



# Diagnostic communautaire CLSS Marolles

Décembre 2021

Référent quartier : Grégory Meurant

## Table des matières

### *Première partie : phase préparatoire au diagnostic qualitatif*

|       |                                                                            |    |
|-------|----------------------------------------------------------------------------|----|
| 1     | Note introductive .....                                                    | 10 |
| 2     | Identification du référent quartier .....                                  | 10 |
| 2.1   | Profil du référent .....                                                   | 10 |
| 2.1.1 | Formations de base .....                                                   | 10 |
| 2.1.2 | Expérience .....                                                           | 10 |
| 2.2   | Conditions d'engagement .....                                              | 10 |
| 2.3   | Intégration des référents quartiers au sein du CPAS .....                  | 11 |
| 2.4   | La cellule de développement territorial et communautaire .....             | 11 |
| 3     | Gouvernance .....                                                          | 11 |
| 3.1   | Composition de la cellule CLSS .....                                       | 11 |
| 3.2   | Le Groupe de Travail Quartier .....                                        | 12 |
| 3.2.1 | La situation de la coordination sociale des Marolles .....                 | 12 |
| 3.2.2 | Une approche spécifique de la CSM .....                                    | 13 |
| 3.2.3 | Enjeux de la création d'un groupe de travail .....                         | 14 |
| 3.3   | Calendrier des rencontres .....                                            | 14 |
| 3.4   | Séquençage du diagnostic qualitatif .....                                  | 14 |
| 4     | Phase préparatoire au diagnostic qualitatif .....                          | 16 |
| 4.1   | Récolte d'informations .....                                               | 16 |
| 4.2   | Contacts dans le cadre en vue de compléter le diagnostic quantitatif ..... | 17 |
| 4.3   | Documents élaborés dans la phase préparatoire .....                        | 18 |
| 4.4   | Planification du diagnostic communautaire .....                            | 19 |
| 5     | Aperçu quantitatif et récolte de données préliminaires .....               | 21 |
| 5.1   | Caractéristiques de la population .....                                    | 21 |
| 5.1.1 | Densité de population. ....                                                | 21 |
| 5.1.2 | Structure d'âge. ....                                                      | 21 |
| 5.1.3 | Part des étrangers dans la population totale (2019) .....                  | 23 |
| 5.1.4 | Répartition des ménages par type de ménage, 2019 .....                     | 24 |
| 5.1.5 | Focus sur les ménages isolés .....                                         | 25 |
| 5.1.6 | Situation socioéconomiques des résidents .....                             | 25 |
| 5.1.7 | Santé .....                                                                | 26 |
| 5.1.8 | Emploi et chômage .....                                                    | 28 |
| 5.1.9 | Instruction .....                                                          | 28 |

|                                                                                           |                                                                                       |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 5.1.10                                                                                    | Logement.....                                                                         | 28 |
| 5.1.11                                                                                    | Offre de services.....                                                                | 30 |
| 6                                                                                         | Constats généraux spécifiques au quartier Marolles.....                               | 30 |
| 6.1                                                                                       | Logement.....                                                                         | 30 |
| 6.1.1                                                                                     | Structure de la propriété.....                                                        | 30 |
| 6.1.2                                                                                     | Caractéristiques de la population.....                                                | 30 |
| 6.1.3                                                                                     | Priorités identifiées .....                                                           | 30 |
| 6.2                                                                                       | Le non-recours et l'accès aux services .....                                          | 31 |
| 6.2.1                                                                                     | Aide alimentaire .....                                                                | 31 |
| 6.2.2                                                                                     | Santé mentale .....                                                                   | 31 |
| 6.2.3                                                                                     | Soins de santé.....                                                                   | 33 |
| 6.2.4                                                                                     | L'accès aux commerces essentiels .....                                                | 33 |
| 6.2.5                                                                                     | L'accès à l'emploi et à la formation.....                                             | 34 |
| 6.2.6                                                                                     | Les services de garde de petite enfance .....                                         | 34 |
| 6.2.7                                                                                     | La fracture numérique.....                                                            | 34 |
| 6.3                                                                                       | La cohésion sociale .....                                                             | 34 |
| 6.3.1                                                                                     | L'isolement .....                                                                     | 34 |
| 6.3.2                                                                                     | Les tensions dans l'espace public.....                                                | 34 |
| 7                                                                                         | Du diagnostic quantitatif au diagnostic qualitatif .....                              | 35 |
| 7.1                                                                                       | Logement.....                                                                         | 35 |
| 7.2                                                                                       | Non-recours.....                                                                      | 36 |
| 7.3                                                                                       | La cohésion sociale .....                                                             | 39 |
| <b><i>Deuxième partie : Diagnostic qualitatif communautaire [Phase intermédiaire]</i></b> |                                                                                       |    |
| 8                                                                                         | Méthode.....                                                                          | 41 |
| 8.1                                                                                       | Période d'enquête.....                                                                | 41 |
| 8.2                                                                                       | Récolte des données .....                                                             | 41 |
| 8.2.1                                                                                     | Entretiens individuels semi-directifs .....                                           | 41 |
| 8.2.2                                                                                     | Focus group .....                                                                     | 41 |
| 8.3                                                                                       | Remarque importante = similitude du diagnostic entre les Marolles et Anneessens ..... | 42 |
| 8.3.1                                                                                     | Des acteurs communs sur les thématiques prioritaires.....                             | 42 |
| 8.3.2                                                                                     | Des spécificités identifiées mais peu explorées .....                                 | 42 |
| 8.4                                                                                       | Difficultés.....                                                                      | 42 |
| 8.4.1                                                                                     | Phase de prise de contact.....                                                        | 42 |
| 8.4.2                                                                                     | Le calendrier .....                                                                   | 43 |

