs. Cette dernière se décompose en une démarche d'évaluation qualitative (DEQ-L) par service agréé et une démarche transversale d'évaluation qualitative (DEQ-T). Processus d'autoévaluation, la DEQ-L vise l'amélioration du service proposé aux bénéficiaires et à la population dans son ensemble en termes de prévention, d'aide ou de soin, compte tenu des moyens disponibles en effectifs, ressources financières et structures.

Poursuivant le même objectif, l'organisme intersectoriel de coordination CBCS promeut une DEQ-T, transversale aux 12 secteurs du décret. Celle-ci est pilotée au sein du Conseil d'administration du CBCS par les 4 représentants des partenaires sociaux : SETCa, CNE et FASS. La FSB y est également associée. Ces derniers ont mis en place un comité d'accompagnement composé de représentants sectoriels paritairement désignés.

Le présent rapport conclut la DEQ-T 2011-2013, dont l'objet est l'analyse des impacts de l'accessibilité des services sur la pénibilité du travail des équipes, et, en retour, des impacts de cette pénibilité sur l'accessibilité des services. L'étude porte principalement sur les éléments transversaux aux secteurs, même si des spécificités plus sectorielles apparaissent. Elle veille aussi à prendre la mesure des évolutions, telles que perçues par les acteurs de terrain sur ce point depuis une dizaine d'années. Les principaux enseignements de l'étude sont synthétisés dans le dernier chapitre.

Avertissons cependant le lecteur qu'à elle seule, cette synthèse ne permet pas de prendre la pleine mesure du travail réalisé en trois ans. La lecture de l'ensemble du rapport doit être privilégiée.

Il nous semble important que les résultats de cette étude puissent être diffusés dans les secteurs concernés, les lieux d'information, de consultation et de concertation, afin qu'ils soient exploités comme aide à la décision.

Bonne lecture.

Charles Lejeune, président du CBCS

Marie-Christine Meersseman, administratrice de la FASS

Pierre Schoemann, administrateur de la FASS

Yves Dupuis, permanent du SETCa

Emmanuel Bonami, permanent de la CNE

Alain Willaert, coordinateur général du CBCS

Introduction : rétroactes, présentation du projet et de la démarche

Ce rapport consigne les principaux enseignements de la **phase exploratoire** et de la **phase finale** du projet de « démarche d'évaluation qualitative transversale » (DEQ-T en abrégé). Ce projet est porté par Le Conseil Bruxellois de Coordination Sociopolitique asbl (CBCS) et La Cellule Régionale d'Appui Mobilisatrice de l'Inter-secteur CoCoF, association de fait (CRAMIC).

En application de l'article 93 de l'arrêté du Collège de la CoCoF du 4 juin 2009 portant application du 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, le Collège a confié à l'organisme intersectoriel de coordination CBCS un rôle spécifique dans le cadre de la démarche d'évaluation qualitative prévue au Titre IV du Décret et l'a doté d'une subvention annuelle pour ce faire. Les partenaires sociaux bruxellois francophones CNE, SETCa, FSB et FASS ont convenu la création de la cellule paritaire CRAMIC.

Comme le souligne le CBCS, « Par cycle de 3 ans, le CBCS promeut une démarche transversale d'évaluation qualitative d'une ou plusieurs thématiques retenues par le Collège francophone en vertu du Décret. Ces analyses concourent à éclairer les secteurs et l'autorité politique, par exemple, sur les dimensions d'accessibilité de l'offre de services, mise en tension avec la pénibilité du travail. Le postulat est que la démarche transversale d'évaluation qualitative et les démarches locales menées par les services agréés se renforcent mutuellement. (...) les enseignements de la DEQ transversale sont destinés à enrichir les DEQ individuelles. »¹

L'objet de la présente DEQ-T est l'analyse **DES IMPACTS DE L'ACCESSIBILITÉ DES SERVICES SUR LA PÉNIBILITÉ DU TRAVAIL des équipes, et, en retour, des impacts de cette pénibilité sur l'accessibilité des services**. Le dispositif de recherche de la DEQ-T a comporté deux phases principales.

LA PREMIÈRE PHASE, exploratoire (septembre 2010 - décembre 2011), avait pour objet de mieux connaître les secteurs, **de prendre la mesure des modalités des deux thématiques dans chacun des secteurs. Ceci avant de travailler de manière spécifique sur les tensions entre accessibilité des services et pénibilité du travail dans la phase finale**. La méthode utilisée, outre l'examen de la littérature, était celle de « groupes de discussion » sectoriels, réunissant un certain nombre d'acteurs concernés. Ces groupes se sont déroulés pendant une demi-journée, les échanges ont été enregistrés et la retranscription a été envoyée aux participants pour validation.

- **L'accessibilité** concerne principalement la visibilité d'un service et de son offre, le premier accueil (« présentiel » ou à distance), l'admission au processus, le processus lui-même, et l'accès à une sortie du processus. Certains aspects, comme la visibilité et la connaissance des pratiques d'un service, ne concernent pas seulement les usagers, mais aussi les « tiers-envoyeurs ».
- **La pénibilité du travail** a été explicitée comme pouvant signifier au moins deux aspects, associés ou non dans le contexte des services. D'un côté la dimension de souffrance liée à la pratique professionnelle, de l'autre la difficulté « technique » du travail. Un travail peut être facile, mais source de souffrance par son manque de sens, son caractère répétitif et peu gratifiant. Inversement, une pratique professionnelle peut être complexe et requérir la mise en œuvre de nombreuses compétences, d'un engagement fort, voire risqué, tout en ne générant pas de souffrance et en étant, bien au contraire, gratifiant.

¹ Extrait de la newsletter « Brèves du BIS » du 6 septembre 2010 - Décret « ambulatoire » : le CBCS promeut une démarche transversale d'évaluation qualitative.

Des hypothèses sur les tensions principales entre ces variables ont émergés de ce travail et ont été synthétisées dans le rapport exploratoire. Ce dernier contextualise brièvement la problématique de recherche dans le cadre des réalités, des évolutions et des défis de la région de Bruxelles-Capitale.

LA SECONDE PHASE, finale (juin 2012- juin 2013 - après une interruption de 6 mois), avait pour objet de **se centrer sur l'objet central de la DEQ-T, à savoir les impacts de l'accessibilité des services sur la pénibilité** (entendue cette fois comme souffrance au travail) du travail des équipes, **et, en retour, des impacts de cette pénibilité sur l'accessibilité des services**. Elle s'est effectuée principalement par le biais d'une enquête par questionnaire, administrée auprès de 222 intervenants des 12 secteurs concernés. Les questions étaient inspirées des données qui ressortaient du rapport exploratoire.

Ce sont dès lors les données issues de ces deux phases de recherche qui nourrissent et composent ce rapport final. L'auteur a tenu compte d'autres données, notamment relatives à la région de Bruxelles-Capitale, ou issues de *l'Etude préparatoire à l'élaboration de la programmation des services ambulatoires en Région bruxelloise*, à laquelle il a participé de janvier à juin 2012, avec l'ESP-ULB.

Le contenu de ce rapport est structuré de la façon suivante :

La première partie dresse la « carte » du champ ambulatoire et d'aide à domicile agréé par la CoCoF. Ceci concerne les secteurs et les services qui le composent, les missions qui leurs sont dévolues, les travailleurs qui y sont actifs. Mais « *la carte n'est pas le territoire* ». Ce dernier est plus complexe, car les services ne correspondent pas nécessairement à des agréments, et peuvent par ailleurs développer des missions qui excèdent celles définies par le décret, etc. Enfin, les interactions entre les composantes du champ et le réseau bruxellois francophone, bicommunautaire ou néerlandophone forment également un écheveau très intriqué.

La seconde partie synthétise les enseignements issus de la phase exploratoire, essentiellement ceux produits par les groupes de discussion (dont les synthèses sectorielles sont en annexe). Ce sont ces enseignements qui ont servi de base à l'élaboration du questionnaire qui a été mis en œuvre dans la seconde phase. Il était dès lors important des les présenter en premier lieu.

La troisième partie présente les résultats de l'enquête quantitative en précisant d'abord la méthode utilisée et le profil des personnes composant l'échantillon. Les résultats de l'enquête sont d'abord présentés de manière transversale par « bloc thématique ». Ceci concerne les tensions existantes entre accessibilité et pénibilité, ainsi que leur évolution depuis quelques années. Les trente-deux facteurs de pénibilité, liée à l'accessibilité, sont présentés ensuite par ordre décroissant de pénibilité.

La quatrième partie croise les enseignements documentés par ces deux sources de données, pointant les convergences et les divergences les plus frappantes, ainsi que les évolutions en cours.

La cinquième partie décrit le cadre (situation actuelle et évolution) géographique, humain et institutionnel de la région de Bruxelles-Capitale, et ceci pour deux raisons fondamentales. D'abord parce que la problématique traitée n'a de sens que dans le contexte réel où se déploient les secteurs et les intervenants, concernés par cette recherche ; ensuite parce que la dynamique de la région est évidemment fondamentale pour percevoir les enjeux qui se profilent à l'horizon.

La sixième partie est une synthèse résumant les enseignements essentiels de l'étude.

En annexe, le lecteur trouvera notamment des informations sur les groupes de discussion de la phase exploratoire, un compte-rendu synthétique de chacun des groupes (extrait du rapport exploratoire), un exemplaire du questionnaire utilisé, et les références de diverses sources mobilisées dans le cadre de ce travail.

1. Cartographie du champ et des secteurs

Nous nous proposons d'identifier et de préciser succinctement les composantes du champ concerné, afin de dresser les contours institutionnels de notre étude. Nous commencerons par donner quelques informations d'ensemble. Une description plus fine des secteurs concernés sera faite dans le chapitre 5, en même temps que la synthèse de données sectorielles sur le thème de la DEQ-T.

1.1. Composantes du champ, fonctions et travailleurs

Il nous paraît utile de préciser d'abord quelques notions générales, telles que définies dans le texte décretaal du 5 mars 2009 (c'est nous qui soulignons en italique).

Le Conseil consultatif : le Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé créé par le décret du 5 juin 1997.

Le service ambulatoire : *structure agréée en tant que centre, maison ou service* actif dans le domaine de l'Action sociale, de la Famille et de la Santé qui, *par une approche interdisciplinaire et en partenariat avec d'autres acteurs socio-sanitaires*, assure des prestations pour les bénéficiaires dans leur milieu de vie, permettant ainsi d'améliorer leur qualité de vie.

Le service ambulatoire est soit un service de santé mentale, un service actif en matière de toxicomanie, un centre d'action sociale globale, un centre de planning familial, une maison médicale, un service de médiation de dettes, un service d'aide aux justiciables, un service « Espaces-Rencontres », un centre de coordination de soins et services à domicile, un service de soins palliatifs et continués, un service d'aide à domicile, un centre d'accueil téléphonique.

Le bénéficiaire : toute personne, famille, groupe ou public spécifique en faveur de qui est conduite une mission de service public en matière d'action sociale, familiale et de santé.

Le siège d'activité, l'antenne : *lieux où s'exercent ou d'où s'organisent les missions* des services ambulatoires.

Le secteur : ensemble des services ambulatoires *agréés sous la même appellation*.

Le soin : action au bénéfice d'une *personne*, d'un *groupe de personnes* ou de la *population* dans le but de promouvoir, d'améliorer, de protéger, d'évaluer, de maintenir ou de rétablir sa santé.

L'action sociale : action qui vise prioritairement à lutter *contre des situations de précarité et d'exclusion caractérisées par des problèmes multiples et complexes*. Elle met en œuvre un ensemble de moyens par lesquels la société agit sur elle-même pour assurer sa cohésion sociale, par des actions visant à aider les personnes, les familles et les groupes les plus fragiles à mieux vivre, à acquérir ou à préserver leur autonomie et par le soutien des réseaux de solidarité, notamment par l'action communautaire. L'aide aux familles participe de l'action sociale.

L'organisme : l'organisme de coordination ou l'organisme représentatif et de coordination.

Le territoire : entité géographique, *définie par le service ambulatoire*, sur laquelle il exerce principalement ses missions.

Le champ des services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé est donc composé de 12 secteurs, identifiés comme tels dans le décret, appartenant à deux sous-ensembles qui constituent des sections distinctes au sein du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé : la section « ambulatoire » (9 secteurs, 121 agréments) et la section « aide et soins à domicile » (3 secteurs, 18 agréments).

Le tableau qui suit donne une vision globale. Les appellations des secteurs, sections, bénéficiaires et actions sont *extraites des textes légaux*. L'ordre des secteurs (sauf CAT) est celui du décret. Le

Démarche d'Évaluation Qualitative Transversale 2010-2013

nombre des agréments, issu du rapport exploratoire, a été mis à jour fin **2012** (données reprises du cadastre de *l'Étude préparatoire à l'élaboration de la programmation des services ambulatoires en Région bruxelloise*, ESP-ULB, octobre 2012, page 10, source CoCoF).

Tableau 1 : Sections, secteurs, bénéficiaires, actions (source : Décret 5 mars 2009, arrêté 4 juin 2009)

| Secteur | Section | Bénéficiaires | Actions | Agréments |
|--|--------------------------|---|--|-----------------------|
| Services de santé mentale (SSM) | Ambulatoire | individus, population (prévention) | accueil, diagnostic, traitement, suivi, prévention, réseau et concertation | 22 (+ 4 antennes) |
| Services actifs en matière de toxicomanie (SAMT) | Ambulatoire | personnes confrontées à tox ou susceptibles de l'être | accompagnement, soins, prévention (+ réinsertion, liaison, formation) | 15 (+ 5 antennes) |
| Centres d'action sociale globale (CASG) | Ambulatoire | bénéficiaires, milieu de vie | action collective, communautaire, aide individuelle, analyse collective | 10 (+ 4 antennes) |
| Centres de planning familial (CPF) | Ambulatoire | personnes, couples, familles | accueil, information, accompagnement, prévention | 27 |
| Maison médicales (MM) | Ambulatoire | patient, population | soins primaires, santé communautaire, observation santé, accueil | 34 |
| Services de médiation de dettes (SMD) | Ambulatoire | bénéficiaire | aider, trouver solution durable, responsabiliser | 5 |
| Services d'aide aux justiciables (SAJ) | Ambulatoire | victimes + proches, condamnés, ex-détenus | aide, action individuelle ou de groupe, information, orientation, accompagnement | 4 |
| Services « espaces-rencontres » (SER) | Ambulatoire | familles, parents, enfants | rencontre, restaurer relation | 2 |
| Centres d'accueil téléphonique (CAT) | Ambulatoire | personne en crise ou détresse psy | accueil téléphonique, supervision écoutant | 2 |
| Σ section ambulatoire | | | | 121 (+ 13 ant) |
| Centres de coordination de soins et de services à domicile (CCSSD) | Aide et soins à domicile | personne malade ou handicapée, son représentant | coordonne soins et services pour maintien au domicile | 5 |
| Services de soins palliatifs et continués (SSPC) | Aide et soins à domicile | malade à pronostic fatal, entourage, représentant | organiser coordonner dispenser soins intervention psycho-soc, sensibiliser, former, superviser | 6 |
| Services d'aide à domicile (SAD) | Aide et soins à domicile | personnes âgées, isolées, malades, familles en difficulté | aide familiale, aide-ménagère (accompagnement et aide à la vie journalière) | 7 |
| Σ section aide et soins à domicile | | | | 18 |
| Σ ambulatoire + aide et soins à domicile | | | | 139 |

L'ensemble représente **139** agréments octroyés par la CoCoF à des entités juridiques (asbl) pouvant par ailleurs avoir plusieurs agréments et/ou exercer d'autres missions (agrées par d'autres pouvoirs publics et/ou sur fonds propres). Une entité peut ainsi réunir plusieurs agréments relevant du décret et/ou effectuer d'autres missions que celles prévues dans le cadre de leur agrément. Les deux sections sont de taille très différente en nombre d'agréments (121 « ambulatoires » contre 18 « aide et soins à domicile »), ce qui ne signifie pas qu'ils le soient autant en nombre de bénéficiaires et de travailleurs. Enfin, à l'intérieur des deux sections, les secteurs vont de 34 agréments pour les maisons médicales à 2 agréments pour les Centres d'accueil téléphoniques ou les Services Espace-Rencontre.

Ce tableau nous montre la très grande diversité des secteurs en termes d'action, de taille et de composantes internes. Il nous indique également que les bénéficiaires de l'intervention peuvent être très variés et multiples. Outre des personnes individuelles et leur entourage ou représentant, il y a également des couples, des familles avec enfants, des communautés locales, voire l'ensemble de la population ou une partie de celle-ci dans le cadre d'action de sensibilisation et de prévention.

En outre, les services peuvent avoir des missions de concertation, de travail de réseau, de formation et supervision, d'orientation. Une partie de leur public peut être constitué de professionnels du même service ou secteur, d'autres secteurs ou champs de l'aide psychosociale et de soins, voire les responsables politiques et l'administration. Dans certains cas ce sont les bénéficiaires qui se rendent dans les services pour y bénéficier de l'aide et/ou de soins, dans d'autres ce sont des professionnels qui se rendent au domicile ou interviennent dans d'autres lieux. Les deux modalités coexistent souvent (maisons médicales, CASG, CPF...). Un secteur (celui des CAT) entre par ailleurs en interaction de manière « non présenteielle » (téléphone ou chat).

En termes d'action, les interventions vont de l'aide/soins individuels à la prévention primaire, en passant par diverses modalités intermédiaires, tels l'orientation, l'accompagnement, la coordination, la concertation, l'action communautaire et collective, l'observation, la formation, etc. L'étude « programmation » a identifié une série de fonctions que nous regroupons dans le tableau qui suit.

Tableau 2 : Fonctions mises en œuvre par les services

| Fonction | Brève définition |
|---|---|
| <i>A. Envers ses bénéficiaires au sein de la population générale</i> | |
| Accueil | Premier contact avec le bénéficiaire visant à comprendre et orienter sa demande |
| Soins | Prestation de soins de santé |
| Services | Prestation de services, se caractérisant par une relativement courte durée (par opposition avec <i>la prise en charge</i>) et une implication restreinte du bénéficiaire dans le processus (par exemple, prestations d'aide familiale...) |
| Prise en charge | Activités se caractérisant par une relativement longue durée (par opposition à la <i>prestation de services</i>), ou s'inscrivant dans un suivi, réalisées en collaboration active avec le bénéficiaire, visant à lui permettre de retrouver la meilleure situation possible en l'accompagnant dans la résolution de ses difficultés (y compris le conseil). |
| Projet | Organisation ou accompagnement, par le service, de projets visant à contribuer à ses missions, ainsi que mise en place de lieux extérieurs d'action |
| Coordination | Coordination, gestion, supervision et/ou soutien par le service d'un ensemble de services ou professionnels autour du bénéficiaire. |
| <i>B. Envers ses bénéficiaires parmi les professionnels</i> | |
| Prévention | Activités d'information et de sensibilisation dirigées vers les bénéficiaires 'professionnels' |
| Formation | Mise en place et organisation de formations destinées à des professionnels. |
| <i>C. Envers le monde politique, les autres acteurs de terrain ou la société au sens large</i> | |
| Recherche | Actions de recherche ainsi que constitution du service en tant qu'observatoire de la santé et/ou du social |
| Représentation | Actions concourant à la réalisation d'un plaidoyer envers le monde politique, à la contribution aux prises de décisions politiques et à la représentation d'intérêts du service ou d'un ensemble de services ou acteurs. |
| Réseau | Actions de mise en réseau, de construction de collaborations et partenariats avec d'autres acteurs et/ou services du réseau social, sanitaire et de la famille |
| Prévention | Activités d'information et de sensibilisation, ainsi que la mise à disposition de documentation |
| Source : CREMERS A., COPPIETERS Y. <i>Etude préparatoire à l'élaboration de la programmation des services ambulatoires en Région bruxelloise : Rapport final</i> , Ecole de santé publique de l'ULB, 2012, pp. 18 et suivantes. | |

Si l'approche est centrée sur les services en tant que tels, il importe de rappeler que la concertation *entre* acteurs du champ social-santé bruxellois et les *relations* avec le pouvoir de tutelle ou l'opinion publique sont une dimension importante de leur missions et de leur activité (ou devrait l'être).

Enfin, il convient de distinguer les travailleurs du « front office » en contact direct avec les usagers, et ceux du « back-office » en « fonction d'appui » (de manière permanente ou temporaire). Le tableau 3 donne un aperçu partiel de l'emploi, avec deux ventilations : par secteur et par statut. La première colonne fournit les chiffres pour les salariés CoCoF + ACS, la seconde le total des indépendants de l'ambulatoire et les bénévoles CAT. La dernière colonne est basée sur des données ONSS, une estimation de la FSB et une évaluation des SMD (3 pp par service). Elle a été utilisée pour l'enquête.

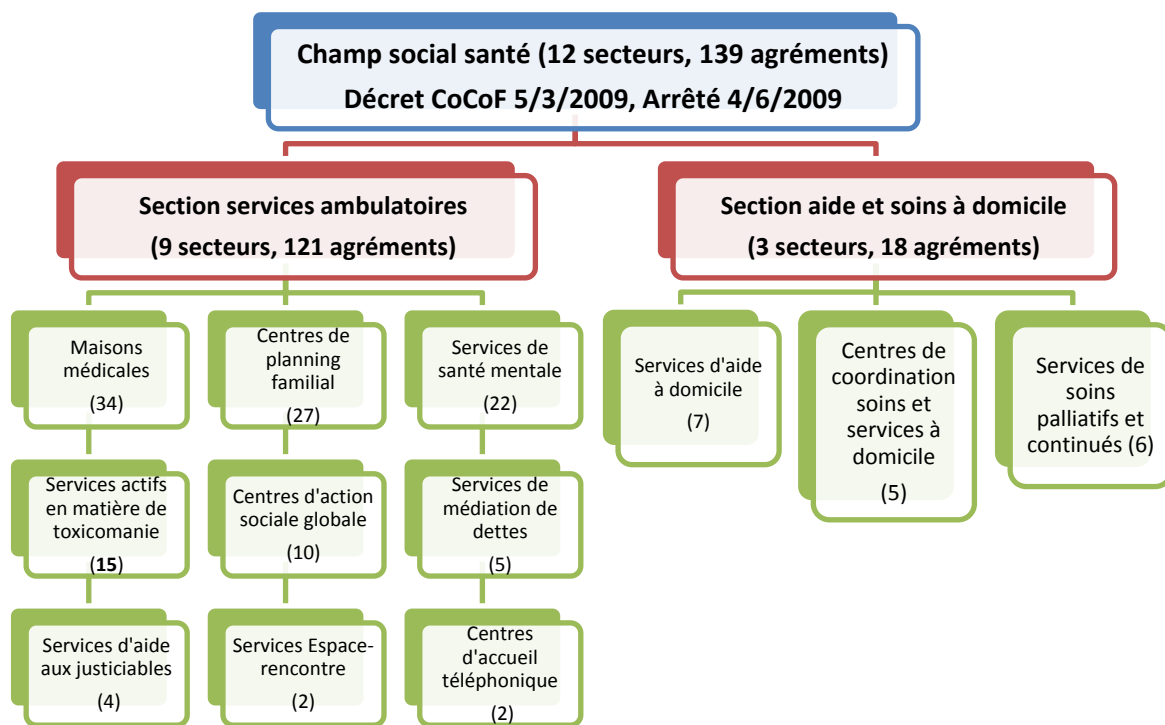
Tableau 3 : Nombre de travailleurs par secteur et par statut (selon différentes sources)

| Secteurs | Services | Travailleurs PP et ETP | | | | | | | | | |
|--|---------------|--------------------------------------|--------------|-------------|---|-------------------------|----|-----------|---|--------------|-----|
| | | Salariés (CoCoF + ACS ²) | | | Indépendants | Art 60 et titre service | | Bénévoles | Chiffres ONSS (mars 2011) + données FSB SAD et évaluation SMD | | |
| | | PP | ETP | % | | PP | PP | | ETP | PP | ETP |
| Services de santé mentale (SSM) | 22 (+ 4 ant.) | nc | 282 | 16% | Cadastre Fass partiel. Voir annexes p. 98 | nc | nc | nc | 606 | nc | |
| Services actifs en matière de toxicomanie (SAMT) | 15 (+ 5 ant.) | nc | 206 | 12% | | nc | nc | nc | 391 | nc | |
| Centres d'action sociale globale (CASG) | 10 (+ 4 ant.) | nc | 87 | 5% | | nc | nc | nc | 210 | nc | |
| Centres de planning familial (CPF) | 27 | nc | 147 | 8% | | nc | nc | nc | 278 | nc | |
| Maison médicales | 34 | nc | 237 | 14% | | nc | nc | nc | 344 | nc | |
| Services de médiation de dettes (SMD) | 5 | nc | 0 | 0% | | nc | nc | nc | 15 | nc | |
| Services d'aide aux justiciables (SAJ) | 4 | nc | 25 | 1% | | nc | nc | nc | 63 | nc | |
| Services « espaces-rencontres » (SER) | 2 | nc | 5 | 0% | | nc | nc | nc | 16 | nc | |
| Centres d'accueil téléphonique (CAT) | 2 | nc | 16 | 1% | | nc | nc | 150 | 24 | nc | |
| Σ section ambulatoire | 121 | nc | 1.005 | 58% | | 387 | nc | nc | nc | 1.947 | nc |
| Centres de coordination de soins et de services à domicile (CCSSD) | 5 | nc | 23 | 1% | nc | nc | nc | nc | nc | 79 | nc |
| Services de soins palliatifs et continués (SSPC) | 6 | nc | 19 | 1% | nc | nc | nc | nc | nc | 28 | nc |
| Services d'aide à domicile (SAD) | 7 | nc | 692 | 40% | nc | nc | nc | nc | nc | 874 | nc |
| Σ section aide et soins à domicile | 18 | nc | 734 | 42% | nc | nc | nc | nc | nc | 981 | nc |
| Σ ambu + ASD | 139 | nc | 1.739 | 100% | nc | nc | nc | nc | nc | 2.928 | nc |

² Source : chiffres de l'emploi ETP fournis par les fédérations au cabinet DOULKERIDIS en 2011. Il s'agit du nombre d'ETP (toutes sources de financement) dans les asbl agréées CoCoF et pour les tâches directement liées à cet agrément (source : *Appel à projet volet « actions thématiques » pour les secteurs, Association bruxelloise pour le bien-être au travail : ABBET, 2011*). Les services de médiation de dettes n'ont pas d'emplois subventionnés.

Trois constats dans cette première approche : la très grande variation du volume de l'emploi en fonction de la taille des secteurs; le temps partiel (moyenne de 0.61PP/ETP selon ONSS); la diversité des statuts, la présence de nombreux travailleurs indépendants et, dans certains cas, de bénévoles. Notons l'absence de travailleurs dans les SMD selon ces sources, les travailleurs n'y étant pas subsidiés (CoCoF ou ACS).

En résumé : représentation schématique du champ concerné par la DEQ-T (en nombre d'agrément)



2. Principaux enseignements qualitatifs de la phase exploratoire

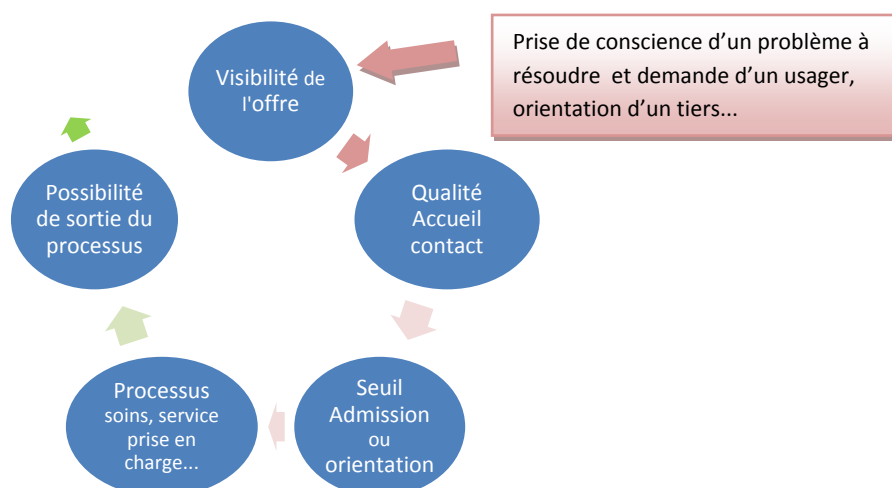
Pour rappel, la phase exploratoire a collecté des données par examen de littérature mais surtout par des groupes de discussion sectoriels d'une demi-journée chacun (voir annexes pour composition et production de chacun des groupes, qui ont réuni 90 personnes de mars à octobre 2011). **L'objectif n'était pas dans un premier temps de se pencher sur les tensions entre les diverses composantes de l'accessibilité des services et de la pénibilité du travail, mais bien de prendre la mesure de la manière dont chacune de ces variables se présentait dans les secteurs.** Ceci selon l'expérience des participants, qui ne représentaient bien entendu pas la totalité des acteurs de chacun des secteurs.

Cependant, les recoupements entre les expressions des groupes, la logique de leurs témoignages et le « principe de saturation »³ propre aux méthodes qualitatives permettaient de dégager les lignes de forces transversales assez solides pour constituer des hypothèses pour la seconde phase (enquête par questionnaire). Nous présentons ces informations en trois temps : d'abord celles relatives à l'accessibilité, ensuite celles concernant la pénibilité, sous l'angle des facteurs qui l'accroissent. Enfin, nous mentionnons les hypothèses apparues sur les tensions entre ces deux variables et leurs modalités. Certains éléments plus spécifiques sont dégagés, notamment entre l'aide à domicile et le social-santé ambulatoire. Notons que ce travail s'est davantage centré sur l'action individuelle que sur l'action communautaire ou collective (fonction de gestion de projets).

2.1. Facteurs d'accessibilité des services

L'accessibilité d'un service concerne surtout : sa visibilité et celle de son offre, l'accueil (« présentiel » ou non), l'admission au processus, le processus lui-même (fonctions de soins, service et/ou prise en charge, coordination), et l'accès à une sortie du processus⁴. Plusieurs aspects, comme la visibilité et la connaissance de l'offre, ne concernent pas que les usagers mais aussi les tiers-envoyeurs.

Figure 1 : Quelques facteurs globaux d'accessibilité des usagers (non professionnels)



³ Selon MUCCHIELLI cité par ALBARELLO (2007, p. 65) : « phénomène qui apparaît au bout d'un certain temps dans la recherche qualitative lorsque les données que l'on recueille ne sont plus nouvelles. »

⁴ Dans les situations où il ne s'agit pas d'un processus permanent (soins palliatifs, aide à domicile de personnes âgées, accompagnement de personnes psychotiques ou handicapées...), mais bien d'une intervention limitée dans le temps, même si elle peut se répéter. Cette sortie du processus est tributaire de la problématique, du processus lui-même et de sa pertinence, de l'attitude de l'utilisateur mais aussi du contexte socioéconomique.

Bien entendu, un besoin ne peut se transformer en demande et prendre le chemin d'un service (qui doit être accessible par ailleurs) que lorsque la personne en prend conscience, souhaite modifier sa situation (ou accepte de tenter de la modifier à la demande ou sur la suggestion d'un tiers) et se met en mouvement pour tenter d'y apporter remède. Des situations d'extrême pauvreté et/ou de déréliction sociale ou mentale, voire de honte, d'ambivalence ou de méfiance peuvent entraver ce processus initial. Ceci en maintenant les personnes dans une situation de retrait et/ou de centrage sur les besoins immédiats. Nous mettons ici l'accent sur les facteurs qui influent sur l'accès de manière transversale, tel que nous l'avons discerné sur base d'une relecture attentive des synthèses.

2.1.1. Facteurs transversaux

Dans la mesure où de nombreux facteurs (par exemple : les effets de la grande pauvreté, des obstacles linguistiques, culturels ou cognitifs...) relatifs à l'accessibilité peuvent autant concerner la visibilité du service, que le premier accueil, l'accessibilité du processus ou de la sortie de celui-ci, nous présentons les données par **ordre d'importance et de transversalité** tels qu'ils sont apparus dans les groupes de discussion. Le lecteur se rendra compte par lui-même que certaines de ces variables peuvent intervenir à différents niveaux. Elles peuvent par ailleurs se cumuler (exemple : accroissement du volume de demandes plus complexes).

1. **Volume de demandes** : saturation de certains services qui « bouchonnent », délais d'attente, ce qui limite l'accessibilité à des interventions de qualité, voire à des interventions tout court.
 - Nécessité de limiter l'accès à des usagers de certaines zones géographiques et/ou ayant certaines caractéristiques (sociales, financières, statutaires...).
 - Note : les bénéficiaires ne sont pas tous habitants de la région bruxelloise.
 - Améliorer l'accessibilité (notamment la visibilité) peut déboucher sur une saturation du service et de ses professionnels; question des « limites » à poser.
 - Pénibilité du travail par saturation peut freiner l'accès à des interventions de qualité (en termes de temps, de disponibilité, de réponse...).
2. **Nature des demandes** : complexité et lourdeur, entassement et intrication de plusieurs problématiques (économiques, sociales, culturelles, sanitaires, psychiques, juridiques...).
 - Peut déboucher sur des orientations erronées, un rôle de « tampon social » ou une extension de l'offre des services (psychothérapie + emploi + logement + juridique ...).
 - Mais un accueil généraliste est nécessaire, l'hyperspécialisation néfaste.
 - Difficile de relayer quand un processus thérapeutique est mis en place, quand un lien est établi, quand on se perçoit comme « dernière ligne ».
3. **Facteurs linguistiques et/ou culturels** et/ou cognitifs, y compris surdité.
 - Impossibilité (accueil téléphonique, psychothérapie...).
 - Plus grande difficulté (interprètes).
 - Perception différente du service selon les codes culturels (aussi chez les intervenants).
4. **Facteurs liés à la grande pauvreté** (centrage sur les besoins immédiats : se loger, se nourrir).
 - Personnes sans domicile fixe ou sans abri ne peuvent avoir accès que s'il y a des intermédiaires qui font contact (travailleurs de rue).
 - Personnes en situation irrégulière, sans couverture sociale.
 - Personnes dépassées par d'autres problématiques (famille, logement...).
5. **Facteurs liés au comportement, à la souffrance psychique, la honte, qui empêchent le contact.**
 - Personnes qui ne peuvent pas symboliser leurs difficultés et passent à l'acte.

- Honte de sa situation, peur de la stigmatisation, déni de certaines réalités, cercle vicieux.
 - Absence de volonté d'avoir recours à un service.
 - Situations proches de la démence.
 - Enfermement de personnes dans leur logement, parce qu'elles n'osent plus en sortir.
6. **Facteurs liés à la problématique elle-même.**
- Difficulté d'aborder certains sujets (sexualité, viol, suicide, santé mentale, soin palliatif).
 - Crainte des représailles consécutives à une démarche (concernant viol, harcèlement...).
7. **Connaissance de l'offre - son existence ou la nature de son contenu** - par les usagers mais aussi les professionnels tiers (réseau, « tiers-envoyeurs »...), les services de première ligne.
- Noms officiels peu explicites, ambigus, excluants, compliqués, « ringards », (aide aux « justiciables », centres de « coordination de services », planning ou aide « familiale »...).
 - Une installation récente d'un service dans un quartier ou dans la région (aide à domicile) entrave la visibilité et la familiarité (capital symbolique du service, « bouche à oreille »).
 - La faiblesse du tissu associatif dans certaines communes plus riches peut constituer un frein à l'accessibilité (notamment pour personnes des « poches de pauvreté »).
 - Visibilité liée à de nombreux facteurs et « portes d'entrée » (local, téléphone, internet, réseau, action collective, animation dans les écoles, travail de rue...).
8. **Qualité de l'accueil** (formations des accueillants, heures d'ouverture, salle d'attente...) influe sur l'accessibilité des services.
9. **Facteurs liés à l'âge.**
- Adolescents ont peu recours aux services (causes variables, selon secteurs.)
 - Personnes âgées ont plus de difficulté à se déplacer, à connaître et à discerner l'offre...
10. **Facteurs liés à des groupes d'usagers.**
- Certains groupes « envahissent » ou « squattent » un service et éloignent des usagers potentiels d'un autre groupe.
 - i. C'est notamment le cas des « habitués ».
11. **Un dispositif peut en chasser un autre** (titres service versus aide à domicile).
12. **La visibilité et la proximité du service sont des éléments ambivalents.**
- Ils peuvent inhiber par leur nom trop explicite ou au contraire faire connaître une problématique en « appelant un chat un chat » (viol, suicide, santé mentale...).
 - Une trop grande proximité géographique entraîne le risque d'être identifié par le voisinage, mais permet un accès plus facile en termes de déplacement.
13. **Facteurs liés à la mobilité au sein de la région** : peut être un gros problème quand ce sont les professionnels qui se déplacent vers les usagers (l'inverse est moins vrai, mais pas inexistant).
14. **Pénurie de certains professionnels** : médecins, psychiatres, kinés indépendants.
15. **Organisation des services.** Autogestion perçue comme frein par certains travailleurs (crises institutionnelles, organisation déficiente, manque de coordination des formations...).

2.1.2. Facteurs spécifiques

SECTORIELS

Il y a des différences notables entre la problématique des services et/ou intervenants qui travaillent au domicile des personnes et ceux qui reçoivent dans le local de l'association ou interviennent ailleurs. Cette distinction ne recoupe pas totalement celle de la section « ambulatoire » et de la section « aide à domicile », de nombreux intervenants de l'ambulatoire se rendant parfois ou

régulièrement au domicile des usagers (infirmières, médecins, travailleurs sociaux). Par ailleurs, l'intervention à distance (téléphone ou internet) pose des problèmes particuliers d'accessibilité.

Pour l'aide à domicile largo sensu, on peut relever certains facteurs spécifiques

1. **La mobilité** dans la région (voiture ou transports en commun), parfois très ardue.
2. **L'insécurité de certains quartiers** « à risque » réduit leur accessibilité.
3. **Troubles psychologiques des usagers** (voire démence) ou de leurs proches.
4. **Importance très grande des « tiers envoyeurs »** (professionnels ou familiaux) dans l'accessibilité des services d'aide à domicile (aussi pour soins palliatifs et continués).
5. **Confusion sur la nature de l'aide à domicile** (notamment avec les titres-services), « l'image est brouillée ».
 - Des appellations qui prêtent à confusion (aide familiale, aide-ménagère).

Pour les centres d'accueil téléphonique (et certaines autres interactions à distance)

1. **La problématique du bénévolat**, de sa formation et de son recrutement.
2. **L'obstacle de la langue** française et de sa maîtrise (vaut pour d'autres formes de contact, d'information et d'aide passant par le téléphone ou par le net), problème des personnes sourdes.
3. **L'obstacle de l'habitus culturel** (se confier à un anonyme, croire aux vertus de la parole).
4. **L'âge** (les jeunes n'appellent pas ou très peu, fréquentent plus le « chat » d'un des deux CAT).
5. **Jeunes issus de l'immigration seraient peu appelants** (inversement, peu de personnes issues de l'immigration parmi les écoutants-répondants).
 - Particularité des jeunes femmes maghrébines dans un des deux services (qui reçoit de nombreux appels de cette population).

SOCIO-ÉCONOMIQUES, DÉMOGRAPHIQUES ET CULTURELS

Les situations extrêmes constituent les plus grands obstacles à l'accessibilité, que ce soit en termes de statut, de revenus, de logement, de santé, de capacités psychiques et cognitives. Au plus l'individu est écrasé par les difficultés, au moins il a les moyens de faire appel à l'aide et de la recevoir. Par ailleurs, les différences culturelles, linguistiques, peuvent rendre l'accès plus difficile (parfois compensé par des solidarités communautaires), ainsi que l'âge (personnes âgées ou adolescentes).

GÉOGRAPHIQUES

Comme nous l'avons vu, les habitants de certaines zones de la région ont moins accès que d'autres (aux services CoCoF) : communes peu desservies, quartiers posant des problèmes de mobilité et/ou de sécurité, faiblesse du réseau associatif dans certaines zones, concentration de population en situation de grande précarité dans certains quartiers, crainte du « qu'en dira-t-on », etc.

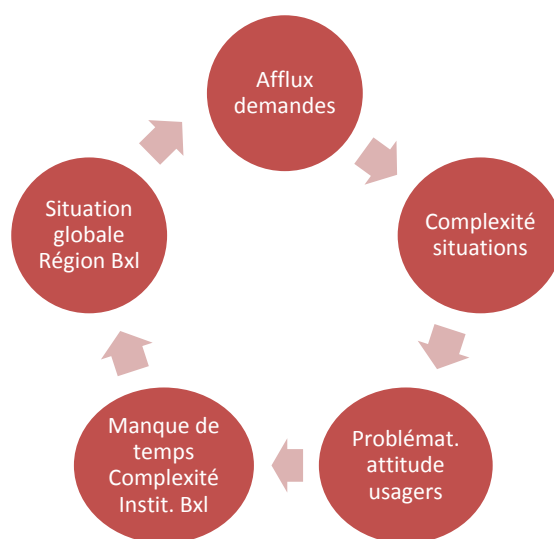
2.2. Facteurs de pénibilité du travail

Le terme de « pénibilité » a été, lors des rencontres, explicité comme pouvant signifier au moins deux aspects du travail, associées ou non dans le contexte des services. D'un côté la dimension de souffrance liée à la pratique professionnelle, de l'autre la difficulté « technique » du travail. Un travail peut être facile, mais source de grande souffrance par son manque de sens, son caractère répétitif et peu gratifiant. Inversement, une pratique professionnelle peut être complexe et requérir la mise en œuvre de nombreuses compétences, d'un engagement fort, voire risqué, tout en ne

généralisant pas de souffrance et en étant, bien au contraire, gratifiant. Bien entendu, un travail facile n'implique pas nécessairement de la souffrance et un travail difficile peut en générer beaucoup !

Il va de soi que les facteurs de pénibilité peuvent être divers et cumulés : nature du travail et des problématiques que l'on y côtoie (maladie, viol, mort, folie, assuétudes, misère sociale...), surcharge de travail en volume (nombre d'utilisateurs) ou en nature (complexité, urgence), attitude des utilisateurs (résignés, revendicatifs, agressifs, compulsifs...), difficulté de faire changer les choses (contexte global délétère, résistance des utilisateurs, mauvaise pratique, paradigme professionnel inadapté...), environnement (équipe, organisation, institution, locaux, déplacements...), facteurs personnels, etc.

Figure 2 : Quelques facteurs de pénibilité du travail liés à l'accessibilité



2.2.1. Facteurs transversaux

1. **Afflux des demandes**, flux d'utilisateurs vulnérables et de situations extrêmes ou urgentes de plus en plus difficile à gérer : tension, stress, pression temporelle, sentiment de travail à la chaîne...
2. **Complexité des situations** (empilement, enchevêtrement de problématiques) : difficile à travailler, mélange des causes et effets (« santématisation » du social), mauvais adressage.
3. **Situation globale dans la région** (emploi, logement...) alimente le flux des utilisateurs et les services n'ont pas de prise sur cette cause : perte de sens et découragement (sentiment d'impuissance, de « recommencement éternel », travail de Sisyphe, « maintenir le couvercle », « emplâtre sur une jambe de bois », « pose de rustines », « travail social palliatif ou itératif »).
 - Aussi en lien avec attitude utilisateurs (« parfois on voit le film avant »).
 - Certains utilisateurs sans demande explicitement formulée.
4. **Attitude de certains utilisateurs** (exigence immédiate, passivité, agressivité, pulsion de mort...).
 - Plus de passages à l'acte qu'autrefois, sentiment d'insécurité des travailleurs.
5. **Nature des problématiques prises en charge** (confrontation à la misère sociale, souffrance physique ou psychique, assuétudes, vieillesse, mort...), parfois à la limite du supportable.
 - Résonance des problématiques avec celles des intervenants.