|                                                             |                                                                     |    |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----|
| 8.5                                                         | Documents produits durant la phase qualitative .....                | 43 |
| 9                                                           | Résultats .....                                                     | 44 |
| 9.1                                                         | Logement .....                                                      | 44 |
| 9.1.1                                                       | Le sans-abrisme .....                                               | 44 |
| 9.1.2                                                       | L'insalubrité .....                                                 | 45 |
| 9.1.3                                                       | Les expulsions domiciliaires .....                                  | 46 |
| 9.1.4                                                       | L'accès à un logement adéquat .....                                 | 47 |
| 9.1.5                                                       | Les lieux de concertations .....                                    | 47 |
| 9.1.6                                                       | Les projets en matière de logement .....                            | 48 |
| 9.1.7                                                       | Relevé des suggestions en matière de logement .....                 | 52 |
| 9.2                                                         | Le non-recours .....                                                | 52 |
| 9.2.1                                                       | L'accès et l'usage des technologies numériques .....                | 52 |
| 9.2.2                                                       | L'aide alimentaire .....                                            | 53 |
| 9.2.3                                                       | La santé .....                                                      | 53 |
| 9.2.4                                                       | L'accès aux commerces .....                                         | 54 |
| 9.2.5                                                       | La santé mentale .....                                              | 55 |
| 9.2.6                                                       | L'accès aux crèches .....                                           | 57 |
| 9.2.7                                                       | Les projets existants en matière de non-recours .....               | 58 |
| 9.2.8                                                       | Relevé des suggestions en matière d'accès aux services .....        | 58 |
| 9.3                                                         | Cohésion sociale .....                                              | 59 |
| 9.3.1                                                       | L'isolement .....                                                   | 59 |
| 9.3.2                                                       | Les tensions sociales dans les quartiers .....                      | 60 |
| 9.4                                                         | Cohérence et articulation de l'action sociale sur le quartier ..... | 60 |
| 9.4.1                                                       | La coordination sociale .....                                       | 60 |
| 9.5                                                         | Sentiments par rapport au projet de CLSS .....                      | 61 |
| 9.5.1                                                       | Quelques perceptions négatives .....                                | 61 |
| 9.5.2                                                       | Une réception globalement positive .....                            | 61 |
| 9.5.3                                                       | La coordination sociale des Marolles .....                          | 61 |
| <b><i>Troisième partie : Conclusions intermédiaires</i></b> |                                                                     |    |
| 10                                                          | Les priorités du quartier .....                                     | 63 |
| 10.1                                                        | Le découpage du quartier .....                                      | 64 |
| 10.2                                                        | La difficulté d'obtenir certaines données .....                     | 64 |
| 10.3                                                        | Les liens entre logement et santé .....                             | 65 |
| 10.3.1                                                      | La prévention des expulsions et le relogement .....                 | 65 |

|                                                                                              |                                                                        |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----|
| 10.3.2                                                                                       | La santé mentale .....                                                 | 65 |
| 10.4                                                                                         | L'articulation des secteurs.....                                       | 66 |
| 10.5                                                                                         | Le non-recours.....                                                    | 66 |
| 10.6                                                                                         | La cohésion sociale .....                                              | 66 |
| 11                                                                                           | Le regard des habitants .....                                          | 67 |
| 12                                                                                           | Les possibilités de collaboration.....                                 | 67 |
| 12.1                                                                                         | Les conditions d'une réussite de la concertation .....                 | 67 |
| 12.1.1                                                                                       | Un travail d'intégration progressif .....                              | 67 |
| 12.1.2                                                                                       | Un travail de fond.....                                                | 67 |
| <b><i>Quatrième partie : Diagnostic qualitatif communautaire [Phase de finalisation]</i></b> |                                                                        |    |
| 13                                                                                           | Point de départ.....                                                   | 69 |
| 14                                                                                           | Présentation des résultats intermédiaires aux partenaires .....        | 69 |
| 15                                                                                           | Méthodologie .....                                                     | 69 |
| 15.1                                                                                         | Prévention des expulsions domiciliaires .....                          | 69 |
| 15.1.1                                                                                       | Questions de recherche .....                                           | 70 |
| 15.1.2                                                                                       | Techniques de récolte des données.....                                 | 70 |
| 15.1.3                                                                                       | Méthode d'analyse.....                                                 | 70 |
| 15.2                                                                                         | Non-recours aux services sociaux et santé .....                        | 71 |
| 15.2.1                                                                                       | Questions de recherche .....                                           | 71 |
| 15.2.2                                                                                       | Techniques de récolte des données.....                                 | 71 |
| 15.2.3                                                                                       | Méthode d'analyse.....                                                 | 72 |
| 15.3                                                                                         | Calendrier de recherche.....                                           | 72 |
| 15.4                                                                                         | Remarques.....                                                         | 72 |
| 16                                                                                           | Résultats de la phase de finalisation .....                            | 73 |
| 16.1                                                                                         | Le découpage social et territorial .....                               | 73 |
| 16.1.1                                                                                       | Un public pas toujours résident .....                                  | 73 |
| 16.1.2                                                                                       | Un public pas toujours dépendant du CPAS de la Ville de Bruxelles..... | 73 |
| 16.1.3                                                                                       | Un public enclavé .....                                                | 73 |
| 16.1.4                                                                                       | Des situations sociales de plus en plus complexes .....                | 75 |
| 16.1.5                                                                                       | Des situations installées dans la durée .....                          | 76 |
| 16.2                                                                                         | Les expulsions domiciliaires et le mal-logement.....                   | 76 |
| 16.2.1                                                                                       | Les données du CPAS en matière d'expulsions .....                      | 76 |
| 16.2.2                                                                                       | La signalisation tardive de la problématique .....                     | 77 |
| 16.2.3                                                                                       | Le Front anti-expulsion.....                                           | 77 |

|                |                                                                                  |     |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 16.2.4         | Les familles monoparentales.....                                                 | 78  |
| 16.2.5         | Les jeunes .....                                                                 | 78  |
| 16.2.6         | Les personnes en perte de logement relogées en institution.....                  | 80  |
| 16.2.7         | Le maintien dans le quartier.....                                                | 81  |
| 16.2.8         | Les profils supposés des personnes subissant des expulsions domiciliaires.....   | 81  |
| 16.2.9         | Un outil de repérage des situations à risque de perte de logement.....           | 81  |
| 16.3           | L'accessibilité aux droits et aux services sociaux .....                         | 84  |
| 16.3.1         | Les mécanismes du non-recours dans la région Bruxelloise .....                   | 84  |
| 16.3.2         | Le logement comme déterminant du non-recours .....                               | 84  |
| 16.3.3         | Les compétences langagières.....                                                 | 88  |
| 16.3.4         | La distance aux institutions de la vie publique.....                             | 89  |
| 16.3.5         | Le manque d'information sur les services existants .....                         | 97  |
| 16.3.6         | La complexité de la législation liée à la maladie ou au handicap.....            | 98  |
| 16.3.7         | Les facteurs favorisant l'accès aux droits et aux services .....                 | 99  |
| 16.3.8         | Les facteurs défavorisant l'accès aux droits et aux services .....               | 100 |
| 16.3.9         | Les services d'alphabétisation.....                                              | 101 |
| 16.3.10        | L'aide alimentaire .....                                                         | 101 |
| 16.3.11        | L'accès aux services de santé .....                                              | 103 |
| 16.3.12        | L'insertion socioprofessionnelle.....                                            | 104 |
| 16.4           | La cohésion sociale .....                                                        | 105 |
| 16.4.1         | L'isolement comme déterminant du non-recours et de la santé.....                 | 105 |
| 16.4.2         | La concertation sociale .....                                                    | 105 |
| 16.4.3         | Les tensions sociales dans le quartier .....                                     | 106 |
| 16.4.4         | Cohérence et articulation de l'action sociale dans le quartier.....              | 106 |
| 16.5           | Un focus sur certains publics spécifiques.....                                   | 107 |
| 16.5.1         | Les jeunes de moins de 18 ans .....                                              | 107 |
| 16.5.2         | Les personnes sans-papiers.....                                                  | 107 |
| 16.5.3         | Les personnes âgées.....                                                         | 108 |
| 16.5.4         | Les commerçants précarisés du quartier .....                                     | 109 |
| 16.5.5         | Autres publics méritant une attention particulière .....                         | 109 |
| 17             | Construction du groupe de travail.....                                           | 110 |
| <b>Annexes</b> |                                                                                  |     |
| 1              | BILAN 2020 DE LA CELLLE EXPULSION DU SERCICE LOGEMENT DU CPAS DE BRUXELLES-VILLE | 112 |
| 2              | GRILLE AFOM MAROLLES 2021 .....                                                  | 121 |

|       |                                                               |     |
|-------|---------------------------------------------------------------|-----|
| 2.1   | But de la grille.....                                         | 121 |
| 2.2   | Constats existants autour du logement et du non-recours ..... | 121 |
| 2.3   | Données.....                                                  | 122 |
| 2.4   | Atouts .....                                                  | 122 |
| 2.4.1 | Logement.....                                                 | 122 |
| 2.4.2 | Accès aux droits et aux services .....                        | 122 |
| 2.5   | Faiblesses.....                                               | 123 |
| 2.5.1 | Situation socio-économique.....                               | 123 |
| 2.5.2 | Emploi.....                                                   | 123 |
| 2.5.3 | Aménagement du territoire .....                               | 124 |
| 2.5.4 | Logement.....                                                 | 124 |
| 2.5.5 | Accès aux droits et aux services .....                        | 124 |
| 2.5.6 | Cohésion sociale .....                                        | 125 |
| 2.6   | Opportunités .....                                            | 125 |
| 2.6.1 | Logement.....                                                 | 125 |
| 2.6.2 | Accès aux droits et aux services .....                        | 126 |
| 2.7   | Menaces .....                                                 | 126 |
| 2.7.1 | Logement.....                                                 | 126 |
| 2.7.2 | Accès aux services .....                                      | 126 |
| 2.7.3 | Cohésion sociale .....                                        | 126 |
| 3     | FICHES THEMATIQUES.....                                       | 127 |
| 3.1   | Logement.....                                                 | 127 |
| 3.1.1 | Constats.....                                                 | 127 |
| 3.1.2 | Questionnements.....                                          | 127 |
| 3.1.3 | Qui peut nous fournir l'information ? .....                   | 128 |
| 3.1.4 | Méthode d'enquête .....                                       | 128 |
| 3.2   | Recours aux droits et aux services .....                      | 128 |
| 3.2.1 | Constats.....                                                 | 128 |
| 3.2.2 | Questions.....                                                | 129 |
| 3.2.3 | Qui peut fournir l'information ? .....                        | 129 |
| 3.2.4 | Outils .....                                                  | 130 |
| 3.3   | Cohésion sociale .....                                        | 131 |
| 3.3.1 | Constats.....                                                 | 131 |
| 3.3.2 | Questionnements.....                                          | 131 |



|       |                                             |     |
|-------|---------------------------------------------|-----|
| 3.3.3 | Qui peut nous fournir l'information ? ..... | 131 |
| 3.3.4 | Méthode .....                               | 132 |
| 3.4   | Note d'étude .....                          | 133 |



## Première partie

### Phase préparatoire au diagnostic qualitatif

---

## 1 Note introductive

---

Certains des éléments du diagnostic sont similaires entre les deux quartiers Anneessens et Marolles. Les causes de cette similitude est expliquée dans la section « Méthode » du diagnostic qualitatif.