6. **Manque de temps pour élaborer** les problématiques (réunions, supervisions, formations...).
7. **Qualité de l'infrastructure** (maisons vieilles ou inadaptées, équipement).
8. **Complexification administrative et contrôle accru des pouvoirs subsidants** (y compris DEQ...).
 - Situation institutionnelle bruxelloise compliquée et embrouillée.
 - Courant « managérial » et « standardisation des pratiques ».
9. **Rivalités entre services dans un contexte de rareté des ressources** ; opacité champ ambulatoire.
10. **Hiatus grandissant** entre « l'idéal » du métier et la réalité concrète.
11. **Articulation pas toujours facile entre aide individuelle et action collective.**
 - Tensions pour certaines actions collectives, notamment dans les écoles.
12. **Faiblesse des salaires et difficultés de fin de carrière** (pas de prépension ?), dans un secteur pouvant licencier des travailleurs « âgés » faute de moyens financiers.
13. **Conséquence de la pénurie de médecins** et de psychiatres dans de nombreux services (MM, SAMT, CPF...).
14. **Problèmes générés par le temps partiel.**
15. **Grande importance de la dynamique d'équipe** et de son soutien dans des situations difficiles.
 - L'équipe devient un fardeau en cas de dynamique négative.
16. **Conflits de génération entre travailleurs** (culture militante versus culture professionnelle).

2.2.2. Facteurs spécifiques

SECTORIELS

Sur ce thème également, des différences se manifestent entre la problématique des services et/ou intervenants qui travaillent au domicile et ceux qui reçoivent dans le local de l'association ou interviennent ailleurs. Ici également, cette distinction ne recoupe pas totalement celle de la section « ambulatoire » et « aide à domicile », des intervenants de l'ambulatoire se rendant parfois ou régulièrement au domicile des usagers (infirmières, médecins, travailleurs sociaux). Par ailleurs, l'intervention à distance (téléphone ou internet) génère une pénibilité spécifique.

Pour l'aide à domicile largo sensu, on peut relever certains facteurs spécifiques

1. **La mobilité et la sécurité** dans la région bruxelloise (« une folie », « un enfer »).
2. **Plus forte confrontation à la vieillesse et à la maladie**, la plupart des bénéficiaires de l'aide à domicile étant des personnes âgées et dépendantes (mais aussi jeunes pour les soins palliatifs).
3. **Pressions diverses et exigences croissantes des usagers**, de l'entourage, de la famille.
 - Perception du travail à domicile au travers du filtre culturel (aide-familiale et aide-ménagère considérées comme des « femmes de ménage » bon marché).
 - Problématique des soins en fonction du genre.
4. **Les spécificités de la coordination des CCSSD** qui se retrouvent « entre le marteau et l'enclume » (usagers, professionnels divers).
5. **La gestion des horaires** qui est un casse-tête pour les services d'aide à domicile.
6. **Problèmes d'hygiène, voire d'insécurité** (toxicité...), dans le logement des personnes.
7. **Avancée en âge des équipes**, usure physique (travail manuel, courses faites pour les usagers et parfois leur famille).
8. **Prestations plus courtes, travail plus lourd** et plus stressant (« aide compactée »).
9. **Importance primordiale du relationnel** qui peut « coincer ».
10. **Le fait de travailler au domicile** des bénéficiaires, isolé, « sur leur terrain et sous leur contrôle ».

Pour les centres d'accueil téléphonique

1. Ce sont **principalement les bénévoles** qui éprouvent de la pénibilité (aux deux sens du mot) dans leurs relations avec les appelants dans les CAT, avec des variations entre les deux centres.
 - Les **situations sont parfois difficiles à soutenir** (suicides en direct, manipulation...).
 - **Horaires et appels malveillants**, longues attentes sans appel, sentiment d'inutilité.
 - **Certaines choses sont difficiles à entendre** par certains répondants à certains moments.
2. **Les permanents éprouvent parfois de la pénibilité « en miroir »** dans leurs relations avec les bénévoles, dans la mesure où la formation et la sélection sont très exigeantes.

PROFESSIONNELS

Des particularités sont apparues au sein des groupes en fonction des métiers concernés. Ainsi, les travailleurs du « back office » (de manière permanente - ou temporaire quand il y a rotation) vivent des problèmes spécifiques par rapport aux intervenants du « front office » en contact direct ou téléphonique avec les usagers⁵. Les permanents de l'accueil constituent, quant à eux, une interface souvent très importante entre les bénéficiaires et leur prise en charge par un intervenant. Les métiers en interaction directe et régulière avec les usagers (aide familiale, aide-ménagère, médecins, psychologues, infirmières, kinés, AS, éducateurs...) sont soumis à des facteurs de pénibilité où la problématique des usagers et son contexte jouent un rôle important (en plus d'autres facteurs, bien entendu). Enfin, les coordinations ont des difficultés spécifiques (manque de formation ad hoc quand ils ne sont pas professionnels en gestion, charge administrative croissante, gestion des équipes...).

PERSONNELS

1. **Variations pouvant être importantes selon l'âge, l'expérience** et la génération de l'intervenant.
 - « Nouveaux entrants » et travailleurs expérimentés.
 - Femmes avec enfants à charge, « second métier » à la maison.
 - Vieillesse des intervenants, problèmes de fatigue physique et psychique, question de la prépension...
 - Passage d'un habitus « militant » à un habitus « professionnel ».
2. **Impact du genre**, notamment par le biais des rôles sociaux qui leur sont culturellement imputés dans le cadre de leur activité professionnelle (voir aussi le thème du harcèlement dans les CAT).
3. **Situation personnelle de l'intervenant et sensibilité aux problématiques** (« effet-miroir », « résonance ») auxquelles il est confronté.

2.3. Tensions et liens transversaux entre accessibilité et pénibilité

Les tensions entre pénibilité et accessibilité peuvent être de nature diverse et interagir de manière circulaire, voire cumulative. Une trop grande accessibilité du service peut entraîner une surcharge débouchant sur une plus grande difficulté et/ou une souffrance au travail. Inversement - voire en conséquence de ce qui précède -, la pénibilité du travail peut nuire à l'accessibilité des professionnels, en volume ou en qualité (temps, attention, disponibilité, motivation, engagement...).

⁵ Ce point a été également souligné par Jérémie RAFALOWICZ dans son étude sur le bien être des travailleurs dans le secteur social-santé bruxellois. Nous avons relevé de fortes convergences entre les constats mis en lumière par son enquête par questionnaire et entretiens et ceux établis à partir des groupes de discussion.

1. **Le facteur qui transparait le plus au travers de ces rencontres est la pénibilité** (aux deux sens du terme) **du travail liée aux changements perçus par les intervenants du côté des usagers et des problématiques** dont ils sont porteurs⁶.
 - **Augmentation en volume** du nombre de personnes ayant recours aux services (saturation).
 - **Complexification des situations liées au contexte socioéconomique et urbain** (notamment le logement), ainsi que l'urgence et/ou la gravité de certaines d'entre elles.
 - En partie en lien avec l'impact des flux migratoires (personnes « issues de », primo-migrants par regroupement familial, réfugiés, clandestins), dans ses aspects socioéconomiques, sanitaires, linguistiques, cognitifs et culturels.
 - **Changement d'attitude d'usagers** parfois plus exigeants, violents, déstructurés, avec « passages à l'acte » plus fréquents qu'autrefois.
2. **La pression qui en résulte accroît la pénibilité du travail et diminue l'accessibilité** du service et/ou de certains intervenants en nombre et en qualité (temps, disponibilité...)⁷.
3. **Un autre facteur transversal qui lie pénibilité et accessibilité est le sentiment qu'ont beaucoup d'intervenants de recevoir des demandes qui débordent plus ou moins largement leurs moyens** spécifiques d'action et face auxquelles ils se sentent impuissants. D'où sentiment de perte de sens, d'un travail de Sisyphe, etc.
4. **Le facteur causal qui détermine cet accroissement des demandes en volume et en complexité semble en bonne partie hors de portée des secteurs**, voire de la CoCoF et de la Région bruxelloise, dans la mesure où il est tributaire de déterminants institutionnels belgo-belges (financement de la Région), macroéconomiques et macro-sociaux (flux migratoires), voire macro-psychiques (effets psychiques de mutations sociales, comme « le déclin du symbolique » selon certains, l'individualisation de l'existence, la labilité des liens de couple et familiaux, la fragilisation des ressources de la « garde rapprochée », etc.)⁸.
5. **Dans le même ordre de réalités, nombre de services disent accueillir des usagers dont la problématique ne correspond pas vraiment à leur spécificité**, mais qu'ils décident de prendre en charge quand même car ils se sentent comme un « dernier recours » pour ces personnes.
 - Ceci peut les conduire à étendre considérablement leur offre en proposant des services qui ne font pas nécessairement partie de leur mission de base⁹, ce qui peut engendrer à son tour un afflux de demandes, etc.
6. **Horaires élargis facilitant l'accès peuvent déboucher sur un surcroît de pénibilité pour les travailleurs.**
7. **Des facteurs de pénibilité non liés aux demandes** (en volume ou en qualité) **peuvent nuire à l'accessibilité des services** (usagers vers les services ou intervenants vers domicile usagers).
 - Manque de médecins et de psychiatres, dû aux mauvaises conditions de travail (salaire, nature du travail...) limitent l'accessibilité à ces professionnels dans certains services.

⁶ On ne peut pas exclure que des changements semblables affectent les intervenants eux-mêmes.

⁷ On pourrait dire, de manière plus ou moins cynique, que la pénibilité consécutive à l'afflux des demandes régule celles-ci par diminution de l'accessibilité des services...

⁸ Un indice de ces transformations, parfois indépendantes du statut social et des ressources financières, est la situation de détresse de certaines personnes travaillant pour des institutions internationales à Bruxelles, notamment l'UE. Des participants de différents groupes de discussion ont évoqué des situations de ce type.

⁹ Comme des suivis psy au long cours dans des CPF, des SAJ ou des CASG, des aides à l'emploi ou au logement dans des CPF, etc. Cet élargissement est aussi à mettre en rapport avec la prise en charge « globale ».

- Mauvaise adaptation de l'infrastructure peut rendre le travail pénible et réduire la disponibilité des intervenants pour les usagers (locaux exigus, manque de locaux, salle d'attente trop petite ou non spécifique au service...).
- Crise institutionnelle au sein du service pouvant accaparer les travailleurs, désorganiser l'accueil et le travail, et réduire par conséquent l'accessibilité.
- Difficulté de mobilité (et d'immobilité pour le stationnement) rendent les déplacements pénibles pour les intervenants à domicile et réduisent dès lors l'accessibilité de leurs services.
- Surcharge administrative pouvant peser sur les directions et réduire le temps disponible pour la gestion des équipes et/ou leur rôle d'intervenant.

2.4. Quel impact de l'accessibilité sur la pénibilité et inversement ?

Au sortir de cette première approche qualitative, documentée essentiellement par la parole du terrain exprimée en réunion collective¹⁰, méticuleusement collectée mais néanmoins partielle, que peut-on retenir avant d'aborder les résultats de l'enquête quantitative ?

→ **En termes d'impact de l'accessibilité sur la pénibilité du travail**, le facteur transversal le plus important apparaît être l'effet, exprimé par nombre d'intervenants, de la pression exercée par une population dont les caractéristiques et les conditions socioéconomiques et socioculturelles de vie sont souvent défavorables (voir le chapitre 5, *Le contexte de la région de Bruxelles-Capitale*). Au plus un service est accessible (en nombre d'usagers et en diversité de problématiques) et exposé à des flux croissants, au plus le travail peut devenir pénible par surcharge et empilement des difficultés.

Bien entendu, **cet impact est influencé par différents facteurs qui s'interposent entre les demandes de la population qui s'expriment et les services/intervenants qui y répondent** : l'identité du service, sa localisation géographique, sa politique d'accueil, son insertion dans un réseau plus ou moins dense, son capital de confiance, sa dynamique institutionnelle, la problématique personnelle de ses intervenants, les actions collectives mises en place, etc. Enfin, n'oublions pas que le champ des services ambulatoires et d'aide à domicile, CoCoF et non-CoCoF (principalement CoCom), dans sa composition globale, influe également sur le degré plus ou moins grand de pénibilité engendré par le contexte. Ce champ des services est en partie lié à la politique d'agrément et de subsidiation des autorités publiques, ainsi qu'à sa programmation par rapport aux besoins de la population.

Un autre aspect, lié au premier, est le sentiment, exprimé par nombre d'intervenants, que les facteurs à l'origine des problèmes vécus par les usagers sont hors de leur portée. S'ils sont accessibles aux effets de ces facteurs par le truchement du flux des usagers et de leurs problématiques, ces intervenants se sentent impuissants à remédier aux causes. Situation qui est vécue comme particulièrement pénible (perte de sens de leur travail, sentiment d'être un « tampon social »). Dans le même ordre d'idée, certains pensent que nombre des demandes qui leur sont adressées sont les symptômes d'autres problématiques, face auxquelles ils ne sont pas armés mais qu'ils acceptent néanmoins d'accueillir comme « dernier recours ». Bien entendu, le caractère généraliste de nombreux services peut induire une diversité de demandes, ainsi que la difficulté de relayer quand un lien est établi.

¹⁰ Même si la prise de parole était très structurée (deux parties thématiques, prise de parole à tour de rôle), des effets de groupe ne sont évidemment pas à écarter. Par ailleurs, bien que les participants n'avaient pas de « mandat » politique, le choix des personnes par les secteurs (notamment les fédérations) n'était pas aléatoire.

D'autres facteurs visant à faciliter l'accès des usagers, plus spécifiquement tributaires des politiques sectorielles et/ou des services et/ou des intervenants, peuvent induire de la pénibilité au travail : l'élargissement des horaires, la mobilité à Bruxelles (et l'immobilité quand il s'agit de stationner), certaines difficultés à « poser des limites dans l'intervention » pour être accessible aux usagers, etc.

→ **La pénibilité effective ou anticipée induite par l'accessibilité du service** (surcharge quantitative et/ou qualitative, sentiment d'inutilité, perte de sens...) peut modifier la qualité du service aux usagers et son accessibilité.

D'abord d'un point de vue purement quantitatif : soit le service instaure une sorte de « numerus clausus » aux usagers (comme dans les maisons médicales), limitant son accès de manière explicite à des personnes ayant certaines caractéristiques (comme le fait d'habiter dans un quartier bien défini), soit la saturation effective du service limite son accès de fait à de nouvelles demandes pendant une période plus ou moins longue et/ou à certains moments. Cet aspect quantitatif peut évidemment aussi concerner la durée de l'accueil et de celle des interactions avec les intervenants

Ensuite d'un point de vue plus qualitatif, la saturation d'un service peut déboucher sur une limitation temporaire ou durable des interventions de qualité par manque de disponibilité due à diverses formes de fatigue professionnelle (physique ou mentale), voire de perte de sens du travail, de sentiment d'inutilité, de désillusion par rapport à l'idéal du métier.

Ces hypothèses ont été testées par l'enquête quantitative qui fait l'objet du chapitre suivant.

Note : pour plus de détails concrets et regroupés par secteur, nous invitons le lecteur à consulter les synthèses des groupes sectoriels, publiés en annexe de ce rapport (pages 59 à 89). Le lecteur y trouvera également un exemplaire de chacun des deux questionnaires utilisés pour l'enquête quantitative.

3. Principaux enseignements de l'enquête par questionnaire

3.1. Méthodologie et calendrier

L'enquête par questionnaire a été administrée auprès d'un échantillon, le plus représentatif possible de la diversité des situations de terrain. Les variables qui entraient en ligne de compte pour cette diversité ne pouvaient être uniquement le nombre de travailleurs, ce qui aurait débouché sur un « écrasement » des données par certains groupes de professionnels (comme les aides familiales qui représentent pas loin d'un tiers des travailleurs, dans un seul secteur et 7 agréments sur 139).

Par ailleurs, afin de pouvoir différencier de grands sous-ensembles significatifs dans le traitement des données, nous avons distingué trois groupes de secteurs : groupe « santé », groupe « social » et groupe « aide et soins à domicile ». Comme on peut le constater dans le tableau plus loin, les deux gros groupes (santé et aide à domicile) n'ont que trois secteurs internes, alors que le groupe social en a six. Si l'on souhaite être au plus proche de la diversité, il faut tenir compte à la fois du nombre de secteurs, du nombre d'agréments et du nombre de travailleurs.

D'autre part, le temps dont nous avons disposé et la disponibilité des acteurs de terrain, ont invité à composer un échantillon que l'on a pu progressivement « upgrader », en fonction de la collecte des données et des dispositions participatives des services. Ce qui signifiait qu'il fallait viser une première tranche d'un échantillon, avec la préparation d'une deuxième tranche, puis d'une troisième. L'idée étant que chacun des 3 échantillons successifs soient représentatifs selon les critères définis. La première question était de savoir combien de personnes choisir par groupe de secteurs.

Il a dès lors fallu composer un quotient (Q) qui intègre les trois variables précitées, et avec lequel nous avons multiplié le total des échantillons successifs.

Il s'agit de : $\left(\frac{n \text{ secteurs par groupe}}{N \text{ secteurs total}} + \frac{n \text{ agréments par groupe}}{N \text{ agréments total}} + \frac{n \text{ travailleurs par groupe}}{N \text{ travailleurs total}} \right)$ divisé par trois.

Soit la moyenne arithmétique des trois fractions. Le total des trois quotients fait 1.

Le tableau suivant fournit les informations sur les trois variables (secteurs, agréments, travailleurs) ainsi que le quotient calculé par groupe et la taille des échantillons.

Tableau 4 : Composition des échantillons pour les trois groupes (données travailleurs ONSS 2011 + FSB + SMD)

| Groupe | Secteurs | Agréments | Travailleurs PP | Ech. 1 | Ech. 2 | Ech. 3 | Total |
|--|---|-----------|-----------------|--------------|------------|-----------|------------|
| Santé (Q = 0.404) 3 secteurs | SSM SAMT MM | 70 | 1.341 | 85 | 36 | 24 | 145 |
| Social (Q = 0.358) 6 secteurs | CASG CPF SMD SAJ SER CAT | 51 | 606 | 75 | 32 | 22 | 129 |
| Aide à domicile (Q = 0.238) 3 secteurs | CCSSD SSPC SAD | 18 | 981 | 50 | 22 | 14 | 86 |
| TOTAL GENERAL (Q = 1) | | 12 | 139 | 2.928 | 210 | 90 | 60 |

La question suivante était de savoir combien de personnes choisir par secteur, sur base de la taille de l'échantillon par groupe. Nous avons appliqué le même principe, en tenant compte des variables du nombre d'agrément et du nombre de travailleurs par secteur :

$$\left(\frac{n \text{ agréments par secteur}}{N \text{ agréments groupe}} + \frac{n \text{ travailleurs par secteur}}{N \text{ travailleurs groupe}} \right) \text{ divisé par deux. Le total des quotients fait 1.}$$

Il n'y avait plus qu'à calculer les échantillons sectoriels en multipliant leur quotient par l'échantillon de leur groupe. Le résultat final est consigné dans le tableau ci-dessous.

Tableau 5 : Composition des échantillons par secteur (données travailleurs ONSS 2011 + FSB + SMD)

| Groupe | Secteurs | Agréments | Travailleurs PP | Ech. 1 | Ech. 2 | Ech. 3 | Total |
|---------------------------------------|----------------------|------------|-----------------|------------|-----------|-----------|------------|
| Santé (Q = 0.404) | SSM (Q = 0.383) | 22 | 606 | 32 | 14 | 9 | 55 |
| | SAMT (Q = 0.253) | 15 | 391 | 22 | 9 | 6 | 37 |
| | MM (Q = 0.364) | 33 | 344 | 31 | 13 | 9 | 53 |
| | TOTAL (Q = 1) | 70 | 1.341 | 85 | 36 | 24 | 145 |
| Social (Q = 0.358) | CASG (Q = 0.271) | 10 | 210 | 20 | 9 | 6 | 35 |
| | CPF (Q = 0.494) | 27 | 278 | 37 | 16 | 10 | 63 |
| | SMD (Q = 0.072) | 6 | 15 | 5 | 2 | 2 | 9 |
| | SAJ (Q = 0.091) | 4 | 63 | 7 | 3 | 2 | 12 |
| | SER (Q = 0.033) | 2 | 16 | 3 | 1 | 1 | 5 |
| | CAT (Q = 0.039) | 2 | 24 | 3 | 1 | 1 | 5 |
| | TOTAL (Q = 1) | 51 | 606 | 75 | 32 | 22 | 129 |
| Aide à domicile (Q = 0.238) | CCSSD (Q = 0.179) | 5 | 79 | 9 | 4 | 2 | 15 |
| | SSPC (Q = 0.181) | 6 | 28 | 9 | 4 | 3 | 16 |
| | SAD (Q = 0.640) | 7 | 874 | 32 | 14 | 9 | 55 |
| | TOTAL (Q = 1) | 18 | 981 | 50 | 22 | 14 | 86 |
| TOTAL (Q = 1) | 12 | 139 | 2.928 | 210 | 90 | 60 | 360 |

Comme dit plus haut, les sous-échantillons calculés sur cette base reflétaient mieux la variété des situations qu'un simple calcul par nombre de travailleurs. Comme on peut le voir, la prise en compte de la diversité des secteurs et des services débouche sur une certaine diminution de la taille de l'échantillon du groupe « aide à domicile » au bénéfice des deux autres (surtout le groupe « social »). On retrouve le même phénomène au niveau des secteurs. Bien entendu, d'autres facteurs de diversité pourraient être pris en compte, mais encore faudrait-il les connaître !

Reste le choix des services et des personnes. Le principe de diversité veut que le choix des services se fasse en tenant compte de différents éléments, comme la localisation (si ce critère est pertinent), le sous-secteur éventuel. Quand aux personnes, il y a d'un côté les directions/coordinations, de l'autre les travailleurs « front office » et « back-office ». Ne disposant pas d'une liste nominative de toutes les fonctions de tous les services¹¹, nous avons opéré au cas par cas, en nous aidant notamment des données fournies par la CoCoF en 2012 sur les travailleurs qu'elle subventionne. Toutes les personnes interrogées travaillent dans la même série de services (à peu près un tiers de chaque secteur). Au niveau calendrier, l'échantillon et le questionnaire ont été composés et testés en décembre. L'enquête a été réalisée de janvier à avril 2013. L'objectif initial était d'administrer le questionnaire par interview : soit par téléphone, soit en face-à-face. Malheureusement, le temps disponible des enquêteurs, et surtout des services et de leurs travailleurs, a rendu cette formule peu

¹¹ En toute rigueur, l'échantillon devrait être tiré au sort (avec ou sans quotas par groupe ou secteur), ce qui suppose de disposer d'une liste nominative de tous les travailleurs des secteurs concernés, avec mention de leur fonction et ventilation par secteur. Nous n'avons pas pu disposer d'une telle liste.

compatible avec le calendrier. Nous avons dès lors contacté les services de l'échantillon l'un après l'autre, par téléphone, pour les solliciter à participer à l'enquête et leur indiquer le nombre de personnes qui étaient invitées à répondre. Les questionnaires étaient ensuite envoyés par mail, en laissant trois semaines aux services pour les remplir de manière individuelle, si possible par voie informatique (surlignage des réponses dans le fichier). Nous étions par ailleurs disponibles pour répondre à toutes leurs questions lors de l'auto-administration du questionnaire. Si la quasi-totalité des services contactés ont accepté de participer de cette manière, nombreux sont ceux qui n'ont finalement pas répondu, malgré trois rappels successifs. Pour les aides familiales et ménagères, le questionnaire a été rempli individuellement mais en groupe, avec possibilité d'explication.

3.2. Profils des répondants

3.2.1. Ventilation par groupe et par secteur

Au terme des délais impartis (voire plus dans le cas où une prolongation fut demandée), le total des questionnaires rentrés fut finalement de 222, soit un peu plus que le premier échantillon de 210 mais nettement moins que les 360 visés. Si certains services répondaient rapidement, d'autres furent par contre assez lents à nous renvoyer les questionnaires et deux services refusèrent de participer. L'expression claire d'un refus est évidemment tout à fait légitime et d'ailleurs préférable pour la gestion de l'enquête, car elle permettait de faire appel à d'autres services. Malheureusement, plusieurs services ne manifestèrent pas leur refus de manière explicite mais demeurèrent tout simplement silencieux, ce qui ne facilitait pas la gestion de l'enquête. Le temps passant, il fut décidé d'arrêter l'enquête une fois constitué le premier échantillon de 210. Quelques questionnaires arrivèrent encore et ils furent intégrés dans le total, dont le détail est résumé dans le tableau suivant.

Tableau 6 : Echantillon final par secteur et groupe (données travailleurs ONSS 2011 + FSB + SMD)

| Groupe | Secteurs | Agrém. | Trav. | Ech. 1 | Q rentrés | Solde | Q non rentrés | Services éch. |
|------------------------|--------------|------------|--------------|------------|------------|-------------|---------------|---------------|
| Santé | SSM | 22 | 606 | 32 | 38 | + 6 | 6 | 9 |
| | SAMT | 15 | 391 | 22 | 21 | -1 | 9 | 5 |
| | MM | 33 | 344 | 31 | 30 | -1 | 16 | 11 |
| | TOTAL | 70 | 1.341 | 85 | 89 | + 4 | 31 | 25 |
| Social | CASG | 10 | 210 | 20 | 22 | + 2 | 7 | 6 |
| | CPF | 27 | 278 | 37 | 42 | + 5 | 6 | 11 |
| | SMD | 6 | 15 | 5 | 5 | 0 | 0 | 3 |
| | SAJ | 4 | 63 | 7 | 7 | 0 | 3 | 2 |
| | SER | 2 | 16 | 3 | 4 | + 1 | 0 | 2 |
| | CAT | 2 | 24 | 3 | 4 | + 1 | 0 | 2 |
| | TOTAL | 51 | 606 | 75 | 84 | + 9 | 16 | 26 |
| Aide à domicile | CCSSD | 5 | 79 | 9 | 10 | + 1 | 3 | 3 |
| | SSPC | 6 | 28 | 9 | 6 | -3 | 7 | 2 |
| | SAD | 7 | 874 | 32 | 33 | + 1 | 0 | 5 |
| | TOTAL | 18 | 981 | 50 | 49 | -1 | 10 | 10 |
| TOTAL (Q = 1) | 12 | 139 | 2.928 | 210 | 222 | + 12 | 57 | 61 |

Comme on peut le constater, 57 questionnaires envoyés dans des services contactés par téléphone n'ont pas été retournés. C'est dans le groupe santé, surtout le secteur des maisons médicales, que les non-réponses ont été les plus nombreuses. Si tous les secteurs sont, à peu de choses près,

correctement représentés, on remarquera le faible taux de réponse de celui des « Soins palliatifs et continués » (SSPC) dont nous avons plus de questionnaires non rentrés (7) que de questionnaires effectivement renvoyés (6). Nous avons décidé de prendre en compte l'ensemble des 222 questionnaires, mais uniquement de manière transversale (sauf les directions/coordinations). Il est en effet hasardeux d'analyser de très petits sous-échantillons n'ayant guère de représentativité. Notre objectif sera de cerner les tendances marquantes, puis de recouper les données de cette enquête avec celles des groupes de discussion. Ce sont bien entendu les résultats de ces croisements interprétés et contextualisés qui ont la plus grande validité au regard de notre objectif.

3.2.2. Autres caractéristiques des répondants

Au total, **222 personnes ont répondu aux questionnaires, dont 166 travailleurs et 56 coordinations ou directions** (dans certains cas de services autogérés, le questionnaire « direction » a été rempli par l'équipe en réunion ou par des personnes déléguées). Ces 222 personnes sont réparties dans **61 services** (répartition par secteur dans tableau 6). Leurs caractéristiques sont résumées ci-dessous.

Tableau 7 : Fonctions exercées par les répondants

| Fonction | Direction coord. | Accueil | Aide familiale | Aide ménagère | Assistant social | Assistant en psycho. | Comptable | Conseiller familial |
|----------------------|------------------|----------|----------------|---------------|------------------|----------------------|-------------|---------------------|
| | 56 | 10 | 19 | 7 | 47 | 4 | 1 | 2 |
| Conseiller juridique | Médecin | Paramed. | Psy | Secrétaire | Autre fonction | Plusieurs fonctions | Non-réponse | Total |
| 1 | 7 | 7 | 35 | 4 | 11 | 10 | 1 | 222 |

Outre les répondants exerçant une fonction de direction ou de coordination, les fonctions les plus présentes dans l'échantillon sont celles d'AS, de psychologue et d'aide-familiale. Remarquons que 11 répondants ne se sont pas reconnus dans la liste des fonctions proposées et ont répondu « autre ». 10 répondants exercent « plusieurs fonctions ».

Tableau 8 : Autres caractéristiques des répondants

| Sexe | F | H | | | | | NR | Total |
|------------------|---------|------------|-----------|--------|-------|-------|----|------------|
| | 174 | 42 | | | | | 6 | 222 |
| Classe d'âge | 18-29 | 30-39 | 40-49 | 50-59 | 60-64 | 65+ | NR | |
| | 21 | 57 | 59 | 66 | 15 | 1 | 3 | 222 |
| Ancienneté | ≤ 5 | 6-9 | 10-14 | 15-19 | ≥ 20 | | NR | |
| | 50 | 38 | 42 | 31 | 58 | | 3 | 222 |
| Niveau d'étude | ≤ sec | sup non un | bach | master | doct | | NR | |
| | 30 | 76 | 7 | 92 | 10 | | 7 | 222 |
| Type contrat | sal CDI | sal CDD | sal remp | indép | autre | Plus. | NR | |
| | 190 | 12 | 6 | 4 | 1 | 7 | 2 | 222 |
| Temps de travail | 1 | 1 > < 0.5 | 0.5 | < 0.5 | | | NR | |
| | 117 | 57 | 36 | 8 | | | 4 | 222 |
| Relat maj. bénéf | consult | domicile | tel / web | mixte | NSP | | NR | |
| | 123 | 43 | 4 | 47 | 2 | | 3 | 222 |

Les répondants sont très majoritairement des femmes (78 %), une majorité est âgée de plus de 40 ans (64 %) et a plus de 10 ans d'ancienneté dans le secteur (59 %). Les intervenants issus de l'enseignement supérieur représentent 83 %, ils sont salariés CDI à 86 % et majoritairement à plein temps (52 %). La majorité travaille sur le mode consultation (55 %), une minorité à domicile (19 %).

3.3. Résultats transversaux

Nous présentons ici les résultats de manière transversale et thématique, en suivant l'ordre du questionnaire qui est également celui des différentes modalités de l'accessibilité. L'intitulé des questions est bien entendu résumé. L'énoncé complet se trouve dans le questionnaire repris en annexe. Nous développons par ailleurs certains intitulés dans les commentaires du tableau.

Chaque tableau fournit les résultats d'un « bloc thématique », divisé en six ou sept items, auxquelles s'associe une question sur l'évolution des tensions entre accessibilité et pénibilité, en référence aux questions du thème. Les données sont celles des effectifs, c'est-à-dire le nombre de sondés optant pour la modalité de réponse concernée. La colonne « Fp » (en rouge) fournit la *somme des fréquences pondérées*. Pour ce faire, nous avons attribué un « point » à « parfois », deux à « fréquent » et trois à « permanent ». Nous avons souligné les items signalant le plus d'occurrence de pénibilité en rouge, puis orange et vert. Ce classement est établi sur base des Fp. Nous ne donnons de pourcentages que pour la somme des modalités. La dernière ligne du tableau fournit le nombre de réponses à la question « *Quelle tension a le plus augmenté dernièrement ?* »

Bien entendu, les sondés n'ont pu répondre qu'aux questions qui leur étaient posées, l'enquête étant réalisée à partir d'un questionnaire « fermé ». C'est la loi du genre, avec ses avantages et ses inconvénients. Rappelons cependant que toutes ces questions sont issues des groupes de discussion qui, eux, étaient « ouverts » et qualitatifs. Enfin, les 166 travailleurs étaient invités à répondre pour eux-mêmes et les 56 directions pour l'ensemble de l'équipe de travail, selon leur perception.

3.3.1. Visibilité du service

Tableau 9 : Tensions entre visibilité du service et pénibilité du travail (avec somme des fréquences pondérées)

| N° | Source tension | Jamais | Parfois | Fréq. | Perman. | Fp | NSP | NC | NR | Plus. | Total |
|----|----------------------|------------|------------|------------|-----------|-----|-----------|------------|-----------|-----------|--------------|
| q1 | Défaut visib. | 41 | 124 | 24 | 3 | 181 | 14 | 13 | 2 | 1 | 222 |
| q2 | Forte visib. afflux | 22 | 82 | 74 | 18 | 284 | 10 | 13 | 2 | 1 | 222 |
| q3 | Opacité réseau | 35 | 87 | 47 | 9 | 208 | 23 | 17 | 3 | 1 | 222 |
| q4 | Ident. généraliste | 45 | 83 | 47 | 9 | 204 | 15 | 19 | 4 | 0 | 222 |
| q5 | Visib. nuit anonymat | 122 | 37 | 4 | 0 | 45 | 18 | 36 | 5 | 0 | 222 |
| q6 | Service récent | 94 | 29 | 15 | 0 | 59 | 14 | 67 | 2 | 1 | 222 |
| | Total | 359 | 442 | 211 | 39 | | 94 | 165 | 18 | 4 | 1.332 |
| | % total | 27% | 33% | 16% | 3% | | 7% | 12% | 1% | 0% | 100% |
| N° | Evolution | Aucune | NSP | q1 | q2 | q3 | q4 | q5 | q6 | | Total |
| q7 | Le plus augm. ? | 53 | 54 | 10 | 54 | 22 | 23 | 1 | 5 | | 222 |

La lecture des données agrégées dans le « total » montrent que **52 % des sondés ont indiqué la présence d'une tension** entre l'un ou l'autre aspect de la visibilité du service et une pénibilité du travail. La majorité des réponses se concentre toutefois sur une occurrence faible (« parfois ») et seulement 19 % des sondés évoquent une occurrence « fréquente » (16 %) ou « permanente » (3 %). Sur base de la somme des fréquences pondérées, on constate une fréquence nettement plus importante pour la question 2 (« *La forte visibilité génère un afflux de demandes qui génère une surcharge pénible de travail* »), pour la question 3 (« *L'opacité du réseau, la complexité bruxelloise* »).

rendent la coordination et l'orientation pénibles ») et pour la question 4 (« L'identité généraliste du service ou le faible coût peut être source de pénibilité en étant le 'fourre-tout' des autres »).

On remarquera que ces trois items sont également ceux qui auraient augmenté le plus. L'afflux des demandes favorisées par une forte visibilité des services, la difficulté de coordonner les interventions pour des raisons de « complexité bruxelloise » et le sentiment d'être le « fourre-tout des autres », apparaissent donc comme sources principales de pénibilité, en lien avec la visibilité des services. Bien entendu, ce n'est pas la visibilité qui génère le flux des demandes ni le service qui est la cause de la complexité et opacité du réseau, ni du sentiment de « fourre-tout ». Ce qui semble cependant émerger est la conjonction entre une pression des demandes de la population, associée à la complexité institutionnelle et au caractère parfois très généraliste des services, dont certains offrent une vaste palette d'intervention. On remarquera d'ailleurs que la question 1 (« Défaut de visibilité du service et/ou de son offre peut générer des confusions... ») présente une certaine homologie avec la question 3 et recueille le nombre le plus élevé de « parfois » (56%).

3.3.2. Accueil et/ou contact avec usagers

Tableau 10 : Tensions entre accueil/contact usagers et pénibilité (avec somme des fréquences pondérées)

| N° | Source tension | Jamais | Parfois | Fréq. | Perman. | Fp | NSP | NC | NR | Plus. | Total |
|-----|--------------------|------------|------------|------------|-----------|-----|-----------|------------|-----------|-----------|--------------|
| q8 | Manque locaux | 57 | 66 | 36 | 18 | 192 | 0 | 42 | 2 | 1 | 222 |
| q9 | Tens. usagers acc. | 70 | 81 | 17 | 2 | 121 | 3 | 47 | 2 | 0 | 222 |
| q10 | Horaires | 87 | 62 | 19 | 9 | 127 | 4 | 39 | 2 | 0 | 222 |
| q11 | Travail rue, soir | 66 | 19 | 6 | 7 | 52 | 4 | 115 | 3 | 2 | 222 |
| q12 | Insécurité locaux | 74 | 70 | 32 | 7 | 155 | 3 | 34 | 2 | 0 | 222 |
| q13 | Stress téléphone | 57 | 87 | 41 | 18 | 223 | 1 | 16 | 2 | 0 | 222 |
| q14 | Déplacem. ds Bxl | 68 | 64 | 23 | 7 | 131 | 1 | 56 | 3 | 0 | 222 |
| | Total | 479 | 449 | 174 | 68 | | 16 | 349 | 16 | 3 | 1.554 |
| | % total | 31% | 29% | 11% | 4% | | 1% | 22% | 1% | 0% | 100% |
| N° | Evolution | Aucune | NSP/NR | q8 | q9 | q10 | q11 | q12 | q13 | q14 | Total |
| q15 | Le plus augm. ? | 69 | 47 | 29 | 6 | 9 | 3 | 13 | 31 | 15 | 222 |

Pour le total du thème, on constate que **44 % des répondants mentionnent la présence d'une tension**, avec une intensité moindre que pour le thème précédent (52 %). Le nombre de « non concerné » est relativement élevé (22 %), surtout pour la question 11 qui fait référence au travail de rue, de soir ou de nuit, ainsi que les questions 14 concernant les déplacements dans Bruxelles et 8-9 relatives à l'accueil des usagers (non pertinent pour les services d'aide à domicile ou les centres d'accueil téléphonique). Le stress généré par la permanence téléphonique ou d'autres outils de communication (q13) et le manque de locaux adaptés pour l'accueil des usagers (question 8) donnent des fréquences assez proches, suivie d'un sentiment d'insécurité lié à des locaux mal protégés ou des domiciles insalubres (q12). Si l'on ne tient pas compte des « non concernés », les difficultés de déplacements dans Bruxelles (q14) ne sont pas négligeables.

Les deux premiers items se retrouvent dans le même ordre en ce qui concerne l'évolution (q15), alors que les déplacements prennent la troisième place. Les sondés ont plutôt pointé des aspects « techniques » de l'accueil/contact, les tensions entre usagers étant surtout mentionnés « parfois ».

3.3.3. Admission aux prestations du service

Tableau 11 : Tensions admission des usagers (avec somme des fréquences pondérées)

| N° | Source tension | Jamais | Parfois | Fréq. | Perman. | Fp | NSP | NC | NR | Plus. | Total |
|-----|------------------------|------------|------------|------------|------------|-----|-----------|------------|-----------|-----------|--------------|
| q16 | Adm. dern. recours | 33 | 93 | 45 | 11 | 216 | 9 | 27 | 2 | 2 | 222 |
| q17 | Situations urgent. | 28 | 89 | 60 | 30 | 299 | 2 | 9 | 2 | 2 | 222 |
| q18 | Complexité accr. | 14 | 60 | 88 | 41 | 359 | 6 | 11 | 2 | 0 | 222 |
| q19 | Dem. adr. pas tjs OK | 34 | 116 | 37 | 5 | 205 | 9 | 19 | 2 | 0 | 222 |
| q20 | Seuil bas, sit. extr. | 44 | 72 | 38 | 10 | 178 | 23 | 32 | 3 | 0 | 222 |
| q21 | Offre gener. afflux | 49 | 80 | 29 | 8 | 162 | 12 | 39 | 5 | 0 | 222 |
| q22 | Usagers vuln. agr. sm. | 15 | 71 | 89 | 32 | 345 | 7 | 6 | 2 | 0 | 222 |
| | Total | 217 | 581 | 386 | 137 | | 68 | 143 | 18 | 4 | 1.554 |
| | % total | 14% | 37% | 25% | 9% | | 4% | 9% | 1% | 0% | 100% |
| N° | Evolution | Aucune | NSP/NR | q16 | q17 | q18 | q19 | q20 | q21 | q22 | Total |
| q23 | Le plus augm. ? | 27 | 51 | 5 | 16 | 40 | 8 | 1 | 3 | 71 | 222 |

Ce thème contient des items qui génèrent nettement plus de difficultés que les deux précédents. En effet, **71 % des répondants font état d'une tension** occasionnelle, fréquente ou permanente pour le total des questions. Les modalités « jamais » sont minoritaires pour tous les items et il y a relativement peu de « non concerné ».

Deux problématiques sortent clairement du lot : les « *difficultés du travail car complexité accrue des situations prises en charge* » (q18) et la « *croissance d'usagers vulnérables, agressifs, exigeants ou souffrant de problèmes de santé mentale* » (q22). En troisième position, l'item « *trop de situations urgentes qui génèrent du stress et un manque de temps pour élaborer les problématiques* » (q17). Ce qui est à mettre en lien avec, en quatrième position, les « *demandes admises car dernier recours, travail pénible par surcharge, inadéquation* » (q16).

Des usagers vulnérables porteurs de situations complexes et qu'il faut souvent « traiter » en urgence ou en dernier recours, telles semblent être les sources principales de pénibilité liée à ce thème. On remarquera également, en lien avec ce qui a été dit précédemment sur « l'opacité du réseau et la complexité bruxelloise », les « *demandes adressées par le réseau mais pas toujours adéquates* » (q19) comme source de pénibilité, avec la plus forte fréquence de « parfois » (116).

On notera qu'en termes d'évolution, c'est la « *croissance d'usagers vulnérables, agressifs, exigeants et souffrant de problèmes de santé mentale* » qui vient très largement en tête. C'est d'ailleurs - si l'on nous permet d'anticiper sur la suite - la tension qui est le plus souvent citée, dans toutes celles proposées par cette enquête, en ce qui concerne l'augmentation. La complexité des situations vient relativement loin derrière (bien que 40 répondants sur 222 aient pointé cet item), ainsi que les situations d'urgence.

3.3.4. Processus d'aide et/ou de soins

Tableau 12 : Tensions processus d'aide et/ou de soins (avec somme des fréquences pondérées)

| N° | Source tension | Jamais | Parfois | Fréq. | Perman. | Fp | NSP | NC | NR | Plus. | Total |
|-----|---------------------|------------|------------|------------|-----------|-----|-----------|-----------|-----------|-----------|--------------|
| q24 | Diff. poser limites | 32 | 111 | 51 | 16 | 261 | 3 | 5 | 2 | 2 | 222 |
| q25 | Dyn. relat. réson. | 35 | 110 | 53 | 10 | 246 | 8 | 3 | 2 | 1 | 222 |
| q26 | S'adapter pers. | 82 | 82 | 34 | 9 | 177 | 5 | 7 | 3 | 0 | 222 |
| q27 | Diff. ling. cultur. | 30 | 92 | 67 | 15 | 271 | 5 | 9 | 3 | 1 | 222 |
| q28 | Grande pauvreté | 24 | 85 | 71 | 25 | 302 | 5 | 10 | 2 | 0 | 222 |
| q29 | Flexib. soupl. pol. | 49 | 77 | 60 | 16 | 245 | 10 | 8 | 2 | 0 | 222 |
| | Total | 252 | 557 | 336 | 91 | | 36 | 42 | 14 | 4 | 1.332 |
| | % total | 19% | 42% | 25% | 7% | | 3% | 3% | 1% | 0% | 100 % |
| N° | Evolution | Aucune | NSP/NR | q24 | q25 | q26 | q27 | q28 | q29 | | |
| q30 | Le plus augm. ? | 42 | 48 | 18 | 15 | 8 | 24 | 54 | 13 | | 222 |

Ce thème est quasiment à égalité avec le précédent au niveau global, **74 % des répondants indiquant une tension** (avec un peu moins de tensions permanentes et plus de tensions occasionnelles). Les « *difficultés du processus dû à une grande pauvreté avec centrage sur les besoins immédiats* » (q28) sont le plus souvent mentionnées et ce sont aussi celles qui sont le plus souvent citées comme ayant le plus augmenté dernièrement. Viennent ensuite les « *difficultés du processus pour des raisons linguistiques, culturelles ou cognitive des usagers* » (q27) et « *la difficulté de 'poser des limites' à l'intervention en voulant être trop accessible* » (q24), source de pénibilité assez proche de « *la dynamique relationnelle qui peut déboucher sur 'trop payer de sa personne'* » (q25). En termes d'augmentation, les trois items le plus cités se suivent dans le même ordre.