**Pour faciliter la lecture, les spécificités de chaque quartier sont notées en encadré sur fond grisé, comme cet extrait.**

## 2 Identification du référent quartier

---

### 2.1 Profil du référent

- Nom : Meurant
- Prénom : Grégory
- Numéro de téléphone : 0490 476 728
- Mail : [gregory.meurant@cpasbxl.brussels](mailto:gregory.meurant@cpasbxl.brussels)

#### 2.1.1 Formations de base

- Bachelier en assistant social (HELB-Ilya Prigogine).
- Master en sociologie à finalité approfondie (ULB).
- Master en sciences économiques à orientation générale (UCL).
- CAPAES (ULB).

#### 2.1.2 Expérience

- Assistant social (Maison Médicale) : 10 ans de travail social de 1<sup>ère</sup> ligne et participation à l'élaboration de la stratégie de santé communautaire puis promotion de la santé.
- Enseignant : 7 ans d'enseignement de la sociologie en haute école dans une catégorie paramédicale, à l'attention de kinésithérapeutes et d'infirmières en santé communautaire.
- Formateur en animation continue : 3 ans de formation d'un module santé globale destinée aux travailleurs de maison médicale
- Membre du conseil d'administration de Médecins du Monde pendant 9 ans (entre 2012 et 2021).

### 2.2 Conditions d'engagement

**Date de début du contrat** : 26 février 2021.

**Temps de travail jusqu'au 2 mai 201** : 13h/semaine, le temps de prester un préavis chez le précédent employeur.

**Jours de prestation** : mercredi et vendredi jusqu'au 2 mai. Pas de flexibilité car j'assurais une permanence sociale chez le précédent employeur et qu'il fallait faire la transmission de dossiers aux collègues.

**Passage à temps plein au sein des CLSS** : le 2 mai 2021.



### 2.3 Intégration des référents quartiers au sein du CPAS

Une série de conditions favorisent l'adhésion du CPAS au projet et l'intégration des référents.

**Intégration hiérarchique** : notre supérieur hiérarchique est le directeur général du département de l'action sociale (DAS) qui intervient en mission déléguée du Comité de direction du CPAS et non uniquement pour l'Action sociale. Des réunions de travail se tiennent tous les 15 jours et si des sujets nécessitent d'autres intervenants, des réunions ad hoc sont organisées.

**Lieu de travail** : Les bureaux des deux référents se situent à côté des bureaux de la direction du DAS à la rue haute. Cette situation nous permet de créer facilement des liens avec la direction des antennes et de la formation des AS, dans les interactions quotidiennes et informelles. Les directrices sollicitent de temps en temps le référent sur des questions de santé ou de santé mentale liées au travail, ce qui crée une synergie. Elles s'informent également des relations avec les partenaires et le CPAS. L'expérience en maison médicale et la connaissance de la promotion de la santé du référent contribuent à articuler social et santé la vision de la direction et du management du CPAS du Département de l'Action Sociale, qui sont globalement réceptifs. Les relations et l'intégration sont excellentes.

Les bureaux se trouvent au sein de la Rue Haute, en plein cœur des Marolles, ce qui facilite énormément le travail de proximité, tout en associant clairement les référents à l'institution du CPAS (ce qui a un impact certain sur la manière dont les partenaires approchent les référents).

### 2.4 La cellule de développement territorial et communautaire

La cellule est composée de 4 postes. La cellule est composée :

- d'un référent pour les coordinations sociales
- des deux référents quartiers
- d'une responsable du subsidie culturel et lutte contre la précarité infantile (encore à engager).

Des réunions hebdomadaires ont lieu avec la Cellule Etudes (deux personnes) afin d'échanger les informations des deux services, réfléchir ensemble sur le diagnostic et envisager d'implémenter l'approche communautaire dans d'autres quartiers que les CLSS.

**Intégration au sein du CPAS** : Cette cellule a été présentée comme transversale au CPAS et logée au sein de l'Action sociale parce que c'est le cœur de métier du CPAS. Les CLSS ont été présentée en comité de direction et les référents ont engagé des relations avec tous les départements du CPAS (donc pas uniquement l'action sociale mais aussi les Propriétés, l'Economie sociale et les Etablissement de soins)

## 3 Gouvernance

### 3.1 Composition de la cellule CLSS

Tableau 1: Membres de la cellule CLSS

| NOM              | FONCTION                 |
|------------------|--------------------------|
| Khalid Zian      | Président CPAS           |
| Rita Glineur     | Secrétaire Générale CPAS |
| Pierre Verbeeren | Directeur DAS            |

|                   |                                                      |
|-------------------|------------------------------------------------------|
| Chloé Delascaille | Directrice adjointe DESM                             |
| Hafsa Hannad      | Référent quartier Anneessens                         |
| Mathieu Verhaegen | Chargé de développement communautaire et territorial |
| Grégory Meurant   | Référent quartier Marolles                           |
| Philippe Itschert | Directeur Planification de la Ville                  |
| Antoine Herbiet   | Coordinateur administratif des Maisons de Quartier   |
| Karim Tafranti    | Coordinateur de la Maison de Quartier Querelle       |
| Antoine Bastin    | Coordinateur Zoom Senior                             |
| Miguel Rwubu      | Administration COCOM                                 |

### 3.2 Le Groupe de Travail Quartier

Le groupe de travail n'a pas encore été créé, ce en raison de la situation de la coordination sociale des Marolles (cfr ci-dessous), qui nécessite une approche spécifique, sous contrainte du timing de l'engagement du référent quartier.

#### 3.2.1 La situation de la coordination sociale des Marolles

Sur tout le territoire de la Ville de Bruxelles, on trouve 6 coordinations sociales, réparties par grande zone territoriale : Coordination sociale de la Senne, des Marolles, de Laeken, Quartier Nord, Nord-Est et Neder-over-Hembeek. Toutes ces coordinations sociales sont des initiatives privées avec des formes juridiques différentes, dans lesquelles le CPAS est un participant.

La coordination sociale des Marolles (CSM) a été l'une des premières créées sur le territoire de la ville. C'est une initiative privée créée sous forme d'ASBL en 1989. Le CPAS de Bruxelles a investi les coordinations sociales au travers de ses référents jeunesse durant les dernières années, et d'un travailleur communautaire à partir de 1994. Le dernier travailleur communautaire est parti en pension en 2018, la coordination sociale étant assurée à minima par le directeur de la Cellule Etudes pour le maintien du lien, et par l'investissement des référents jeunes dans les groupes de travail.

Les relations avec le CPAS de Bruxelles sont ambivalentes avec certains partenaires-clés et plus spécifiquement le CA de la CSM, composé d'anciens habitants très âgés qui furent très engagés dans la vie associative des Marolles, avec une relation complexe avec ce qui est vu comme le service public et le CPAS (l'histoire de la construction du palais de justice qui marque les consciences, la Bataille des Marolles et l'investissement du public dans le relogement, une histoire de relation complexes avec le CPAS de Bruxelles « qui veut tout contrôler », etc.).

Le CPAS de Bruxelles n'a donc pas la mainmise sur les orientations stratégiques, la composition ou l'organisation de la coordination sociale des Marolles, et son investissement a été faible pendant ces trois dernières années.

De plus, la Coordination sociale ne s'est pas réunie durant le confinement. La coordination sociale a été peu investie par des acteurs-clés du travail social de première ligne qui n'y ont pas trouvé de réponse concertée pour répondre à l'urgence. Une grande partie des acteurs clés interrogés faisant du travail social de première ligne déplorent une coordination sociale surinvestie par le socioculturel, mais déclarent être prêts à s'investir dans une coordination qui travaillerait sur des enjeux de fond, autour de données.

La création d'une coordination sociale ad-hoc, contrôlée par le CPAS, apparaîtrait comme une concurrence qui pourrait ne pas entraîner l'adhésion de certains acteurs. Un modèle est encore à construire.

### 3.2.2 Une approche spécifique de la CSM

Cette situation et les relations ambivalentes nécessitent une approche de précaution. Au sein de la cellule CLSS, la référente du quartier Anneessens, Hafsa Hannad, ayant une longue expérience au sein de l'asbl Bravvo, celle-ci a pu faciliter la rencontre avec la médiatrice sociale Bravvo des Marolles, qui co-anime la coordination sociale et a pu servir de porte d'entrée.

#### Objectifs

- Construire un lien de confiance avec une personne-clé pouvant servir de « guide » sur la perception du CPAS par les acteurs de la CSM.
- Identifier d'autres personnes-clés à aborder et avec qui construire une relation de confiance authentique pour assurer une bonne réception des CLSS.
- Etre présenté par une personne connue de la CSM disposant déjà d'une légitimité.
- Assurer une adhésion aux CLSS dès le début du projet

Tableau 2: Calendrier de rencontres avec la coordination sociale des Marolles

| Date         | Action                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7/04/2021    | Prise de contact téléphonique avec la médiatrice sociale.<br><i>Résultat : proposition de passer voir les locaux pour mettre un visage au moment d'une activité de la médiatrice.</i>                                                                                                                                           |
| 7/04/2021    | Rencontre informelle avec la médiatrice sociale<br><i>Résultat : programmation d'une rencontre plus formelle en visio.</i>                                                                                                                                                                                                      |
| 19/04/2021   | Rencontre avec la médiatrice sociale en visio, afin de comprendre la dynamique de la CSM et présenter les clss.<br><i>Résultat : construction d'une relation de confiance, identification de personnes-clés, stratégie d'approche des différents acteurs avec la médiatrice.</i>                                                |
| 6/05/2021    | Présentation du référent quartier au sein de la CSM.                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Mi-Mai       | Prise de contact avec trois personnes-clés identifiées comme « porteurs » de la CSM (deux administrateurs historiques et un membre actif), en coordination avec la médiatrice sociale afin qu'elle présente le référent positivement.<br><i>Résultat : rendez-vous obtenus avec les trois acteurs sur leur lieu de travail.</i> |
| Début juin   | Entretien avec chacun de ces trois acteurs pour présenter le profil du référent quartier et le projet CLSS, avant une présentation en coordination sociale.<br><i>Résultat : Bonne réception du référent et du projet CLSS.</i>                                                                                                 |
| 15 juin 2021 | Présentation des CLSS en coordination sociale et proposition de créer un groupe de travail.                                                                                                                                                                                                                                     |

Les séances de la CSM n'ayant ni lieu le mercredi, le vendredi, le référent quartier n'a pas pu s'y rendre avant le mois de mai, date de son passage en temps plein.

**Au total :**

**10 contacts ont été pris dans le cadre de l'intégration des CLSS au sein dans le cadre d'une bonne intégration des CLSS au sein de la Coordination sociale.**

### 3.2.3 Enjeux de la création d'un groupe de travail

Trois possibilités se profilent :

- La création d'un groupe de travail au sein de la coordination sociale des Marolles
- Le suivi des CLSS au sein de la séance plénière de la CSM
- La création d'un groupe de travail réunissant aussi des acteurs-clés désinvestissant la coordination sociale.