3.3.5. Sortie du processus d'aide et/ou de soins

Tableau 13 : Tension par rapport à la sortie du processus (avec somme des fréquences pondérées)

| N° | Source tension | Jamais | Parfois | Fréq. | Perman. | Fp | NSP | NC | NR | Plus. | Total |
|-----|---------------------|------------|------------|------------|-----------|-----|-----------|------------|-----------|-----------|--------------|
| q31 | Manque résultat | 71 | 88 | 25 | 3 | 147 | 6 | 26 | 2 | 1 | 222 |
| q32 | Perte de sens | 72 | 79 | 36 | 10 | 181 | 8 | 14 | 2 | 1 | 222 |
| q33 | Sentiment d'imp. | 14 | 102 | 67 | 25 | 311 | 3 | 7 | 3 | 1 | 222 |
| q34 | Diff. transf. usag. | 41 | 78 | 46 | 24 | 242 | 10 | 21 | 2 | 0 | 222 |
| q35 | Retour recurrent | 57 | 94 | 26 | 11 | 179 | 7 | 22 | 4 | 1 | 222 |
| q36 | Absence d'issue | 26 | 104 | 45 | 26 | 272 | 7 | 12 | 2 | 0 | 222 |
| | Total | 281 | 545 | 245 | 99 | | 41 | 102 | 15 | 4 | 1.332 |
| | % total | 21% | 41% | 18% | 7% | | 3% | 8% | 1% | 0% | 100 % |
| N° | Evolution | Aucune | NSP/NR | q31 | q32 | q33 | q34 | q35 | q36 | | Total |
| q37 | Le plus augm. ? | 59 | 51 | 3 | 18 | 44 | 15 | 7 | 25 | | 222 |

L'accès à une « sortie du processus » (hors situation de handicap et de maladie chronique) a été souvent évoqué dans les groupes de discussion, le travail des intervenants y était parfois comparé à celui de Sisyphe. Comme on peut le voir, si **66 % des sondés indiquent une tension**, la question 33

relative au « *sentiment d'impuissance face à la lourdeur des situations* » est très souvent mentionnée et vient en tête de toutes les sources de pénibilité avec la question 18 concernant la complexité des situations. Cette problématique est évidemment à relier à celle qui vient en seconde position, à savoir « *l'absence d'issue pour les usagers qui est décourageant* » (question 36). Par ailleurs, la « *difficulté de transférer des usagers vers un autre service quand le lien est établi* » (question 34) apparaît en troisième position.

En ce qui concerne l'augmentation récente, c'est le sentiment d'impuissance face à la lourdeur des situations et l'absence d'issue pour les usagers qui viennent en tête, suivie par la « *perte de sens du travail car les causes des problématiques sont hors de portée* » (q32).

3.3.6. Classement par ordre décroissant des sources de pénibilité en lien avec l'accessibilité

Les tableaux suivants fournissent la liste des 32 sources de pénibilité par **ordre décroissant des fréquences pondérées** (colonne Fp). Rappelons que, pour calculer l'indice Fp, nous avons attribué un « point » à « parfois », deux à « fréquent » et trois à « permanent », puis additionné le tout pour chacun des items. Ainsi, la Fp de **359** pour la **question 18** (« complexité accrue des situations ») est le résultat de : $60*1 + 88*2 + 41*3$. Ce calcul fournit un indice global et synthétique permettant un classement, mais n'empêche pas d'examiner séparément la répartition de chacune des modalités. Soulignons par ailleurs que nous n'avons pas neutralisé les réponses « ne sait pas » (NSP), « non concerné » (NC), « non réponse » (NR) et « plusieurs réponses » (Plus.)¹². Pour la facilité de la lecture et des commentaires, nous avons découpé le tableau en trois sous-ensembles.

Tableau 14 : Sources de pénibilité/accessibilité par ordre décroissant de fréquences (pondérées), de 1 à 10

| Cl. | N° | Source tension | Jamais | Parfois | Fréq. | Perman. | Fp | NSP | NC | NR | Plus. | Total |
|----------|-----|---|--------|---------|-------|---------|------------|-----|----|----|-------|------------|
| 1 | q18 | Complexité accrue des situations | 14 | 60 | 88 | 41 | 359 | 6 | 11 | 2 | 0 | 222 |
| | | | 6% | 27% | 40% | 18% | | 3% | 5% | 1% | 0% | 100% |
| 2 | q22 | Usagers vulnérables agressifs problèmes santé mentale | 15 | 71 | 89 | 32 | 345 | 7 | 6 | 2 | 0 | 222 |
| | | | 7% | 32% | 40% | 14% | | 3% | 3% | 1% | 0% | 100% |
| 3 | q33 | Sentiment d'impuissance | 14 | 102 | 67 | 25 | 311 | 3 | 7 | 3 | 1 | 222 |
| | | | 6% | 46% | 30% | 11% | | 1% | 3% | 1% | 0% | 100% |
| 4 | q28 | Grande pauvreté centrage besoins im. | 24 | 85 | 71 | 25 | 302 | 5 | 10 | 2 | 0 | 222 |
| | | | 11% | 38% | 32% | 11% | | 2% | 5% | 1% | 0% | 100% |
| 5 | q17 | Situations urgentes | 28 | 89 | 60 | 30 | 299 | 2 | 9 | 2 | 2 | 222 |
| | | | 13% | 40% | 27% | 14% | | 1% | 4% | 1% | 1% | 100% |
| 6 | q2 | Forte visibilité afflux usagers | 22 | 82 | 74 | 18 | 284 | 10 | 13 | 2 | 1 | 222 |
| | | | 10% | 37% | 33% | 8% | | 5% | 6% | 1% | 0% | 100% |

¹² Leurs effectifs sont relativement faibles dans la plupart des questions, sauf pour certaines (surtout en fin de classement), qui recueillent un nombre élevé de « non concerné ». Il s'agit, dans nombre de cas, de questions qui concernent soit les travailleurs à domicile (comme la q14 sur les déplacements à Bruxelles), soit, à l'inverse, des services ou travailleurs qui accueillent les usagers dans leurs locaux (Q18 sur le manque de locaux d'accueil, q10 sur les tensions entre groupes d'usagers à l'accueil).

Démarche d'Évaluation Qualitative Transversale 2010-2013

| | | | | | | | | | | | | |
|-----------|-----|----------------------------------|-----|-----|-----|-----|------------|----|----|----|----|------------|
| 7 | q36 | Absence d'issue est décourageant | 26 | 104 | 45 | 26 | 272 | 7 | 12 | 2 | 0 | 222 |
| | | | 12% | 47% | 20% | 12% | | 3% | 5% | 1% | 0% | 100% |
| 8 | q27 | Diff. linguistiques. culturelles | 30 | 92 | 67 | 15 | 271 | 5 | 9 | 3 | 1 | 222 |
| | | | 14% | 41% | 30% | 7% | | 2% | 4% | 1% | 0% | 100% |
| 9 | q24 | Difficulté à poser des limites | 32 | 111 | 51 | 16 | 261 | 3 | 5 | 2 | 2 | 222 |
| | | | 14% | 50% | 23% | 7% | | 1% | 2% | 1% | 1% | 100% |
| 10 | q25 | Dyn. relat. résonances perso. | 35 | 110 | 53 | 10 | 246 | 8 | 3 | 2 | 1 | 222 |
| | | | 16% | 50% | 24% | 5% | | 4% | 1% | 1% | 0% | 100% |

Selon ce mode de classification, comme on peut le constater en haut du tableau 14, c'est la « *difficulté du travail car complexité accrue des situations prises en charge* » qui est en première place alors que « *la croissance d'usagers vulnérables, agressifs, exigeants, souffrant de problèmes de santé mentale augmente la pénibilité* » est en seconde position et « *le sentiment d'impuissance face à la lourdeur des situations* » en troisième. Plus loin, les « *effets de la grande pauvreté avec centrage sur les besoins immédiats* » se situe à la quatrième place, et les impacts des situations urgentes à la cinquième. **Le tableau global des cinq premiers items associe dès lors un sentiment d'impuissance à diverses caractéristiques d'usagers plus nombreux, pauvres et vulnérables (ou exigeants-agressifs, avec d'éventuels problèmes de « santé mentale ») et à des problématiques plus complexes dont ils seraient porteurs. Les cinq variables suivantes entrent souvent en résonance avec les premières.**

Notons certains effets de ces difficultés sur les travailleurs dans les 10 premiers items : la « *difficulté de 'poser des limites' à l'intervention en voulant être trop accessible* » ; les « *résonances personnelles dans la dynamique relationnelle avec les usagers* ».

Tableau 15 : Sources de pénibilité/accessibilité par ordre décroissant de fréquences (pondérées), de 11 à 20

| Cl. | N° | Source tension | Jamais | Parfois | Fréq. | Perman. | Fp. | NSP | NC | NR | Plus. | Total |
|-----------|-----|---|--------|---------|-------|---------|------------|-----|-----|----|-------|------------|
| 11 | q29 | Flexib. soupl. polyvalence | 49 | 77 | 60 | 16 | 245 | 10 | 8 | 2 | 0 | 222 |
| | | | 22% | 35% | 27% | 7% | | 5% | 4% | 1% | 0% | 100% |
| 12 | q34 | Diff. transf. usagers quand lien établi | 41 | 78 | 46 | 24 | 242 | 10 | 21 | 2 | 0 | 222 |
| | | | 18% | 35% | 21% | 11% | | 5% | 9% | 1% | 0% | 100% |
| 13 | q13 | Stress téléphone | 57 | 87 | 41 | 18 | 223 | 1 | 16 | 2 | 0 | 222 |
| | | | 26% | 39% | 18% | 8% | | 0% | 7% | 1% | 0% | 100% |
| 14 | q16 | Adm. dern. recours | 33 | 93 | 45 | 11 | 216 | 9 | 27 | 2 | 2 | 222 |
| | | | 15% | 42% | 20% | 5% | | 4% | 12% | 1% | 1% | 100% |
| 15 | q3 | Opacité réseau compl. Bx | 35 | 87 | 47 | 9 | 208 | 23 | 17 | 3 | 1 | 222 |
| | | | 16% | 39% | 21% | 4% | | 10% | 8% | 1% | 0% | 100% |
| 16 | q19 | Demandes pas tjs OK identité service | 34 | 116 | 37 | 5 | 205 | 9 | 19 | 2 | 0 | 222 |
| | | | 15% | 52% | 17% | 2% | | 4% | 9% | 1% | 0% | 100% |
| 17 | q4 | Identité généraliste | 45 | 83 | 47 | 9 | 204 | 15 | 19 | 4 | 0 | 222 |
| | | | 20% | 37% | 21% | 4% | | 7% | 9% | 2% | 0% | 100% |
| 18 | q8 | Manque loc. accueil | 57 | 66 | 36 | 18 | 192 | 0 | 42 | 2 | 1 | 222 |

Démarche d'Évaluation Qualitative Transversale 2010-2013

| | | | | | | | | | | | | |
|-----------|-----|--|-----|-----|-----|----|------------|----|-----|----|----|------------|
| | | | 26% | 30% | 16% | 8% | | 0% | 19% | 1% | 0% | 100% |
| 19 | q32 | Perte de sens du travail car causes hors de portée | 72 | 79 | 36 | 10 | 181 | 8 | 14 | 2 | 1 | 222 |
| | | | 32% | 36% | 16% | 5% | | 4% | 6% | 1% | 0% | 100% |
| 20 | q1 | Défaut visibilité source confusion | 41 | 124 | 24 | 3 | 181 | 14 | 13 | 2 | 1 | 222 |
| | | | 18% | 56% | 11% | 1% | | 6% | 6% | 1% | 0% | 100% |

La seconde série d'items fait plus souvent référence à des **problématiques internes aux services ou au champ institutionnel bruxellois** : la flexibilité et la polyvalence demandée des intervenants, l'opacité du réseau et la complexité institutionnelle bruxelloise, l'identité du service (trop généraliste et/ou mal définie), la manque de locaux pour l'accueil ou le défaut de visibilité qui peut être source de confusion. La difficulté de « *transférer des usagers vers d'autres services quand le lien est établi* » peut aussi être interprété à la lumière d'une porte d'entrée très large de certains services ou d'une admission « en dernier recours » et de la nécessité, après un certain temps, d'orienter des usagers vers d'autres services plus spécialisés. Les questions 12, 14, 16, 17 et 20 sont plus ou moins associées à cette problématique. Enfin, notons que le sentiment d'une « *perte de sens du travail car les causes des problématiques sont hors de portée* » vient relativement loin (19e place) dans ce classement, à l'inverse des groupes de discussion où ce facteur était souvent évoqué.

Tableau 16 : Sources de pénibilité/accessibilité par ordre décroissant de fréquences (pondérées), de 21 à 32

| Cl. | N° | Source tension | Jamais | Parfois | Fréq. | Perman. | Fp. | NSP | NC | NR | Plus. | Total |
|-----------|-----|---|--------|---------|-------|---------|------------|-----|-----|----|-------|------------|
| 21 | q35 | Retour récurrent même pers. pénible | 57 | 94 | 26 | 11 | 179 | 7 | 22 | 4 | 1 | 222 |
| | | | 26% | 42% | 12% | 5% | | 3% | 10% | 2% | 0% | 100% |
| 22 | q20 | Seuil bas, sit. extrêmes | 44 | 72 | 38 | 10 | 178 | 23 | 32 | 3 | 0 | 222 |
| | | | 20% | 32% | 17% | 5% | | 10% | 14% | 1% | 0% | 100% |
| 23 | q26 | S'adapter pers. diff. difficile | 82 | 82 | 34 | 9 | 177 | 5 | 7 | 3 | 0 | 222 |
| | | | 37% | 37% | 15% | 4% | | 2% | 3% | 1% | 0% | 100% |
| 24 | q21 | Offre gener. afflux usagers diff à gérer | 49 | 80 | 29 | 8 | 162 | 12 | 39 | 5 | 0 | 222 |
| | | | 22% | 36% | 13% | 4% | | 5% | 18% | 2% | 0% | 100% |
| 25 | q12 | Insécurité locaux, domiciles insalubres | 74 | 70 | 32 | 7 | 155 | 3 | 34 | 2 | 0 | 222 |
| | | | 33% | 32% | 14% | 3% | | 1% | 15% | 1% | 0% | 100% |
| 26 | q31 | Manque de résultats demandes mal adressées démotiv. | 71 | 88 | 25 | 3 | 147 | 6 | 26 | 2 | 1 | 222 |
| | | | 32% | 40% | 11% | 1% | | 3% | 12% | 1% | 0% | 100% |
| 27 | q14 | Déplacements dans Bxl difficiles | 68 | 64 | 23 | 7 | 131 | 1 | 56 | 3 | 0 | 222 |
| | | | 31% | 29% | 10% | 3% | | 0% | 25% | 1% | 0% | 100% |
| 28 | q10 | Horaires pour être accessible pénible | 87 | 62 | 19 | 9 | 127 | 4 | 39 | 2 | 0 | 222 |
| | | | 39% | 28% | 9% | 4% | | 2% | 18% | 1% | 0% | 100% |
| 29 | q9 | Tensions entre usagers accueil | 70 | 81 | 17 | 2 | 121 | 3 | 47 | 2 | 0 | 222 |
| | | | 32% | 36% | 8% | 1% | | 1% | 21% | 1% | 0% | 100% |
| 30 | q6 | Serv. récent mal rel. | 94 | 29 | 15 | 0 | 59 | 14 | 67 | 2 | 1 | 222 |

| | | | | | | | | | | | | |
|-----------|-----|----------------------------------|-----|-----|----|----|-----------|----|-----|----|----|------------|
| | | | 42% | 13% | 7% | 0% | | 6% | 30% | 1% | 0% | 100% |
| 31 | q11 | Travail de rue, le soir, pénible | 66 | 19 | 6 | 7 | 52 | 4 | 115 | 3 | 2 | 222 |
| | | | 30% | 9% | 3% | 3% | | 2% | 52% | 1% | 1% | 100% |
| 32 | q5 | Visibilité nuit anonymat pénible | 122 | 37 | 4 | 0 | 45 | 18 | 36 | 5 | 0 | 222 |
| | | | 55% | 17% | 2% | 0% | | 8% | 16% | 2% | 0% | 100% |

Les 12 dernières sources de pénibilité peuvent se classer dans un premier temps en deux catégories différentes : **celles qui ne concernent que certains types de services ou d'intervenants** (avec un nombre assez élevé de « non concerné ») **et celles qui recueillent transversalement peu de fréquences**. Dans la première catégorie, on trouve les répondants qui effectuent du travail de rue ou du soir (q11), du travail à domicile avec des déplacements fréquents (q14), ceux qui sont actifs dans services récents et/ou mal relayés (q6) ou dans des services « bas seuil » ou dont la visibilité nuit à l'anonymat (q5). Si l'on enlève les « non concerné », les fréquences pondérées peuvent être plus élevées, mais sans atteindre les valeurs relatives des items classés dans le premier tableau. Parmi les items qui recueillent peu de fréquences alors que la grande majorité est concernée, notons surtout la question 26 (« *s'adapter sans cesse à des personnes différentes rend le travail pénible* ») et la question 35 (« *le retour récurrent des mêmes personnes est vécu péniblement* ») qui désignent des situations opposées mais auxquelles les intervenants paraissent en quelque sorte habitués.

3.3.7. Les cinq sources de pénibilité liées à l'accessibilité ayant le plus augmenté

Tableau 17 : source de pénibilité parmi celles présentées ayant le plus augmenté récemment

| N° | Questions | Fréquence | % total |
|-----|---|-----------|---------|
| q22 | Croissance d'usagers vulnérables, agressifs, exigeants, souffrant de problèmes de santé mentale | 71 | 32% |
| q2 | Forte visibilité génère un afflux de demandes | 54 | 24% |
| q28 | Difficulté du processus d'aide dû à une grande pauvreté (centrage sur problèmes immédiats) | 54 | 24% |
| q33 | Sentiment d'impuissance face à la lourdeur des situations | 44 | 20% |
| q18 | Complexité accrue des situations prises en charge | 40 | 18% |

Soulignons d'abord que peu de sondés ont répondu à la question sur les *augmentations récentes* qui figurait au bas de chaque bloc thématique : soit parce qu'ils ne pouvaient choisir l'un des items parmi d'autres ou qu'ils ne savaient pas, soit parce que la question leur avait échappé. Il convient donc de prendre ces informations comme des indicateurs parmi d'autres, devant être associés à diverses données (notamment qualitatives). Nous avons classé les cinq premières réponses sur 32.

La problématique qui vient très nettement en tête, citée par près d'un tiers des répondants, est liée à l'augmentation d'usagers « en difficultés » et « difficiles ». On se rappellera (voir tableau précédent) que cet item est cité en seconde place comme source de pénibilité. Il semble y avoir là une cause importante et croissante de pénibilité au travail, qui doit bien entendu s'interpréter. S'agit-il d'une conséquence « mécanique » de la paupérisation de la population bruxelloise, d'un effet d'une attitude plus « consumériste » et exigeante (le « tout tout de suite ») dans le chef des usagers, d'une conséquence des « problèmes de santé mentale » ? Sans doute un peu tout cela en même temps. Les deux items suivants sont à égalité et sont cités par près d'un quart des répondants : l'afflux des demandes lié à une forte visibilité et la difficulté du processus de soins/d'aide dans un contexte de grande pauvreté. Le premier est une pénibilité liée à l'afflux quantitatif des demandes en lien avec la

visibilité des services (effet « d'offre ») mais aussi, sans doute, avec l'augmentation des difficultés de la population. Difficultés que l'on voit apparaître dans le troisième item qui associe les effets de la grande pauvreté (« centrage sur les besoins immédiats ») à la pénibilité du processus d'aide. Le « sentiment d'impuissance face à la lourdeur des situations » est perçu par un sondé sur cinq comme ayant fort augmenté dernièrement. Enfin, la complexité accrue des situations vient en cinquième position, alors qu'elle est citée en premier lieu comme source de pénibilité du travail.

3.3.8. Tensions dans le travail de coordination/direction

Le questionnaire comportait une série de questions spécifiques aux directions/coordinations. Il n'y a dès lors que 56 sondés qui y ont répondu. Ces questions concernaient d'éventuelles tensions entre accessibilité et pénibilité du travail pour le travail spécifique aux directions.

Tableau 18 : Tension dans travail de direction/cooordination

| N° | Questions | Jamais | Parfois | Souvent | NSP | NC | NR | Plusieurs | Total |
|-----|------------|---------|---------|---------|-----|----|-----|-----------|------------|
| q38 | Tensions ? | 8 | 32 | 13 | 0 | 3 | 166 | 0 | 222 |
| | | Passag. | Durab. | | NSP | NC | NR | | |
| q39 | Occurrence | 28 | 10 | | 4 | 0 | 180 | 0 | 222 |

Les 166 non-réponses de la question 38 correspondent donc aux 166 travailleurs. Sur les 56 répondants, 45 font état de tensions, 8 n'en mentionnent pas et 3 sont « non-concernés » (sans doute des équipes autogérées qui ont répondu de façon collective). 11 sondés n'ont dès lors pas répondu aux questions suivantes, ce qui explique la présence de 177 « non-réponse » dans le tableau 19. 3 sondés supplémentaires n'ont par ailleurs pas répondu à la question 39. Nous avons donc affaire à un échantillon de très petite taille dont les résultats ne sont pas très représentatifs, en vertu de la « loi des grands nombres ». On peut déduire du tableau 18 qu'une minorité de directions sondées vit des tensions fréquentes en lien avec l'accessibilité, la majorité les vivant de manière plus occasionnelle. Elles sont la plupart du temps passagères.

Tableau 19 : Types de tensions

| N° | Source tension | Jamais | Parfois | Fréquent | Perman. | F.p. | NSP | NC | NR | Plus. | Total |
|-----|-------------------|-----------|------------|-----------|-----------|------|-----------|-----------|--------------|----------|--------------|
| q40 | Surcharge adm. | 2 | 15 | 17 | 7 | 70 | 1 | 3 | 177 | 0 | 222 |
| q41 | Gestion horaires | 8 | 14 | 12 | 6 | 56 | 1 | 4 | 177 | 0 | 222 |
| q42 | Difficulté anim | 3 | 16 | 15 | 6 | 64 | 1 | 4 | 177 | 0 | 222 |
| q43 | Pén. trav. réseau | 8 | 17 | 11 | 3 | 48 | 2 | 4 | 177 | 0 | 222 |
| q44 | Excès dem. capac. | 5 | 19 | 8 | 6 | 53 | 5 | 1 | 178 | 0 | 222 |
| q45 | Gestion plaintes | 7 | 26 | 3 | 1 | 35 | 2 | 6 | 177 | 0 | 222 |
| | Total | 33 | 107 | 66 | 29 | | 12 | 22 | 1.063 | 0 | 1.332 |
| | | 2% | 8% | 5% | 2% | | 1% | 2% | 80% | 0% | 100% |
| N° | Evolution | Aucune | NSP | q40 | q41 | | q42 | q43 | q44 | q45 | Total |
| q46 | Le plus augm. ? | 4 | 12 | 14 | 4 | | 6 | 2 | 3 | 0 | 45 |

En termes de fréquences pondérées, les données du tableau 19 indiquent que la « surcharge administrative » (question 40) est la plus souvent citée (avec la plus forte occurrence de « permanent » et « fréquent »), suivie par les difficultés d'animation d'une équipe débordée

(question 42) et la gestion des horaires (question 41), proche de la difficulté de faire face à un excès de demandes au regard des capacités du service (question 44). C'est par ailleurs la surcharge administrative qui aurait le plus augmenté récemment, suivie par les difficultés d'animation et la gestion des horaires. Ceci converge avec les témoignages recueillis ailleurs.

3.3.9. Evolution globale de la pénibilité

La dernière partie du questionnaire était consacrée à l'évolution globale de la pénibilité (toutes causes confondues) et à ses effets sur l'accessibilité des services. Les répondants étaient bien entendu invités à répondre dans le contexte de leur travail et de leur service. Ces questions étaient précédées d'une autre (question 47) concernant la place de la pénibilité résultant des problèmes d'accessibilité dans la pénibilité globale dépendant aussi d'autres facteurs, comme l'environnement matériel, les questions institutionnelles, etc. Cette question a malheureusement souvent été mal interprétée par les sondés. Nous ne pouvons pas l'exploiter étant donné le faible nombre de réponses valables. Nous ne traitons dès lors ici que des réponses aux questions finales, de 48 à 52.

Tableau 20 : Evolution globale de la pénibilité et impact en retour sur l'accessibilité

| N° | Question | Diminue | Est stable | Augmente un peu | Augmente fort | NSP | NC |
|-----|---|-----------------------------|------------------------------------|---|---------------|-----|----|
| q48 | Toutes causes confondues, avez-vous l'impression que la pénibilité de votre travail... | 9 | 65 | 103 | 28 | 8 | 6 |
| N° | Question | Discontinue | Continue | Les deux | | NSP | NC |
| q49 | Se manifeste-t-elle surtout de manière... | 103 | 37 | 46 | | 18 | 14 |
| N° | Question | Oui | Non | | | NSP | NC |
| q50 | Ses effets varient-elles significativement selon les métiers/fonctions dans votre service ? | 92 | 45 | | | 61 | 17 |
| N° | Question | Non, je ne m'y retrouve pas | Ce n'est qu'une partie du problème | Oui, cela correspond fort à ce que je vis | | NSP | NC |
| q51 | Que pensez-vous de cette affirmation par rapport à votre expérience : « la première cause de la pénibilité est l'afflux croissant d'utilisateurs vivant des situations de plus en plus complexes sur lesquelles notre travail n'a que peu ou pas de prise » ? | 25 | 132 | 44 | | 7 | 9 |
| N° | Question | Non | Un peu | Beaucoup | | NSP | NC |
| q52 | La pénibilité de votre travail résultant de l'accessibilité de votre service a-t-elle un impact négatif en retour sur cette même accessibilité (qualité du travail, disponibilité, absentéisme, dynamique d'équipe...) ? | 61 | 82 | 31 | | 32 | 13 |

Une impression d'augmentation de la pénibilité globale (toutes causes confondues) est signalée par 131 répondants sur 222, soit 59 %, mais surtout avec l'intensité « un peu ». Elle se manifeste par ailleurs principalement de manière discontinue (crises et/ou paliers) et nettement moins de manière continue. Une majorité faible (41 %) pense qu'elle varie en fonction des métiers ou des fonctions au sein du service où travaillent les sondés.

La question 51 visait à tester *une hypothèse forte qui ressortait des groupes de discussion*, associant un « afflux croissant d'utilisateurs » vivant « des situations de plus en plus complexes » sur lesquelles les intervenants n'auraient que « peu ou pas de prise ». 44 répondants sur 222 (20 %) considèrent que

cela correspond « fort » à ce qu'ils vivent et 132 (59 %) que c'est « une partie du problème ». Cet énoncé a donc trouvé un écho auprès d'une majorité de sondés (176, soit 79 %), mais pas par une adhésion totale. Si l'on prend les choses par le bout inverse, force est de constater que seulement 25 personnes sur 222 ne se reconnaissent pas du tout dans cet énoncé. Enfin, un peu plus de la moitié des personnes considèrent que la pénibilité du travail nuit à l'accessibilité, mais surtout faiblement.

4. Croisement des données qualitatives et quantitatives

Les groupes de discussion ne sont pas seulement une étape exploratoire de cette étude, permettant de dégager des informations et des hypothèses de travail pour l'enquête par questionnaire. Les données issues des groupes constituent également des sources d'information qualitatives qui doivent être croisées et confrontées avec les résultats de l'enquête que nous venons d'exposer. Nous allons dès lors succinctement dégager les éléments convergents des deux approches, au niveau des impacts actuels de l'accessibilité sur la pénibilité et au niveau des évolutions perçues par les acteurs de terrain. Et relever ensuite les éventuelles divergences ou nuances. Il convient cependant de garder à l'esprit que le questionnaire de l'enquête quantitative a été élaboré sur base des groupes, ce qui induit forcément des homologues dans la liste des questions posées (et donc des choix offerts), mais pas nécessairement dans la hiérarchie des réponses données.

4.1. Convergences et divergences concernant les tensions vécues

4.1.1. Convergences

Si l'on se réfère aux « *tensions et liens transversaux entre accessibilité et pénibilité* » de l'approche qualitative (pp. 19-20 du présent rapport) et que l'on compare avec le tableau 14 des « *sources de pénibilité en lien avec l'accessibilité* » de l'enquête par questionnaire (p. 30), les convergences semblent nombreuses. En effet, nous avons souligné dans le rapport exploratoire que le facteur transversal qui ressortait le plus des groupes de discussion était la pénibilité « **liée aux changements perçus par les intervenants du côté des usagers et des problématiques dont ils sont porteurs** ». Les résultats de l'enquête placent ces facteurs dans le groupe de tête des sources les plus importantes (sur les 32 retenues pour le questionnaire). On retrouve la complexité accrue des situations et le changement d'attitude des usagers tout en haut du tableau (deux premiers facteurs), les difficultés du processus de soins/aide liées aux impacts de la grande pauvreté, au stress généré par les situations urgentes et aux différences linguistiques et culturelles un peu plus loin. L'afflux quantitatif (nombre croissant d'usagers) se retrouve également dans la liste des facteurs de pénibilité ayant la plus forte fréquence (en lien avec le bloc thématique de la visibilité du service), ainsi que le sentiment d'impuissance et l'absence d'issue pour les usagers qui peut en résulter.

Les deux sources de données convergent donc clairement sur ce point. Selon les acteurs de terrain, très majoritairement différents¹³ et consultés de deux manières, **c'est la grande accessibilité des services à des flux croissant d'usagers, en situation plus difficile qu'autrefois, qui est la première source de pénibilité liée à l'accessibilité**. Et ils sont nombreux à ressentir « parfois », « souvent » ou de « manière permanente » un sentiment d'impuissance face à la lourdeur des situations et à être découragés par l'absence d'issue pour les personnes.

Cependant, lorsqu'on leur demande si « *la première cause de la pénibilité est l'afflux croissant d'usagers vivant des situations de plus en plus complexes sur lesquelles notre travail n'a que peu ou pas de prise* », ils ne sont que 44 sur 222 à s'identifier totalement à cet énoncé - il est vrai très fort car associant trois facteurs liés. On peut poser l'hypothèse que la reconnaissance que son travail « *n'a que peu ou pas de prise* » n'est peut-être pas une chose facile à admettre. Remarquons que, inversement, seuls 25 sondés ne « s'y retrouvent pas » et que 132 s'y retrouvent « en partie ». La

¹³ Seuls quelques participants des groupes de discussion ont sans doute répondu à l'enquête quantitative.

balance penche donc vers une adhésion à cet énoncé, mais seulement de manière partielle (sans que nous sachions quelle est la partie rejetée). Bien entendu, les sondés peuvent avoir d'autres causes de pénibilité à l'esprit *qui ne sont pas liées à l'accessibilité* (comme des crises institutionnelles, la faiblesse des salaires, le manque d'autonomie, l'inadéquation des locaux...), mais la question évoquait bien la « première cause de pénibilité », ce qui n'empêche pas qu'il y en ait d'autres.

Cette forte convergence sur l'impact des changements affectant les usagers trouve par ailleurs un **étalement contextuel dans les données relatives aux évolutions de la région bruxelloise** et de sa population (synthétisées dans le chapitre suivant). Bien entendu, la localisation des services dans les quartiers les plus défavorisés (comme ceux du « croissant pauvre ») ou la provenance des usagers de ces mêmes zones peuvent accroître ces sources de difficulté. La taille de notre échantillon n'est cependant pas assez importante pour autoriser des croisements par commune ou quartier.

Un autre aspect de cette étude est **l'impact négatif en retour de la pénibilité examinée ici sur l'accessibilité du service** (en termes de charge de travail, de temps, de disponibilité...). Cet aspect ressortait assez fort des groupes de discussion (cf. p. 19, point 2) et apparaît également dans l'enquête, mais de manière moins marquée : 82 sondés répondent que la pénibilité a « un peu » d'impact négatif sur l'accessibilité et 31 « beaucoup », alors que 61 disent qu'elle n'en a pas. A vrai dire, il n'est sans doute guère facile de distinguer d'abord la part de la pénibilité globale qui est liée à l'accessibilité du service (voir, sur ce point, l'incompréhension fréquente de la question 47 qui portait spécifiquement sur ce point), et puis dans quelle mesure cette part peut nuire en retour à l'accessibilité. C'est en tous cas plus difficile face à un questionnaire que dans un groupe dans lequel on aborde des exemples précis et concrets et où les choses peuvent être réexplicitées verbalement.

Par ailleurs, la **surcharge administrative croissante** dont témoignent les 56 directions/coordinations confirment ce que nous avons récolté dans les groupes de discussion.

4.1.2. Divergences ou nuances

D'autres aspects soulevés dans les groupes de discussion apparaissent moins marqués dans les résultats de l'enquête. Ainsi, la « **perte de sens du travail car les causes des problématiques sont hors de portée** », assez souvent évoquée dans les groupes, ressort moins des réponses au questionnaire (p. 29, tableau 13, question 32) : 72 répondant ne l'éprouvent jamais et 79 parfois, alors que 36 l'éprouvent souvent et 10 en permanence. L'admission de demandes en « dernier recours », même si pas totalement adéquate à l'offre du service, est un fait avéré par les sondés, mais plutôt « de manière occasionnelle » (93) que fréquemment (45) ou en permanence (11). De même, le cas d'une « offre très généraliste qui génère un afflux difficile à gérer et transférer » est mentionné « parfois » par 80 répondants, fréquemment par 29 et de manière permanente par 8. D'autres aspects plus intérieurs aux services, comme les horaires (question 10) ou la polyvalence (question 29) sont relativement peu mentionnés dans les réponses à l'enquête quantitative.

De manière plus générale, **les causes de pénibilité liées à certaines caractéristiques d'accessibilité de l'offre du service sont moins souvent mentionnées que celles liées à la demande** (population des usagers et leurs problématiques). Comme si - hypothèse à vérifier - le retour réflexif et critique sur la manière de gérer l'offre était plus difficile que l'attribution des difficultés aux usagers et à leurs problématiques, résultant de causes en arrière-plan et hors de portée. Mais « l'opacité du réseau et la complexité bruxelloise », qui renvoie, elles, à un autre étage institutionnel (celui de la « lasagne »)

sont quant à elles assez souvent choisies comme source de pénibilité (dans le domaine de l'orientation et de la coordination). Cette source de pénibilité apparaît en effet à la 13^e place (sur 32), 35 sondés seulement sur 222 répondant qu'elle ne survient jamais. Il apparaît donc en filigrane une certaine **hiérarchie des causes, d'abord extérieures, puis intermédiaires et enfin internes au service**, qui peut donner à penser que les répondants auraient tendance à imputer les difficultés plus à l'externe qu'à l'interne (dans le cadre de la thématique choisie, bien entendu).

4.2. Les évolutions à l'œuvre

Nous n'avons rien de très nouveau à ajouter sur les évolutions à l'œuvre concernant les liens et tensions entre les deux thématiques. En effet, en termes de dynamique évolutive, on retrouve les mêmes éléments apparentés, déjà évoqués.

Dans les groupes de discussion, ce sont les **transformations de la population des usagers**, tant qualitatives que quantitatives, qui sont fortement soulignées. Dans l'enquête par questionnaire, c'est **également la croissance d'usagers plus vulnérables socio-économiquement** et/ou moins « maîtres d'eux » psychologiquement qui est mentionnée très largement en tête, suivi des difficultés du processus d'aide consécutive à la paupérisation de nombreux usagers et à l'afflux des demandes. Le sentiment d'impuissance et la complexification accrue des situations viennent ensuite. Il y a dès lors une forte convergence de l'approche qualitative et quantitative, qui est par ailleurs congruente avec les évolutions de la région et du contexte socio-économique et culturel de nos sociétés, dans la région urbaine de Bruxelles en particulier.

Par ailleurs, une majorité de répondants considère que la pénibilité « toutes causes confondues » augmente un peu (103) ou fort (28), alors qu'une minorité pense qu'elle est stable (65) ou diminue (9). Sur ce point également, les données convergent de manière transversale, bien que nettement plus atténuée que dans nombre de groupes de discussions (notamment les services de santé mentale) où la situation apparaissait parfois de manière assez dramatique. Mais **la taille de l'échantillon nous empêche d'effectuer des croisements sectoriels significatifs**, ce qui concerne aussi le point suivant.

4.3. Variations sectorielles

Si l'approche qualitative avait pu dégager des spécificités sectorielles, parfois très fortes (surtout **entre l'aide à domicile et l'ambulatoire social-santé**), l'enquête quantitative a moins à apporter sur ce point, étant donné le nombre insuffisant de répondants. *Nous invitons dès lors le lecteur à se reporter aux synthèses sectorielles des groupes de discussion, publiées en annexe (page 59 à 89).*

Cependant, comme nous l'avons signalé, les questionnaires ont été remplis individuellement mais en face-à-face par petits groupes dans le cas des aides familiales et ménagères, ceci pour pouvoir apporter de l'aide ou des éclaircissements, si nécessaire¹⁴. Dans ce contexte, quelques données complémentaires ont été récoltées de manière qualitative. Elles indiquent certaines variations non négligeables entre services d'aide à domicile, qui peuvent influencer sur les tensions « accessibilité-pénibilité ». Ainsi, **la question des déplacements dans Bruxelles** peut être vécue très différemment

¹⁴ Nombre de ces professionnelles auraient peut-être éprouvé des difficultés à remplir le questionnaire de façon totalement auto-administrée.

selon que le **service n'intervient que dans un espace très restreint** (une petite commune ou un quartier) **ou couvre au contraire l'ensemble de la région**. Plusieurs services contactés sont dans le premier cas (proximité avec les pouvoirs communaux) et nombre de déplacements se font à pied ou en voiture personnelle, mais avec une carte de stationnement communale et dans un espace peu étendu. Il n'y a dès lors pas beaucoup de pénibilité au niveau des déplacements en ville. Certains services, qui couvrent toute la région, fonctionnent cependant par équipes de quartier et vivent des réalités très différentes en fonction de ceux-ci.

Les aide-ménagères et les aides-familiales font par ailleurs part de constats relativement similaires en termes de population (souvent des personnes âgées, mais pas seulement) : d'un côté, un appauvrissement (qui peut aller jusqu'à des problèmes d'achat de nourriture), de l'autre un certain nombre de personnes ayant des attitudes « difficiles » (assuétudes, santé mentale problématique, prise de médicaments modifiant l'humeur, troubles bipolaires, alcoolisme, agressivité...) qui peuvent rendre le travail pénible (« on nous prend parfois pour des psys, parfois pour des boniches »)..

5. Le contexte de la région de Bruxelles-Capitale

Comme nous l'avons pointé dans le rapport exploratoire de 2011, les situations rencontrées par les intervenants du champ social-santé ambulatoire et de l'aide à domicile sont indissociables de la situation géographique, sociodémographique, institutionnelle et économique de la région. C'est au sein de cet espace particulier, extérieurement spécifique par rapport aux autres régions du pays et intérieurement clivé en sous-ensembles très contrastés, que les problématiques vécues, impactant notamment le sujet de cette étude, prennent sens et que les évolutions se marquent. Afin de ne pas alourdir le texte de considérations déjà développées ailleurs (notamment dans les rapports successifs de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale), nous nous centrons ici de manière synthétique sur les lignes de force qui caractérisent la région et ses populations (le pluriel s'impose, la diversité se marquant sur les axes sociologiques, démographiques, économiques et culturels). Ceci afin de donner une plus grande intelligibilité aux données exposées dans les chapitres précédents.

5.1. Un territoire exigü, composite et cloisonné

L'espace où vivent 1.147.043 habitants (Registre national au 19 janvier 2013), 17.606 personnes inscrites dans le Registre d'attente (au 1^{er} janvier 2011), 12.300 personnes ayant un statut diplomatique auxquelles s'ajoutent des dizaines de milliers de personnes en situation irrégulière, est une ville-région fortement urbanisée, d'une superficie de 161 km² enclavée en Région flamande. Elle est très diverse, voire fragmentée, dans ses composantes internes, autant en termes de populations, d'habitat, d'urbanisme et de qualité de vie. Les cartes produites par le Monitoring des quartiers ou par l'IGEAT montrent que de multiples facteurs associés distinguent les zones, les communes et les quartiers bruxellois : structure par classe d'âge, origine, revenus, taux d'emploi, confort des logements, espace, appréciation de la tranquillité, qualité de l'air, risque de mauvaise santé perçue...

La répartition géographique du bien-être (hors îlots de pauvreté dans les communes riches et de richesse dans les communes pauvres, ainsi que de fortes variations selon les quartiers, voire les rues), correspond peu ou prou à l'ancienne partition entre le haut et le bas de la ville, y compris à l'intérieur du pentagone¹⁵. À l'Est et au Sud de la vallée de la Senne et du canal, les communes à niveau socio-économique élevé allant de Woluwé Saint Lambert à Uccle ; à l'Ouest et au Nord, les communes à niveau moyen de Jette, Ganshoren, Berchem et Koekelberg ; et au Centre les communes du « croissant pauvre »¹⁶ et à niveau socio-économique bas de Schaerbeek, Saint Josse, Bruxelles, Saint Gilles, Molenbeek et Anderlecht. Entre l'Est et le Centre, les communes à niveau moyen de Forest, Ixelles, Etterbeek et Evere¹⁷. Cette spatialisation de la structure socioéconomique et socioculturelle de la population a un effet sur la problématique des services ambulatoires, même si d'autres facteurs

¹⁵ Comme l'écrit Isabelle PAUTHIER « Cette dualisation du territoire reflète un clivage traditionnel de l'espace urbain bruxellois, même si celui-ci n'a jamais été absolu (...). La vallée industrielle de la Senne, puis du canal, est occupée par l'industrie et les habitations ouvrières mais aussi par des commerçants et petits artisans plus aisés. Les collines du Sud et de l'Est sont accaparées dès le Moyen-Age par les classes dirigeantes, qui cohabitent avec des artisans, des commerçants et d'autres catégories de population qui vivent dans leur orbite. » dans *Dehors les bourgeois ou dedans le peuple ? La gentrification à Bruxelles*, Politique, mai-juin 2012.

¹⁶ L'expression proviendrait de « croissant de pauvreté » dans une étude de 1995 (MISTAEN, MEERT et KESTELOOT).