Certains acteurs sont prêt à réinvestir la coordination sociale si elle aborde des questions sociales de fond avec des solutions/réponses à la clé. Le modèle reste encore à définir à la rentrée.

## 3.3 Calendrier des rencontres

*Tableau 3: Calendrier des rencontres liées à la gouvernance des CLSS*

| DATE       | REUNION              | OBJET                                     |
|------------|----------------------|-------------------------------------------|
| 16/04/2021 | Sacopar              | Méthodologie                              |
| 28/04/2021 | Sacopar              | Méthodologie                              |
| 03/05/2021 | Sacopar              | Méthodologie                              |
| 03/05/2021 | Equipe               | Avancement du projet                      |
| 12/05/2021 | Sacopar              | Méthodologie                              |
| 17/05/2021 | Equipe               | Avancement du projet                      |
| 20/05/2021 | Equipe               | Concepts de base en promotion de la santé |
| 31/05/2021 | Equipe               | Avancement du projet                      |
| 03/06/2021 | Codir                | Présentation au Codir                     |
| 04/06/2021 | Sacopar              | Fiches thématiques                        |
| 11/06/2021 | Sacopar              | Fiches thématiques                        |
| 14/06/2021 | Equipe               | Avancement du projet                      |
| 15/06/2021 | Coordination sociale | Rencontre président - CSM                 |
| 17/06/2021 | Sacopar              | Fiches thématiques                        |
| 24/06/2021 | Sacopar              | Fiches thématiques                        |

## 3.4 Séquençage du diagnostic qualitatif

Le diagnostic a été séquençé en deux phases

- Une phase intermédiaire qui s'est terminée **le 31 août 2021** avec des résultats intermédiaires.
- Une phase de finalisation qui s'est terminée **le 10 décembre 2021** avec des résultats finaux.

Des activités de recherches visant à affiner les éléments globaux du diagnostics continuent à être programmés en collaboration avec la Fédération des Services Sociaux : un Bureau de Recherche et d'Investigation sur les Communs (BRICO) est organisé du 20 au 22 décembre 2021 afin de consulter un maximum d'habitant sur les priorités, confronter ces résultats à ceux



du diagnostic, et réunir le Groupe de Travail Quartier sous l'angle d'un Comité de Regard créé à l'occasion du BRICO et qui sera pérennisé comme groupe de travail accompagnant les CLSS, et comme groupe de travail « Social-Santé » au sein de la Coordination Sociale.

Les acteurs locaux ont exprimé un vif intérêt pour cette démarche à partir de l'activité BRICO, et c'est l'activité qui a semblé être la plus fédératrice du fait de son implication d'un large nombre d'habitants (50-70 sont prévus, sur la base des expériences précédentes).

## 4 Phase préparatoire au diagnostic qualitatif

### 4.1 Récolte d'informations

En plus du prédiagnostic transmis sur le quartier Marolles, des documents, bases de données et articles scientifiques ont été consultés au préalable:

*Tableau 4: Documents lu dans la phase préparatoire*

| Thème        | Nom de la source                                                                                                                                                              |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Senior       | Rapport 2019 Réseau Quartier Aide & Soins                                                                                                                                     |
| Senior       | Rapport d'activité Zoom Senior 2020                                                                                                                                           |
| Prévention   | Topo quartier Marolles 2020 (Bravvo)                                                                                                                                          |
| Logement     | Rapport Précarités, mal-logement et expulsions domiciliaires (OBSS 2019)                                                                                                      |
| Logement     | Rapport Précarités, mal-logement et expulsions domiciliaires - Regards croisés (OBSS 2019)                                                                                    |
| Logement     | Plan 750 logements 2019-2024 (Ville de Bruxelles)                                                                                                                             |
| Logement     | Plan d'urgence logement 2020-2024 (Région Bruxelloise)                                                                                                                        |
| Logement     | Rapport 2020 du service logement (CPAS)                                                                                                                                       |
| Logement     | Note de synthèse BSI « Le logement à Bruxelles : diagnostic et enjeux » (Bernard et al. 2016)                                                                                 |
| Logement     | Article « femme, précarité et mal-logement » (Bernard 2007)                                                                                                                   |
| Logement     | Données nombre de logements par type de subsides appartenant au CPAS au sein du quartier Marolles (base de données interne)                                                   |
| Logement     | « Plan climat » Bulletin d'information du Logement Bruxellois (2021)                                                                                                          |
| Non-recours  | Rapport Aperçu du non-recours aux droits sociaux (OBSS 2016)                                                                                                                  |
| Non-recours  | Article Non-recours aux droits et précarisations en Région Bruxelloise (Noël 2021)                                                                                            |
| Territoire   | Diagnostic préparatoire politique de la ville 2021-2025 (Ville, Bravvo)                                                                                                       |
| Territoire   | Programme de politique générale (Accord de majorité) 2018-2024                                                                                                                |
| Territoire   | Rapport d'activités 2018 du Contrat de Quartier Jonction                                                                                                                      |
| Territoire   | Diagnostic Contrat de Quartier Marolles                                                                                                                                       |
| Territoire   | Appel à projet Contrat de Quartier Marolles                                                                                                                                   |
| Territoire   | Priorités Contrat de Quartier Marolles                                                                                                                                        |
| Territoire   | Brochure Contrat de Quartier Marolles                                                                                                                                         |
| Territoire   | PV réunion publique Avant-Projets 17/06/2021                                                                                                                                  |
| Territoire   | Diagnostic PAD Midi 2018 (Perspectives)                                                                                                                                       |
| Aide sociale | Rapport d'activités du CPAS de Bruxelles 2019                                                                                                                                 |
| Aide sociale | Nombre de dossiers Revenu d'Intégration Sociale dans les antennes concernées par tranche d'âge. Deux antennes sur les Marolles : Marolles, Miroir (Données internes au CPAS). |
| Aide sociale | Nombre de carte santé/AMU dans les antennes Marolles et Miroir par tranche d'âge (Données internes au CPAS) .                                                                 |