¹⁷ Données provenant du *Baromètre social 2012* de l'Observatoire de la santé et du social Bruxelles. Voir les cartes pp. 18 (« Revenu médian par déclaration ») et 57 (« Typologie socio-économique des communes de la Région bruxelloise »). De nombreuses cartes sont disponibles sur le site « Monitoring des quartiers » géré par l'Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse : <https://monitoringdesquartiers.irisnet.be/>

interviennent, hors la proximité géographique. Une maison médicale, un service de santé mentale ou un centre de planning familial à Saint-Josse n'ont pas la même problématique qu'à Watermael-Boitsfort, de même que les aidants à domicile qui se rendent dans ces différentes communes.

Comme souligné par nombre d'experts, la situation socioéconomique de la population bruxelloise n'est pas sans relation avec son statut de ville-région, dans un contexte de globalisation économique et de désindustrialisation. En tant que zone urbaine, de surcroît métropole internationale et capitale européenne située au centre du continent, la région bruxelloise a attiré et attire encore, d'un côté, de nombreux migrants pauvres et peu qualifiés (ou aux qualifications non reconnues) qui y résident et, de l'autre, génère des emplois tertiaires qualifiés qui sont occupés par des travailleurs de l'OCDE ou des travailleurs belges, en partie établis à l'extérieur de la région (51,9 % des emplois en 2008, EURES, 2012). Il en résulte un taux de chômage important pour une fraction croissante de la population vivant sur le territoire de la région et une « exportation » via l'IPP de richesses produites par Bruxelles vers les territoires de son hinterland où sont domiciliés ces travailleurs plus qualifiés. D'où un « manque à gagner » et un « trop à dépenser », notamment pour les politiques sociales et de santé régionales. Bref, une « région riche peuplée de pauvres », si on peut résumer ainsi le paradoxe bruxellois, à affiner avec les variations internes vues plus haut.

5.2. Des institutions fragmentées

Les propos tenus par plusieurs interlocuteurs sur la « lasagne institutionnelle » et les difficultés rencontrées pour objectiver l'offre des services ambulatoire dans la Région, notamment lors de la collecte de données pour l'Étude préparatoire à l'élaboration de la programmation des services ambulatoires en Région bruxelloise (ESP/ULB-CBCS, 2012), indiquent la fragmentation régionale, et ceci à différents niveaux : celles des pouvoirs agréant et subsidiant (régionaux mono-ou bicommunautaires, communaux, communautaires et fédéraux), celle des autorités locales, mais aussi celle des services parfois « à tiroirs » (agrément multiples, missions hors agrément, subsides croisés, etc.). A de nombreuses reprises, des responsables de services nous ont fait savoir, par exemple, que le clivage entre « services CoCoF » et « services CoCom » n'avait guère de sens pour eux. La fragmentation et parfois l'opacité du réseau peuvent produire des effets à différents niveaux. Les usagers peuvent peiner à s'y retrouver (aspect « visibilité des services et de l'offre », dans la question de l'accessibilité), les travailleurs peuvent perdre du temps dans le maquis des institutions, les responsables peuvent s'arracher les cheveux face à la complexité des agréments et des subsides (voire se trouver face à des exigences contradictoires ou peu compatibles), les chercheurs perdre un temps précieux à tenter d'objectiver le puzzle bruxellois. Il n'est pas improbable que beaucoup d'énergie puisse être perdue dans les « frottements » générés par autant de complexité et d'opacité, et ceci à tous les niveaux. Les impacts de la sixième réforme de l'État, dont un avant-goût a été donné par Jean-Paul NASSAUX, auteur d'un Courrier Hebdomadaire du CRISP sur le sujet¹⁸, lors d'une après-midi organisée par le CBCS, vont peut-être simplifier les choses, avec sa composante des accords du 20 septembre 2011 sur la « simplification intrabrugeoise ». Comme le note le collaborateur du CRISP : « La simplification intrabrugeoise a été avancée par les partis flamands qui en faisaient une condition au refinancement de Bruxelles. L'exigence d'une rationalisation de la

¹⁸ *Les aspects bruxellois de l'accord de réformes institutionnelles du 11 octobre 2011*, CRISP, 2012. Certains s'interrogent sur la lenteur, le calendrier et les modalités de la mise en oeuvre de l'accord. Cf. notamment : *Transfert de compétences : « Y-a-t-il quelqu'un à bord ? »*, Julien WINKEL, Alter Echos n° 349, 16 novembre 2012.

répartition des tâches entre les différents intervenants publics à Bruxelles, et plus particulièrement entre la Région et les communes, est exprimée par les partis flamands de Bruxelles depuis plusieurs années. Du côté francophone, on soupçonne certaines préoccupations communautaires dans la volonté flamande de régionaliser davantage de compétences aux dépens des communes, les Flamands ne disposant pas dans celles-ci des mêmes garanties de représentation politique. Toutefois, la question n'est pas seulement communautaire, certains secteurs de la société civile bruxelloise rejoignant l'approche flamande sur ce point. Il était donc prévisible que la simplification intrabrugeoise figure à l'agenda des négociations institutionnelles préparatoires à la sixième réforme de l'Etat. »¹⁹ Paul PALSTERMAN, auteur d'un autre courrier hebdomadaire (*Les aspects sociaux de l'accord de réformes institutionnelles du 11 octobre 2011*, CRISP, 2012), invité d'une seconde après-midi d'information du CBCS (mai 2013), craint notamment une « balkanisation » de Bruxelles.

5.3. Une population de plus en plus hétérogène

La diversité bruxelloise fut pendant longtemps celle de sa population belge de souche, composée de Brabançons néerlandophones, de Brabançons francophones, de Flamands et de Wallons. Mais ce melting-pot belgo-belge - immortalisée par la figure du « zinneke », au point d'en faire une parade symbolisant l'identité régionale - fut complexifié par les flux migratoires en provenance d'Europe méridionale (Italie, Espagne, Portugal, Grèce...), du Maghreb, de Turquie, d'Afrique subsaharienne, d'Europe centrale et orientale - ainsi que par les Bruxellois de générations ultérieures « issus » de ces migrations. S'y ajoutent les « migrants riches » en provenance de l'OCDE, principalement de l'UE. Le développement de la mobilité (des personnes et des messages) maintient sans doute plus qu'avant les liens avec le pays ou la région d'origine, et, dès lors, l'hétérogénéité de la population. Cette diversité croissante ne se reflète pas dans l'éventail des nationalités ; comme l'écrit l'Observatoire dans son Baromètre social 2012 : « Vu le nombre important de naturalisations, la nationalité actuelle ne peut que partiellement rendre compte de la diversité des origines et des cultures de la population bruxelloise ». Le Baromètre 2012 souligne à la même page en citant une étude (DEBOOSERE et alii, 2009) : « Bruxelles est typiquement une ville d'immigrés, de gens qui sont nés en dehors de son territoire et qui viennent y vivre à un moment de leur existence ». 50 % de la population bruxelloise est « originaire de l'étranger ou née de parents immigrés ». Selon le *Taalbarometer* mis en place par la VUB, 88.5 % des bruxellois maîtrisent le français, 29.7 % l'anglais, 23.1 % le néerlandais, 17.9 % l'arabe (chiffres de 2012, *Brussel nieuws.be*, 20 mars 2013).

La grande diversité de la population bruxelloise, dans une région composite déjà marquée par la complexité institutionnelle, produit bien entendu des effets sur les services dont nous parlons dans ce rapport. Ceci tantôt sur le versant de l'accessibilité du côté de la visibilité, de l'accueil ou du processus, tantôt sur celui de la pénibilité (la question des langues, de la diversité socioculturelle des usagers mais aussi des intervenants). Par ailleurs, une partie non négligeable de la population bruxelloise cumule une situation de relégation socioéconomique, inscrite sur le territoire, et de distance culturelle qui peut accroître les difficultés vécues par les usagers et/ou par les intervenants.

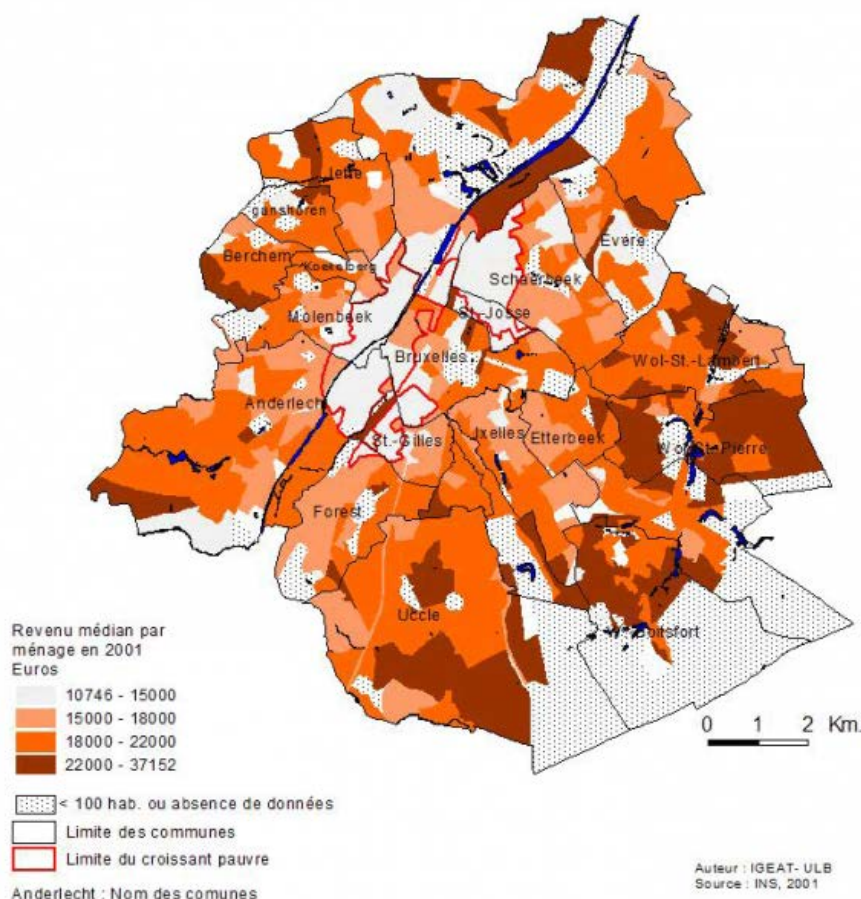
5.4. L'Iris et le croissant pauvre

L'expression « croissant pauvre » fait désormais partie du vocabulaire cartographique bruxellois de base. Il désigne la localisation d'une partie de la population cumulant les indicateurs de pauvreté, de

¹⁹ Dans la synthèse du 25/1/2012 sur le site du CBCS : <http://www.cbcs.be/default.asp?contentID=1132>

mal-logement, de mauvaise santé, d'espérance de vie plus réduite, de faible niveau de formation. Entre le croissant pauvre²⁰ bruxellois et les quartiers aisés, la différence d'espérance de vie serait de cinq ans, ce qui fait dire à un géographe de l'IGEAT : « Cette différence de cinq ans est la même que celle qui existe entre l'espérance de vie de la Belgique et des pays comme le Sri Lanka et l'Algérie. Mais nous sommes ici dans une ville, avec huit kilomètres de distance entre les deux quartiers en question »²¹. La carte ci-dessous permet de visualiser le « croissant pauvre » (les données datent de 2001) dans le contexte de la distribution du revenu médian par ménage selon les quartiers.

Figure 3 : Revenu médian par ménage et par quartier, localisation du « croissant pauvre », 2001



Contrairement à la situation française où les banlieues pauvres se trouvent en périphérie, Bruxelles a des « banlieues intérieures » qui occupent principalement le milieu de la région, là où le lit de la Senne avait creusé une vallée et alimenté les plaines marécageuses où poussait naguère l'iris, élu comme emblème régional en mai 1991. Avec la révolution industrielle, cette vallée est devenue un axe de communication (canal de Willebroek, chemin de fer) et la zone industrielle de la ville où vivait une importante population ouvrière. C'est souvent dans cette même zone que se sont ensuite fixées les populations ouvrières migrantes originaires du sud durant les « golden sixties ». Ces quartiers du croissant pauvre dans la « ville basse » sont aussi caractérisés par une forte natalité, une proportion

²⁰ Le terme prête aux associations d'idées par proximité sémantique, notamment avec le « croissant fertile » de nos livres d'histoire ou avec « le croissant » de l'Islam (voir *L'Iris et le Croissant* de Felice DASSETO, 2011). Mais il semble avoir été choisi parce que la zone concernée a la forme d'un croissant de boulangerie.

²¹ Pierre MARISSAL, cité dans *L'agenda interculturel* n° 275, septembre 2009, « Les 20 ans à/de Bruxelles : le charme discret de la reproduction sociale ».

importante de jeunes et une croissance démographique (solde naturel + solde migratoire). « D'une manière générale, c'est dans ces derniers quartiers [ceux du croissant pauvre] que la présence d'enfants de tous âges est la plus élevée (...). Le croisement avec d'autres caractéristiques telles que les types de ménages, les nationalités, le niveau d'instruction et le taux d'émigration montre qu'il s'agit, pour le croissant pauvre, de quartiers défavorisés, où se concentrent des familles principalement d'origine turque et maghrébine. Ce sont également des quartiers que l'on quitte plus rarement que d'autres, que les "blocages" à la sortie soient subis (effet de ségrégation sociale et/ou ethnique) ou volontaires (souhait de rester "entre soi", au milieu de gens que l'on connaît et avec lesquels on partage des valeurs culturelles). » (source : IBSA, *Monitoring des quartiers*, 2009).

Comme le souligne et l'explique un peu différemment la note de synthèse *La population bruxelloise : un éclairage démographique* (DEBOOSERE et alii, Brussel Studies, 2009) : « Un changement important accompagnant l'accroissement récent de la population est le fait que les parents avec des enfants en bas âge restent vivre en ville plus souvent que par le passé. Ce n'est pas la conséquence du fait que la ville serait devenue plus accessible aux enfants. (...) La raison fondamentale de ce phénomène est qu'un nombre croissant d'enfants naît dans des familles moins aisées pour lesquelles la solution de la suburbanisation en vue d'un meilleur logement à un prix abordable n'est pas toujours envisageable. (...) Quand on ventile le nombre des naissances en fonction des communes, on constate le plus fort taux de croissance dans les communes pauvres de la première couronne (...) L'analyse des certificats de naissance démontre qu'en Région de Bruxelles-Capitale environ 28 % des enfants sont nés dans des foyers dont les parents ne disposent d'aucun revenu professionnel ».

Si le « croissant pauvre » se caractérise par une continuité spatiale entre ses différentes parties (de Schaerbeek à Forest), visible sur la carte, il existe des « îlots de pauvreté » dans d'autres communes, y compris dans les communes aisées de la « ville haute » à l'Est et à l'Ouest de la vallée de la Senne, notamment dans des ensembles de logements sociaux (comme au Nord de Woluwé Saint-Lambert) ou dans des parties basses de la ville haute (comme « le bas d'Ixelles » près de la place Flagey - mais pas du côté des étangs d'Ixelles - et le long du Maelbeek vers « le bas d'Etterbeek »).

5.5. Boom démographique et bombe sociale ?

Depuis quelques années, les données économiques et sociodémographiques concernant la région bruxelloise font état d'une évolution qui alarme d'aucuns (cf. le dossier « SOS Bruxelles » du journal *Le Soir* de mai 2013) : *boom* démographique et croissance du nombre de bénéficiaires de revenus de remplacement. Des « ciseaux » semblent s'ouvrir entre la courbe d'emplois et celle de la population, sans parler du niveau de rémunération des travailleurs peu qualifiés par rapport au coût de la vie à Bruxelles. Bien entendu, cette dynamique doit également être interprétée en tenant compte de la morphologie interne de la région : c'est souvent dans les quartiers pauvres ayant un fort taux de chômage que la croissance démographique est la plus forte, avec pour conséquence que les zones de tensions présentes et à venir risquent d'être localisées mais explosives. L'analyse de ce phénomène doit par ailleurs faire la part entre les déterminants structurels et ceux plus conjoncturels (espérons-le...), comme la crise financière, puis économique et sociale, enclenchée à l'automne 2008.

En matière démographique, le tournant se situe en 1995 et ne s'est pas inversé depuis lors, ce qui signifie que la région connaît une croissance continue depuis 17 ans. Le niveau maximal de la population bruxelloise, atteint à la fin des « golden sixties », a été rattrapé et dépassé en 2009. La croissance démographique non seulement se maintient mais elle s'accélère depuis le début du XXI^e

siècle. Comme le rapporte le *Baromètre social 2012*, « Les projections démographiques (Bureau du plan et Direction générale statistique, 2011) prévoient une augmentation de 35 % de la population bruxelloise sur la période 2010-2060 (ainsi, on passerait de 1.089.538 habitants en 2010 à 1.475.200 habitants en 2060) ». Les tableaux ci-dessous donnent une idée de l'évolution démographique depuis 1980 par commune de la région bruxelloise, en comparaison avec les autres régions du pays. La population a continué de décliner entre 1980 et 1995, puis a recommencé de croître.

Tableau 21 : Evolution de la population bruxelloise par commune de résidence

| Evolution démographique de la population bruxelloise 1980-2013 selon la commune de résidence | | | | | | | | |
|---|------------------|------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-----------------------------|
| Années-repères au 1er janvier | | | | | | | | |
| | 1980 | 1990 (1) | 1995 | 2000 (2) | 2005 | 2010 | 2013 (3) | Croissance 2000-2013 |
| Anderlecht | 95.969 | 89.231 | 87.920 | 87.812 | 93.808 | 104.647 | 113.036 | + 29% |
| Auderghem | 31.174 | 29.143 | 29.316 | 28.804 | 29.265 | 30.811 | 32.302 | + 12% |
| Berchem | 18.792 | 18.566 | 18.653 | 18.735 | 19.968 | 22.185 | 23.381 | + 25% |
| Bruxelles | 143.957 | 136.706 | 135.681 | 133.859 | 142.853 | 157.673 | 166.487 | + 24% |
| Etterbeek | 46.650 | 39.641 | 38.727 | 39.404 | 41.097 | 44.352 | 46.065 | + 17% |
| Evere | 29.772 | 29.685 | 29.819 | 31.348 | 33.069 | 35.803 | 37.294 | + 19% |
| Forest | 51.314 | 47.178 | 45.577 | 45.555 | 47.555 | 50.258 | 53.661 | + 18% |
| Ganshoren | 21.593 | 20.581 | 20.003 | 19.757 | 20.609 | 22.589 | 23.582 | + 19% |
| Ixelles | 76.545 | 73.128 | 72.309 | 73.174 | 77.729 | 80.183 | 84.197 | + 15% |
| Jette | 40.361 | 38.769 | 38.855 | 39.749 | 42.250 | 46.818 | 49.384 | + 24% |
| Koekelberg | 16.129 | 16.096 | 16.176 | 16.211 | 17.721 | 19.812 | 21.009 | + 30% |
| Molenbeek | 70.958 | 68.904 | 68.406 | 71.219 | 78.520 | 88.181 | 94.151 | + 32% |
| Saint-Gilles | 47.932 | 43.579 | 42.663 | 42.458 | 43.733 | 46.981 | 49.836 | + 17% |
| St-Josse | 21.749 | 21.511 | 21.522 | 22.097 | 23.142 | 26.338 | 27.008 | + 22% |
| Schaerbeek | 109.005 | 104.768 | 102.599 | 105.692 | 110.375 | 121.232 | 128.045 | + 21% |
| Uccle | 75.861 | 75.402 | 74.040 | 74.221 | 74.976 | 77.589 | 80.231 | + 8% |
| Watermael-B. | 24.965 | 24.960 | 24.543 | 24.773 | 24.314 | 24.260 | 24.465 | - 1% |
| Woluwe-St-L. | 46.823 | 48.141 | 47.077 | 46.528 | 47.845 | 50.749 | 52.461 | + 13% |
| Woluwe-St-P. | 39.166 | 38.396 | 37.694 | 37.922 | 37.920 | 39.077 | 40.448 | + 7% |
| Région bxl. | 1.008.715 | 964.385 | 951.580 | 959.318 | 1.006.749 | 1.089.538 | 1.147.043 | + 20% |
| Brabant f. | 926.217 | 963.283 | 995.266 | 1.014.704 | 1.037.786 | 1.076.924 | 1.100.584 | + 8% |
| Brabant w. | 285.767 | 315.358 | 336.505 | 349.884 | 363.776 | 379.515 | 388.429 | + 11% |
| Région f. | 5.618.952 | 5.739.736 | 5.866.106 | 5.940.251 | 6.043.161 | 6.251.983 | 6.376.425 | + 7% |
| Région w. | 3.227.443 | 3.243.661 | 3.312.888 | 3.339.516 | 3.395.942 | 3.498.384 | 3.559.276 | + 7% |
| Belgique | 9.855.110 | 9.947.782 | 10.130.574 | 10.239.085 | 10.445.852 | 10.839.905 | 11.082.744 | + 8% |

Source: SPF Economie - Direction Générale Statistique et Information Economique (DGSIE)
 (1) Un changement d'ordre méthodologique est intervenu dans l'élaboration des chiffres de la population à partir de 1988 (2) Radiation des demandeurs d'asile lors du calcul de la population totale au cours de 1995 (3) Registre national au 19/1/2013

Les données montrent le nombre de résidents bruxellois par commune, dans l'ensemble de la région, dans la périphérie brabançonne, dans les autres régions et pour la Belgique. En 2013, le quatuor de tête par commune est Bruxelles, Schaerbeek, Anderlecht et Molenbeek. La croissance de la population entre 2000 et 2013 a été de 20 % pour Bruxelles, contre 8 % pour la Belgique, 7 % pour la Flandre et la Wallonie, 11 % pour le Brabant wallon et 8 % pour le Brabant flamand. Remarquons la forte augmentation entre 2011 et 2013 : 57.505 bruxellois supplémentaires en deux ans.

La dynamique de décroissance puis de croissance sur le plus long terme est lisible lorsque l'on montre l'évolution avec 1980 comme « base 100 », ce que nous avons fait dans le tableau suivant.

Tableau 22 : Evolution de la population bruxelloise par commune de résidence (1980 = 100)

| Evolution démographique de la population bruxelloise 1980-2013 selon la commune de résidence. | | | | | | | | |
|--|-------------|----------------|---------------|----------------|---------------|---------------|----------------|--|
| Densité de population au km² | | | | | | | | |
| Années-repères au 1er janvier. 1980 = base 100 %. | | | | | | | | |
| | 1980 | 1990(1) | 1995 | 2000(2) | 2005 | 2010 | 2013(3) | Densité km² 2013 |
| Anderlecht | 100% | 93% | 92% | 92% | 98% | 109% | 118% | 6.370 |
| Auderghem | 100% | 93% | 94% | 92% | 94% | 99% | 104% | 3.576 |
| Berchem | 100% | 99% | 99% | 100% | 106% | 118% | 124% | 7.927 |
| Bruxelles | 100% | 95% | 94% | 93% | 99% | 110% | 116% | 5.106 |
| Etterbeek | 100% | 85% | 83% | 84% | 88% | 95% | 99% | 14.627 |
| Evere | 100% | 100% | 100% | 105% | 111% | 120% | 125% | 7.432 |
| Forest | 100% | 92% | 89% | 89% | 93% | 98% | 105% | 8.588 |
| Ganshoren | 100% | 95% | 93% | 91% | 95% | 105% | 109% | 9.605 |
| Ixelles | 100% | 96% | 94% | 96% | 102% | 105% | 110% | 13.271 |
| Jette | 100% | 96% | 96% | 98% | 105% | 116% | 122% | 9.792 |
| Koekelberg | 100% | 100% | 100% | 101% | 110% | 123% | 130% | 17.919 |
| Molenbeek | 100% | 97% | 96% | 100% | 111% | 124% | 133% | 15.980 |
| Saint-Gilles | 100% | 91% | 89% | 89% | 91% | 98% | 104% | 19.739 |
| St-Josse | 100% | 99% | 99% | 102% | 106% | 121% | 124% | 23.644 |
| Schaerbeek | 100% | 96% | 94% | 97% | 101% | 111% | 117% | 15.730 |
| Uccle | 100% | 99% | 98% | 98% | 99% | 102% | 106% | 3.502 |
| Watermael-Boitsfort | 100% | 100% | 98% | 99% | 97% | 97% | 98% | 1.892 |
| Woluwe-St-Lambert | 100% | 103% | 101% | 99% | 102% | 108% | 112% | 7.261 |
| Woluwe-St-Pierre | 100% | 98% | 96% | 97% | 97% | 100% | 103% | 4.570 |
| Région bxl. | 100% | 95,6% | 94,3% | 95,1% | 99,8% | 108,0% | 113,7% | 7.108 |
| Brabant flamand | 100% | 104,0% | 107,5% | 109,6% | 112,0% | 116,3% | 118,8% | 523 |
| Brabant wallon | 100% | 110,4% | 117,8% | 122,4% | 127,3% | 132,8% | 135,9% | 356 |
| Région flamande | 100% | 102,1% | 104,4% | 105,7% | 107,5% | 111,3% | 113,5% | 472 |
| Région wallonne | 100% | 100,5% | 102,6% | 103,5% | 105,2% | 108,4% | 110,3% | 211 |
| Belgique | 100% | 100,9% | 102,8% | 103,9% | 106,0% | 110,0% | 112,5% | 363 |

Source: SPF Economie - Direction Générale Statistique et Information Economique (DGSIE), calcul CBCS
 (1) Un changement d'ordre méthodologique est intervenu dans l'élaboration des chiffres de la population à partir de 1988
 (2) Radiation des demandeurs d'asile lors du calcul de la population totale au cours de 1995
 (3) Registre national au 19/1/2013

Globalement, on constatera que le taux de croissance de la région bruxelloise *entre 1980 et 2013* est inférieur à celui des deux Brabant, mais supérieur à ceux de la Belgique, de la Wallonie et de la Flandre. On constate par contre une accélération de la croissance bruxelloise entre 2000 et 2013. Au niveau des communes bruxelloises, les taux de croissance plus élevés que la moyenne régionale, concernent par ordre de grandeur décroissant : Molenbeek, Koekelberg, Evere, St Josse, Berchem, Jette, Anderlecht, Schaerbeek et Bruxelles. Toutes les communes riches du quadrant Sud-est de la ville ont une croissance inférieure à la moyenne, et parfois une légère décroissance (Watermael-Boitsfort). Les croissances les plus fortes s'observent dans les communes le plus peuplées, comme Bruxelles, Schaerbeek, Anderlecht et Molenbeek. Par ailleurs, les données relatives à la densité de la

population par km² montrent des écarts considérables entre communes (et sans doute entre quartiers), avec les situations extrêmes de Watermael-Boitsfort (1.892 habitants au km²) et Saint-Josse (23.644 habitants au km²). Outre Watermael, parmi les communes les moins densément peuplées, celles du quadrant Sud-est : Uccle, Auderghem, Woluwé-St-Pierre (Woluwé Saint-Lambert fait exception). Notons la relative faible densité de Bruxelles-ville, essentiellement due aux espaces peu construits extérieurs au pentagone (Laeken, Neder-over-Hembeek, Haren, Bois de la Cambre).

Tableau 23 : nombre de personnes bénéficiant d'un revenu de remplacement (2007 - 2011)

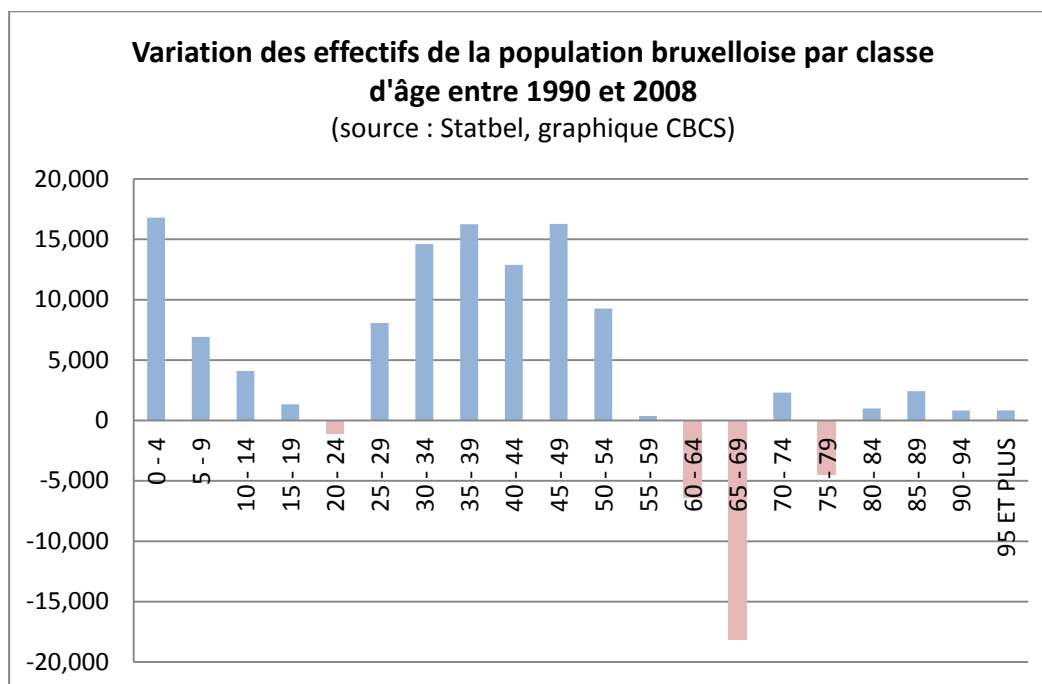
| Nombre de personnes bénéficiant d'un revenu de remplacement ou d'une aide sociale, par catégorie d'âge, janvier 2007-2011, région bruxelloise | | | | | | | | | | |
|--|-------------------|---------------|-------------------|---------------|-------------------|---------------|-------------------|---------------|-------------------|---------------|
| | Janv. 2007 | | Janv. 2008 | | Janv. 2009 | | Janv. 2010 | | Janv. 2011 | |
| Jeunes (18-25) | 91.897 | 100 % | 93.462 | 100 % | 96.260 | 100 % | 97.729 | 100,0% | 101.310 | 100,0% |
| CPAS : RIS ou équivalent | 6.776 | 7,4 % | 7.177 | 7,7 % | 7.596 | 7,9 % | 8.449 | 8,6 % | 9.199 | 9,1% |
| Allocation de chômage | 9.153 | 10,0 % | 8.264 | 8,8 % | 8.202 | 8,5 % | 9.150 | 9,4 % | 8.382 | 8,3% |
| Allocation pour handicapés | 353 | 0,4 % | 516 | 0,6 % | 535 | 0,6 % | 743 | 0,8 % | 680 | 0,7% |
| Nombre total de jeunes avec allocation | 16.282 | 17,7 % | 15.957 | 17,1 % | 16.333 | 17,0 % | 18.342 | 18,8 % | 18.261 | 18,0% |
| Population active (18-64) | 653.054 | 100 % | 667.026 | 100 % | 682.109 | 100 % | 696.717 | 100 % | 717.900 | 100% |
| CPAS : RIS ou équivalent | 24.897 | 3,8 % | 27.562 | 4,1 % | 28.708 | 4,2 % | 31.853 | 4,6 % | 35.128 | 4,9% |
| Allocation de chômage | 96.843 | 14,8 % | 91.409 | 13,7 % | 91.847 | 13,5 % | 102.147 | 14,7 % | 98.929 | 13,8% |
| Allocation pour handicapés | 10.438 | 1,6 % | 11.198 | 1,7 % | 11.532 | 1,7 % | 12.388 | 1,8 % | 12.967 | 1,8% |
| Nombre total de 18-64 ans avec allocation | 132.178 | 20,2 % | 130.169 | 19,5 % | 132.087 | 19,4 % | 146.388 | 21,0 % | 147.024 | 20,5% |
| Personnes âgées (≥ 65 ans) | 152.778 | 100 % | 152.045 | 100 % | 151.609 | 100 % | 152.079 | 100 % | 152.500 | 100% |
| GRAPA | 11.489 | 7,5 % | 11.514 | 7,6 % | 12.028 | 7,9 % | 13.258 | 8,7 % | 14.153 | 9,3% |
| CPAS : RIS ou équivalent | 1.234 | 0,8 % | 1.349 | 0,9 % | 1.376 | 0,9 % | 1.443 | 0,9 % | 1.422 | 0,9% |
| Allocation pour handicapés | 8.153 | 5,3 % | 8.155 | 5,4 % | 8.363 | 5,5 % | 8.803 | 5,8 % | 9.124 | 6,0% |
| Nombre total de personnes ≥ 65 ans avec allocation | 20.876 | 13,7 % | 21.018 | 13,8 % | 21.767 | 14,4 % | 23.504 | 15,5 % | 24.699 | 16,2% |
| Total population ≥ 18 ans | 805.832 | 100 % | 819.071 | 100 % | 833.718 | 100 % | 848.796 | 100 % | 870.400 | 100 % |
| Total personnes avec allocation | 153.054 | 19,0 % | 151.187 | 18,5 % | 153.854 | 18,5 % | 169.892 | 20,0 % | 171.723 | 19,7 % |

Août 2012. Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Source : SPP intégration sociale, ONEM, SPF Sécurité Sociale, Office national des pensions. Calcul CBCS pour le total général (ainsi que la correction du total 2011 pour les bénéficiaires d'allocations 18-64 ans et 65 ans et plus : l'Observatoire indique 147.172 au lieu de 147.024).

Les données relatives aux revenus de remplacement et à l'aide sociale (RIS ou équivalent, allocation de chômage, allocation de handicapé et GRAPA) montrent une légère croissance depuis 2007 dans les trois catégories d'âge (18-25 ; 18-64 ; 64+). Plus de 170.000 Bruxellois vivaient d'un revenu de remplacement ou d'une aide sociale en 2011 : 50.703 de l'aide sociale (RIS + GRAPA), 22.091 d'une

allocation pour personne handicapée, 98.929 d'une allocation de chômage. Soit un peu moins de 20 % de la population de 18 ans et plus en 2012²². Notons la croissance régulière chez les plus de 65 ans (de 13.7 % en 2007 à 16.2 % en 2011), ce qui fournit un indice sur le fait que ce sont peut-être les retraités pauvres qui restent à Bruxelles alors que les retraités plus aisés (surtout entre 60 et 69 ans, comme l'indique la figure ci-dessous) quittent plus facilement la région.

Figure 4 : Variation de la population bruxelloise par classe d'âge quinquennale



Ces données montrent la croissance des classes d'âge inférieures à 15 ans, indicatrices d'une forte hausse de la natalité, puis celles des « jeunes actifs » entre 25 et 50 ans, due en partie aux flux migratoires nationaux (étudiants et jeunes professionnels) et internationaux entrants, compensant largement les flux sortants des migrations internes (souvent composées de jeunes ménages des classes moyennes avec enfants cherchant une maison). Ceci explique « la présence spectaculaire des jeunes adultes à Bruxelles » (DEBOOSERE et alii, 2009). Enfin, on constate une décroissance à la fin de la cinquantaine, avec une chute importante pour les classes d'âge entre 60 et 70 ans, alors que les personnes âgées de plus de 80 ans sont en légère augmentation. Ce phénomène peut s'interpréter par l'émigration hors région de jeunes retraités (sans doute les plus aisés, y compris des résidents étrangers qui retournent au pays). Mais dans les années à venir, la population âgée sera surtout issue de l'immigration : « La situation va changer relativement brutalement avec l'arrivée à la retraite de la population issue de l'immigration arrivée dans les années 60 et 70, une population qui n'a ni les mêmes facilités financières ni le même capital santé » (M. DE SPIEGELAERE, *Le Soir*, 6/5/2013).

En termes d'emplois, certains n'hésitent pas à parler d'une « bombe sociale », 20,5 % des actifs de la région étant en demande d'emploi²³, soit plus de cent mille personnes. Comme nous l'avons souligné plus haut, de très nombreux emplois situés à Bruxelles ne sont pas occupés par des habitants de la

²² Selon EUROSTAT relayé par *Le Monde* du 3/12/2012 : « Près du quart de la population de l'Union européenne, soit près de 120 millions de personnes, était menacé de pauvreté ou d'exclusion sociale en 2011 »

²³ En mars 2013, le taux de chômage à Bruxelles était de 20.5 % (source : Observatoire bruxellois de l'emploi, rapport mensuel mars 2013) avec un maximum à St Josse (29.6 %) et un minimum à Woluwé St Pierre (9.7 %).

région. Mais l'argument d'un manque de formation ne semble pas la seule explication. Une étude récente effectuée à l'ULB (Marion ENGLERT, 2013) semble indiquer que d'autres facteurs sont en cause que la simple inadéquation entre emplois hautement qualifiés et niveau de formation. L'économiste pointe d'abord le fait que le taux de chômage est aussi plus élevé pour tous les niveaux de qualification à Bruxelles, non seulement par rapport aux autres régions belges, mais aussi par rapport à d'autres villes-régions européennes, comme Brême, Hambourg ou Séville. L'auteur pointe dès lors des facteurs bruxellois spécifiques : l'insuffisance des emplois disponibles pour les bruxellois résidents dans les 19 communes ; le handicap des personnes d'origine étrangère (« pratiquement tous les navetteurs sont nés en Belgique, tandis que près de la moitié des chômeurs du supérieur sont nés à l'étranger »), avec notamment la question de la validation des diplômes étrangers, le capital social, les connaissances linguistiques ; la méconnaissance du néerlandais perçu par nombre de demandeurs comme « l'obstacle le plus récurrent à l'emploi » - méconnaissance qui constitue un handicap important par rapport aux navetteurs dont les deux tiers viennent de Flandre (ndlr : et connaissent le français). 48 % des offres d'emplois reçues par ACTIRIS spécifient des exigences linguistiques, dont 90 % exigent la connaissance des deux langues nationales. Il semble donc bien y avoir une forte spécificité bruxelloise en termes de chômage, liée à son statut de ville-région bilingue peuplée par un nombre croissant de personnes d'origine étrangère.

Notons par ailleurs que c'est dans la région bruxelloise que le « coefficient de Gini » (mesurant les inégalités de revenus) est le plus élevé en Belgique (chiffres de 2008, avant les effets de la crise financière)²⁴ et qu'il a le plus augmenté entre 1990 et 2008. La région est donc non seulement plus pauvre mais aussi plus inégalitaire que les autres. Il est probable que le phénomène s'est accentué depuis 2008, comme en témoignent nombre de fédérations dans leurs rapports sectoriels 2012.

5.6. Impact sur les services ambulatoires et d'aide à domicile

Il va de soi que ces données contextuelles impactent le quotidien des services dont il est question ici, avec bien entendu des variations, notamment en fonction de leur implantation géographique, de leurs missions, de leurs ressources et de leur organisation. Comme nous l'avons vu, les thèmes de l'accessibilité de l'offre des services et de la pénibilité du travail, en particulier, en sont affectés. Ces impacts du contexte bruxellois peuvent concerner au moins trois niveaux qui interagissent la plupart du temps entre eux : les usagers, les intervenants et les services (individuellement ou en réseau).

Ce sont EN PREMIER LIEU LES USAGERS des services qui sont concernés par le contexte bruxellois, par le simple fait qu'ils en constituent un aspect essentiel et le subissent au quotidien. Bien entendu, tous les usagers ne sont pas issus du « croissant pauvre » et certains services, comme les CAT, ont relativement peu affaire à ces populations. Même s'il est difficile de faire une évaluation quantitative, on peut poser l'hypothèse qu'une part importante des usagers est issue des fractions défavorisées de la population. L'article 2 du Décret précise, pour « l'action sociale », que cette dernière « vise prioritairement à lutter contre des situations de précarité et d'exclusion caractérisées par des problèmes multiples et complexes. » On ajoutera que, en matière de soins ambulatoires, les maisons médicales ont vocation à intervenir auprès de populations plus défavorisées. Une extension quantitative et qualitative des situations de précarité a dès lors un impact immédiat sur nombre de services. Par ailleurs, les changements dans les langues parlées ou maîtrisées par la population bruxelloise, notamment celle des communes les plus défavorisées, sont un facteur important.

²⁴ Voir l'ouvrage collectif *Pauvreté en Belgique. Annuaire 2013* (Acco, 2013), pp. 389 et 390.

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

Comme l'ont souligné certains de nos interlocuteurs, les caractéristiques sociodémographiques de la Région ont aussi des effets sur celles DES INTERVENANTS, qui proviennent en partie de la même région. Si, pendant longtemps, les intervenants étaient majoritairement belges de souche, cela semble (bien logiquement) moins le cas, avec de fortes variations par secteur²⁵. Par ailleurs, sous l'angle socioéconomique, les politiques favorisent l'engagement de personnes « éloignées de l'emploi » au sein des associations à travers divers dispositifs d'aide à l'emploi ('ACS) ou d'insertion (Activa, CPE, PTP, Article 60...). Les transformations de la population bruxelloise aboutissent, avec un certain décalage temporel, à des changements de celle des intervenants des services ambulatoires et surtout d'aide à domicile.

Enfin, DU CÔTÉ DES SERVICES, la « lasagne institutionnelle » régionale et les faiblesses financières de la Région due à l'érosion des revenus fiscaux (IPP et délocalisation d'entreprises en périphérie) rendent difficile la mise en œuvre d'une politique sociale et de santé ambulatoire cohérente, dotée de moyens suffisants. La faiblesse des moyens et l'émiettement des compétences peuvent produire des effets sur l'accessibilité des services et la pénibilité de certains aspects du travail. Par ailleurs, les caractéristiques et les évolutions sociodémographiques de la Région ont un impact quantitatif et qualitatif sur les services par le biais de la croissance des usagers et de leurs problématiques, ou de la décroissance de certains (comme les personnes âgées). La pauvreté et la diversité croissantes de la population, les changements démographiques (naissances et flux migratoires, rajeunissement), les variations locales sur les nombreuses variables que nous avons évoquées plus haut (revenus, logement, santé, langue, culture...), la structuration sociologique des lieux de résidence (qui fait que les pauvres vivent dans des quartiers et des logements de pauvres) touchent les services. A priori, d'abord ceux qui sont implantés dans les quartiers défavorisés, ceux qui effectuent de l'aide à domicile dans ces mêmes quartiers et ceux qui, bien que localisés ailleurs, reçoivent des usagers en provenance de ces zones (ou de « poches de pauvreté » au sein de communes plus aisées).

Les données du rapport exploratoire de décembre 2011 indiquaient que LA LOCALISATION DES SIÈGES D'ACTIVITÉ correspondait peu ou prou aux variations de l'indice de richesse par commune. 86 sièges d'activités se trouvaient en effet dans les communes dont l'indice de richesse était inférieur à la moyenne de la région, 33 dans les communes avec indice inférieur à la moyenne belge mais supérieure à la moyenne bruxelloise, et seulement 21 dans les communes avec un indice supérieur à la moyenne belge. Si l'on fait la différence entre les sièges d'activité des services ambulatoires et des services d'aide et de soins à domicile (travaillant moins avec l'environnement immédiat), on constate que plus de 86 % des « sièges ambulatoires » sont situés dans les communes dont l'indice de richesse est inférieur à la moyenne belge.

Ce constat renforce l'hypothèse d'une exposition forte de ces services à l'augmentation de la pauvreté et de ses effets. Une analyse plus fine montre cependant des variations entre secteurs. Les

²⁵ Nous ne possédons cependant pas de données sur le lieu de résidence et/ou l'origine des travailleurs engagés au sein des 139 agréments concernés par cette étude. Nous nous basons ici sur les informations fournies par les acteurs de terrain lors des groupes de discussion de 2011.

SSM, par exemple, sont majoritairement situés dans des communes dont l'indice est supérieur à la moyenne régionale, alors que c'est l'inverse pour les MM (très majoritairement situées dans les communes pauvres²⁶) et que la répartition est égale pour les CPF. Certaines communes n'étaient pas ou peu couvertes par des services CoCoF, comme Ganshoren, Evere, Koekelberg, Berchem Saint Agathe, Anderlecht. Les communes ayant le moins de sièges d'activité par habitant se situent toutes à l'ouest ou au nord de la région. Ces communes, plus néerlandophones, sont elles davantage couvertes par des services agréés et subsidiés par la COCOM ou autres ? Ce point devrait être vérifié plus finement²⁷.

Regard éloigné

Bien entendu, la perception et le vécu de la région de Bruxelles-capitale peuvent varier grandement selon la position que l'on y occupe, son origine, sa culture et son parcours personnel. Le journaliste français Jean QUATREMER n'aura pas la même impression qu'un Bruxellois « de souche », qu'un Wallon, qu'un Flamand, qu'un migrant ou qu'un réfugié. Ceci vaut bien entendu également pour les professionnels de l'intervention social-santé, en interaction permanente avec une fraction de la population bruxelloise en situation de détresse socioéconomique et de santé physique ou mentale.

Ainsi, vu par un réfugié caucasien, ayant éprouvé rejet et discrimination en Russie, Bruxelles (où il s'est établi avec sa famille depuis plus d'un an) apparaît comme une ville paisible, multiculturelle, tolérante et accueillante, comme il en témoigne dans un article :

« Pour moi, Bruxelles est une des villes d'Europe où la vie est la plus confortable, car il y règne un climat propice au bien-être psychologique : c'est idéal pour qui souhaite y vivre, travailler, élever ses enfants. L'incroyable confort, presque « familial », qui baigne la capitale belge m'a imprégné dès mes premiers jours à Bruxelles : il a contribué à me remonter le moral et comme une contagion positive, m'a rendu patient et serein, à l'image de la majorité des Bruxellois. (...) Un autre fait singulier pour les personnes originaires de Russie est la tolérance désintéressée des Bruxellois vis-à-vis des personnes de nationalité, d'ethnie ou de confession différentes. Il me semble que cette tolérance fait partie de l'inconscient collectif, de la culture et de la vision du monde de la plupart des habitants de la ville. En Russie, c'est le contraire. Les personnes d'apparence caucasienne, asiatique ou africaine sont rejetées par la majeure partie de la population de Russie centrale et le phénomène ne fait que s'accroître avec le temps, provoquant des réactions tout aussi hostiles. À Bruxelles, quelle que soit sa couleur de peau ou la forme de ses yeux, on ne se sent pas mal à l'aise. (...) Je voudrais faire part d'une autre impression que j'ai de la Belgique : ici, l'État s'efforce de garantir une vie normale aux citoyens les plus démunis, et également aux pensionnés, ce qui n'est pas du tout le cas en Russie, où plus de la moitié de la population vit dans une grande pauvreté, alors que le pays compte plus de milliardaires que toute l'Europe ! »

Boris KORKMAZOV, *Impressions sur la ville. Bruxelles un an après*, Revue nouvelle, mai 2013

²⁶ Voir à ce sujet la carte de la localisation des maisons médicales en fonction du revenu médian par secteur statistique, établie par la Fédération des maisons médicales, *Rapport sectoriel des maisons médicales bruxelloises*, année 2012, page 29. Le *Rapport sectoriel des Organismes de Coordination : secteur de la santé mentale*, 2013, page 1, mentionne la « Priorité pour l'agrément de services de santé mentale au Nord de Bruxelles, zone à laquelle il faudrait ajouter celle de l'ouest de Bruxelles ».

²⁷ Mais selon nos informations, la CoCom ne subsidie que 5 services de santé mentale, 4 aide aux justiciables et une dizaine de Centres de service social privés dont certains intégrés aux mutualités. Voir : <http://www.ccc-ggc.irisnet.be/fr/institutions-agreees/aide-aux-personnes/aide-aux-personnes>.

6. Brève synthèse de l'étude : le foyer et le pourtour

Nous tenterons de ramasser ici les enseignements qui nous apparaissent essentiels au terme du volet « étude » de la DEQ-T, tout en renvoyant le lecteur vers le corps du rapport pour plus de détails et d'arguments - cette synthèse ne pouvant s'y substituer. Si ce travail nécessite un effort d'écriture et de rigueur de la part de l'auteur, il suppose évidemment que le lecteur fasse preuve d'attention dans sa lecture. Ceci implique notamment de bien situer l'objet de l'étude et la question qui la sous-tendait, de prendre connaissance des démarches mises en œuvre « sous contrainte » (de temps, de moyens, mais aussi de participation des secteurs) pour y répondre, puis d'analyser les principaux éléments de réponse donnés par le terrain dans son contexte.

L'objet de l'étude, sa problématique et les moyens mis en œuvre

PRÉCISONS D'EMBLÉE DE JEU QUE L'OBJET DE L'ÉTUDE FUT DÉTERMINÉ par les partenaires sociaux du champ ambulatoire social-santé bruxellois francophone (les douze secteurs agréés par la CoCoF dans le cadre du « décret ambulatoire ») et résulte d'un « compromis » entre eux. Les uns étaient sensibles à *l'accessibilité des services* aux usagers, les autres à *la pénibilité du travail*. Il en a résulté le projet d'analyser les tensions possibles entre accessibilité des services et pénibilité du travail. En d'autres mots : certains aspects de l'accessibilité des services engendrent-ils de la pénibilité et cette dernière, telle que générée notamment par la première, peut-elle réduire l'accessibilité ? Résumons ceci par une question simple : « *faire le maximum pour être accessible aux usagers ne risque-t-il pas de rendre le travail pénible sous certains aspects et nuire, en retour, à la qualité de l'accessibilité ?* » L'analyse de cette question nécessite d'examiner au préalable les notions d'accessibilité et de pénibilité, puis de repérer les dimensions de ces variables. Les réponses des intervenants de terrain doivent par ailleurs être contextualisées dans le cadre du champ ambulatoire, de la situation et de la dynamique globale de la région de Bruxelles-Capitale.

→ « ÊTRE ACCESSIBLE » AUX USAGERS, ce n'est pas si simple direz-vous, et vous avez sans doute raison. Cette qualité suppose en effet que le service et son offre soient « visibles », connus directement ou indirectement de ses bénéficiaires potentiels ; que son accès physique et/ou symbolique ne soit pas trop difficile ; que l'admission à ses prestations n'arrêtent ou n'inhibent pas certains usagers ; que le processus d'intervention ne fasse pas obstacle ; et enfin - *last but not least* - que les bénéficiaires des services aient un accès à la « sortie » du processus d'aide, qu'ils ne soient pas (hors maladie chronique, grand âge ou handicap) « usagers à vie » des services ambulatoires. Soit parce que ceux-ci - *horresco referens!* - ne seraient pas, individuellement ou collectivement, adaptés ou seraient inefficients, soit parce que le contexte global (socio-économique, culturel, institutionnel, urbain...) serait en bonne partie à l'origine des demandes et ne cesserait dès lors d'alimenter le flux des usagers, nouveaux ou récurrents. Il va sans dire que ces facteurs explicatifs peuvent se cumuler. Par ailleurs, l'accessibilité des services suppose bien entendu que les usagers potentiels désirent y avoir recours et qu'ils ne se « débrouillent » pas autrement, ce qui est bien leur droit.

→ « ÉPROUVER DE LA PÉNIBILITÉ » DANS L'EXERCICE DE SON TRAVAIL est une assertion qui mérite aussi d'être dépliée. Tout d'abord, nous ne parlons pas ici de la pénibilité inhérente à certaines activités professionnelles, notamment dans les secteurs du « travail sur et avec autrui ». Ces métiers, comme le décrit pertinemment la BOBET²⁸, « supposent un investissement personnel

²⁸ « Boîte à Outils du Bien-être au Travail », publiée par l'Association Bruxelloise pour le Bien-être au Travail (ABBET) en mars 2013. Voir BOBET en ligne : <http://www.abbet.be/>

face aux difficultés et aux souffrances des bénéficiaires et à celles de leur entourage. Le travailleur y est moralement, psychologiquement et physiquement exposé. Lorsqu'on est quotidiennement confronté à la détresse, à la répétition de situations dures et aux impasses, il faut, dit-on "prendre sur soi". Mais pour trouver du sens à son travail et le poursuivre, il s'agit aussi de "prendre pour soi", en ayant à sa disposition le temps, l'espace, et les échanges qui soutiennent la manière de vivre ces situations. » Par conséquent, poursuit la BOBET, le bien-être au travail « ce n'est pas "du confort mou, ouaté", peu valorisant, ennuyeux, et carrément déprimant. Les travailleurs sont formés, ils développent des compétences, veulent agir, quitte à se mettre en jeu. Le bien-être c'est aussi faire évoluer son travail, s'investir, être créatif. »

→ LA PÉNIBILITÉ DONT IL EST QUESTION ICI EST DÈS LORS CELLE QUI VIENT SE SURAJOUTER aux difficultés intrinsèques du métier, tout en s'y entremêlant souvent - le partage des deux aspects n'est bien entendu pas délimité au cordeau. Par ailleurs, il ne s'agit pas de la pénibilité en général, mais bien de celle qui se noue à l'accessibilité des services, dans ses dimensions quantitatives et qualitatives : surcharge de travail par afflux croissant des demandes, découragement face à la complexification de situations et l'empilement des problématiques, perte de sens par impossibilité d'agir sur les causes de nombre d'entre elles, débordement par le caractère trop généraliste ou « fourre-tout » de certains services...

LES MOYENS MIS EN ŒUVRE POUR RÉPONDRE À LA QUESTION DE DÉPART ont été de quatre ordres :

1. La rencontre d'acteurs de terrain (90 au total) dans le cadre de « groupes de discussion » sectoriels collectifs, centrés sur les thèmes et leurs tensions éventuelles ;
2. la mise à l'épreuve des principaux résultats de ces groupes au moyen d'une enquête par questionnaire administré auprès d'un échantillon d'intervenants des services (222 au total) ;
3. la mise en perspective des résultats engrangés dans le contexte du « ambulatoire social-santé » et dans celui de la Région de Bruxelles-Capitale (avec les différentes variables qui le déterminent) ;
4. ce travail a bien entendu impliqué une recherche documentaire sur les thématiques concernées, dont on trouvera des références en fin de volume.

Les résultats engrangés par l'étude résultent du croisement de toutes ces données à partir du foyer que constitue l'objet de la DEQ-T. Et, comme dans les chaumières ou les usines, le foyer éclaire aussi le pourtour qui, par ailleurs, l'alimente de manière plus ou moins continue.

Les résultats de l'étude

→ UN PREMIER RÉSULTAT DE L'ÉTUDE (en tous cas pour le chercheur) DÉCOULE DE LA « CARTOGRAPHIE » du champ ambulatoire, associée aux témoignages des acteurs de terrain dans les groupes de discussion. Elle a permis de mieux prendre la mesure de la complexité de l'ambulatoire social-santé bruxellois (CoCoF), sédimentation d'initiatives historiques pour la plupart privées et « chapeauté » depuis 2009 par un décret unique, relatif à douze types d'agrément. Cette complexité est la résultante de nombreux facteurs que nous ne pouvons lister exhaustivement dans cette synthèse : variété des secteurs, des missions et des services ; association d'un ou plusieurs agréments CoCoF à des initiatives propres aux services ou à des missions relevant d'autres niveaux de pouvoir ; interprétations variées des missions décrétales parfois « à étages » ; cultures institutionnelles et/ou référents théoriques variables ; adaptation à la diversité des publics et aux implantations locales dans la région, etc. A cette complexité du champ vient s'ajouter celle de la « lasagne » institutionnelle bruxelloise (empilement des niveaux

de pouvoir, diffraction des politiques, cloisonnement des services, duplication de certains d'entre eux...), qui rend une cartographie complète et un cadastre²⁹ exhaustif de l'offre pour le moins difficile. Comme nous le verrons, des sondés de l'enquête par questionnaire font part de difficultés liées à « l'opacité du réseau et à la complexité bruxelloise ». Cet élément contextuel ne semble dès lors pas sans impact sur l'accessibilité des services et la pénibilité du travail.

→ LA RENCONTRE DE NONANTE INTERVENANTS ACTIFS DANS LES DOUZE SECTEURS, au sein de groupes de discussion sectoriels réunis sur base volontaire³⁰, a permis d'engranger plusieurs résultats concernant la cartographie et les deux thématiques de la DEQ-T. Le premier, en lien avec le paragraphe qui précède, concerne la meilleure connaissance de la variété et de la variabilité des missions, ainsi que la complexité du champ. Nous venons de l'évoquer et n'y revenons pas. Le second concerne les dimensions vécues localement de l'accessibilité des services et de la pénibilité du travail, ainsi que les liens pouvant exister entre eux. Sans généraliser abusivement les constats - résultant de l'expression d'un nombre restreint de participants dans le contexte d'une dynamique de groupe, avec parfois des variations importantes entre eux - et sous réserve des résultats de l'enquête quantitative, quelques lignes fortes en ont résulté. On peut en dégager trois majeures, ainsi qu'une spécificité pour les travailleurs qui interviennent à domicile.

1. Le facteur qui transparaît le plus au travers de ces rencontres est la pénibilité du travail liée aux changements perçus par les intervenants du côté des usagers et des problématiques dont ils sont porteurs. Ceci concerne l'augmentation « en volume » du nombre de personnes ayant recours aux services, la complexification des situations (intrication de nombreuses difficultés) et le changement d'attitude des usagers (parfois plus exigeants, violents, déstructurés). Cette pression, qui résulte de l'accessibilité des services à un flux croissant de bénéficiaires porteurs de situations plus complexes et enchevêtrées, peut rendre les services moins accessibles (moins de temps consacré aux personnes, disponibilité restreinte ...).
2. Un autre facteur transversal, qui lie pénibilité et accessibilité, est le sentiment qu'ont beaucoup d'intervenants de recevoir des demandes qui débordent plus ou moins largement leurs moyens matériels et humains d'action, demandes face auxquelles ils se sentent impuissants. D'où le sentiment de perte de sens, d'un travail de Sisyphe, etc.
3. Dans le même ordre de réalités, nombre de services disent accueillir des usagers dont la problématique ne correspond pas vraiment à leur spécificité, mais qu'ils décident de prendre en charge malgré tout, car ils se sentent un « dernier recours » pour ces personnes. Ceci peut les conduire à étendre leur offre en proposant des services qui ne font pas nécessairement partie de leur mission de base, ce qui peut engendrer à son tour un afflux de demandes, etc. Comme si l'afflux incitait à une extension de l'approche, pourtant déjà globale.
4. Des facteurs spécifiques apparaissent chez les intervenants à domicile, qu'ils soient ou non actifs dans des services d'aide domicile (SAD, CCSSD, SSPC) : il s'agit surtout des difficultés de déplacements à Bruxelles, de l'insécurité vécue ou perçue dans certains quartiers et/ou à certaines heures du jour et/ou à certains domiciles, et des troubles psychiques de certains usagers (cette question de la « santé mentale » dégradée des usagers apparaît cependant un peu partout). L'accessibilité des interventions à domicile génère dès lors de la pénibilité sur ces axes.

²⁹ Les résultats de l'étude « Programmation » sur son volet « cadastre » sont significatifs à cet égard. Voir COPPIETERS Yves, CREMERS Amélie, *Etude préparatoire à l'élaboration de la programmation des services ambulatoires en Région bruxelloise : Rapport final*, Projet CoCoF / Ecole de santé publique de l'ULB, 2012.

³⁰ Les participants n'étaient pas mandatés par leur secteur pour exprimer un point de vue « officiel » sur les questions, mais bien invités à s'exprimer sur leur perception locale et vécue des problématiques.

→ NOMBRE DE FACTEURS QUI DÉTERMINENT EN DERNIER RESSORT les accroissements des demandes en volume et en complexité apparaissent hors de portée des secteurs, voire de la CoCoF et de la Région bruxelloise, dans la mesure où ils sont tributaires de déterminants institutionnels belgo-belges (financement et compétences de la Région), macroéconomiques et macro-sociaux (économie de la région, situation de l'emploi, logement, flux migratoires), voire macro-psychiques (effets psychiques de mutations sociales, comme « le déclin du symbolique » selon certains professionnels), l'individualisation de l'existence, la labilité des liens de couple et familiaux, la fragilisation des ressources de la « garde rapprochée », etc. En d'autres mots *les transformations globales de la société se réfractent sur la problématique des services à travers le prisme régional bruxellois et celui du champ de ses services ambulatoires*. Par ailleurs, on peut supposer que l'intensité maximale des tensions entre accessibilité et pénibilité concerne certains services dans certains lieux, et que cette intensité diminue lorsque l'on s'éloigne de ce foyer, en fonction de différents paramètres (quartier, identité et pratiques du service).

→ L'ENQUÊTE PAR QUESTIONNAIRE AUPRÈS D'UN ÉCHANTILLON DE 222 INTERVENANTS de terrain³¹, travaillant dans tous les secteurs, a permis de tester différentes hypothèses³² qui ressortaient des groupes de discussion, dont celles que nous venons d'énumérer. Cette phase était nécessaire afin de consulter une plus large base d'intervenants, choisis de manière plus représentative et par ailleurs invités à s'exprimer de manière *individuelle* et confidentielle. Si l'on retrouve les mêmes tendances de fond que celles qui s'étaient exprimées dans les groupes de discussion (avec des variations sectorielles et locales), elles apparaissent parfois un peu plus atténuées. Ceci s'explique aisément : les participants aux groupes étaient par définition plus motivés et plus « militants » et sans doute plus désireux de faire passer un message à travers l'étude ; la dynamique des groupes de discussion n'échappe pas à certains effets d'entraînement, même si l'organisation de ceux-ci veillait scrupuleusement à la prise de parole de chacun à tour de rôle.

Si l'on examine les dix items qui génèrent le plus de tensions, on peut constater que sept d'entre eux concernent les caractéristiques des usagers et des problématiques dont ils sont porteurs, et que les trois autres sont relatives aux difficultés d'y faire face dans le chef des intervenants. La complexité accrue des situations et l'attitude « difficile » d'usagers « en difficulté » (vulnérabilité, agressivité, problèmes de santé mentale) vient très nettement en tête, suivie du sentiment d'impuissance face à la lourdeur des situations qui donnent souvent l'impression d'être sans issue. La grande pauvreté entrave les processus d'aide en centrant les usagers, souvent dans des situations d'urgence, sur les « besoins immédiats ». Par ailleurs, l'afflux quantitatif des usagers peuvent mettre les services en difficulté, d'autant que la diversité de la population bruxelloise n'est pas sans générer des obstacles linguistiques et culturels au processus d'aide ou de soins. Enfin, les intervenants peuvent souffrir en ne sachant pas bien « poser des limites » à leur aide et en vivant difficilement les résonances personnelles des problèmes qu'ils rencontrent jour après jour. *Les réponses données par l'échantillon de 222 travailleurs de tous les secteurs correspondent donc assez bien au facteur principal issu des groupes de discussion : les changements perçus par les intervenants du côté des usagers et des problématiques dont ils sont porteurs.*

Notons par ailleurs qu'un hypothèse très forte (associant plusieurs facteurs) issue de nombreux groupes de discussion, à savoir que « la première cause de la pénibilité est l'afflux croissant

³¹ La réactivité un peu lente du terrain n'a malheureusement pas permis de dépasser ce nombre, qui devait être plus élevé au départ, pour atteindre une meilleure représentativité de l'échantillon.

³² « Hypothèses » est à prendre dans le sens de réponses provisoires à la question de départ de l'étude, fournies par les participants aux groupes de discussion sectoriels, et dont il s'agit de vérifier la validité.

d'usagers vivant des situations de plus en plus complexes sur lesquelles notre travail n'a que peu ou pas de prise », est considéré comme correspondant « fort » à la situation vécue par 44 sondés sur 222 alors que 132 considèrent que « ce n'est qu'une partie du problème ».

Conclusion

Hors la pénibilité intrinsèque des métiers et le caractère « incompressible » de certains aspects de l'accessibilité (qui est bien entendu aussi tributaire d'une démarche individuelle ou collective des usagers : prise de conscience d'un problème à résoudre, recherche d'une remédiation offerte par un service CoCoF, contact avec le service, engagement dans une procédure...), l'étude met en évidence une série de facteurs de « saturation » d'un certain nombre de services et/ou d'intervenants CoCoF, dans le contexte bruxellois. Nous les distinguons ici pour l'analyse, mais le lecteur gardera à l'esprit qu'ils interagissent souvent.

1. Le premier facteur est incontestablement lié aux évolutions de la population bruxelloise, y compris dans ses variations locales : sa diversification en termes d'origine et de statut, son rajeunissement et sa croissance, sa pauvreté en augmentation dans nombre de quartiers, sa difficulté d'accès à un emploi et à un logement décent, un certain délitement des solidarités de proximité (de voisinage et/ou de la « garde rapprochée ») et des changements d'habitus culturel impactent les flux d'usagers autant quantitativement que qualitativement.
2. Ces impacts, surtout perceptibles dans certaines zones et pour certains services, interagissent avec le champ ambulatoire et son offre dans sa globalité (CoCoF, CoCom et autres). Comme l'indiquent les réponses des sondés à l'enquête quantitative, cette offre apparaît parfois « complexe et opaque », ce qui n'est pas sans générer certaines difficultés en termes d'accès et de pénibilités au travail³³. Par ailleurs, l'approche globale parfois très extensive de petits services disséminés peut augmenter l'effet de saturation.
3. Dans ce contexte, maintenir une accessibilité maximale peut engendrer une pénibilité dans certains cas, donner le sentiment d'un « travail à la chaîne » qui génère en retour une disponibilité moindre (passagère ou régulière) des intervenants et/ou du réseau.
4. Enfin, les transformations du mode d'interaction entre intervenants et usagers qui, comme dans d'autres secteurs de la société, tend à « s'horizontaliser », voire à s'inscrire parfois dans une culture consumériste du « tout tout de suite », semble participer avec d'autres facteurs à une croissance des tensions avec les services. Il n'est pas toujours facile de faire le partage (d'autant que les causes et les effets peuvent se cumuler) entre « l'augmentation des problèmes de santé mentale » (pour des raisons de fermeture des lits hospitaliers et/ou de phénomènes macro-sociaux), la culture consumériste, le modèle culturel « horizontal », etc.

Bien entendu, cette étude n'a pas pu « sonder les cœurs et les reins » des intervenants, dans la mesure où ils étaient invités à s'exprimer, soit de manière collective, soit de manière individuelle, mais par le biais d'un questionnaire à réponses fermées. Une autre approche, plus « anthropologique » aurait consisté à explorer la question de la DEQ-T par le biais d'interviews approfondies et de séquences d'observation participante, dans les services, ce qui aurait donné des informations qualitativement plus fines mais quantitativement très localisées. D'autre part, le fait de collecter des données auprès des seuls intervenants concernés peut générer des « angles morts ». Comme pour tout dans ce bas monde, il a fallu choisir et donc renoncer.

³³ A titre d'exemple et comme le soulignait les principaux intéressés eux-mêmes (voir le « groupe de concertation » ad hoc de l'étude « Programmation »), l'offre des services d'aide et de soins à domicile est particulièrement opaque et difficile à identifier. Le sousigné s'est souvent perdu dans les dénominations.

7. Annexes

7.1. Rencontres sectorielles exploratoires (modalités, dates et participants) en 2011

Nous avons tenté de réunir des panels les plus représentatifs possibles, mais sans dépasser 15 personnes. Des raisons de timing et de disponibilité des équipes ne nous ont pas permis, à chaque fois, de rassembler autant de monde que nous aurions souhaité.

Dans la mesure du possible, nous avons tenté de faire une seule réunion d'une demi-journée par secteur. Cela n'a pas toujours été faisable pour des raisons de temps ou de clivage interne entre travailleurs et employeurs. C'est pour cette raison que, dans certains cas, nous avons rencontré des services individuellement (comme pour les deux centres d'accueil téléphonique ou certains CASG), dans d'autres, nous avons scindé la rencontre travailleurs et la rencontre employeurs (important secteur de l'aide à domicile).

Les rencontres ont fait l'objet d'une retranscription intégrale qui a été, sauf exception concertée avec nos interlocuteurs, envoyée à tous les participants pour éventuels ajouts ou corrections. Les synthèses sectorielles qui suivent ont été rédigées à partir des retranscriptions.

Tableau 24 : Rencontres sectorielles organisées en 2011

| Secteur | Section | Date rencontre | Nombre de participants (personnes) | Nombre total d'agrément par secteur en 2011 |
|--|--------------------------|--|------------------------------------|---|
| Services de santé mentale | Ambulatoire | Jeudi 16 juin | 9 | 22 |
| Services actifs en matière de toxicomanie | Ambulatoire | Mardi 5 juillet | 11 | 15 |
| Centres d'action sociale globale | Ambulatoire | Jeudi 24 mars, Espace P mercredi 11 mai, Tels Quels le vendredi 20 mai | 8 | 10 |
| Centres de planning familial | Ambulatoire | Jeudi 7 juillet | 9 | 24 |
| Maison médicales | Ambulatoire | Mercredi 1 ^{er} juin | 12 | 33 |
| Services de médiation de dettes | Ambulatoire | Mardi 4 octobre | 3 | 6 |
| Services d'aide aux justiciables | Ambulatoire | Jeudi 9 juin | 5 | 4 |
| Services "espaces-rencontres" | Ambulatoire | Lundi 23 mai | 2 | 2 |
| Centres d'accueil téléphonique | Ambulatoire | CPS mardi 1 ^{er} mars et T-A mardi 22 mars | 8 | 2 |
| Centres de coordination de soins et de services à domicile | Aide et soins à domicile | Lundi 28 mars | 6 | 5 |
| Services de soins palliatifs et continués | Aide et soins à domicile | Jeudi 22 septembre | 3 | 6 |
| Services d'aide à domicile | Aide et soins à domicile | Mardi 17 mai travailleurs, lundi 30 mai employeurs | 14 | 7 |
| Σ général | | | 90 | 136 |

7.2. Synthèses des rencontres sectorielles exploratoires (extraites du rapport exploratoire)

1. Services de santé mentale - SSM, rencontre du 16 juin 2011 (9 participants)

ACCESSIBILITÉ

1. Elle concerne les usagers, d'un côté, et les professionnels « tiers-envoyeurs », de l'autre.
2. Le plus gros obstacle à l'accessibilité, c'est l'excès des demandes par rapport à la capacité des services, mais aussi la complexité et la lourdeur des situations (cumul de problèmes). Les SSM, s'ils mettent en place des actions pour améliorer l'accès, se trouvent ensuite souvent en difficulté pour faire face aux nouvelles demandes que ces actions ont générées.
 - a. Tous les SSM seraient débordés par les demandes, « poussés dans les cordes ».
 - b. Face à cet afflux (phénomène qui n'existait pas avant), un filtre « souple » souvent utilisé est la zone géographique et/ou la situation financière.
 - c. Importance de l'accueil que chaque SSM organise de manière spécifique pour faire face à l'afflux et la diversité des demandes (avec des dispositifs et équipes spécifiques pour le premier accueil, les enfants, adolescents...).
 - d. Dans certains cas, les horaires peuvent très extensibles (jusqu'à 22 heures).
 - e. Des demandes peuvent concerner des problématiques qui ne sont pas directement liées à la santé mentale (dernier recours pour obtenir « des papiers » permettant d'obtenir un « avantage » social, par exemple). L'indication d'un rdv en santé mentale n'est pas toujours pertinente (« vous devez aller voir un psy » quand une personne souffre psychiquement de sa détresse matérielle). Ceci explique en partie l'afflux croissant.
 - f. Diverses formes d'instrumentalisation des SSM (par services sociaux ou usagers).
 - g. SSM peuvent être tentés de « santémentaliser » les usagers pour les protéger.
 - h. Personnes envoyées par les CPAS pour voir si les personnes sont aptes au travail.
 - i. Nécessité d'étaler les rdv dans le temps face à l'afflux.
3. La population la plus éloignée des SSM est celle qui est la plus « déstructurée », notamment les personnes sans domicile fixe ou sans-abri, mais aussi des « poches de pauvreté » cachées dans des communes riches, comme Woluwé-St-Pierre.
 - a. Il faut dès lors aller à la rencontre de certaines populations (notamment à domicile dans certains cas, mais c'est « chronophage ») ou passer par des intermédiaires (entourage, proches, voisins).
 - b. Importance du « bouche à oreille » ou du « téléphone arabe » pour faire connaître les SSM, notamment les proches des personnes.
 - c. Dans les communes riches, il n'y a pas le tissu associatif qui peut faire relais.
4. Tout ce qu'évoque le mot « santé mentale », qui fait peur.
 - a. Mais il faut bien « appeler un chat un chat » et ne pas « tourner autour du pot ».
5. L'obstacle de la langue et de la culture (liée ou non à la religion), qui implique de recourir souvent à des interprètes internes ou externes.
 - a. SSM font parfois office de « médiateurs culturels ».
 - b. Demandeurs d'asile qui se font « passer pour fous ».
 - c. Problématique des post trauma de demandeurs d'asile.
 - d. Problématique particulière des personnes sourdes.
6. La population adolescente ne vient pas facilement dans les SSM (culture de l'immédiateté, de l'urgence). Ce sont les « parents pauvres » des SSM.

7. Importance, cependant, de ne pas trop se spécialiser, de demeurer un lieu d'accueil généraliste où les usagers ne sont pas réduits à leur symptôme.

PÉNIBILITÉ

1. Situation très problématique pour la grande majorité des participants (mais pas tous), avec des variations entre SSM et fonctions exercées au sein de ceux-ci.
2. L'afflux des demandes et leur complexité sont une source de pénibilité (dans les deux sens du mot), car les SSM n'ont plus « les moyens de leur ambition ».
 - a. Surcharge de travail, les gens sont malmenés. Impression de « travailler à la série ». Travail à domicile parfois non négligeable (lecture, écriture, correspondance...).
 - b. Le « hiatus » (terme souvent utilisé) ou « porte-à-faux » entre l'idéal, la formation suivie, et la réalité concrète est une source de frustration, de démotivation, voire de burn-out, de congés de maladie de longue durée.
 - c. L'instrumentalisation des demandes donne un sentiment d'inutilité.
 - d. Impuissance par rapport à la lourdeur des situations et la faiblesse des moyens.
3. La société va mal, c'est de cela que beaucoup de gens souffrent, et les SSM se sentent la « dernière ligne » pour recevoir la souffrance qui en découle et face à laquelle ils se sentent impuissants.
 - a. Des choses qui relèvent du social sont énoncées dans le champ de la santé.
 - b. Mais il faut quand même répondre aux besoins.
4. Logique de suspicion à l'égard des SSM et de contrôle des individus croissante de la part du pouvoir. Mais travailleurs parfois obligés de « tricher » pour obtenir certains avantages, ce qui peut les rendre complices de dysfonctionnements qu'ils ont dès lors plus de mal à dénoncer.
5. Malgré le relais qui est fait vers les politiques, rien ne change.
 - a. Découragement, impuissance, agressivité.
6. Lutte des places et antagonisme entre secteurs qui « doivent se battre les uns contre les autres ».
7. Développement d'un nouveau discours psychiatrique (DSM IV, etc.) centré sur le symptôme, qui « découpe les gens en morceaux » et ne prend plus l'histoire du patient en compte.
 - a. Sentiment d'être « les derniers des Mohicans », des « attardés qui font encore de la psychanalyse ».
 - b. Difficultés de recrutement de psychiatres, « une espèce en voie de disparition ».
8. Notion mécaniste et marchande de l'aide : les problématiques doivent être traitées en autant de séances et prises en charge de telle manière.
9. Importance de l'équipe comme soutien (mais quand l'équipe est en crise, c'est l'inverse : « c'est un soutien ou un cauchemar »).
 - a. Il y a un « manque de structure dans le social », on ne sait pas qui est responsable de quoi.
10. Problème de sécurité au travail (vols, agressions, crises délirantes...) ou sur le chemin du travail.
11. Exiguïté des locaux, parfois dans de vieilles maisons.
12. Pénibilité des démarches à domicile des AS (insalubrité, toxicité) ou dans des services débordés.
13. Complexification administrative (administration de plus en plus tatillonne, formulaires à remplir qui se multiplient).
 - a. Exigences plus grande à l'égard des coordinations qui font par ailleurs partie de l'équipe.
14. Faiblesse des salaires, difficulté des fins de carrière (absence de prépensions, faible montant des retraites).

2. Services actifs en matière de toxicomanie - SAMT, rencontre du 5 juillet 2011 (11 participants)

ACCESSIBILITÉ

1. Grande variété de problématiques d'accès, étant donné la diversification interne du secteur et la multiplicité des « portes d'entrée », de l'offre et des pratiques des services. Qui a accès à quoi ?
 - a. Permanence téléphonique 24/24 et 7/7 (appels en provenance de toute la CF).
 - i. Horaires de WE et nuit, répondre à appelants avec demandes très diverses
 - b. « e-permanence » sur le net avec réponses fournies par l'équipe.
 - c. Accueil sur rdv et/ou ouvert au « tout venant », sans rdv.
 - d. Présence et interactions sur les « lieux festifs » (et question de la légalité de s'adresser à des usagers « en phase de consommation »); il faut que ces lieux acceptent la présence d'intervenants du SAMT.
 - e. Accueil « à bas seuil » ou non.
 - f. Activités spécifiques (comme pour les activités de sport-aventure) qui génèrent des problèmes particuliers d'accessibilité.
 - i. Régulation de plus en plus stricte des activités en termes de sécurité.
 - ii. Secteur d'hébergement ne veut pas « lâcher » des usagers pour des activités de plusieurs jours.
 - iii. Les gens ont déjà un parcours derrière eux et une volonté de stabiliser.
 - g. Service de deuxième ligne doit être visible auprès de professionnels de première ligne (personnel médical d'un hôpital ou travailleurs de première ligne pour un service qui fait surtout de la formation).
2. Cette diversification interne pose un problème de visibilité du secteur et de ses composantes. Par ailleurs, c'est souvent un éventail très large d'assuétudes qui est pris en compte (de l'alcool aux jeux en passant par les « drogues festives », Internet).
3. Travailler en réseau demande du temps.
4. Importance du « bouche à oreille » dans la visibilité de certains secteurs pour certains publics (notamment personnes très précarisées, les sdf). Et, dans ce cadre, de personnes peu scolarisées parmi les intervenants mais qui ont « un parcours de vie » et qui « sentent bien les choses ».
5. Comme dans d'autres secteurs, les populations les plus précarisées, notamment sdf, ont moins facilement accès (sauf si accompagnés par travailleurs de rue) : « l'accessibilité des extrêmes ».
 - a. Cas particulier des personnes sans mutuelle, sans papiers. Problème de financement.
6. Pour certains services, difficile de toucher les adolescents.
 - a. Sauf quand ils sont envoyés par un tiers (famille, juge, SPJ...).
7. La question de la langue et de la culture peut faire barrière (pour les permanences téléphoniques ou le net, mais aussi pour les autres modes d'interactions qui nécessitent des intervenants polyglottes ou des interprètes).
 - a. Croissance du public issu de l'immigration et des réfugiés, reconnus ou non.
 - b. Beaucoup de personnes issues de l'Europe centrale et orientale, dont des pays membres de l'UE (Pologne, Hongrie, Bulgarie...).
8. Pénurie de médecins généralistes et surtout de psychiatres dans le secteur.
9. Saturation des services (« la demande dépasse de loin l'offre » dans certains services) qui induit des refus de prise en charge ou de l'étalement dans le temps.
 - a. Importance de « réguler le flux entrant des patients » quand cela bouchonne.
 - b. Organisation de l'accueil, flexibilité nécessaire.

10. Accessibilité de la « sortie du processus » (qui est en principe fait pour « s'en sortir ») pas facile pour de nombreuses raisons (manque de relais, phénomènes structurels de type socio-économique hors de portée des services, etc.).
 - a. En particulier, situations souvent bouchées (listes d'attente ou refus) du côté du monde hospitalier et autres modes d'hébergement dédiés (comme les communautés thérapeutiques).
 - b. « Contexte général » qui prive les usagers d'une « porte de sortie ».
 - c. Public d'habitues qui peut faire « fuir les autres » (ex. : personne ayant appelé 600 fois en 6 mois), les gens qui ne sortent pas empêchent les autres d'entrer, « s'il n'y a pas de sortie on ne peut pas accueillir » (plus prégnant dans les services résidentiels)
 - d. Quand un processus est mis en route (avec psy, médecin...) il n'est pas facile de relayer vers un autre service et une autre personne.
11. Problématique spécifique de l'accessibilité de la FEDITO dans ces liens avec les services, notamment au niveau des actions pour améliorer la visibilité du secteur. Elle doit « cordonner des visibilités ».

PÉNIBILITÉ

1. Nécessité également de distinguer sur ce point les différentes pratiques de services (information, accueil, soin, travail de rue, intervention en milieu festif, sport-aventure, etc.).
2. Pénibilité particulière pour ceux qui font de l'accueil inconditionnel et du travail de rue le soir et en début de nuit. Manque de reconnaissance de ce travail.
 - a. Consommateurs très actifs et très abîmés, violences entre usagers (et parfois « fournisseurs »).
 - b. Infrastructure sommaire (pas de point d'eau pour l'infirmière, par ex)
 - c. Gestion des situations d'urgence.
3. Flexibilité, souplesse, polyvalence, disponibilité et nécessité de gérer des situations d'urgence.
 - a. Vécu parfois de manière ambivalente (aussi source de satisfaction).
 - b. Importance de la vie d'équipe dans ce contexte.
4. Parfois, sentiment de « recommencement éternel », sentiment d'impuissance.
5. Pénibilité vient d'abord de la « crise socioéconomique à Bruxelles », avec des flux d'usagers de plus en plus difficile à gérer.
6. Alourdissement de la charge administrative qui devient difficilement soutenable pour les directions.
 - a. Incertitude sur la pérennité des services et le financement de certaines activités.
7. Plus grande difficulté des usagers dans leurs relations avec les administrations (délais d'attente, difficulté de prendre des rdv), avec retombées sur les services qui jouent les intermédiaires.
8. Conséquences de la pénurie de médecins et de psychiatres.
9. Difficultés des fins de carrière, associées au manque de mobilité dans le secteur.
10. Rivalités entre institutions dans un contexte de rareté des moyens, tensions autour de certains projets et de leur visibilité.
11. Difficultés de coordination de projets pour la FEDITO qui manque de moyens, ce qui a des conséquences sur l'efficacité du secteur.
 - a. Pour les équipes, difficulté de faire du transversal par manque d'effectifs.
12. Problèmes du découpage institutionnel et du « pataquès » bruxellois, qui rend les coordinations plus difficiles, aiguise les concurrences.

3. Centres d'action sociale globale - CASG, rencontre du 24 mars 2011 (6 participants)

Il n'est pas facile de parler « des CASG » en général, car des services très différents sont regroupés sous cette dénomination et législation communes. La rencontre sectorielle n'était pas entièrement représentative, des services très spécifiques comme « Espace P » et « Tels Quels » étant absents. Ils ont été rencontrés plus tard. Parmi les 6 services présents sur 10, les différences de problématiques étaient très marquées, sans parler des variations entre les antennes locales d'une même asbl.

ACCESSIBILITÉ

1. Même si les services sont ouverts en principe à toutes les personnes en situation de précarité et ceci gratuitement, il est clair que certains d'entre eux sont orientés vers un public spécifique, comme leur nom l'indique parfois.
 - a. C'est évidemment le cas de « Espace P » et de « Tels Quels ». Un CASG comme le « service social juif », par exemple, donne à penser qu'il ne s'adresse qu'à des personnes de la communauté juive (ce qui n'est pas le cas³⁴, mais le nom inhibe de facto une partie du public, notamment les personnes d'origine maghrébine).
 - b. D'autres ont une dénomination géographique (« Wolu-Services », « Entr'Aide des Marolles ») qui indique clairement leur zone d'action, et d'autres encore sont intégrés dans une structure plus large (« Centre de Services et d'Aide à Domicile », « Ligue des familles ») et s'adressent de manière majoritaire au public de cette structure³⁵.
 - c. Un participant le souligne : « L'objectif des CASG est d'offrir un service généraliste à un public spécifique. Presque tous les CASG ont un public spécifique – géographique ou autre – même si on ne ferme pas la porte aux autres ».
2. L'accessibilité est dès lors « filtrée » par des facteurs de spécialisation en termes de public et/ou de territoire et/ou de bénéficiaires de la structure dans laquelle le CASG est intégré.
 - a. Les CASG qui sont dans ce cas de figure reconnaissent cette spécialisation et ce filtre, mais ajoutent qu'ils sont ouverts à d'autres publics³⁶.
 - b. On notera par ailleurs que certains CASG reçoivent un public qui va bien au-delà de la région bruxelloise et que des bénéficiaires préfèrent parfois avoir recours à un service loin de leur quartier, pour des raisons de discrétion (« Venir à un CASG, c'est comme aller chez le psychiatre. Pour l'image de soi ce n'est pas bon »), notamment pour des actions collectives dans le domaine de l'alphabétisation (« ne pas montrer dans son quartier que l'on ne sait ni lire ni écrire »).
3. En dehors de ce filtre lié à l'identité du CASG, les facteurs transversaux qui peuvent rendre l'accessibilité problématique sont les suivants, selon les 6 services présents à la rencontre.
 - a. Il y a souvent deux portes d'entrée pour les CASG : l'action communautaire ou collective et l'aide individuelle. Ce sont souvent des publics différents, même si des liens existent et

³⁴ La moitié du public ne serait pas issue de la communauté juive. L'école de devoirs associée au centre travaille avec un public culturellement très varié, notamment arabe.

³⁵ Ainsi, le CASG du Centre de service et d'aide à domicile « travaille à 99 % au domicile des patients » qui sont par ailleurs pour la plupart des bénéficiaires du CSAD. Les demandes d'aide viennent peu des personnes elles-mêmes mais bien des prestataires coordonnés par le CSAD ou par le biais d'hôpitaux.

³⁶ Ce fait est parfois formulé comme une obligation : « nous devons être ouverts et accessibles à d'autres », « nous sommes dans l'obligation de prendre et de gérer toutes les demandes. Cela fait partie de notre travail et on ne refusera jamais aucune ».

qu'une action collective peut induire une aide individuelle et inversement. L'accessibilité peut donc concerner ces deux aspects et se décliner différemment pour chacun d'entre eux.