|                     |                                                                                                                                                                  |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aide sociale        | Bulletin de statistiques mensuelles du CPAS de Bruxelles (mars 2021).                                                                                            |
| Aide sociale        | Statistiques des Maisons de Repos du CPAS sur le quartier (bases de donnée interne).                                                                             |
| Aide sociale        | Recensement des services d'aide alimentaire à Bruxelles (FDSS 2021)                                                                                              |
| Inégalités de santé | « L'accessibilité aux services de garde éducatifs pour les enfants provenant de milieux défavorisés » (Raynault et Archambault 2017)                             |
| Inégalités de santé | Présentation de Marie-France Raynault « Inégalités sociales et santé, quel rôle pour les politiques publiques » à la Chaire Santé Précarité de l'ULB (mars 2018) |
| Inégalités de santé | Rapport « Inégalités sociales de santé » de l'agence intermutualiste (2019).                                                                                     |
| Inégalités de santé | Rapport « Inégalités sociales de santé en Belgique » (Lorant et al. 2010)                                                                                        |
| Concertation        | Rapport des agents du CPAS sur leur expérience de participation au sein de la coordination sociale des Marolles (rapport interne)                                |
| Accessibilité       | Cartographie des commerces dans les Marolles par type (Analytics)                                                                                                |

Tous ces documents ont été consultés dans le but de compléter le diagnostic quantitatif et de bien appréhender la problématique des liens entre social et santé.

#### 4.2 Contacts dans le cadre en vue de compléter le diagnostic quantitatif

| Secteur                    | Contacts | Objet                                                  |
|----------------------------|----------|--------------------------------------------------------|
| Accompagnement d'habitants | 2        | Entretien sur le diagnostic (visio)                    |
| Maison Médicale            | 3        | Entretien sur le diagnostic (visio)                    |
| Acteur logement            | 1        | Entretien sur le diagnostic (visio)                    |
| Centre d'activités adultes | 2        | Prise de contact avec habitant (téléphone, présentiel) |
| Agent CPAS                 | 2        | Prise de contact avec habitant (téléphone, présentiel) |
| Maison de quartier         | 2        | Prise de contact avec habitant (téléphone, présentiel) |
| Habitante Prévoyance       | 1        | Entretien sur le diagnostic (présentiel)               |
| Maison de repos            | 2        | Entretien sur le diagnostic (mail, téléphone)          |
| Accompagnement d'habitants | 2        | Entretien sur le diagnostic (présentiel)               |
| Habitante Querelle         | 1        | Entretien sur le diagnostic (présentiel)               |
| Zoom Senior                | 2        | Retour sur le diagnostic (mail)                        |
| Habitante Querelle         | 4        | Entretien sur le diagnostic (présentiel)               |
| Acteur logement            | 2        | Entretien sur le diagnostic (visio)                    |

#### Au total :

**12 personnes ont été contactées dans le cadre de la complétion du diagnostic quantitatif, parmi lesquelles 6 témoins clés.**

### 4.3 Documents élaborés dans la phase préparatoire

Tableau 5: Documents élaborés dans la phase préparatoire au diagnostic

| Document                                               | But                                                                                                                                                                                         | Pour qui                                               |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Tableau de bord                                        | Encodage et suivi des contacts                                                                                                                                                              | Cellule de développement communautaire                 |
| Tableur données quantitatives                          | S'approprier le prédiagnostic en allant rechercher les indicateurs dans les bases de données, calculer les nombres absolus par quartier, créer des graphiques, comparer avec la ville, etc. | Référent quartier                                      |
| Brochure courte de présentation des CLSS               | Présenter les CLSS brièvement aux partenaires                                                                                                                                               | Toute personne contactée dans le cadre du diagnostic   |
| 23 Fiches de lecture                                   | Chaque rapport et article mentionné dans la phase préparatoire a fait l'objet d'une fiche de lecture.                                                                                       | Cellule de développement communautaire                 |
| Powerpoint de présentation de la promotion de la santé | Former aux données OMS sur les inégalités sociales de santé et aux concepts de promotion de la santé repris dans la circulaire.                                                             | Cellule de développement communautaire                 |
| Fiche quartier Marolles (ébauche)                      | Synthèse des données quantitatives sur le quartier, appropriation des données.                                                                                                              | Référents quartiers                                    |
| Powerpoint de présentation des données quantitatives   | Synthèse complétée des données quantitatives.                                                                                                                                               | Témoins-clés                                           |
| Powerpoint de présentation des CLSS                    | Présenter les CLSS et leur état d'avancement au sein du CPAS                                                                                                                                | Comité de direction du CPAS de Bruxelles               |
| Powerpoint de présentation des CLSS                    | Présenter les CLSS au sein de la coordination sociale                                                                                                                                       | Coordination sociales des Marolles                     |
| Guide d'entretien témoins-clés                         | Définir un cadre pour les entretiens des témoins-clés                                                                                                                                       | Référent quartier                                      |
| Synthèse simplifiée du diagnostic quantitatif          | Présenter de manière accessible les données quantitatives à des habitants ayant un faible niveau d'instruction                                                                              | Témoin-clés                                            |
| Grille AFOM                                            | Faire ressortir les éléments saillants des données quantitatives selon la grille Atouts/Faiblesses/Opportunités/Menaces                                                                     | Cellule CLSS, Cellule de développement communautaires. |