- b. La visibilité est plus liée à l'histoire du service et au « bouche à oreille » qu'à des démarches de communication. Le panneau d'affichage obligatoire selon le décret est parfois arraché ou peut produire des effets inverses. Bien entendu, ce mode de connaissance peut générer un public d'habitues et peut faire obstacle à d'autres bénéficiaires potentiels, non-inscrits dans le circuit du « bouche à oreille » local. Mais pourquoi favoriser l'augmentation de la demande si l'on ne peut pas y faire face ?
4. Il y a en effet un problème d'accès par excès de demandes qui font que cela « bouche ». Si le service se rend encore plus visible, il ne pourra pas faire face à cet excès de demandes.
5. Les évolutions de la population bruxelloise en termes de précarité financière (dettes), matérielle (logement, aide alimentaire...), sociale et mentale (ce dernier aspect est très souvent évoqué) induisent une augmentation et des changements de la demande, ainsi qu'une difficulté des services à y faire face. Mais aussi les politiques qui favorisent l'ambulatoire, notamment dans le domaine de la santé mentale.
6. La présence majoritaire d'un public ethniquement très marqué qui inhibe les autres bénéficiaires potentiels (notamment dans les activités communautaires comme les groupes d'alphabétisation) ou suscite « des aigreurs » chez le public belgo-belge (ou autre). « Parfois un service est squatté et cela empêche d'autres de venir », il y a des flux de diverses provenances (« arméniens, africains, tibétains... »). Un public peut en chasser un autre.
7. La question de l'accueil et de la salle d'attente, de la gestion des flux à certains moments, surtout lorsque la salle d'attente est également celle d'un autre service. Attentes très longues, disputes... Un bon accueil permet de réguler les attentes, mais il n'y a pas toujours les moyens. Il y a parfois une salle d'attente sans accueil.
8. Pour ceux qui se rendent au domicile (CASG du CSAD), la mobilité à Bruxelles n'est pas un mince problème (écho identique dans la section aide à domicile – voir plus loin). Ceci d'autant que les demandes concernent parfois des « queues de cerise ». Inversement, certains CASG sont mal desservis par les transports en commun et ne drainent dès lors que le public du quartier, car « il faut du courage pour y arriver ».
9. Au niveau « maillage et réseau », cela fonctionne bien, les CASG étant présents dans les coordinations communales et divers réseaux, comme celui de la COCOM avec les CAP.

PÉNIBILITÉ

1. Sentiment d'impuissance, tout est toujours à recommencer : on met des choses en place et puis tout retombe toujours. « Les demandes reviennent, reviennent toujours ». Un travail de Sisyphe.
2. Sentiment de « ne plus rien pouvoir régler » de ne plus poser des actes, mais de ne plus pouvoir qu'écouter et de « maintenir le couvercle ». De plus en plus de philanthropie (paroisses, aide alimentaire...) et moins d'Etat.
3. Variations importantes suivant la personnalité et l'âge des intervenants (différences entre générations). Aller au domicile des personnes, c'est dur, surtout pour les jeunes : odeurs, insalubrité, comportements « psy »...

4. Difficulté pour gérer les problèmes de santé mentale. « On est le fourre-tout, la poubelle des autres ». Dans certains cas, le CASG est à côté d'un SSM mais les gens « psy » préfèrent aller au CASG que chez le psy. Le CASG devient dès lors l'antichambre du SSM...
5. Actions collective et communautaire peuvent être une respiration par rapport à l'aide individuelle. Elles peuvent aussi fédérer les équipes.

4. CASG Espace P... , rencontre individuelle du 11 mai 2011

ACCESSIBILITÉ

1. Freins des langues, prostituées de beaucoup de pays. Eventail des langues disponibles ne suffit pas. Dépliant traduit dans plusieurs langues (espagnol, bulgare, roumain, russe, albanais, anglais, italien..). L'on constate qu'il y a des personnes qui ne savent pas lire dans leur langue.
2. La grosse difficulté, c'est qu'ils sont trop peu nombreux sur Bruxelles en termes d'effectif de temps de travail (entre 3.000 et 5.000 personnes qui se prostituent à Bxl, de manière occasionnelle ou professionnelle). Contrat de 38 h semaine, avec du travail un soir par semaine qui compte double à partir de 22h jusque minuit. Mais ne sont pas accessibles 24/24 et 365/365. Ouverts du lu au ve de 9h30 à 17h et le mardi permanence jusque 20h et travail de rue le soir de 9h30 à minuit.
3. Contact se fait « sur le lieu de travail » (principalement en rue, en vitrine, en bar, en privé), les personnes viennent au centre principalement sans rendez-vous. Aussi par le net (avec un blog), également pour les clients ou l'entourage. Communication par « bouche à oreille », mais il faut aller sur place. Prostituées se déplacent difficilement de leur lieu de travail.
4. Aussi grande méfiance des prostituées (pensent que c'est la police). Il faut du temps pour construire la confiance. Elles ont aussi peur des services sociaux et médicaux. Certaines sont sans papier. Travail de dépistage et prévention avec le médecin en rue, avec consultation à Espace P, dans les bars, et une fois par mois dans un hôtel de passe pour toucher les personnes exerçant en rue de nuit. Pour l'accessibilité, la communication est très importante (trouver comment parler, etc.).
5. Réseau avec les CPF qui les connaissent (« Espace P... » leur envoie des personnes). Aussi avec hôpitaux, CPAS et communes, associations de quartier. Font l'accompagnement et le relais.

PÉNIBILITÉ

1. Important d'être cohérents entre eux et de ne pas être seul, notamment dans la rue le soir. Confiance et bonne entente dans l'équipe est très important. Les rires et l'ironie ont une place pour relativiser les situations délicates rencontrées, et le travail en supervision permet d'avancer dans la réflexion de la méthode de travail mise en place.
2. Peu de turn-over (sur les trois AS du CASG - et les seuls sur Espace P BXL : plus de 11 ans pour deux des travailleurs sociaux et un de plus 7 ans). Tiennent sur la durée. Important pour les bénéficiaires et la confiance. C'est ce qu'ils leur disent. Formation à l'écoute, à la thérapie brève, supervision et intervision, notamment avec les autres antennes régionales de l'asbl. Importance d'avoir une distance avec les situations, « on n'est pas là pour sauver le monde, ni pour juger les gens ».
3. Stagiaires AS qui peuvent les aider de différente façon, notamment au niveau de l'action collective et de la réflexion (vision neuve et fraîche).

4. Pénible : on travaille dans l'affect, il y a des morts, des personnes en soins intensifs, situations de violence. Mais les intervenants ne sont pas menacés, pas victimes de violence. Parfois intrusion (ex du souteneur qui les interpelle parce qu'elles distribuent des préservatifs).
5. On voudrait faire tellement plus de choses, mais on n'est pas assez nombreux. Aussi des projets, notamment collectifs, mais il n'y a pas de moyens. Difficile à vivre, c'est le plus pénible. Limité par les frais de fonctionnement CASG et par le manque de personnel (2 temps plein et demi pour le CASG)
6. Aimeraient faire plus de choses, notamment dans l'accompagnement social des personnes (CPAS, avocat, médiation de dettes, démarches pour enfants...).
7. Récurrence : « parfois on voit le film avant ». Se passent les situations entre travailleurs quand il y a trop de répétition et de lassitude. « La répétition, on sait à l'avance que l'on est dedans ». Tout se répète, notamment parce qu'il n'y pas de cadre législatif (la prostitution n'est pas interdite, mais bien le racolage et le proxénétisme) et que c'est stigmatisé par la population.
8. Ce qui motive, c'est qu'ils sont dans un climat de changement de mentalités et que cela se perçoit, qu'il y a des retours de leur action. Pas de pénibilité en termes de « poids de l'institution ». L'équipe est assez autonome et peu hiérarchisée.
9. Ce qui peut être épuisant : Lourdeur administrative avec peu de moyens : rapports d'activité, travail administratif, encodage des données informatique... Sentiment de ne pas toujours être entendu par les politiques car la prostitution n'est pas une priorité mais pourtant bien d'actualité au sein des communes concernées.
10. Importance de la formation continue pour le subsidé CASG, financement attribué pour suivre des formations. Cependant il n'y pas de valorisation salariale du CASG qui est prévu si les travailleurs effectuent une formation universitaire après leur diplôme de bachelier d'assistant social dans le cadre des formations continues subventionnée par le CASG.

5. CASG Tels Quels, rencontre individuelle du 20 mai 2011

ACCESSIBILITE

1. Locaux. Ce qui peut être un frein (notamment pour les parents), c'est le bar de l'asbl au rez-de-chaussée (situé rue Marché au Charbon) qu'il faut traverser (avec photos un peu osées), même s'il n'est ouvert que le soir. Bureau à l'étage, pas évident pour les personnes handicapées.
 - a. Ce qui est positif, c'est que l'on est dans un quartier « gay » et que c'est un peu confondu dans la masse, avec les touristes, etc. Le bar est aussi une « porte d'entrée » pour le CASG. Les barmen (bénévoles) sont formés pour être à l'écoute et être le relais du CASG.
2. Le fait d'être dans une asbl d'éducation permanente aussi a fait connaître le lieu, ils sont connus. Grande visibilité, aussi sur le net. Très connus de médecins et d'avocats.
3. Avant il y avait un équilibre femme-homme, mais forte augmentation des hommes à cause des demandeurs d'asiles (et 50/50 chez les belgo-belges).
 - a. Des demandeurs d'asile venaient demander une « attestation d'homosexuel », ce qui facilitait leur demande. Mais il y eut des « faux » homosexuels qui sont venus et ils ont dû restreindre très fort. Beaucoup d'africains noirs parmi eux. Il y a toujours OASIS pour les réfugiés gays et lesbiens.
4. Question des langues : beaucoup en anglais avec demandeurs d'asile, mais aussi recours à des interprètes.

5. Tout sur place, ils ne vont pas à l'extérieur. Travail fait par 3 AS et une secrétaire. Le CASG travaille dans le même local que l'éducation permanente. Réseau de bénévoles (avocats, médecins) pour 5 « séances gratuites ». Bénévolat de la communauté gay. Public surtout homosexuel et transgenre.
6. Réseau avec Espace-P et Alias.
7. Action collective : groupe OASIS, groupe de rencontre parents d'enfants homos, festival du film gay et lesbien, gay pride, partenariat avec Ex-Aequo pour le HIV. Participation internationale (International Gay and Lesbian). Femmes lesbiennes vont moins chez le gynécologue et ils ont édité une brochure sur le cancer « féminin ». Projet avec centres de planning familial. Pour la toxico c'est « tels quels jeunes ».
8. Pas de travail de rue.
9. « Tels Quels Jeunes » s'occupe plus des problèmes de toxicomanie.
10. Statut socioéconomique des personnes : pas spécialement des gens qui ont des problèmes financiers (sauf les demandeurs d'emploi, en augmentation). (ndlr : problèmes d'accès culturel pour les homos de milieux défavorisés et/ou immigrés – mais la question n'a pas été posée).
11. Cela ne bouchonne pas trop, sauf avec les demandeurs d'asile. Pas de permanence 24/24, pas de centre d'urgence. Pas de problème d'accessibilité par excès de demande.

PENIBILITE

1. Pas de permanence le soir ou le WE, personnel du CASG est stable.
2. Possibilité de formation continue, de supervision, etc.
3. Pas de pénibilité particulière.

6. Centres de planning familial - CPF, rencontre du 7 juillet 2011 (9 participants)

ACCESSIBILITÉ

1. Terme de planning familial paraît « ringard » et ne pas vraiment correspondre aux types de services très variés offerts par les centres (qui portent parfois des noms plus englobant, comme « aimer » - jeune, à l'ULB, faculté d'aimer...).
 - a. L'appellation officielle hétérocentrée peut être excluante pour les orientations sexuelles minoritaires, alors que l'accès au public LBGTQI³⁷ est une question souvent évoquée.
 - i. Mais CPF est une porte d'entrée plus discrète que celle d'un lieu dédié (ex : Tels Quels) et ils seraient mentionnés dans les « bon plans » de guides gays et lesbiens.
 - ii. Certains CPF affichent clairement l'accueil des LBGTQI
 - b. Appellation pas très parlante pour les jeunes, notamment étudiants. Ils y associent une dimension médicale et le social-juridique-psy « passe à la trappe ».
2. Visibilité physique est ambivalente, la discrétion étant parfois recherchée hors « communauté ».
 - a. Faire partie d'un ensemble plus vaste (éducation permanente, insertion...) accroît la discrétion, ce qui est important pour certains publics (maghrébin ou turc, par exemple).
 - i. Certains viennent de communes lointaines (notamment pour consultations psy), voire même en dehors de Bruxelles (CPF près de gare du midi).
 - ii. D'autres CPF ont un public très localisé (« cooptation » par la population).

³⁷ Acronyme d'origine anglaise : « Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, Questioning and Intersex »

- b. Problèmes d'accès pour les handicapés physiques, mentionnés plusieurs fois.
- 3. Durée de l'implantation et qualité de l'insertion dans le quartier et dans le réseau est un facteur important pour la proximité et l'accessibilité (le réseau, le « bouche à oreille »).
 - a. Les CPF qui travaillent avec un public étudiant sur un campus doivent se faire connaître à chaque rentrée universitaire auprès des nouveaux étudiants.
- 4. Site web et informations qu'il contient joue de plus en plus pour visibilité, notamment les jeunes.
- 5. Heures d'ouvertures et organisation de l'accueil jouent un rôle important.
 - a. Certains sont ouverts beaucoup plus que requis par le décret), ont un « accueil doublé ». Important pour les personnes qui travaillent (il y en a...).
- 6. Les animations dans les écoles ou ailleurs (maisons de jeunes, de quartier) sont importantes pour faire connaître le CPF auprès des jeunes ou de la population en général, le « désacraliser » (pas « des docs en blouses blanches qui font de grosses piqûres »), en faire un lieu de ressources.
 - a. Ne pas faire des « one shot », s'inscrire dans durée. Parfois difficulté avec écoles.
 - b. Tensions entre temps accueil et temps animation.
- 7. Difficile de trouver des médecins pour remplir cadre pour raisons rémunération et motivation. Revalorisation des prestations médicales de nature sociale, notamment liées à la contraception ?
- 8. Beaucoup de saturation, notamment pour les demandes et les suivis psy (mais aussi médicales quand CPF ne trouvent pas de médecins pour remplir le cadre).
 - a. D'où la question récurrente (aussi pour d'autres services non SSM) de savoir si les suivis pys à long terme sont bien une mission des CPF (certains disent que non).
 - i. Mais renvoyer vers les SSM n'est pas évident car listes d'attente (puis pas facile d'orienter ailleurs quand le contact a été établi).
 - ii. Pys eux-mêmes peuvent induire le long terme, mais aussi direction (finances).
 - iii. Pour certains, c'est une « question fondamentale » que d'interroger la pertinence de suivis psy à long terme dans les CPF.
 - b. Surcharge peut réduire l'accessibilité.
- 9. Problèmes d'accès pour des raisons linguistiques et culturelles (« les CPF c'est pour avorter ou donner la pilule », « c'est contraire à l'enseignement du prophète »).
 - a. Un CPF avec nombreux travailleurs issus de l'immigration, pratiques de « co-consultation » avec accueillante psy ou AS pour traduction et médiation.
 - b. Difficulté croissante (hostilité, départ des filles ou des garçons) d'aborder certains sujets en classe pour des raisons de « raidissement communautaire ».
 - c. Un CPF offre un accès à un public sourd, grâce à un travailleur sourd qui peut intervenir en langue des signes.
- 10. Nombre de CPF du panel offrent des services qui semblent aller bien au-delà de leur objet (notamment des conseils juridiques et sociaux très étendus, des informations en matière de logement, d'emploi..., qui les font ressembler à des CASG).
 - a. Cette offre très large est mentionnée sur leur site web et peut générer une saturation par flux de demandes non « planning familial » stricto sensu.
 - b. Pour certains publics, le CPF est le « centre santé » du quartier.
 - c. Variation saisonnière des flux (max entre octobre et avril).
 - d. Offre sociale gratuite, psy peu onéreuse (idem pour consultations médicales et IVG).
- 11. Pour personnes très précarisées, accès difficile car les problèmes de santé, de sexualité, de contraception, passent après les soucis de survie quotidienne.
 - a. Dans un CPF, 66 % n'ont pas d'emploi, 25 % pas de couverture sociale.

- b. Mais dans d'autres cas (étudiants), l'argent est utilisé à d'autres choses (sorties, boissons, etc.), « ils ont des sous pour ce qu'ils veulent bien ».
12. Allongement des processus d'aide et difficulté de « sortie du processus » pour des raisons de contexte (notamment des femmes de 50 ou 60 ans qui arrivent car elles n'ont pas osé avant..).
 13. Le caractère autogéré des CPF serait un frein à l'accessibilité dans certains cas. Perte de temps pour construire du collectif cohérent.

PÉNIBILITÉ

1. Quand le travail d'information et de prévention ne « marche pas » et que les personnes viennent et reviennent, notamment pour des IVG réussis.
2. Manque de temps en interne pour faire élaboration des problématiques en équipe.
3. Raidissement pour le travail d'animation pour les écoles, pénible pour les animateurs qui se font parfois « jeter ».
 - a. Travail d'animation ne rapporte pas financièrement et représente beaucoup de boulot.
 - b. Durcissement avec les élèves, impact de la pornographie, violence et intolérance dans les relations. Rigidité au niveau définition des genres et de leur rôle.
 - c. Négociations difficiles avec les institutions scolaires, dont certaines pensent que les CPF ont la « baguette magique » pour régler les problèmes.
4. « Imperméabilité » de certaines « découpes communautaires ».
5. Pressions extérieures, aussi hors école, avec remise en question des acquis.
6. Passage d'une culture « militante » à une culture professionnelle plus exigeante des nouveaux travailleurs. Conflit de génération (comme dans d'autres secteurs).
 - a. Jouer sur la corde du militantisme pour faire accepter des choses par le travailleur, parfois contre le droit du travail (diminution du temps de travail en relation avec « réduire et compenser »).
 - b. Négation de l'autorité dans le contexte de l'autogestion, alors qu'il y a bien relation de subordination dans le contrat de travail salarié.
 - c. Pas facile de « tenir le manche » pour les coordinations dont ce n'est pas vraiment le métier. Elles ne sont pas vraiment reconnues.
 - d. Professionnalisation ne doit pas diminuer les capacités d'entrer en contact avec les gens, il faut pouvoir « se décaler » de sa position de professionnel.
7. Complexification des demandes surdéterminées par d'autres facteurs. Sentiment d'impuissance et « d'emplâtre sur une jambe de bois ».
 - a. CPF servent de « tampon social » : gérer la pauvreté, l'immigration...
8. Complexité de l'environnement et des exigences administratives.
 - a. Notamment de la DEQ (locale ou transversale), « une vraie pénibilité » (mais pas pour tous)
 - b. Tension entre vocation associative et pression des pouvoirs publics « qui délèguent leurs responsabilités à l'associatif ».
 - c. Contrôle accru de la CoCof.
9. Pas facile de passer d'une activité à l'autre (individuelle, collective..).
10. Courant « managérial et standardisation des pratiques », selon certains.
 - a. Pressions pour « faire du chiffre », « stress de la performance »
 - i. Propos contredit par coordinatrice qui a travaillé dans le privé qui considère que le travail est au contraire beaucoup plus confortable dans le non-marchand.

- b. Tendance libérale (« l'étai se resserre de plus en plus ») visant profit et « retour sur investissement ».
 - i. Risque de déqualification de l'accueil, pourtant la « plaque tournante des CPF »
- 11. Forte variation de la pénibilité selon les personnes au sein d'une même équipe.
- 12. Effets du temps partiel sur la pénibilité (horaires, passer d'un travail à l'autre...).
- 13. Autogestion critiquée par plusieurs intervenants : crise à répétition, perte de temps, « souffrance institutionnelle ».
 - a. C'est en tous cas un mode de gestion qui n'est pas sans générer de la pénibilité
- 14. Manque de médecins (voir plus haut), pas seulement pour les IVG.

7. Maisons médicales - MM, rencontre du 1 juin 2011 (12 participants)

ACCESSIBILITÉ

1. L'accessibilité est une valeur fondamentale des MM, le thème est donc très sensible (plusieurs DEQ locales sur le sujet ou en lien avec lui). Une accessibilité sans sélection (de genre, d'âge, de culture... mais aussi de temps) et multicritère (pas seulement la dimension financière).
2. Les MM ont des valeurs communes dans ce domaine, mais pas de règles globales.
3. Important d'avoir une diversité de publics, pas que des « pauvres ».
4. inaccessibilité par saturation : la demande excède largement l'offre.
 - a. Certains hôpitaux renvoient systématiquement les patients vers les MM, de même les CPAS pour les personnes bénéficiant de l'aide médicale urgente (AMU).
 - b. De nombreuses maisons médicales au forfait clôturent leurs inscriptions ou inscrivent toujours mais en limitant leur zone d'inscription, la grande majorité des soins infirmiers se faisant à domicile.
 - c. Lorsque les inscriptions sont clôturées, tendance des MM au forfait à renvoyer ces patients vers les MM à l'acte qui n'ont pas de système d'inscription mais sont également débordées.
 - d. Certaines maisons médicales donnent une priorité aux patients sans papiers ou AMU, par exemple en les acceptant même s'ils ne sont pas dans leur zone d'inscription ; certaines modifient leur organisation pour éviter l'engorgement des consultations.
 - e. Pour certains patients non recevables dans le système du forfait, certaines MM proposent un abonnement payant (conventions particulières). Même dispositif pour certains patients qui, par déménagement, sortent de la zone géographique couverte par la MM. (certaines consultations psy et sociales peuvent être surchargées pour inscrits).
5. Obstacles linguistiques et cognitifs (analphabétisme, illettrisme), surtout pour les maisons médicales situées dans les quartiers pauvres. Le système du forfait est plus difficile à expliquer que la pratique à l'acte.
6. L'accessibilité c'est aussi l'accès à des soins de qualité et il y a une tension entre la « quantité » et la « qualité », notamment lorsque le temps de consultation est diminué pour pouvoir accueillir un plus grand nombre de patients.
 - a. Débat sur la possibilité de l'un et l'autre système (acte et forfait) à équilibrer l'accueil des demandes et la qualité des soins
 - b. Différents types de rdv pour réguler les flux (rdv « normaux » et « d'urgence »)
7. Dimension physique de l'accès : localisation, transports, visibilité, rampe d'accès, ascenseur...
8. Certaines difficultés spécifiques des soins infirmiers à domicile à partir des MM (assez semblable aux secteurs de l'aide à domicile : mobilité, insalubrité...).

9. Problème des sans-abri pour lesquels il faut des relais (comme les infirmières de rue).
10. Problèmes générés par une organisation territoriale trop rigide des CPAS.
11. Difficultés au sein de l'équipe peut influencer sur l'accessibilité et les inscriptions (voir le thème de la pénibilité, sur l'importance de la vie et de l'organisation des équipes au sein des MM).
12. Constat de l'arrivée de problématiques autres (santé mentale, éducation, difficultés sociales, administratives...) qui sont adressées au médecin et pour lesquelles il n'est pas outillé mais qu'il a du mal à orienter ailleurs, parce qu'il n'existe pas de lieux adéquats ou parce que ceux qui existent sont aussi débordés. Cela participe à la saturation et donc à des difficultés d'accès. Les MM comme première mais aussi « dernière » ligne. Difficile de dire « non » à un public fragilisé et qui n'a pas d'autre recours.
 - a. Constat de la hausse très forte des problématiques psy, de la souffrance mentale (y compris assuétudes).
13. La question des « limites » à fixer et à accepter vis-à-vis de la MM et des patients (ainsi que des problématiques prises en charge).
14. Les différents aspects de l'accessibilité peuvent être contradictoires : ce que l'on gagne sur un aspect on le perd sur un autre. La quadrature du cercle.
15. Les difficultés générées par le « tout tout de suite » (« oralité » de la société).
16. Impacts de l'offre « structurée » des MM, un type de fonctionnement qui peut exclure certains.
17. L'amélioration de l'accessibilité ne se résume pas à augmenter le nombre de MM. Le problème est avant tout politique (situation socioéconomique de la population, conditions de logement...).

PÉNIBILITÉ

1. Importance de la dynamique d'équipe de son organisation interne (interdisciplinarité versus pluridisciplinarité). C'est un soutien extrêmement puissant pour affronter les situations difficiles quand la dynamique est positive, c'est un poids quand la dynamique est mauvaise.
 - a. Les MM sont un projet participatif et autogestionnaire « producteur de motivation » et ce modèle passe parfois par des difficultés d'adaptation ou des conflits d'orientation au sein des équipes qui sont dès lors une source non négligeable de pénibilité.
 - b. Importance de la formation, des réunions d'équipe, de la supervision.
 - c. Difficulté liées à la complexité des situations et aux modèles de références différents des professionnels.
 - d. Travail en équipe peut produire des effets dominos, dans la mesure où le travail de l'un peut peser sur celui qui intervient après ou à côté (médecin ↔ kiné ↔ infirmière).
2. La croissance des publics très vulnérables est une source de pénibilité. Beaucoup de « situations limite » ou « extrêmes ».
3. Pour les travailleurs qui vont à domicile, on constate les mêmes difficultés que pour l'AD (travailler sur le terrain de l'autre, situations sanitaires problématiques, adaptations...).
4. Stress particulier des accueillantes qui sont à la confluence de nombreux messages et interpellations (patients, équipe, réseau, téléphone ou interaction en face à face...).
5. La pression temporelle et le manque de temps, étant donné la surcharge.
6. Pénibilité due à la frustration de ne pas pouvoir produire des résultats concrets dans le domaine de la santé communautaire, domaine dans lequel les intervenants sont très isolés au sein de l'équipe et face à des populations qui n'ont pas de demandes explicites. Ce serait une fonction en difficulté croissante.
7. Difficultés linguistiques, déjà évoquées plus haut au sujet de l'accessibilité.

8. Plus globalement et qualitativement, une source de pénibilité est la « perte de sens » (mais qui est moins prégnante dans les MM par rapport aux CASG, par exemple, car les soins produisent des effets concrets qui sont gratifiants).
 - a. Sentiment de poser des « rustines » sur des situations psycho-médico-sociales dont les déterminants se situent au niveau sociétal et politique.
 - b. Mais il y a une pénibilité intrinsèque aux métiers de soins, à laquelle nombre de jeunes médecins ne seraient pas préparés.
9. Plus grande complexité des situations, plus de choses en jeu et qui aboutissent chez le médecin (voir plus haut, les problématiques qui devraient pouvoir être orientées ailleurs). Frustration par rapport à cette complexité.
10. Face à la perte de sens et aux déterminantes macros de la santé, les intervenants, notamment AS, doivent utiliser leur fonction d'interpellation et « reporter plus haut », accompagner les revendications des patients.

8. Services de médiation de dettes - SMD, rencontre du 4 octobre 2011 (3 participants)

Les participants ont souligné d'entrée de jeu que les 6 services de médiation de dettes, agréés mais non subsidiés par la CoCof, ne constituent qu'une partie des 33 services existants dans la région bruxelloise : 26 CoCom (CPAS et asbl Bico), 1 VGC et 6 CoCoF). Nous retrouvons une fois de plus la critique de la fragmentation bruxelloise par les acteurs de terrain qui semblent, eux, souvent franchir ses barrières communautaires-linguistiques.

ACCESSIBILITÉ

1. Tous les habitants de la région ont accès aux services et la participation aux frais est relativement modeste, avec des accommodements possibles pour ceux qui ne peuvent pas payer.
2. Les SMD, non subsidiés, n'ont pas les moyens d'être accessibles en continu, mais seulement sur certaines plages horaires (deux jours par semaine, dans un des SMD).
 - a. Les services luttant contre le surendettement risquent d'être surendettés...
3. Le nombre de services et de travailleurs par service paraît insuffisant au regard de la demande qui est en augmentation régulière (ainsi que les délais) depuis la crise de 2008.
4. Les portes d'entrée sont multiples : contact directs d'usagers qui ont pris connaissance d'un service (publicité STIB, Internet, bouche-à-oreille...), envois par un tiers externe (service social, demande du tribunal, voire employeurs publics de la région pour leurs travailleurs endettés).
 - a. Il y a des dossiers gérés « à l'amiable », d'autres dans le cadre de médiations judiciaires.
 - b. Malgré des campagnes récentes, la connaissance des services semble encore à désirer.
 - i. Mais il ne faut pas faire trop de pub si on ne sait pas faire face à la demande.
 - c. Certains CPAS semblent particulièrement peu performants ou saturés en matière de médiation de dettes et des habitants de ces communes se tournent vers les SMD.
5. Comme dans de nombreux autres services, la visibilité des services concerne par conséquent autant les usagers eux-mêmes que les « tiers-envoyeurs ».
 - a. Dans les cas des tiers, étant donné les délais d'attente et la croissance de la demande, certains envoyeurs anticipent la saturation des services et ne leur envoient pas d'usagers.
 - b. D'autres services moins spécialisés de première ligne tentent dès lors de se débrouiller avec les moyens du bord, en usant de « bouts de ficelle », alors que c'est très technique.
 - i. Les SMD ne perçoivent par conséquent pas toujours la hausse de la demande, celle-ci étant bloquée ou freinée en amont.

6. Après un premier contact par téléphone, les délais d'attente pour un premier rdv peuvent être longs (un mois au moins, parfois trois ou plus – dans les services CoCoF, CoCom et VGC), ce qui peut décourager des usagers potentiels et freiner considérablement l'accessibilité.
 - a. Si le délai d'attente est trop long, les gens ne viennent pas au rdv.
 - b. La croissance des demandes peut également être la conséquence de la publicité faite autour de la médiation de dettes, beaucoup moins connue il y a quelques années.
 - c. La situation de pauvreté des habitants de la région n'y est évidemment pas étrangère, ainsi que les pratiques douteuses des organismes de crédit « surendetteurs ».
 - d. Le travail d'analyse de la situation (budget – ressources existantes et potentielles, comme les pensions alimentaires - et inventaire des dettes) peut prendre beaucoup de temps, car les situations effectives sont souvent plus complexes que celles annoncées lors d'un premier contact par téléphone.
7. Pas de difficultés linguistiques et culturelles importantes.
8. Un des obstacles à la médiation de dettes est la difficulté de prise de conscience de la situation chez les usagers qui peuvent demeurer longtemps dans le déni.
 - a. L'endettement génère de l'isolement, du repli sur soi et de la dépression qui ne favorise pas les démarches nécessitant de « sortir ». Il y a un cercle vicieux de l'endettement qui pèse sur les démarches et donc sur l'accès aux services.
9. Les indépendants personnes physiques semblent particulièrement vulnérables et peu usagers des SMD, notamment pour des motifs de complexité de leurs dossiers (mélange dette privée et dette professionnelle).
10. Les SMD ne disposent pas vraiment des moyens pour faire un travail de prévention (qui ne figure d'ailleurs pas dans leurs missions) et d'éducation permanente sur le sujet.
 - a. Pas le temps pour le préventif car plongé dans le curatif.
11. Le public est majoritairement composé de personnes en situation précaire (dont beaucoup de femmes seules dans famille monoparentale), mais il y a également des consommateurs compulsifs, voire des fonctionnaires de l'UE qui gagnent 7.000 euros par mois.

PÉNIBILITÉ

1. La pénibilité ne semble pas vécue de manière massive (sans doute parce que l'afflux est tempéré par l'attitude des « tiers-envoyeurs » et le refus des services de se laisser envahir).
2. Afflux des personnes diminue cependant le temps disponible et la qualité du travail accompli, ce qui est vécu comme pénible, frustrant.
 - a. Pas toujours le temps de voir les dossiers en profondeur, de faire de la guidance budgétaire et de suivre les gens, « on fait un peu de l'abattage ».
3. Le travail est complexe, ce qui n'est pas nécessairement source de souffrance, au contraire. Il y a une complexité technique qui doit se conjuguer au relationnel, à l'humain. C'est à la fois un travail social et un travail intellectuel, technique. « La complexité est plutôt un plus dans la profession ».
 - a. Les travailleurs qui ont choisi ce métier en connaissance de cause restent en place. Il y a peu de turn-over dans les équipes.
 - b. Il faut savoir faire preuve d'un « savoir-être » particulier, savoir saisir les « régimes de vie » des uns et des autres, « saisir le raisonnement des gens de l'intérieur ».

4. Une autre source de pénibilité, en sus de l'afflux des demandes, c'est « l'absence d'issue pour les gens » : « ils sont sortis, ils ont tout payé et ils reviennent un an ou deux après avec de nouvelles dettes importantes. Cela n'arrête jamais, jamais, jamais ! »
 - a. Dans nombre de cas, le « syndrome de Sisyphe », la difficulté de sortir du processus, le travail social « palliatif » ou « itératif », les gens que « l'on ne pourra jamais soigner ».
 - b. Le sentiment pénible d'avoir fait un travail ponctuel mais pas essentiel.
5. La frustration de ne pas faire de prévention, alors que l'expertise est là.
6. Beaucoup d'usagers dépressifs et médicalisés pour ça, sans que l'on sache « où est la poule et où est l'œuf ».

9. Services d'aide aux justiciables - SAJ, rencontre du 9 juin 2011 (5 participants)

ACCESSIBILITÉ

1. La visibilité et l'accessibilité concerne les personnes mais aussi les « tiers- envoyeurs ».
 - a. Dans le cas de certains services, la visibilité paraît insuffisante auprès des envoyeurs (notamment la police ou les bureaux d'aide aux victimes).
 - b. Mais si tous les usagers potentiels connaissaient le service, on serait débordés.
 - c. Cela ne « bouche » pas trop pour l'instant.
2. Comme dans d'autres services, les usagers peuvent venir d'en dehors de la région. (futur ex-arrondissement judiciaire de BHV ou plus loin).
3. De manière transversale, la langue est souvent une difficulté, même s'il y a des interprètes. Il faut différencier l'accueil du processus (surtout thérapeutique).
4. En termes de localisation, il vaut parfois mieux être loin du quartier de résidence, dans une zone plus « neutre » (à la fois pour les usagers mais aussi les « visites inopportunes ») : « Les femmes de St Gilles ne veulent plus aller à St Gilles ». Le nom du service peut aussi freiner.
5. Certains vont à domicile, mais c'est très difficile à gérer sur le long terme (psy). Appel à « psy-Mobile », mais c'est payant.
6. Les SAJ ont des projets relativement différents et les questions d'accessibilité varient. Certains ne travaillent qu'avec des victimes (SOS Viol), d'autres sont plus généralistes et travaillent autant avec les auteurs que les victimes. Le mot « justiciable » est peu clair pour le public.
7. Le fait de travailler avec les victimes et les auteurs peut poser problème. La problématique de l'accessibilité se décline évidemment différemment pour ces deux publics.
 - a. Mais tous les services ne travaillent pas avec ces deux catégories. Ce n'est pas obligatoire (décret « à étages »).
8. La problématique elle-même peut freiner l'accessibilité des victimes dans le cas de certains SAJ (SOS Viol, Centre de prévention des violences conjugales, mais aussi SAJ généralistes quand il s'agit des mêmes questions..).
 - a. Difficile pour une victime de parler d'agression sexuelle.
 - b. Peur des représailles de l'auteur, de la famille...
 - c. Problèmes d'accès pour des raisons de langue et de culture. Mais forte augmentation des demandeurs d'asile (peut influencer la procédure – voir aussi Tels Quels).
 - d. Pas évident de travailler avec des interprètes, c'est « une nouvelle clinique ». Cela pose moins de problèmes à l'accueil mais plus pour le processus (cf. supra).
 - e. Les hommes victimes d'agressions sexuelles viennent moins facilement.

- f. Globalement, cependant, les personnes prennent plus facilement contact qu'avant (effet des campagnes diverses, mais aussi d'une évolution des mentalités). Elles sont moins « murées dans le silence ».
 - g. Les auteurs de violence sexuelles ne prennent quasiment jamais contact avec ces services, ceux de violences conjugales un peu plus (mais ils se présentent souvent comme victimes).
 - h. Beaucoup de personnes appellent, prennent rdv mais ne viennent pas (40 % dans un cas).
9. Pas vraiment de population sous-représentée pour des questions de langue ou de culture, même si c'est une difficulté (contact avec personnes ne parlant pas français et/ou d'une autre culture).
10. Pour les auteurs qui sortent de prison, la continuité du lien avec le SAJ est tantôt perçue comme un atout, tantôt comme un obstacle.
11. Dans certains cas, ce sont de suivis psychologiques de longue haleine qu'il est difficile de relayer ailleurs. Grand isolement des personnes (surtout victimes de viol).

PÉNIBILITÉ

1. Problématiques parfois très difficiles et lourdes, à la limite du supportable (personnes victimes d'actes de violence intentionnels d'autres personnes, photos d'horreurs). Cela peut être submergeant.
 - a. Echos à la propre vie des intervenants.
 - b. Personnes victimes de violences souvent morcelées, confrontées à la question des limites, de ce qui est normal et anormal, possible et impossible...
 - c. Réfugiés victimes de traumatismes de guerre, de tortures.
 - d. Certains usagers ont été assassinés après être passés dans un SAJ.
 - e. Recevoir des auteurs est aussi pénible, surtout quand ils nient ou minimisent (ce qui est le cas la plupart du temps).
2. Importance de l'entourage institutionnel, de l'équipe, de la possibilité de travailler les difficultés émotionnelles, etc.
3. Une partie de la pénibilité est le vécu d'impuissance, de découragement.
 - a. On met des choses en place et puis tout retombe sans cesse (« syndrome de Sisyphe »). Phénomène serait très fort avec une partie des personnes victimes de violence.
 - b. Acteurs du réseau qui font mal leur travail (Police, SPJ, SAJ...).
 - c. Justice : dossiers classés sans suite (60 % classés sans suite, 95 % d'ajournements et 5 % de sanctions). Porter plainte demande beaucoup d'énergie et ne débouche souvent pas sur grand-chose.
 - i. Ce n'est pas l'affaire DSK (des victimes s'étonnent que leur cas ne soit pas traité comme cela).
 - ii. Cela dépend très fort de la personne que l'utilisateur a en face de lui.
4. Mais la situation n'évolue pas vers plus de pénibilité, de complexité.
 - a. Le métier est difficile en soi. Un psy ne doit pas s'attendre à voir des gens en pleine forme toute la journée.
5. Face aux campagnes centrées sur l'urgence, il y a toute la gestion de l'après-urgence (le logement, les enfants, le harcèlement qui continue...).

10. Services espaces-rencontres - SER, rencontre du 23 mai 2011 (2 participants)

ACCESSIBILITÉ

L'accessibilité est définie par le code de déontologie des espaces-rencontres

La presque totalité des usagers des SER sont envoyés par des tiers extérieurs (Justice, SAJ, ONE, médiateurs...). Ces derniers ont une représentation des SER et connaissent la capacité des deux services bruxellois (qui accueillent aussi des usagers qui ne résident pas dans la région bruxelloise). Un entretien préliminaire avec chaque partie séparément est organisé par le SER avant les rencontres, afin de leur expliquer le cadre et permettre à chacun de déposer s'il le souhaite leur version de l'histoire familiale qui les a amenés à devoir passer par le SER.

Pour ces entretiens préliminaires ; dans les mesures civiles : ce sont les usagers qui prennent contact avec le SER, dans les mesures protectionnelles soit (les mineurs en danger), le SER convoque les parties à l'entretien préliminaire.

1. L'accessibilité des services est liée à la connaissance qu'ont ces « tiers-envoyeurs » du travail fait par les SER et de leur capacité d'accompagnement.
2. Des usagers (ou leur famille) peuvent directement prendre contact après avoir trouvé les coordonnées du centre, ceci pour s'informer (permanences téléphonique).
3. Des usagers très fragilisés psychologiquement, peuvent avoir accès plus difficilement à la procédure (soit suite à un entretien à l'entrée, soit en cours de procédure). Les usagers dans « le passage à l'acte violent » à l'égard des autres peuvent ne pas avoir accès au lieu quand ils mettent en péril la sécurité des usagers, du personnel ou la tranquillité du lieu.
4. Le public psychologiquement fragilisé et avec « passages à l'acte » est en augmentation et demande une réflexion autour des limites du travail (et du travail des limites).
5. Les SER définis dans le code de déontologie comme un service gratuit sont perçus par les envoyeurs comme des services pour public précarisé (économiquement et psychologiquement), ce qui fait que les familles de classes moyennes ou supérieures y ont peut-être moins recours (les envoyeurs utilisent alors d'autres dispositifs, payants ceux-là mais ne travaillant pas dans la même philosophie de non rapport aux envoyeurs).
6. Des familles issues de l'immigration (et notamment les couples composé d'une personne installée en Belgique et d'une autre venue récemment du pays d'origine) constituent une partie importante des usagers.
7. Il n'y a pas de liste d'attente (il y en a eu dans le passé), sans doute parce que les envoyeurs connaissent et anticipent les capacités des deux SER.
8. Ce qui peut freiner l'accessibilité au service est la présentation à l'entretien préliminaire ; condition sine qua non pour bénéficier de l'accompagnement durant la rencontre. Ce processus demande de la bonne volonté des deux parties, si l'une ne se présente pas à cet entretien, il devra s'y présenter ultérieurement.
9. Il n'y a pas assez de SER et de personnel SER pour la région bruxelloise (2 services et 5 ETP au total) et les évolutions de la population (démographie, précarité, isolement..) vont encore aggraver la situation.

PÉNIBILITÉ

1. C'est sans conteste un problème non négligeable.
2. Manque de personnel pour accompagner les rencontres dans des conditions apaisantes.

3. Situations sont plus à risque qu'autrefois (passages à l'acte, problèmes graves de santé mentale, violence latente et parfois réelle...).
4. Faire face à la non demande mais à l'obligation de voir son enfant en SER et aux émotions fortes que cela suscite : humiliation, colère, révolte, trahison, incompréhension, profonde tristesse, impuissance... L'isolement croissant des usagers, leur difficulté à mettre des mots sur leurs vécus et la tendance à résoudre le conflit par le passage à l'acte, est difficile à « contenir » dans le cadre du service surtout lorsque les intervenants y sont conviés lors d'un moment de rencontre (c'est-à-dire lorsqu'il y a plus ou moins 15 enfants et 15 parents en même temps pour 3 intervenants dont l'un d'entre eux reste disponible à l'accueil des arrivants et partants).
5. Ce qui est en jeu, ce ne sont pas seulement des difficultés socioéconomiques, mais le cœur de la subjectivité humaine, « l'archaïque ».
6. Sentiment d'insécurité croissant pour le personnel. Les SER sont pour la plupart des situations « le dernier recours ».
7. Manque de temps pour préparer les rencontres, se former et réfléchir. La demande du secteur, des usagers et peut être des pouvoirs subsidiant semble en écho avec le fonctionnement de nos usagers ; la rapidité pour l'accessibilité, la vitesse pour la reprise d'un contact autonome, le manque de reconnaissance du besoin de la différence dans le cadre de travail.
8. Cette symétrie dans « l'immédiateté » insécurise et ajoute aux difficultés de capacités de « contenance » pour le personnel, dont ont besoin les usagers. La loi, le cadre, le processus permettent la mise en mot de la difficulté de la parentalité chez les usagers de le SER. « Ce qui demande du temps pour penser ce qui se trame pour chacun dans ces difficultés du lien social. »
9. Temps de travail partiel et fractionné (7 ou 11 heures semaine pour les intervenants), ce qui est difficilement cumulable avec d'autres contrats de travail et les prestations se font essentiellement les samedis.
10. Importance des limites à poser (thème de la DEQ locale d'un des services).
11. En résumé, trois aspects sont liés : le manque de travailleurs par rapport aux situations (par ailleurs en croissance à Bxl), le manque de temps de réflexion, le fait d'être confronté à des situations très insécurisantes.

11. Centres coordin. soins et services à domicile - CCSSD, rencontre du 28 mars 2011 (6 participants)

Chaque Centre est représenté. Il a été nécessaire de recentrer les échanges sur le métier premier des centres, qui est la coordination des services et soins à domicile, la discussion se déportant souvent sur l'accessibilité des prestataires (kiné, infirmier, aide-ménagère, aide-familiale, repas...) de services aux bénéficiaires et inversement. Ceci montrait d'entrée de jeu que les centres de coordination eux-mêmes ont peu de visibilité, car ce que l'utilisateur voit, c'est le prestataire (bien que le coordinateur vienne aussi à domicile et ait également des contacts directs avec les bénéficiaires). Le métier central des CCSSD est celui de « coordinateur » (de formation AS ou infirmier communautaire), qui coordonne les soins à domicile, mais répond aussi à des demandes directes d'utilisateurs ou d'intervenants (médecins, hôpitaux, travailleurs sociaux...). Nous avons laissé une large part à l'expression très concrète, vivante et convergente des professionnels dans cette synthèse.

ACCESSIBILITÉ

1. Formellement, les CCSSD sont ouverts à tous sans restriction aucune (mutuelle, nationalité, logement, âge...) et leur coordination est gratuite. Les problèmes d'accessibilité sont donc liés à

- la visibilité, la connaissance, la volonté d'y avoir recours, la présence de personnes (médecins, travailleurs sociaux, voisins et familiers...) qui peuvent servir d'interface, d'envoyeurs.
2. Il y a des populations qui pourraient utilement bénéficier des CCSSD et qui n'y accèdent pas pour diverses raisons qui peuvent être cumulées. Il n'y a pas de profil unique.
 - a. Un public qui est dépassé par d'autres problématiques : surendettement, recomposition familiale, « des choses compliquées »... L'aspect santé passe dans un deuxième temps. Il peut y avoir le choix de ne pas se soigner du tout parce que la priorité est ailleurs, ou des problèmes financiers qui obligent à faire des choix : « soigner son cœur et pas autre chose, un médicament et pas un autre. »
 - b. « Des personnes très aisées qui ne savent pas qu'elles ont droit et ont recours à l'infirmière du coin. Ce n'est pas uniquement la pauvreté qui fait obstacle. »
 - c. Certains intermédiaires, même médecins, peuvent aussi ne pas jouer leur rôle de relais vers les CCSSD. La bonne connaissance des centres de coordination par le monde associatif et médical est donc essentielle.
 - d. Tout le monde peut cependant appeler un centre, y compris famille, amis et voisins.
 3. Les centres sont peu ou mal connus, leur appellation générique y est pour quelque chose. Or leur fonction de « porte d'entrée » et « d'architecte » de l'aide à domicile serait essentielle.
 - a. Usagers potentiels ne réalisent pas le travail que recouvre le nom CCSSD. Notamment la mise en route d'un travail d'accueil, de décryptage, d'analyse d'une situation et puis de mise en place des services, avec une coordination comportant un plan de soins, une évaluation, un repositionnement sur base de l'évaluation, et ainsi de suite. « La boucle ne se ferme jamais, sinon au décès du patient. »
 4. Il y a également un problème de « volume », car les services sont débordés par les évolutions de la population bruxelloise (vieillesse, pauvreté...) et la politique de maintien à domicile.
 5. La zone géographique et la profession, avec un éventuel cumul des deux
 - a. Plus de difficultés pour trouver des kinés indépendants, surtout les prestations de week-end. « Quand il y a une problématique de kiné respiratoire chez un bébé, cela doit être aussi le samedi et le dimanche. Quand on a ce type de problématique on a énormément de problèmes pour trouver quelqu'un. Cela c'est pour la profession. »
 - b. Au niveau géographique, les communes ne sont pas égales sur le territoire régional. Certaines sont mieux pourvues en termes de structures médico-sociales, certaines plus accessibles que d'autres. 1000 Bruxelles poserait plus de problèmes en termes de déplacement, d'embouteillage, de parcmètres, de vandalisme, d'insécurité...« Le long du canal, certains infirmiers n'iront que le matin car les dealers qui fonctionnent la nuit dorment. Dès qu'ils se réveillent, plus question ! Mais la pathologie de la personne n'a pas ce type d'horaires... ».
 - c. L'accès des prestataires aux personnes est parfois difficile, pour des raisons de mobilité et de sécurité.
 - d. Appauvrissement de la population et isolement de personnes âgées et malades dans des quartiers difficiles d'accès. Les obstacles peuvent donc se cumuler.
 6. Des personnes peuvent aussi ne pas réaliser qu'elles sont dans le besoin, comme celles qui sont proches de l'état de démence.
 - a. Aussi « de vieux couples qui ne se rendent pas compte que leur situation se détériore tout doucement, qui n'ont pas envie d'être encombrés par des prestataires. Ces personnes se mettent continuellement en danger avec le gaz ou autre chose, mais ne

voient pas où est le problème. Si on n'a pas aussi les enfants présents ou des voisins, des personnes peuvent vivre en grande difficulté sans même s'en rendre compte... »

7. L'accessibilité de la coordination (service de deuxième ligne, qui vient aussi au domicile pour des réunions de coordination, analyse les situations, mobilise et coordonne les prestataires) est donc très tributaire de la connaissance et de l'intervention du réseau professionnel et/ou familial pour les personnes les plus isolées et démunies, y compris sur leur propre perception de leur situation, ainsi que de l'accès des prestataires aux bénéficiaires (mobilité, dangerosité...).
8. Les centres s'occupent aussi de situations « simples », mais c'est souvent une porte d'entrée qui permet de suivre l'évolution de la situation et mobiliser d'autres prestataires si la situation se dégrade, car « le dossier est ouvert ». Il ne fait pas que coordonner, il informe aussi.
 - a. « Un centre de coordination a tout son rôle à jouer vis à vis de l'administration en termes de ramener vers le haut ce qui se passe en bas. » Contrairement à des services spécialisés, ils ont une vision plus globale par le biais de la coordination.
 - i. Exemple : « la politique de mobilité à Bruxelles avec les zones bleues, les parkings, les machins, on voit que cela a un impact, pas seulement pour les kinés mais aussi les infirmiers, les aides familiales, etc. Cela rend certains endroits inaccessibles ! »
9. « Nous sommes ouverts 24/24 et 7/7. Les catégories 3 ont un coordinateur de nuit et les coordinateurs de jour ont la paix. C'est moins évident pour les catégories 1 et 2.
 - a. Il y a des services téléphoniques avec lesquels des CCSSD ont des conventions pour la nuit.
 - b. Dans un CCSSD, « si on a besoin des coordinateurs le WE, leur GSM est allumé 24 sur 24. En termes d'accessibilité, c'est important d'être joignable tout le temps, notamment pour les situations qui se dégradent rapidement. »

PÉNIBILITÉ

1. « La première souffrance est dans ce que l'on peut entendre. Par les portes d'entrée du téléphone ou du travail des coordinateurs au domicile des gens. On entend la détresse, on palpe la mort tout le temps, ou la démence. Tout ce que l'on entend est extrêmement chargé. »
 - a. « Avec des choses de sa propre vie qui sont ramenées à la surface, des deuils, des situations que l'on a vécues. »
2. Une seconde difficulté est la quantité. « Le téléphone sonne tout le temps. On raccroche une situation difficile et on doit être vierge dans la seconde qui suit pour décrocher un nouvel appel tout autant en détresse. C'est extrêmement chargé. »
3. L'exigence des usagers. « La personne qui appelle croit être seule au monde et souffrir plus que tous les autres, être plus malade que tous les autres. L'infirmière doit passer à 8 heures et pas 5 minutes avant ou après. Les personnes sont extrêmement exigeantes et bien souvent on n'a pas, nous, de réponse à cette exigence. »
 - a. Exemple : « pendant le ramadan il faut des soins mais pas pendant la journée, il faut que l'infirmière arrête sa tournée et attende le coucher du soleil pour prester ses soins. »
4. Les exigences des familles, « les grands enfants qui ne voient pas les choses de la même façon (parfois ils occultent une situation que l'on sait gravissime, que l'on sait dangereuse pour la personne, pour ses voisins). Des enfants qui se chamaillent entre eux, et nous sommes là, au centre, avec un rôle de médiation. Ou les vieux parents qui ne veulent pas les enfants, ce genre de choses. Les prestataires qui ne sont pas nécessairement disponibles, le médecin qui veut

coordonner mais qui est parti jouer au golf le vendredi midi, etc. Donc c'est vraiment un rôle où l'on se retrouve entre le marteau et l'enclume. Sans compter la charge affective et de détresse (voir plus haut). Et ils doivent rester neutres, dire qu'ils sont là pour les bénéficiaires, et si c'est contre la famille, tant pis, ce sera contre la famille. Un des garants de cette coordination c'est d'avoir bien en tête que l'on est là pour la personne, et pas pour les autres nécessairement. On demande parfois aussi que le coordinateur soit là pour que les prestations se fassent dans de bonnes conditions, pour le bien-être de l'aide-familiale, pour le bien-être de l'infirmière... mais nous pensons d'abord au patient. Mais cette neutralité n'est pas toujours facile à garder, au milieu de tous ces prestataires, les familles, etc. »

5. « Il faut circuler aussi dans Bruxelles, tout comme les prestataires (...). Il y a les exigences des bénéficiaires, mais il y a aussi celles des prestataires ou du médecin. »
6. La notion d'urgence n'est pas la même pour chacun. Les infirmiers ont leur notion, les aide-familiales en ont une autre (il faut une enquête à domicile, etc.). Et ça, c'est le coordinateur qui le reçoit.
 - a. « Réunir tout le monde au même moment, cela prend du temps. Et cela, des prestataires, comme un service infirmier, ont du mal à comprendre. »
7. Difficultés linguistiques et culturelles. « Pas tant la langue en tant que telle (il y a les gestes, et puis on a des prestataires qui parlent arabe, espagnol...) mais dans l'organisation des choses.
 - a. « Une femme musulmane ne voudra en aucun cas un infirmier homme pour les toilettes, ou des garde-malades itinérants masculins et Madame ne veut pas aller aux toilettes avec un homme. Mais pour des raisons de sécurité et de circulation dans Bruxelles la nuit, je vais engager un homme plutôt qu'une jeune femme toute seule la nuit. On est tout le temps confrontés à ce type de difficultés. »
 - b. « Ou la famille exige que le prestataire enlève ses chaussures en entrant, ce n'est pas très grave mais l'infirmier qui est déjà en retard sur sa tournée et qui a de superbes lacets serrés trois fois, il n'a pas trop envie. Il fait sec, il s'est essuyé les pieds et ne voit pas trop où est le problème, mais la famille considère que c'est très très important de se déchausser selon le rituel, etc. »
8. Une pénibilité du travail pour un coordinateur, « c'est que c'est souvent lui qui reçoit les plaintes des bénéficiaires mais sur lesquelles il ne sait pas agir, même s'il peut communiquer la plainte (toute la difficulté est comment la communiquer) au service ou au prestataire. Mais qu'est-ce que je réponds au bénéficiaire ? Je peux dire que je transmettrai, mais je n'ai aucune influence. Prenons l'exemple des chaussures : on est qui, nous, pour aller dire à un service d'aide familiale ou infirmier qu'il faut enlever ses chaussures ? C'est compliqué. »
9. « Et qui amène le coordinateur à être très créatif. Inventer des « système D » parfois hallucinants pour répondre à des situations. Le coordinateur est le mieux placé pour détecter des nouveaux besoins qui apparaissent. Et ils doivent inventer des systèmes D par rapport à cela pour pouvoir répondre aux besoins de la personne. »
10. « C'est un travail de sur mesure, de couturier fin, on n'est pas dans la grande distribution. Les problématiques ne sont pas les mêmes, les ressources autour d'elles sont différentes, le logement varie, etc. Et donc cet aspect créatif est extrêmement important. Mais ce sont souvent des bouts de ficelle. »
11. La pénibilité semble « Croissante, très clairement. Situations plus complexes et exigences plus grandes. Les gens disent « j'ai droit à » et il n'y a plus une demande du type « je voudrais ceci », « j'ai besoin de cela ».

12. « Ce qui est pénible pour les coordinateurs de terrain, c'est ce chemin en « montagnes russes ». Mais les moments chargés, où tout roule cependant, deviennent de plus en plus rares. Une situation « qui part en vrille », comme on le disait tout à l'heure, c'est un dossier qui peut vous mobiliser non-stop. Mais les coordinateurs doivent gérer nombre d'autres dossiers, et s'il y a une ou deux situations qui partent en vrille ! Et puis il y a aussi les bénéficiaires qui disparaissent, cela arrive aussi. Le coordinateur va passer pratiquement tout son temps sur ce dossier et les autres seront en veilleuse. Et les moments plus calmes sont de plus en plus courts. Une situation qui dégénère peut être terriblement chronophage. »
13. Pas beaucoup de turn-over, cependant. « Non. Ils font envers et contre tout et, parfois, on doit les protéger contre eux-mêmes. Ils ne doivent pas être les sauveurs du monde, sauver les gens envers et contre eux-mêmes (ndlr : belle répétition !).
 - a. Il faut parfois accepter que ce ne soit pas possible, que l'on ne peut pas. Mais c'est tellement riche comme métier, c'est fatiguant et pénible, mais je n'en ai pas encore rencontrés qui soient dégoûtés ou blasés (...). C'est ça.
 - b. Ils savent pourquoi ils sont là. Et c'est ça aussi le moteur de l'affaire. Je pense que c'est ça qui fait qu'ils sont toujours là aujourd'hui. »

12. Services de soins palliatifs et continués - SSPC, rencontre du 22 septembre 2011(3 participants)

Comme pour d'autres secteurs, le décret autorise une assez grande variété de missions, cumulées ou non dans un service : organisation et coordination de soins, dispensation de soins, interventions psychosociales, formation et supervision des professionnels, soutien psychologique des malades et des proches (dont les enfants de parents malades ou décédés récemment³⁸)... Cette diversité s'est manifestée dans le groupe, même si seulement trois services étaient représentés. Notons que l'un d'entre eux intervient en milieu hospitalier, ce qui ne semble pas prévu par le décret. Mais, comme ailleurs, les subsides CoCoF ne subventionnent qu'une partie des travailleurs et des missions. D'autres ressources sont mobilisées (INAMI, emplois Actiris, sponsoring, dons, bénévolat...). Contrairement à ce que l'on pourrait penser, les services rencontrés interviennent plutôt auprès d'une population jeune, dont des enfants, ou d'âge moyen (40-60 ans). Ils constatent une très nette augmentation de la morbidité de la population bruxelloise, notamment par les cancers.

ACCESSIBILITÉ

1. La visibilité n'est pas évidente à développer, du moins auprès des patients. La problématique même, à savoir la fin de vie, n'est pas très « porteuse » en matière de communication auprès du public, même si certains services se sont plutôt spécialisés dans le soutien de proches, notamment l'accompagnement du deuil chez les enfants, et non des malades eux-mêmes.
2. La situation est différente auprès des « tiers-envoyeurs » (hôpitaux, médecins, services PMS et d'aide aux victimes, etc.) qui jouent un grand rôle dans la mise en relation des patients ou de leurs proches avec les services.
 - a. L'inscription du service dans un réseau professionnel et le « capital symbolique » (effet de notoriété) dont il bénéficie sont très importants pour être référencé et utilisé par les professionnels de la santé.

³⁸ Le texte décrétoal n'évoque cependant pas le soutien de proches après le décès d'une personne atteinte d'une maladie à pronostic fatal, et n'évoque pas les accidents (de la circulation, par exemple).

- b. La connaissance des services et la problématique des soins palliatifs et continués paraît mal connue, y compris chez les professionnels de la santé, notamment dans hôpitaux.
 - c. Le manque de moyens techniques et humains, en matière de communication, empêche de développer des outils améliorant la visibilité du service auprès des professionnels.
3. La multiculturalité des soignants dans les hôpitaux peut poser un problème, dans la mesure où elle est parfois source d'obstacles cognitifs et de blocages culturels en matière d'usage de certains médicaments (notamment la morphine).
4. Pour les usagers et leurs proches, et encore davantage pour ceux qui sont démunis et n'ont pas la capital cognitif et les outils pour utiliser Internet ou d'autres medias, le « bouche-à-oreille » joue un rôle très important.
5. L'accès à l'aide à domicile est relativement large, « il suffit de dire que les soins curatifs ont été arrêtés par manque des résultats. »
6. En matière financière, une fois que le patient a obtenu le statut « soins palliatifs », la prise en charge à domicile est entièrement gratuite, mais en cas d'hébergement temporaire dans une structure extrahospitalière (un seul service concerné) les nuitées sont payantes.
 - a. Le CPAS peut intervenir dans ce cas, mais les démarches sont plus longues et difficiles dans les communes pauvres que dans les riches. Il vaut dès lors mieux, dans ce contexte, « être pauvre dans une commune riche que pauvre dans une commune pauvre ».
 - b. La prise en charge par les équipes se fait souvent plus tôt dans le processus (avant l'obtention du « statut palliatif ») et peut durer plus d'un an.
 - c. L'accès aux services passe par un processus qui, dans certains cas (hébergement extrahospitalier), peut être relativement long et complexe. Il peut passer par un projet thérapeutique.
 - d. Le statut palliatif n'est pas facile à obtenir, la démarche n'est pas évidente à faire dans le chef des malades et de leurs proches. Certains patients sont dans les conditions mais n'ont pas le statut.
 - e. Les entretiens de soutien psychologique sont payants chez certains.
7. La demande excède largement l'offre, elle semble en croissance régulière malgré le rajeunissement de la population bruxelloise (augmentation de la morbidité pour différentes raisons, pas seulement liées à l'appauvrissement), ce qui engendre de grosses difficultés car l'enveloppe est fermée.
 - a. Nombreuses demandes, notamment téléphoniques, parce que le service est gratuit et que « les gens ne savent où aller », qu'ils sont « complètement paumés ». Ces demandes ne rentrent pas nécessairement dans le cadre et le service fait du « dispatching ».
 - b. La multiculturalité de Bruxelles, qui se ressent de plus en plus, « amène une paupérisation de la patientèle et, du fait de la gratuité, une surcharge de travail. »
 - c. Les hôpitaux libèrent les patients de plus en plus vite.
 - d. « Ou bien diminuer la voilure du service rendu, ou bien... » (voir pénibilité).
8. Le cumul de problématiques serait beaucoup plus important qu'avant : santé, logement, emploi, pauvreté... ce qui est source de sentiment d'impuissance chez les intervenants (voir pénibilité).
9. Les services qui ont une écoute téléphonique le font la plupart du temps uniquement en français.

10. Les démarches administratives peuvent prendre beaucoup de temps et limiter l'accessibilité.
11. Les ressources sponsoring et dons seraient en train de « se désagréger complètement ».

PÉNIBILITÉ

1. Surcharge de travail due à l'afflux des demandes (un service accompagne 450 patients au lieu des 250 pour lesquels il est subsidié), à l'intrication des problématiques. La situation empire, « l'élastique va se casser ».
 - a. Salariés ou indépendants qui font parfois des heures de bénévolat en plus.
2. La responsabilité de l'infirmier-ère de garde qui doit apprécier la situation et savoir si « elle y va ou pas » (dans le cas d'un appel d'un patient ou d'un de ses proches à la permanence) ; la disponibilité des équipes est une grande source de pénibilité.
 - a. Certains usagers font appel aux soins palliatifs pour éviter de faire appel à la visite payante d'un médecin.
 - b. Les médecins généraliste seraient moins disponibles qu'auparavant et auraient tendance à renvoyer vers les services institutionnalisés.
3. Confrontation à la maladie grave, à la mort et au deuil. Résonance chez les intervenants, projections multiples qui peuvent se faire. « Etre dans la mort en permanence, c'est difficile, il faut être bien dans ses baskets ».
 - a. Difficulté de « garder la bonne distance ».
4. Isolement des travailleurs à domicile, sur le terrain des usagers, et dans des situations lourdes et parfois dramatiques (exemple d'un proche demandant d'euthanasier le patient, un fusil sur la table). Plus de situations de pauvreté qu'autrefois.
5. Mobilité à Bruxelles qui est « un enfer », « une folie » pour les soignants à domicile, d'autant que les trois équipes qui vont au domicile des patients couvrent les 19 communes.
 - a. Certains quartiers sont dangereux.
6. Faiblesse des effectifs qui transforme chaque congé ou maladie en casse-tête.
7. Surcharge administrative, qui mobilise parfois des intervenants qui devraient être sur le terrain.
8. Importance de l'équipe comme soutien, de la motivation des travailleurs. Mais aussi des échanges avec d'autres travailleurs du réseau.
 - a. Pas assez le temps de la réflexion, trop dans l'agir.
9. Rôle des supervisions d'équipe pour échanger et « déposer » le fardeau.
10. Faiblesse de salaires, absence de prépension.
 - a. Diminution du temps de travail pour les travailleurs plus âgés, mais les jours sont difficiles à prendre par manque de temps et surcharge de travail.

13 et 14. Services d'aide à domicile - SAD, rencontres exploratoires sectorielle

13. Employeurs SAD (30 mai 2011, 4 participants)

ACCESSIBILITÉ

1. Manque d'information de la population et des professionnels sur la spécificité des services AD (le coût, les conditions d'accès...) et les particularités de leurs interventions (par rapport aux titre-services et autres services d'aide à domicile qui ne relèvent pas de l'aide sociale et n'ont pas la même philosophie)
 - a. L'image est souvent brouillée.

- b. La participation des bénéficiaires est un point important et constitue l'une des dimensions sociales de l'aide à domicile.
 - c. Travail de pédagogie à faire pour mieux faire connaître les services AD.
2. Du côté de l'offre, les services n'ont cependant pas la capacité d'absorber plus de demandes, ce qui signifie qu'une campagne de promotion qui déboucherait sur une augmentation des demandes impliquerait une non-satisfaction de celles-ci (le secteur serait dans un « engorgement total »).
 - a. Beaucoup d'argent public est allé vers le financement des titres-services et aurait dû aller vers les services AD.
3. Populations qui n'ont pas accès au service ou au processus d'aide sont celles qui n'ont pas de téléphone, maîtrisent mal la langue, vivent des obstacles culturels par rapport à ce type d'intervention à domicile. Donc plutôt les allochtones précaires.
4. Difficultés considérables en termes de gestion d'horaires qui peuvent compliquer l'accessibilité et s'ajouter aux difficultés de mobilité.
5. L'accès est en effet tributaire de la mobilité à Bruxelles, de certains quartiers à « risque » où les AF ne souhaitent pas se rendre (sentiment d'insécurité fondé ou non sur des incidents réels). Usage de deux roues, notamment VAE, nécessiterait une sécurisation des parcours et un changement de mentalité chez les intervenantes. La ville doit évoluer dans ce sens.
6. Troubles psychologiques de bénéficiaires (phénomène en augmentation) peuvent être un obstacle à l'aide par l'insécurisation des intervenantes et la difficulté d'autonomisation des bénéficiaires.
7. Etat du logement (insalubrité, hygiène, tabac...) peut entraver l'aide.
8. Perception culturelle de l'AD par certaines communautés ou familles en fonction de l'identité de la professionnelle (exemple des AD africaines considérées comme des servantes). Formes de racisme. Codes culturels et/ou religieux qui peuvent compliquer la relation.
9. Attitude du bénéficiaire donc peut être un frein à l'accessibilité. Difficile quand « le courant ne passe pas ».

PÉNIBILITÉ

1. La question des horaires gérés par les AS, un vrai casse-tête (exemple d'un service avec 200 horaires différents pour 312 personnes). Les AS jouent un rôle pivot.
2. Le casse-tête financier et administratif de la gestion des services AD (subsidiation à l'heure et à la prestation, contingentement, etc.).
3. Mauvaise image ou image troublée du métier, difficulté des horaires génère de la souffrance, impression d'être déplacé « comme des pions ».
4. La relation avec les bénéficiaires, notamment « psy » (dépressions, Alzheimer, assuétudes...) et la problématique interculturelle. L'agressivité de certaines personnes.
5. Le caractère insalubre de certains logements.
6. Les difficultés personnelles des AF (beaucoup de femmes seules avec enfants, ou femmes soumises au mari) qui entrent en résonance avec celles des bénéficiaires. « Miroir entre privé et professionnel ».
7. Avancée en âge des équipes (pic entre 40 et 50 ans) et usure physique.
8. Le stress de la permanence téléphonique.

14. Travailleurs SAD (17 mai 2011, 10 participants)

ACCESSIBILITÉ

1. Méconnaissance ou faible visibilité du service et/ou de notre palette d'intervention.
 - a. Par les usagers potentiels (le mot « aide familiale » prête à confusion).
 - b. Par des intermédiaires (médecins, infirmiers, kinés...) qui ne jouent pas rôle de relais.
2. Il y a une demande mais l'offre ne peut pas suivre (contingemment, manque de travailleurs disponibles, absences, gestion du planning...).
3. Si le contact se fait un peu contraint et forcé après une hospitalisation c'est moins bien que si le contact se fait avant (d'autant que l'on encourage la participation des usagers).
4. Les problèmes de mobilité dans Bruxelles (à partir de chez soi, autour du domicile de la personne et entre les différentes personnes).
5. Problème de communication, de perception culturelle pour les populations allochtones.
6. Crainte de l'intrusion au domicile, freins de l'entourage.

PÉNIBILITÉ

1. Travail plus lourd ou stressant car durée des prestations plus courtes.
 - a. Plus de quantité et moins de qualité : aide plus « compactée ».
 - b. AS ont plus de boulot administratif et de gestion de planning, peuvent moins se consacrer au relationnel (avec bénéficiaires et/ou AF et AM).
 - c. Le central téléphonique « chauffe » à certaines heures (matin) et certains jours (lundi)
2. Dimension relationnelle du travail est très importante.
 - a. Lourdeur de la relation dans certains cas, quand « ça coince », pénibilité psychologique du travail.
 - b. Le fait qu'il faut sans cesse s'adapter à des personnes différentes, et ceci plusieurs fois par jour.
 - i. L'état de santé des personnes n'est pas toujours connu.
 - ii. Personnes suicidaires, atteintes d'Alzheimer, en fin de vie, harcelantes.
 - iii. Personnes avec des problèmes de santé mentale, dépressives.
 - iv. Maladies physiques et handicap (myopathie, sclérose en plaques...).
 - c. Population bruxelloise vieillit et s'appauvrit.
 - d. Agressivité de la part de certains, des hommes mettent les femmes mal à l'aise ; des femmes font sentir que la maison c'est « leur domaine ».
 - e. Confrontation à des confidences ou des « secrets de famille » (notamment suite à l'affaire Dutroux qui a fait remonter des choses).
3. Le fait d'être « sur le terrain » des usagers, pas comme les psys qui reçoivent en cabinet.
4. Lourdeur physique (faire les courses avec objets lourds comme bouteilles, aspect manuel du travail).
 - a. Parfois dangers matériels (feu, hygiène, odeurs, maladies infectieuses...).
 - b. Déplacements fatigants.
5. Difficultés de mobilité dans Bruxelles et déplacements entre bénéficiaires et autour du domicile de ceux-ci (courses diverses).
 - a. Lenteur de la STIB ou zones mal desservies, manque de sécurité pour les deux-roues.
 - b. Beaucoup d'AF ou d'AM habitent en dehors de Bruxelles, car loyers trop élevés.
6. Articulation avec vie privée (souvent des femmes avec des enfants en bas âge).

15 et 16. Centres d'accueil téléphonique - CAT, rencontres exploratoires sectorielle

Nous avons rencontré chacun des deux services séparément. Nous avons tenu compte de tous les travailleurs, mais sur base d'une rencontre avec les permanents salariés (et un bénévole).

15. CAT Centre de prévention du suicide - CPS (1 mars 2011, 4 participants)

ACCESSIBILITÉ.

1. Différents facteurs limitent l'accessibilité du service « ligne d'écoute »³⁹ (numéro gratuit 0800, accessible 24/24 et 365/365) du CPS :
 - a. Le fait d'avoir un téléphone (plus facile qu'avant) et la possibilité de s'isoler pour parler ;
 - b. la langue (langue française uniquement) et la capacité de s'exprimer correctement ;
 - c. l'appartenance sociale et culturelle (le fait de considérer que parler de soi à un inconnu est légitime; croire que parler de soi peut être utile) ;
 - d. le tabou du suicide (mais le nom explicite du service ne serait pas exclu),
 - e. l'appartenance socioculturelle des répondants (très peu de répondants issus de l'immigration) ;
 - f. l'âge (les jeunes appellent très peu, ils font appel à d'autres ressources, il faudrait un service spécifique comme en France) ;
 - g. le nombre de répondants (un seul, 24 heures sur 24), les appels malveillants ou violents qui peuvent encombrer la ligne, des aspects techniques (lignes disponibles) ;
 - h. des obstacles techniques (nombre de lignes, incidents techniques téléphoniques et informatiques, dispositifs contre appels malveillants...). Il y a également un forum mais c'est un lieu d'expression et non d'écoute.
2. Les jeunes issus de l'immigration seraient donc le principal public ayant des problèmes d'accessibilité (cumul de facteurs inhibant), ainsi que toutes les personnes s'exprimant difficilement en langue française⁴⁰ ou ne considérant pas que « parler » puisse être utile.
3. Le profil des appelants est socio-économiquement assez divers, si l'on excepte les personnes issues récemment de l'immigration ou les primo-migrants, ainsi que les jeunes. Des personnes très précarisées, y compris du « quart monde », auraient recours au service.
4. Les permanents constatent plus d'appels de personnes ayant des problèmes de santé mentale. Une majorité de femmes, mais la proportion d'hommes a augmenté.
5. Il est impossible de garantir une accessibilité permanente et immédiate d'un répondant 24 heures sur 24, mais il y a un répondeur quand la ligne est occupée.
6. Cela « bouchonne » parfois très fort à certaines périodes (plus souvent le soir).
7. Le recrutement des bénévoles et leur formation n'est pas une chose facile, car le service est très exigeant et la problématique difficile. Le pourcentage moyen de bénévoles retenu est de 10 % des personnes qui postulent, après tout le processus de recrutement⁴¹.
 - a. Le nombre d'heures est de 20 par mois (16 de permanence et 4 de supervision).

³⁹ Il s'agit de la seule partie des activités du CPS qui est agréée et subventionnée par la CoCoF et rentre dès lors dans le cadre de cette étude. Un seul salarié subventionné CoCoF et deux ACS dans ce service. Le CPS développe d'autres activités : documentation, prise en charge de personnes ayant fait une tentative de suicide, accompagnement du deuil des proches, interventions diverses, publications...).

⁴⁰ Un service similaire existe en langue néerlandaise : « Centrum ter Preventie van Zelfdoding » (CPZ). Il est mentionné sur le site du CPS (dans les liens). Des centres de prévention en langue anglaise sont référencés dans la page liens du CPZ mais pas dans celle du CPS.

⁴¹ Séance d'information, questionnaire, entretien, formation de 3 mois.

- b. Ce type de service ne peut fonctionner que sur base du bénévolat des répondants. Impossible d'imaginer des professionnels assumant cette tâche⁴².
 - c. Presque pas de répondants issus de l'immigration. Il s'agit pour l'essentiel de personnes issues des classes moyennes ou supérieures (jeunes diplômés, personnes actives dans un tout autre secteur, prépensionnés), en majorité des femmes (60 %).
8. Le service fait de l'écoute et pas de l'orientation (c'est une autre démarche), mais les répondants peuvent indiquer certains relais quand les appelants le demandent.
9. Le service est totalement gratuit (ligne « 0800 ») et peut être appelé de partout. On ne peut donc pas garantir une « exclusivité bruxelloise » et il n'y a pas de données sur l'origine géographique des appels et a fortiori des appelants.
 - a. Le CPS est le seul service de prévention du suicide en Communauté française et avec une ligne gratuite « 0800 ».
 - b. Les campagnes d'affichages sont limitées à Bruxelles. Cependant, les affichages dans le métro (accessibles à tout le monde) coûtent cher.
10. Le rapport d'activité du CPS ne comporte pas de données statistiques sur le profil des appelants⁴³(seulement sur leur nombre), contrairement à celui de Télé-Accueil.

PÉNIBILITÉ

1. Le thème a concerné principalement les répondants bénévoles, avec une certaine homologie et un impact chez les permanents salariés.
2. La confrontation à des situations difficiles est au cœur du travail et c'est forcément « pénible » (dans le sens de difficulté et/ou de souffrance).
3. Mais cette pénibilité est aussi source de satisfaction quand les bénévoles constatent les effets de leur écoute (et de leurs réponses). A la fin de leur engagement, nombre de bénévoles disent « je sors d'ici, mais pas comme je suis entré ».
4. La confrontation aux appels et à des situations extrêmes (comme des suicides en direct) a cependant un grand retentissement et c'est parfois très difficile à soutenir. Le retentissement des appels peut être extrêmement perturbant. Il ne s'agit pas seulement de la confrontation à la mort, mais aussi aux raisons de vivre et à son sens, ainsi qu'à l'impuissance des répondants⁴⁴. D'où l'importance des supervisions régulières, collectives ou individuelles.
5. Certains contenus sont plus difficiles à entendre par certains répondants à certains moments (violence conjugale, « pédophilie », propos sexistes...),
6. En cas d'appel très remuant, les appelants peuvent se mettre en pause. L'accessibilité ne peut être garantie qui si la pénibilité n'est pas trop élevée. La qualité de l'écoute du répondant est

⁴² Les arguments sont assez longuement développés par l'équipe de permanents.

⁴³ On trouve une indication dans les données statistiques sur les taux de suicide dans la région bruxelloise présentées lors d'une journée d'étude de CPS : « Les taux de suicide varient également fortement en fonction de la situation familiale. Parmi les variables disponibles sur les bulletins statistiques de décès on trouve l'état civil qui permet d'approcher plus ou moins cette dimension. On observe que, après contrôle pour l'âge, les hommes veufs ont 3 fois plus de risque de se suicider que les hommes mariés. Chez les hommes comme chez les femmes, les personnes séparées ou divorcées et les célibataires ont 2 à 2,5 fois plus de risque de se suicider que les personnes mariées. (...) Plusieurs études montrent que les taux de suicide sont plus élevés chez les personnes qui sont au chômage ou qui ont un statut social plus précaire par rapport aux personnes socialement favorisées. » Le suicide : point de vue épidémiologique, Par Myriam De Spiegelaere., Journée d'étude « «Du suicide aux suicides », 2004.

⁴⁴ Une dimension transversale, comme celle du sens du travail. Un travail est d'autant plus pénible qu'il est dépourvu de sens et ne produit aucun résultat tangible.

tributaire d'un contrôle de la pénibilité. Pas d'accessibilité « à tout crin et à tout prix ». L'outil de travail principal du bénévole, c'est lui-même. Quand les bénévoles sont seuls dans le service (par exemple la nuit), ils peuvent toujours faire téléphoner à un membre de l'équipe.

7. La situation des bénévoles, qui sont au cœur du dispositif et en première ligne, apparaît paradoxale. Ils passent par un processus d'engagement relativement long et questionnant, ils doivent faire état de certains aspects personnels dans ce processus (aspects connus que d'un ou deux permanents, car le questionnaire d'entrée est confidentiel), ils doivent être disponibles 20 heures par mois, ne sont pas remboursés pour leurs frais de déplacement et ils sont engagés et évalués par des permanents qui, eux, sont payés. Activité des permanents rémunérés qui n'existe que grâce à celle des bénévoles.
8. Du côté des permanents, une pénibilité un peu « en miroir », notamment sur le thème de la séparation. Comme les répondants doivent se séparer d'un appelant sans savoir ce qu'il va devenir, les permanents doivent se séparer des bénévoles (au cours du processus d'engagement ou quelques mois ou années plus tard), ce qui n'est pas facile. Le plus pénible étant la décision de se séparer d'un bénévole sur décision des permanents. Mais quand un bénévole est en difficulté (notamment suite à un appel) « c'est comme si nous avions affaire à un répondant ».

16. CAT Télé-accueil - TA (22 mars 2011, 4 participants)

TA ne se centre pas uniquement sur la problématique du suicide, comme son nom l'indique, mais est destiné à « toute personne qui vit une situation de crise ou une difficulté sur le plan moral, social ou psychologique ». La nature des appels est donc, en moyenne, relativement différente de ceux du CPS.

ACCESSIBILITÉ.

1. Accueil téléphonique 24/24 et 365/365 et « chat » internet fréquenté par les plus jeunes.
2. Tout le monde ne connaît pas le 107 et il y a des saturations de ligne (1 appel sur 5 est décroché), qui semblent surtout inhiber les « premiers appels » de nouveaux bénéficiaires. De plus, connaître n'implique pas de faire le pas en cas de nécessité.
3. Il s'agit en grande majorité d'un public plutôt féminin « d'habitues » (plus de 80 % des appels), souvent des personnes seules (autour de 80 %), sans emplois et relativement âgées⁴⁵.
4. Des campagnes sont faites, notamment dans le métro, pour éviter qu'il n'y ait que des habitués. Le problème d'accessibilité semble surtout se poser pour les nouveaux appelants.
5. Les appels sont en français et il y a peu de répondants issus de l'immigration ou parlants une autre langue que le français. Même phénomène d'exclusion linguistique et culturelle qu'au CPS.
6. L'accessibilité peut donc être freinée par des codes culturels, sinon qu'un nombre non négligeable de jeunes femmes musulmanes s'adressent au service pour parler de leurs problèmes, ce qui n'est pas le cas au CPS (centré sur le suicide).
7. Hormis les SDF n'ayant en général pas de GSM, il n'y a pas de barrière technique et certains appelants n'éprouvent pas de difficultés de téléphoner d'un lieu public.
8. Il y a des appels malveillants et une procédure pour les gérer. Ces appels entravent évidemment l'accessibilité par saturation de la ligne.

⁴⁵ Les rapports d'activité donnent des informations assez précises sur le public qui appelle, avec toutes les réserves d'usages car il s'agit d'appels anonymes. Voir ces rapports pour plus de détails.

9. Plus de personnes « avec des problèmes de santé mentale graves (psychiatrie). Psychotiques, dépressions profondes. Certains hôpitaux psychiatriques donnent le 107, aussi des SSM sur leur répondeur. Cela permet à certains de tenir le coup « hors institution ».

PÉNIBILITÉ

1. Différentes formes de pénibilité:
 - a. horaires,
 - b. appels malveillants qui touchent surtout les femmes (2/3 des répondants) et « enlèvent le sens au travail », longues plages de silence,
 - c. caractère répétitif des appels et des « habitués ».
2. Le recrutement se fait cependant sans problèmes majeurs. La sélection semble moins rude qu'au CPS, phénomène sans doute lié à l'objet social qui n'est pas le même. 2/3 des bénévoles entrées en formation vont jusqu'au bout et peu « craquent au premier appel » comme au CPS.
3. Le plus pénible, c'est le caractère répétitif de certains appels et le sentiment d'inutilité. « Mais le fait du bénévolat change la perception de la pénibilité. C'est leur choix, ils l'assument et ils peuvent arrêter quand ils le souhaitent, mais ils ont du mal à partir. » Et en effet, « partir » peut être vécu très péniblement, plus que « rester ». Il y a parfois un « vrai travail de deuil » à faire.
4. Paradoxalement à première vue, le travail de nuit serait perçu comme moins pénible, parce que le contact est meilleur, les échanges plus profonds.
5. Le profil professionnel et sociologique des répondants bénévoles est assez proche de celui de CPS : « moitié des bénévoles a plus de 60 ans, de jeunes retraités (ou de non-actifs). Ce sont des personnes avec une assez forte scolarité, maîtrise du langage, capacité d'écoute. Parmi les professionnels en activité, certains en provenance de secteurs commerciaux (informatique, banque...) qui sont en recherche d'autre chose, d'un engagement citoyen, d'un « supplément d'âme », de rencontres avec d'autres (c'est un bénévolat relationnel). Certains font des reconversions professionnelles, deviennent coach ou thérapeutes. D'autres sont déjà en reconversion professionnelle et veulent approfondir en étant encadrés. Aussi de jeunes diplômés en sciences humaines, de jeunes psys qui font un bref passage avant leur entrée dans la vie professionnelle (mais ils ne sont pas nombreux). Quelques stagiaires conseillers conjugaux. Des femmes entre 40 et 50 ans, professionnelles mais à temps partiel, dont les enfants sont grands.
6. Ce sont tous des « blancs » avec des accents variables (européens de différentes origines). Ce n'est pas du tout représentatif de la multiculturalité bruxelloise. Il y en a parfois, mais c'est très rare. L'appartenance au pilier chrétien est du passé, mais il y a une présence du spirituel ou du religieux, mais pas de l'église catholique. Présence d'une certaine spiritualité (notamment bouddhisme, méditation, francs-maçons...). »

Equipe

1. Rien de particulier en termes de pénibilité (sinon horaires à temps partiel, agenda...). Ils sont en deuxième ligne et « c'est moins stressant ».

7.3.1. Questionnaire DIRECTION-COORDINATION.

Démarche d'évaluation qualitative transversale (DEQ-T) 2012/2013

Comme indiqué dans le courrier que vous avez reçu, ce questionnaire administré aux intervenants du social-santé ambulatoire bruxellois (12 secteurs, 139 agréments COCOF) a pour objectif de **mieux connaître l'impact de l'accessibilité des services sur la pénibilité du travail et retour**. Il vise à **tester sur une base plus large** des hypothèses qui se sont dégagées dans la première phase de la DEQ-T (groupes de discussion sectoriels ayant réuni plus de 90 acteurs de terrain en 2011). **Cette enquête par questionnaire est confidentielle**. L'identification de votre institution est une simple donnée de contrôle. Le temps pour répondre est d'à peu près 30 minutes. Les résultats seront publiés dans le rapport final de la DEQ-T, en juin 2013. Ils doivent **servir à éclairer les partenaires sociaux des secteurs et l'autorité politique sur la thématique**. Le choix du sujet de la DEQ-T (accessibilité/pénibilité) a été effectué par les partenaires sociaux de vos secteurs représentés dans l'association de fait CRAMIC.

| N° | Question | Modalités de réponse (surligner votre réponse en jaune) |
|--|--|---|
| A. Données d'identification | | |
| | <i>Institution</i> | <i>Nom officiel :</i> |
| i1 | Dans quel <u>secteur</u> (agrément) travaillez-vous ? | 1. SAJ 2. CASG 3. CCSSD 4. CPF 5. CAT 6. SER 7. MM 8. SAD 9. SSPC 10. SAMT 11. SSM 12. SMD |
| i2 | Votre <u>fonction actuelle</u> ? | 1. Coordinateur 2. Directeur 3. Autre |
| i3 | Votre <u>fonction précédente (ou parallèle à la première)</u> ? | 1. Fonction de contact direct avec usagers 2. Fonction d'appui (admin, secr, logistique, compta...) 3. Autre |
| i4 | Votre <u>ancienneté</u> dans le secteur (pas le service) ? | 1. Moins de 5 ans 2. De 6 à 9 ans 3. De 10 à 14 ans 4. De 15 à 19 ans 5. 20 ans et plus |
| i5 | Votre <u>temps de travail contractuel</u> actuel ? (hors RTT) | 1. Temps plein 2. Plus de 0.5 ETP et moins d'un temps plein 3. 0.5 ETP 4. Moins de 0.5 ETP |
| i6 | De quel type est votre <u>contrat de travail</u> ? | 1. Salarié CDI 2. Salarié CDD 3. Salarié remplacement 4. Indépendant 5. Autre : |
| i7 | Votre <u>niveau d'étude</u> ? | 1. Sec ou moins 2. Sup non univ 3. Univ bachelier (candidat) 4. Univ Master (licencié) 5. Doctorat |
| i8 | Votre <u>sexe</u> ? | 1. F 2.H |
| i9 | Votre <u>âge</u> ? | 1. 18-29 2. 30-39 3. 40-49 4. 50-59 5. 60-64 6. 65 et plus |
| i10 | Mode de relation <u>majoritaire</u> du service avec les usagers <u>individuels</u> ? | 1. Usagers vers service (type consultation) 2. Service vers usagers (type aide à domicile, travail de rue...) 3. Non-présentiel (tel ou web) 4. Mixte (diverses possibilités de manière régulière) 5. Ne sait pas |
| B. Impact de l'accessibilité du service sur la pénibilité du travail pour l'équipe de travail - DANS VOTRE SERVICE, PAS EN GENERAL ! | | |
| <p>Par accessibilité, nous entendons notamment : la possibilité pour un usager de connaître le service et d'identifier son offre (visibilité), d'être accueilli et/ou d'entrer en contact avec le service, d'être admis à l'entrée d'un processus d'aide/soins, de pouvoir s'insérer dans un processus d'aide/soins de qualité, d'accéder à une sortie durable ou temporaire du processus (hors chronicisation par maladie physique ou mentale, de grand-âge, de handicap...). En bref : la possibilité de bénéficier de l'offre du service.</p> | | |
| <p>Par pénibilité, nous entendons les différentes manifestations de souffrance au travail : surcharge, impression de manque de reconnaissance (usagers, administration, réseau...), perception d'un manque de sens, sentiment d'inutilité, impression d'un manque de soutien par les pairs, difficultés avec usagers, difficultés avec collègues de travail, épuisement émotionnel... Il ne s'agit donc pas seulement de la pénibilité ou de la difficulté intrinsèque du métier (soigner des malades, aider des personnes en difficulté, se confronter quotidiennement à la maladie mentale ou au mal-être, etc.), mais aussi de ce qui peut venir se surajouter à cela pour différentes raisons.</p> | | |
| <p>L'objet des questions suivantes est de savoir si, pour votre équipe d'abord et pour vous ensuite, l'accessibilité du service et son offre peut entrer en tension avec la pénibilité du travail. En d'autres mots : si certains aspects de l'accessibilité (seuil d'accès, flux d'usagers, processus d'aide...) peuvent engendrer de la pénibilité au travail.</p> | | |

Démarche d'Evaluation Qualitative Transversale 2010-2013

| B.1 Visibilité du service et de son offre pour les usagers et/ou les "tiers envoyeurs" --> pénibilité du travail de VOTRE équipe ? | | |
|--|---|---|
| | <p><u>Vivez-vous certains des types de tension suivants entre la visibilité du service et la pénibilité du travail dans votre service ?</u> (une note de 0 à 3. La note 0 signifie que la pénibilité décrite ne se produit jamais dans votre service, la note 1 qu'elle est occasionnelle, la note 2 qu'elle est fréquente, la note 3 qu'elle est permanente. NSP : "ne sait pas" et NC = "non concerné")</p> | <p>q1. Défaut visibilité service/offre --> confusions, envois erronés, explications pénibles... : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q2. Forte visibilité génère un afflux de demandes --> surcharge pénible de travail : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q3. Opacité du réseau, complexité bruxelloise --> coordination et orientation pénibles : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q4. Identité généraliste et/ou faible coût --> pénible d'être "fourre-tout" des autres : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q5. Service trop visible --> nuit à l'anonymat, à la sécurité des travailleurs : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q6. Service récent et/ou peu connu, peu relayé dans le réseau --> source de difficultés : 0, 1, 2, 3, NSP, NC Commentaire éventuel :</p> |
| q7. | <u>Quelle tension a le plus augmenté dernièrement ?</u> | 1. Aucune 2. Ne sait pas q1 q2 q3 q4 q5 q6 |
| B.2 Accueil et/ou contact avec les usagers au service--> pénibilité du travail de VOTRE équipe? | | |
| | <p><u>Vivez-vous certains des types de tension suivants entre l'accueil et/ou le contact avec les usagers et la pénibilité du travail dans votre service ?</u> (une note de 0 à 3. La note 0 signifie que la pénibilité décrite ne se produit jamais dans votre service, la note 1 qu'elle est occasionnelle, la note 2 qu'elle est fréquente, la note 3 qu'elle est permanente. NSP : "ne sait pas" et NC = "non concerné")</p> | <p>q8. Pénibilité par manque de locaux adaptés pour accueillir les usagers : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q9. Tensions entre groupes usagers à l'accueil : sources de pénibilité : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q10. Horaires (étendus, variables, coupés) pour être accessible rendent le travail pénible : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q11. Difficultés due au travail de rue et/ou le soir, la nuit : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q12. Insécurité liée à des locaux mal protégés, quartiers peu sûrs, domiciles insalubres : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q13. Stress permanence téléphonique, outils de communication --> travail pénible : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q14. Déplacements dans Bruxelles pour accéder aux usagers sont source de pénibilité : 0, 1, 2, 3, NSP, NC Commentaire éventuel :</p> |
| q15. | <u>Quelle tension a le plus augmenté dernièrement ?</u> | 1. Aucune 2. Ne sait pas q8 q9 q10 q11 q12 q13 q14 |
| B.3 Admission des usagers aux prestations du service--> pénibilité du travail de VOTRE équipe? | | |
| | <p><u>Vivez-vous certains des types de tension suivants entre l'admission des usagers à l'offre du service et la pénibilité du travail dans votre service ?</u> (une note de 0 à 3. La note 0 signifie que la pénibilité décrite ne se produit jamais dans votre service, la note 1 qu'elle est occasionnelle, la note 2 qu'elle est fréquente, la note 3 qu'elle est permanente. NSP : "ne sait pas" et NC = "non concerné")</p> | <p>q16. Demandes admises car dernier recours, travail pénible par surcharge, inadéquation : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q17. Trop de situations urgentes génèrent stress et manque de temps pour élaborer : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q18. Difficultés du travail car complexité accrue des situations prises en charge : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q19. Demandes adressées par réseau mais pas toujours adéquates --> pénibilité: 0, 1, 2, 3, NSP, NC q20. Seuil d'accès très bas, situations extrêmes engendrent pénibilité : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q21. Offre très généraliste génère un afflux difficile à gérer et à transférer : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q22. Croissance usagers vulnérables, agressifs, exigeants, santé mentale accroît pénibilité : 0, 1, 2, 3, NSP, NC Commentaire éventuel :</p> |
| q23. | <u>Quelle tension a le plus augmenté dernièrement ?</u> | 1. Aucune 2. Ne sait pas q16 q17 q18 q19 q20 q21 q22 |

| B.4 Processus d'aide et/ou de soins du service--> pénibilité du travail de VOTRE équipe? | | |
|--|---|--|
| | <u>Vivez-vous certains des types de tension suivants entre le processus d'aide/soins et la pénibilité du travail dans votre service ?</u> (une note de 0 à 3. La note 0 signifie que la pénibilité décrite ne se produit jamais dans votre service, la note 1 qu'elle est occasionnelle, la note 2 qu'elle est fréquente, la note 3 qu'elle est permanente. NSP : "ne sait pas" et NC = "non concerné") | q24. Difficulté de "poser des limites" à l'intervention en voulant être trop accessible : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q25. Dynamique relationnelle, résonances perso, écoute, "trop payer de sa personne" : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q26. S'adapter sans cesse à des personnes différentes rend travail pénible : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q27. Difficultés du processus pour raisons linguistiques, culturelles ou cognitives usagers : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q28. Difficultés du processus dû à grande pauvreté (centrage sur besoins immédiats) : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q29. Flexibilité, souplesse, polyvalence, source de pénibilité processus : 0, 1, 2, 3, NSP, NC Commentaire éventuel : |
| q30. | <u>Quelle tension a le plus augmenté dernièrement ?</u> | 1. Aucune 2. Ne sait pas q24 q25 q26 q27 q28 q29 |
| B.5 Accès à une sortie (hors situation chronique) du processus d'aide et/ou de soins offert par le service--> pénibilité du travail de VOTRE équipe? | | |
| | <u>Vivez-vous certains des types de tension suivants entre l'accès à une sortie du processus d'aide/soins et la pénibilité du travail votre service ?</u> (une note de 0 à 3. La note 0 signifie que la pénibilité décrite ne se produit jamais dans votre service, la note 1 qu'elle est occasionnelle, la note 2 qu'elle est fréquente, la note 3 qu'elle est permanente. NSP : "ne sait pas" et NC = "non concerné") | q31. Manque de résultats face à demandes mal adressées est source de démotivation : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q32. Perte de sens du travail car les causes des problématiques sont hors de portée : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q33. Sentiment d'impuissance face à la lourdeur des situations : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q34. Difficulté de transférer usagers vers un autre service quand le lien est établi : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q35. Retour récurrent des mêmes personnes est vécu péniblement : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q36. Absence d'issue pour les usagers est décourageant : 0, 1, 2, 3, NSP, NC Commentaire éventuel : |
| q37. | <u>Quelle tension a le plus augmenté dernièrement ?</u> | 1. Aucune 2. Ne sait pas q31 q32 q33 q34 q35 q36 |
| C. Tensions entre accessibilité et pénibilité de VOTRE travail de coordination/direction pour VOTRE agrément | | |
| q38. | <u>Percevez-vous des tensions entre l'accessibilité du service et la pénibilité de votre travail personnel ?</u> | 1. Jamais 2. Quelquefois 3. Souvent 4. Ne sait pas 5. Non concerné (<i>si jamais, passez à rubrique D.</i>) |
| q39. | <u>Ces tensions sont-elles ?</u> | 1. Passagères (à certains moments) 2. Durables (quasi permanente) 3. Ne sait pas 4. Non concerné |
| | <u>Vivez-vous certains des types de tension suivants entre l'accessibilité du service et la pénibilité dans votre travail personnel ?</u> (une note de 0 à 3. La note 0 signifie que la pénibilité décrite ne se produit jamais dans votre service, la note 1 qu'elle est occasionnelle, la note 2 qu'elle est fréquente, la note 3 qu'elle est permanente. NSP : "ne sait pas" et NC = "non concerné") | q40. Surcharge administrative par surcroît de dossiers : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q41. Gestion des horaires pour garantir accessibilité est pénible : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q42. Difficulté d'animation/direction d'une équipe débordée : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q43. Pénibilité due au travail de réseau pour améliorer accessibilité : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q44. Excès ou complexité demandes sur capacités service rend coordination très difficile : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q45. Gestion des plaintes usagers ou tiers-envoyeurs est source de pénibilité: 0, 1, 2, 3, NSP, NC Commentaire éventuel : |
| q46. | <u>Quelle tension a le plus augmenté dernièrement ?</u> | 1. Aucune 2. Ne sait pas 3. Non concerné q40 q41 q42 q43 q44 q45 |

D. Autres facteurs globaux qui influent sur la pénibilité du travail dans VOTRE service

| | |
|--|--|
| <p>q47. A quelle place situeriez-vous l'impact de l'accessibilité sur la pénibilité du travail par rapport à l'ensemble des facteurs de pénibilité, pris globalement, dans VOTRE service ?</p> | <p><i>Exemples d'autres facteurs (ne pas répondre ici)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Environnement matériel</i> (locaux mal adaptés, outils de travail inadéquats, hygiène, chauffage...) • <i>Mauvaise qualité du travail</i> (sentiment d'inutilité, hiatus entre idéal et réalité...) • <i>Relations avec usagers</i> (agressivité, passivité, violence, pression des proches...) • <i>Surcharge de travail</i> (travail compacté, pénurie de professionnels, manque de temps pour recul, complexité et diversité tâches...) • <i>Manque d'autonomie décisionnelle</i> (standardisation des pratiques, courant managérial...) • <i>Déséquilibre entre efforts et récompense</i> (reconnaissance symbolique, salaires...) • <i>Manque de soutien social</i> (réseau, administration, politiques...) • <i>Problèmes institutionnels</i> (crise d'équipe, relations avec CA...) • <i>Surcharge administrative</i> (formulaires à remplir, enquêtes diverses, justificatifs...) • <i>Déséquilibre vie professionnelle et vie privée</i> (débordement activité sur vie privée : temps, résonance, vie sociale...) • <i>Incapacité à faire face aux défis du contexte socioéconomique et politique</i> (situation globale alimente le flux des usagers, complexité institutionnelle bruxelloise, rivalités entre services, opacité des secteurs...) • <i>Insécurité d'emploi</i> (difficultés de fins de carrière, perspectives peu rassurantes sur la pérennité de l'emploi dans le service...) <p>Votre réponse ici :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Parmi les facteurs les plus importants 2. A une place d'importance moyenne 3. Parmi les facteurs les moins importants 4. Ne sait pas |
|--|--|

E. Evolution globale de la pénibilité du travail dans VOTRE service et son impact sur l'accessibilité

| | | |
|------|--|--|
| q48. | Toutes causes confondues, avez-vous l'impression que la pénibilité au travail ? | 1. Diminue 2. Est stable 3. Augmente un peu 4. Augmente fort 5. NSP 6. NC |
| q49. | Se manifeste-t-elle surtout ? | 1. De manière discontinue (paliers ou crises) 2. De manière continue 3. Des deux manières 4. Ne sait pas 5. Non concerné |
| q50. | Ses effets varient-ils significativement selon les métiers/fonctions dans votre service ? | 1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas 4. Non concerné |
| q51. | Que pensez-vous de cette affirmation par rapport à votre expérience personnelle : "la première cause de la pénibilité est l'afflux croissant d'usagers vivant des situations de plus en plus complexes sur lesquelles notre travail n'a que peu ou pas de prise" | 1. Non, je ne m'y retrouve pas 2. Ce n'est qu'une partie du problème 3. Cela correspond très fort à ce que je vis 4. Ne sait pas 5. Non concerné |
| q52. | Selon vous, la pénibilité du travail résultant de l'accessibilité de votre service a-t-elle un impact négatif en retour sur cette même accessibilité (qualité du travail, disponibilité, absentéisme, dynamique d'équipe...)? | 1. Non 2. Un peu 3. Beaucoup 4. Ne sait pas 5. Non concerné |

Contact pour cette enquête : Bernard De Backer, CBCS, rue Mercelis 27 1050 Ixelles, tel 02 511 89 59, courriel : bdebacker@cbcs.be

Merci pour votre participation !

7.3.2. Questionnaire TRAVAILLEURS.

Démarche d'évaluation qualitative transversale (DEQ-T) 2012/2013

Comme indiqué dans le courrier que vous avez reçu, ce questionnaire administré aux intervenants du social-santé ambulatoire bruxellois (12 secteurs, 139 agréments COCOF) a pour objectif de **mieux connaître l'impact de l'accessibilité des services sur la pénibilité du travail et retour**. Il vise à **tester sur une base plus large** des hypothèses qui se sont dégagées dans la première phase de la DEQ-T (groupes de discussion sectoriels ayant réuni plus de 90 acteurs de terrain en 2011). **Cette enquête par questionnaire est confidentielle**. L'identification de votre institution est une simple donnée de contrôle. Le temps pour répondre est d'à peu près 30 minutes. Les résultats seront publiés dans le rapport final de la DEQ-T, en juin 2013. Ils doivent **servir à éclairer les partenaires sociaux des secteurs et l'autorité politique sur la thématique**. Le choix du sujet de la DEQ-T (accessibilité/pénibilité) a été effectué par les partenaires sociaux de vos secteurs représentés dans l'association de fait CRAMIC.

| N° | Question | Modalités de réponse (surligner votre réponse en jaune) |
|--|---|---|
| A. Données d'identification | | |
| | <i>Institution</i> | <i>Nom officiel :</i> |
| i1 | Dans quel <u>secteur</u> (agrément) travaillez-vous ? | 1. SAJ 2. CASG 3. CCSSD 4. CPF 5. CAT 6. SER 7. MM 8. SAD 9. SSPC 10. SAMT 11. SSM 12. SMD |
| i2 | Votre <u>fonction</u> actuelle ? | 1. Accueil 2. Aide fami. 3. Aide ménag 4. AS social 5. Ass psy 6. Comptable 7. Conseiller (familial et conjugal) 8. Conseiller juridique 9. Médecin 10. Paraméd 11. Psychologue 12. Secrétaire 13. Autre : |
| i3 | Votre <u>ancienneté</u> dans le secteur (pas le service) ? | 1. Moins de 5 ans 2. De 6 à 9 ans 3. De 10 à 14 ans 4. De 15 à 19 ans 5. 20 ans et plus |
| i4 | Votre <u>temps de travail contractuel</u> actuel ? (hors RTT) | 1. Temps plein 2. Plus de 0.5 ETP et moins d'un temps plein 3. 0.5 ETP 4. Moins de 0.5 ETP |
| i5 | De quel type est votre <u>contrat de travail</u> ? | 1. Salarié CDI 2. Salarié CDD 3. Salarié remplacement 4. Indépendant 5. Autre : |
| i6 | Votre <u>niveau d'étude</u> ? | 1. Sec ou moins 2. Sup non univ 3. Univ bachelier (candidat) 4. Univ Master (licencié) 5. Doctorat |
| i7 | Votre <u>sexe</u> ? | 1. F 2.H |
| i8 | Votre <u>âge</u> ? | 1. 18-29 2. 30-39 3. 40-49 4. 50-59 5. 60-64 6. 65 et plus |
| i9 | VOTRE relation <u>majoritaire</u> avec usagers <u>individuels</u> ? | 1. Usagers vers service (type consultation) 2. Service vers usagers (type aide à domicile, travail de rue...) 3. Non-présentiel (tel ou web) 4. Mixte (diverses possibilités de manière régulière) 5. Ne sait pas |
| B. Impact de l'accessibilité du service sur la pénibilité de VOTRE TRAVAIL, PAS EN GENERAL ! | | |
| <p>Par accessibilité, nous entendons notamment : la possibilité pour un usager de connaître le service et d'identifier son offre (visibilité), d'être accueilli et/ou d'entrer en contact avec le service, d'être admis à l'entrée d'un processus d'aide/soins, de pouvoir s'insérer dans un processus d'aide/soins de qualité, d'accéder à une sortie durable ou temporaire du processus (hors chronicisation par maladie physique ou mentale, de grand-âge, de handicap...). En bref : la possibilité de bénéficier de l'offre du service.</p> | | |
| <p>Par pénibilité, nous entendons les différentes manifestations de souffrance au travail : surcharge, impression de manque de reconnaissance (usagers, administration, réseau...), perception d'un manque de sens, sentiment d'inutilité, impression d'un manque de soutien par les pairs, difficultés avec usagers, difficultés avec collègues de travail, épuisement émotionnel... Il ne s'agit donc pas seulement de la pénibilité ou de la difficulté intrinsèque du métier (soigner des malades, aider des personnes en difficulté, se confronter quotidiennement à la maladie mentale ou au mal-être, etc.), mais aussi de ce qui peut venir se surajouter à cela pour différentes raisons.</p> | | |
| <p>L'objet des questions suivantes est de savoir si, pour votre équipe d'abord et pour vous ensuite, l'accessibilité du service et son offre peut entrer en tension avec la pénibilité du travail. En d'autres mots : si certains aspects de l'accessibilité (seuil d'accès, flux d'usagers, processus d'aide...) peuvent engendrer de la pénibilité au travail.</p> | | |

| B.1 Visibilité du service et de son offre pour les usagers et/ou les "tiers envoyeurs" --> pénibilité de VOTRE travail ? | | |
|--|---|---|
| | <p><u>Vivez-vous certains des types de tension suivants entre la visibilité du service et la pénibilité de votre travail dans votre service ?</u> (une note de 0 à 3. La note 0 signifie que la pénibilité décrite ne se produit jamais dans votre service, la note 1 qu'elle est occasionnelle, la note 2 qu'elle est fréquente, la note 3 qu'elle est permanente. NSP : "ne sait pas" et NC = "non concerné")</p> | <p>q1. Défaut visibilité service/offre --> confusions, envois erronés, explications pénibles... : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q2. Forte visibilité génère un afflux de demandes --> surcharge pénible de travail : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q3. Opacité du réseau, complexité bruxelloise --> coordination et orientation pénibles : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q4. Identité généraliste et/ou faible coût --> pénible d'être "fourre-tout" des autres : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q5. Service trop visible --> nuit à l'anonymat, à la sécurité des travailleurs : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q6. Service récent et/ou peu connu, peu relayé dans réseau --> source de difficultés : 0, 1, 2, 3, NSP, NC Commentaire éventuel :</p> |
| q7. | <u>Quelle tension a le plus augmenté dernièrement ?</u> | 1. Aucune 2. Ne sait pas q1 q2 q3 q4 q5 q6 |
| B.2 Accueil et/ou contact avec les usagers au service--> pénibilité de VOTRE travail ? | | |
| | <p><u>Vivez-vous certains des types de tension suivants entre l'accueil et/ou le contact avec les usagers et la pénibilité du travail dans votre service ?</u> (une note de 0 à 3. La note 0 signifie que la pénibilité décrite ne se produit jamais dans votre service, la note 1 qu'elle est occasionnelle, la note 2 qu'elle est fréquente, la note 3 qu'elle est permanente. NSP : "ne sait pas" et NC = "non concerné")</p> | <p>q8. Pénibilité par manque de locaux adaptés pour accueillir les usagers : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q9. Tensions entre groupes usagers à l'accueil : sources de pénibilité : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q10. Horaires (étendus, variables, coupés) pour être accessible rendent le travail pénible : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q11. Difficultés due au travail de rue et/ou le soir, la nuit : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q12. Insécurité liée à des locaux mal protégés, quartiers peu sûrs, domiciles insalubres : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q13. Stress permanence téléphonique, outils de communication --> travail pénible : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q14. Déplacements dans Bruxelles pour accéder aux usagers sont source de pénibilité : 0, 1, 2, 3, NSP, NC Commentaire éventuel :</p> |
| q15. | <u>Quelle tension a le plus augmenté dernièrement ?</u> | 1. Aucune 2. Ne sait pas q8 q9 q10 q11 q12 q13 q14 |
| B.3 Admission des usagers aux prestations du service--> pénibilité de VOTRE travail ? | | |
| | <p><u>Vivez-vous certains des types de tension suivants entre l'admission des usagers à l'offre du service et la pénibilité du travail dans votre service ?</u> (une note de 0 à 3. La note 0 signifie que la pénibilité décrite ne se produit jamais dans votre service, la note 1 qu'elle est occasionnelle, la note 2 qu'elle est fréquente, la note 3 qu'elle est permanente. NSP : "ne sait pas" et NC = "non concerné")</p> | <p>q16. Demandes admises car dernier recours, travail pénible par surcharge, inadéquation : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q17. Trop de situations urgentes génèrent stress et manque de temps pour élaborer : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q18. Difficultés du travail car complexité accrue des situations prises en charge : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q19. Demandes adressées par réseau mais pas toujours adéquates --> pénibilité: 0, 1, 2, 3, NSP, NC q20. Seuil d'accès très bas, situations extrêmes engendrent pénibilité : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q21. Offre très généraliste génère un afflux difficile à gérer et à transférer : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q22. Croissance usagers vulnérables, agressifs, exigeants, santé mentale accroît pénibilité : 0, 1, 2, 3, NSP, NC Commentaire éventuel :</p> |
| q23. | <u>Quelle tension a le plus augmenté dernièrement ?</u> | 1. Aucune 2. Ne sait pas q16 q17 q18 q19 q20 q21 q22 |

| B.4 Processus d'aide et/ou de soins du service--> pénibilité de VOTRE travail ? | | |
|---|---|--|
| | <u>Vivez-vous certains des types de tension suivants entre le processus d'aide/soins et la pénibilité du travail dans votre service ?</u> (une note de 0 à 3. La note 0 signifie que la pénibilité décrite ne se produit jamais dans votre service, la note 1 qu'elle est occasionnelle, la note 2 qu'elle est fréquente, la note 3 qu'elle est permanente. NSP : "ne sait pas" et NC = "non concerné") | q24. Difficulté de "poser des limites" à l'intervention en voulant être trop accessible : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q25. Dynamique relationnelle, résonances perso, écoute, "trop payer de sa personne" : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q26. S'adapter sans cesse à des personnes différentes rend travail pénible : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q27. Difficultés du processus pour raisons linguistiques, culturelles ou cognitives usagers : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q28. Difficultés du processus dû à grande pauvreté (centrage sur besoins immédiats) : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q29. Flexibilité, souplesse, polyvalence, source de pénibilité processus : 0, 1, 2, 3, NSP, NC Commentaire éventuel : |
| q30. | <u>Quelle tension a le plus augmenté dernièrement ?</u> | 1. Aucune 2. Ne sait pas q24 q25 q26 q27 q28 q29 |
| B.5 Accès à une sortie (hors situation chronique) du processus d'aide et/ou de soins offert par le service--> pénibilité de VOTRE travail ? | | |
| | <u>Vivez-vous certains des types de tension suivants entre l'accès à une sortie du processus d'aide/soins et la pénibilité du travail votre service ?</u> (une note de 0 à 3. La note 0 signifie que la pénibilité décrite ne se produit jamais dans votre service, la note 1 qu'elle est occasionnelle, la note 2 qu'elle est fréquente, la note 3 qu'elle est permanente. NSP : "ne sait pas" et NC = "non concerné") | q31. Manque de résultats face à demandes mal adressées est source de démotivation : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q32. Perte de sens du travail car les causes des problématiques sont hors de portée : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q33. Sentiment d'impuissance face à la lourdeur des situations : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q34. Difficulté de transférer usagers vers un autre service quand le lien est établi : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q35. Retour récurrent des mêmes personnes est vécu péniblement : 0, 1, 2, 3, NSP, NC q36. Absence d'issue pour les usagers est décourageant : 0, 1, 2, 3, NSP, NC Commentaire éventuel : |
| q37. | <u>Quelle tension a le plus augmenté dernièrement ?</u> | 1. Aucune Ne sait pas q31 q32 q33 q34 q35 q36 |

Note pour l'encodage. Les questions 38 à 46 incluses ne sont pas posées aux travailleurs n'occupant pas une fonction de direction ou de coordination. L'absence de réponse sera encodée comme « non concerné ». Afin de permettre une comparaison des réponses aux deux questionnaires, le numéro des questions suivantes n'est pas modifié. Les travailleurs répondent aux questions 47 à 52 de la page suivante.

| D. Autres facteurs globaux qui influent sur la pénibilité de VOTRE travail | | |
|--|--|--|
| <p>q47. A quelle place situeriez-vous l'impact de l'accessibilité sur la pénibilité du travail par rapport à l'ensemble des facteurs de pénibilité, pris globalement, dans VOTRE travail ?</p> | <p><i>Exemples d'autres facteurs :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Environnement matériel (locaux mal adaptés, outils de travail inadéquats, hygiène, chauffage...)</i> • <i>Mauvaise qualité du travail (sentiment d'inutilité, hiatus entre idéal et réalité...)</i> • <i>Relations avec usagers (agressivité, passivité, violence, pression des proches...)</i> • <i>Surcharge de travail (travail compacté, pénurie de professionnels, manque de temps pour recul, complexité et diversité tâches...)</i> • <i>Manque d'autonomie décisionnelle (standardisation des pratiques, courant managérial...)</i> • <i>Déséquilibre entre efforts et récompense (reconnaissance symbolique, salaires...)</i> • <i>Manque de soutien social (réseau, administration, politiques...)</i> • <i>Problèmes institutionnels (crise d'équipe, relations avec CA...)</i> • <i>Surcharge administrative (formulaires à remplir, enquêtes diverses, justificatifs...)</i> • <i>Déséquilibre vie professionnelle et vie privée (débordement activité sur vie privée : temps, résonance, vie sociale...)</i> • <i>Incapacité à faire face aux défis du contexte socioéconomique et politique (situation globale alimente le flux des usagers, complexité institutionnelle bruxelloise, rivalités entre services, opacité des secteurs...)</i> • <i>Insécurité d'emploi (difficultés de fins de carrière, perspectives peu rassurantes sur la pérennité de l'emploi dans le service...)</i> <p>Votre réponse ici</p> <p>5. Parmi les facteurs les <u>plus</u> importants</p> <p>6. A une place d'importance <u>moyenne</u></p> <p>7. Parmi les facteurs les <u>moins</u> importants</p> <p>8. Ne sait pas</p> | |
| E. Evolution globale de la pénibilité de VOTRE travail et son impact sur l'accessibilité | | |
| q48. | Toutes causes confondues, avez-vous l'impression que la pénibilité de VOTRE travail ? | 1. Diminue 2. Est stable 3. Augmente un peu 4. Augmente fort 5. NSP 6. NC |
| q49. | Se manifeste-t-elle surtout ? | 1. De manière discontinue (paliers ou crises) 2. De manière continue 3. Des deux manières 4. Ne sait pas 5. Non concerné |
| q50. | Ses effets varient-ils significativement selon les métiers/fonctions dans votre service ? | 1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas 4. Non concerné |
| q51. | Que pensez-vous de cette affirmation par rapport à votre expérience personnelle : "la première cause de la pénibilité est l'afflux croissant d'usagers vivant des situations de plus en plus complexes sur lesquelles notre travail n'a que peu ou pas de prise" | 1. Non, je ne m'y retrouve pas 2. Ce n'est qu'une partie du problème 3. Cela correspond très fort à ce que je vis 4. Ne sait pas 5. Non concerné |
| q52. | Selon vous, la pénibilité de VOTRE travail résultant de l'accessibilité de votre service a-t-elle un impact négatif en retour sur cette même accessibilité (qualité du travail, disponibilité, absentéisme, dynamique d'équipe...)? | 1. Non 2. Un peu 3. Beaucoup 4. Ne sait pas 5. Non concerné |
| <p>Contact pour cette enquête : Bernard De Backer, CBCS, rue Mercelis 27 1050 Ixelles, tel 02 511 89 59, courriel : bdebacker@cbcs.be</p> <p align="center">Merci pour votre participation !</p> | | |

7.4. Données complémentaires concernant l'emploi

7.4.1. Données ONSS Emploi social santé (4^e trimestre 2010)

| Secteurs | Travailleurs PP et ETP Chiffres ONSS (115 employeurs sur 118) | |
|---|---|--------------|
| | PP | ETP |
| Services de santé mentale | 441 | 252.6 |
| Services actifs en matière de toxicomanie | 218 | 129.82 |
| Centres d'action sociale globale | 113 | 77.44 |
| Centres de planning familial | 245 | 115.23 |
| Maison médicales | 276 | 173.9 |
| Services de médiation de dettes | 0 | 0 |
| Services d'aide aux justiciables | 59 | 43.62 |
| Services "espaces-rencontres" | 14 | 6.8 |
| Centres d'accueil téléphonique | 22 | 16.81 |
| Planning familial / Maison médicale | 8 | 5.01 |
| Santé mentale / Planning familial / Maison médicale | 25 | 17.93 |
| Service social / Santé mentale | 28 | 22.15 |
| Soins domicile | 27 | 22.25 |
| Soins domicile / Service social | 63 | 47.12 |
| Soins palliatifs | 36 | 27.09 |
| Σ section ambulatoire | 1.576 | 957.8 |

Les appellations des secteurs ne correspondent pas toujours à celles du décret. Si la majorité des ceux-ci relèvent de la section « ambulatoire », il y a néanmoins des services de la section « aide et soins à domicile », mais en nombre très faible pour le secteur « aide à domicile » (dénommé « Soins à domicile »). On remarquera que les données étant fournies les employeurs à l'ONSS, certains chiffres concernent plusieurs secteurs en même temps, l'employeur ayant plusieurs agréments.

7.4.2. Cadastre FASS Bruxelles (données collectées en 2009-2010)

| Secteurs | | Travailleurs PP et ETP | | | |
|---|------------|------------------------|---------------|--------------|---------------|
| | | Employés Salariés | | Indépendants | |
| Services | N | PP | ETP | PP | ETP |
| Services de santé mentale | 21 | 438 | 274.2 | 71 | 15.6 |
| Services actifs en matière de toxicomanie | 15 | 235 | 164.6 | 4 | 1.16 |
| Centres d'action sociale globale | 9 | 125 | nc | 16 | 3.39 |
| Centres de planning familial | 24 | 193 | 110.07 | 124 | 25.02 |
| Maison médicales | 27 | 207 | 115.95 | 172 | 121.05 |
| Services de médiation de dettes | nc | nc | nc | nc | nc |
| Services d'aide aux justiciables | 4 | 44 | 30.89 | nc | nc |
| Services "espaces-rencontres" | 1 | 14 | 6.05 | nc | nc |
| Centres d'accueil téléphonique | nc | nc | nc | nc | nc |
| Soins domicile | 2 | 31 | 26.57 | nc | nc |
| Σ section ambulatoire | 103 | 1.287 | 728.33 | 387 | 166.22 |
| Ouvriers salariés | | 43 | 26.48 | | |

Ces données sont extraites de « Analyses de la situation de l'emploi dans chacun des secteurs représentés par la FASS. Projet N° AP81004 de l'APEF ». Comme on peut le constater, il ne concerne que 103 employeurs, dont deux « soins à domicile ». Son intérêt est, notamment, de nous donner une idée du nombre d'indépendants qui représentent plus de 30 % des travailleurs PP et un peu moins de 23 % des ETP. Notons également la présence de 3,3 % d'ouvriers salariés PP (3,6 % ETP).

7.5. Sources consultées

Références bibliographiques

Le bien-être au travail des intervenants du social et de la santé en débat au Parlement francophone bruxellois, interpellation orale de Mme Dominique BRAECKMAN et la réponse du ministre Emir KIR, chargé de l'action sociale, lors de la séance plénière du 25 février 2011, CBCS 14 mars 2011

CASTEL Robert, « Au-delà du salariat ou en deçà de l'emploi ? L'institutionnalisation du précaire ? », in Serge PAUGAM (dir.), *Repenser la solidarité : l'apport des sciences sociales*, Paris, PUF, 2007.

COPPIETERS Yves, CREMERS Amélie, *Cadastre des services ambulatoires agréés par la CoCof en Région bruxelloise. Rapport de recherche*, Projet CoCof/ESP de l'ULB, Bruxelles, septembre 2012.

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

CORIJN Eric & VLOEBERGHES Eefje, *Où va Bruxelles ?*, 15/6/2012 (présentation livre VUB Press, 2013)

DASSETTO Felice, *L'iris et le croissant. Bruxelles et l'islam au défi de la co-inclusion*, Presses Universitaires de Louvain, 2011.

DE BACKER Bernard, LODEWICK Paul, WILLEMOT François, *Etude exploratoire sur les initiatives à prendre par le Fonds pour les ESS*, APEF asbl, octobre 2006

DE BACKER Bernard, WAUTIER Dominique, *Services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé. Accessibilité de l'offre des services et pénibilité du travail, Démarche d'Évaluation Qualitative Transversale DEQ-T*, Rapport exploratoire, APEF asbl et CBCS asbl, 2011

DEBOOSERE P., EGGERICKX T., VAN HECKE E., WAYENS B., *La population bruxelloise: un éclairage démographique*, Brussels Studies, Note de synthèse n°3, 12 janvier 2009 (corr. 17 mars 2009).

ENGLERT Marion, *Analyse des déterminants du chômage urbain et politique de rééquilibrage entre l'offre et la demande de travail en Région de Bruxelles-Capitale*, janvier 2013, Département d'économie appliquée de l'ULB. Compte-rendu dans la Libre Belgique du 12 mars 2013, Mathieu Colleyn, *Bruxelles : les causes d'une bombe sociale*

GISLE Lydia, *Santé mentale. Enquête de santé par interview, Belgique 2008*, Institut Scientifique de Santé Publique, Direction Opérationnelle Santé publique et surveillance

GOSUIN Didier, FRAITEUR Béatrice, *Perspectives budgétaires de la Région bruxelloise après la 6e réforme de l'Etat : eldorado ou calvaire ? Proposition de résolution des FDF pour percevoir l'impôt sur le lieu de travail*, juin 2013

HUMBLET Perrine, *Croissance démographique bruxelloise et inégalité d'accès à l'école maternelle*, Brussels Studies, n° 51, 19 septembre 2011

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

LAMBERT André, *L'emploi bruxellois dans le cadre de la forte croissance démographique régionale 2010 - 2020*, ADRASS, 2011

MAZZOCCHETTI Jacinthe, *Sentiments d'injustice et théorie du complot. Représentations d'adolescents migrants et issus des migrations africaines (Maroc et Afrique subsaharienne) dans des quartiers précaires de Bruxelles*, Brussels Studies, Numéro 63, 26 novembre 2012

MISTIAEN P., MEERT H. et KESTELOOT C., 1995. *Polarisation sociospatiale et stratégies de survie dans deux quartiers bruxellois*. In : Espace-Populations-Sociétés. N° 3, pp. 277-290.

PAUTHIER Isabelle, *Dehors les bourges ou dedans le peuple ? La gentrification à Bruxelles*, Politique, mai-juin 2012.

ROUSSEL-MONFAJON Christine, *Risques psychosociaux. Connaître, prévenir et prendre en compte les situations de souffrance au travail*, Les cahiers d'UNIFAF, février 2011

SALAH Marie-Hélène, *Le non-recours aux aides sociales*, dans Bruxelles Santé, avril-juin 2011

SOULET Marc-Henri, « La reconnaissance du travail social palliatif », *Dépendance* n° 33, décembre 2007

SOULET Marc-Henri, « Le travail social palliatif : entre réduction des risques et intégration relative », *Les Politiques sociales*, n°1 & 2, 2009.

VANDERMOTTEN Christian, *Evolution socio-économique, reproduction sociale et formation à Bruxelles*, CCFEE, 2008

VERDONCK Magali, « Bruxelles est en difficulté budgétaire, pas économique », entretien publié sur le site Internet de *Politique* en octobre 2011.

FASS, Analyses de la situation de l'emploi dans chacun des secteurs représentés par la Fass. Projet N° AP81004 de l'APEF

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

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

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

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

La Commission communautaire commune au service de tous les Bruxellois, édition 2002, COCOM

Brussels zakboekje 2011, adressengids voor welzijn en gezondheid, Brusselse Welzijns- en gezondheidsRaad vzw

Bruxelles informations sociales (BIS), *Rapport évaluer l'action sociale*, mars 2006

Bruxelles en mouvements, *Dossier démographie*, novembre 2012

« Soins ambulatoires, qu'est-ce qui bouge ? », dossier⁴⁶ coordonné par Thierry POUCKET, dans *La Revue nouvelle*, octobre 2003.

« État des droits de l'Homme en Belgique. Rapport 2010-2011 », dans *Revue nouvelle*, février 2011

« La rationalisation des métiers du social », dossier paru dans *Les politiques sociales*, 2010

« SOS Bruxelles », dossier du journal *Le Soir* consacré à Bruxelles, 6 et 7 mai 2013

Rapports sectoriels 2012 du secteur social-santé bruxellois francophone⁴⁷

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

⁴⁶ Dossier constitué dans la perspective des « Assises de l'ambulatoire bruxellois » des 5 et 6 novembre 2003.

⁴⁷ Selon l'obligation de l'article 163 du chapitre IV du Décret du 5 mars 2009.

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

Centre d'Appui aux Services de Médiation de Dettes de la Région de Bruxelles-Capitale, *Rapport d'activités 2012*

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

Espaces-Rencontres, *Rapport sectoriel*, Décembre 2012

Fédération Bruxelloise Pluraliste de Soins Palliatifs et Continus, *Rapport sectoriel*

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

Fédération laïque de Centres de planning familial, *Rapport sectoriel 2012*

Secteur de l'aide à domicile, représenté par la Fédération des Services Bruxellois d'Aide à Domicile, *Rapport sectoriel 2009-2012*

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

Services d'aide aux justiciables *Rapport sectoriel décembre 2012*

Ressources en ligne

Brussels Studies : *La revue scientifique électronique pour les recherches sur Bruxelles*

URL : <http://www.brusselsstudies.be/fr/brussels-studies-la-revue-scientifique-electronique-pour-les-recherches-sur-bruxelles>

EURES, *Le Portail européen sur la mobilité de l'emploi*, Belgique - Région De Bruxelles-Capitale

URL:<https://ec.europa.eu/eures/main.jsp?catId=7552&lmi=Y&acro=lmi&lang=fr&recordLang=fr&parentId=&countryId=BE®ionId=BE1&nuts2Code=null&nuts3>

Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse (IBSA) : *L'IBSA centralise, traite et diffuse des statistiques portant sur la Région de Bruxelles-Capitale.*

URL : <http://www.ibsa.irisnet.be/fr>

Monitoring des Quartiers de la Région de Bruxelles-Capitale : *Le Monitoring des Quartiers est un outil interactif de suivi des quartiers bruxellois.*

URL : <https://monitoringdesquartiers.irisnet.be/>

Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale : *le Service d'étude des services du Collège réuni de la Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale.*

URL : <http://www.observatbru.be/documents/home.xml?lang=fr>

L'Observatoire bruxellois de l'Emploi : *L'Observatoire a pour mission de suivre les évolutions de l'emploi et du chômage en Région de Bruxelles-Capitale.*

URL : <http://www.actiris.be/tabid/205/language/fr-BE/Default.aspx>

Colloques et conférences

Université populaire de Bruxelles, cycle « De la précarité au précarariat », février et mars 2011

- Jeudi 17 février, *De la précarité au précarariat*, conférence de Robert CASTEL
- Jeudi 24 février (18H): *Un autre regard sur la précarité contemporaine*, Lionel THELEN, Docteur en sociologie, auteur de «L'exil de soi: sans abri d'ici et d'ailleurs». Marc RENSON, Président de Pierre d'Angle, asile de nuit pour sans abri.
- *Les pauvres font de la politique !*, 17 mars 2011 (organisé par : Fédération des Centres de Service Social, Agence Alter, CBCS, Forum Bruxellois de lutte contre la pauvreté)

Figure 5 : Le mille-feuilles institutionnel bruxellois (CORIJN & VLOEBERGH, *Où va Bruxelles ?*, 2012.)

| | Landbouw | Bijstand aan personen | Kerkhoven en begraafnissen | Communicatie | Ontwikkelingssamenwerking | Erdiensten | Cultuur | Defensie | Economie en handel | Arbeid en tewerkstelling | Gebruik der talen | Energie | Onderwijs | Leefmilieu | Burgerlijke stand | Immigratie | Justitie | Huisvesting | Nationaliteit | Wetenschappelijk onderzoek | Internationale betrekkingen | Gezondheid | Veiligheid en ordehandhaving | Sociale zekerheid | Sport | Toerisme | Vervoer | Openbare werken | Stedenbouw |
|---------------------|----------|-----------------------|----------------------------|--------------|---------------------------|------------|---------|----------|--------------------|--------------------------|-------------------|---------|-----------|------------|-------------------|------------|----------|-------------|---------------|----------------------------|-----------------------------|------------|------------------------------|-------------------|-------|----------|---------|-----------------|------------|
| Federale Overheid | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | ✓ | | |
| Gewest | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | ✓ | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | ✓ | | | | | | ✓ | ✓ | ✓ |
| GGC | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | | |
| Franse Gemeenschap | ✓ | ✓ | | | | | ✓ | | | | | | ✓ | | | | | | | ✓ | ✓ | ✓ | | | ✓ | | | | |
| COCOF | ✓ | ✓ | | | | | ✓ | | | | | | ✓ | | | | | | | ✓ | ✓ | ✓ | | | ✓ | ✓ | | | |
| Vlaamse Gemeenschap | ✓ | ✓ | | | | | ✓ | | | | | | ✓ | | | | | | | ✓ | ✓ | ✓ | | | ✓ | ✓ | | | |
| VGC | ✓ | ✓ | | | | | ✓ | | | | | | ✓ | | | | | | | | ✓ | | | ✓ | ✓ | | | | |
| Gemeenten | ✓ | ✓ | | | ✓ | ✓ | | | | | | ✓ | ✓ | ✓ | | | | ✓ | | | | | ✓ | ✓ | | | ✓ | ✓ | |
| Gouverneur | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | | |
| Vice-gouverneur | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Selon le rapport d'activité 2012 du CENTRE DE DOCUMENTATION ET DE COORDINATION SOCIALES (CDCS-CMDC) concernant « Bruxelles social », le nombre d'opérateurs des secteurs sociaux et de santé (hors ISP et intégration), agréés (1.858) et non-agrégés (1.294), est de **3.152** dans la région de Bruxelles-Capitale.