**Au total :**

**40 documents de travail et de présentation ont été produits, dont 23 fiches de lecture de rapport et articles.**

#### 4.4 Planification du diagnostic communautaire

*Tableau 6: Calendrier de la phase préparatoire*

|                         |                                                                                                                                                 |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mars - Avril            | Lecture des rapports et documents existants. Rencontre et découverte des services internes des CPAS et présentation du projet.                  |
| 16/04/2021              | Réunion préparatoire avec Sacopar.                                                                                                              |
| 28/04/2021              | Réunion méthodologique avec Sacopar.                                                                                                            |
| Début mai – Mi-mai      | Rédaction des documents élaborés.                                                                                                               |
| 12/05/2021              | Réunion méthodologique avec Sacopar à partir des documents                                                                                      |
| Mi-mai – fin mai        | Entretiens avec 7 témoins-clés.<br>Production d'une grille AFOM à l'aide des entretiens des témoins-clés et des rapports et données existantes. |
| 3/06/2021               | Séance de travail avec Sacopar pour construire les fiches méthodologiques et affiner les questions de recherche                                 |
| 11/06/2021              | Séance de travail avec Sacopar                                                                                                                  |
| 17/06/2021              | Séance de travail avec Sacopar                                                                                                                  |
| 18/06/2021              | Début du diagnostic qualitatif                                                                                                                  |
| 01/06/2021 – 20/06/2021 | Congés du référent quartier                                                                                                                     |
| 16/08/2021              | Début de la rédaction du rapport                                                                                                                |

##### 4.4.1.1 Elaboration d'une fiche quartier

Avec l'apport méthodologique de Sacopar, une fiche quartier a été réalisée reprenant :

1. Les caractéristiques de la population.
2. La liste des associations actives sur le terrain.
3. Les caractéristiques du territoire.

La fiche a été rédigée d'abord sous une forme intermédiaire en traitement de texte, ensuite sous une forme *powerpoint* pour faciliter la présentation aux partenaires.

Les données issues du prédiagnostic ont été reprises, les taux du prédiagnostic ont été recalculés en chiffres absolus à partir du monitoring.

Toutes les données ont été comparées au quartier Anneessens et à la Ville de Bruxelles pour évaluer les spécificités du quartier.

##### 4.4.1.2 Elaboration d'une grille AFOM

Toutes les données produites dans le cadre de la fiche quartier ont été classées selon la grille AFOM (Atouts/Faiblesses/Opportunités/Menaces).

Cette classification a mis en exergue les spécificités du quartier par rapport aux autres quartiers et à la Ville.

#### 4.4.1.3 Discussion des données avec des témoins-clés

7 témoins-clés ont été identifiés afin de mettre en discussion les données statistiques.

Les commentaires des témoins-clés sur les chiffres ont été intégré dans la grille AFOM en précisant la fonction et le secteur de travail de ces témoins dans le quartier.

#### 4.4.1.4 Définition du cadre de la recherche qualitative

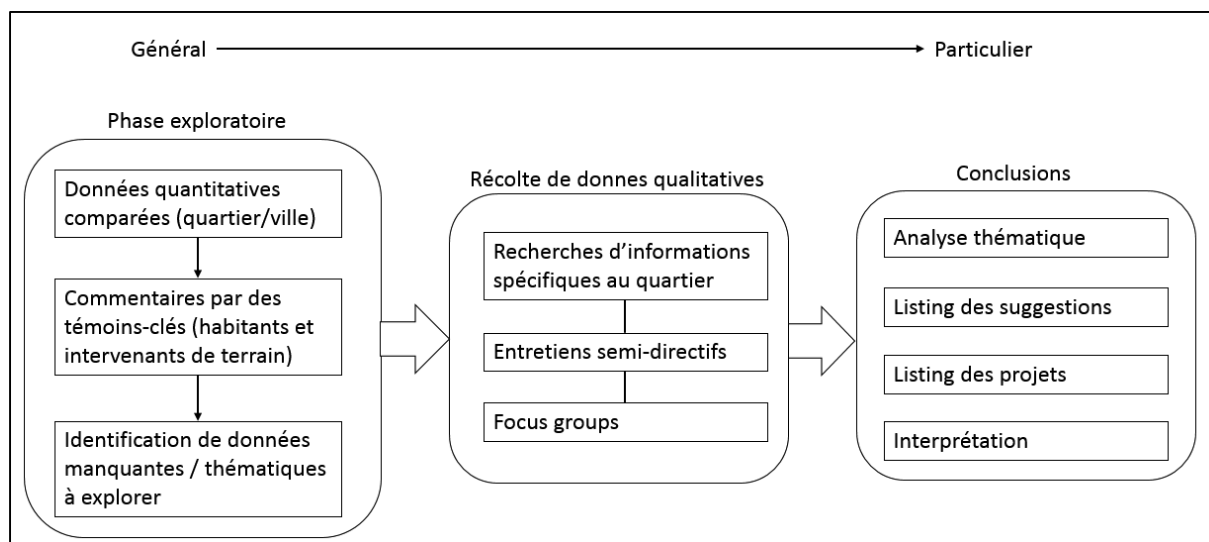
Trois demi-journées de travail avec Sacopar pour identifier les questions de recherche à explorer dans la phase qualitative, et choisir les outils méthodologiques adéquats.

Ces demi-journées ont consisté à évaluer collectivement les grilles AFOM et à identifier les zones d'ombre nécessitant une récolte de données qualitatives.

**Construction de fiches thématiques.** Les deux priorités ont été imposées (logement et non-recours), à partir de la synthèse des deux rapports de l'OBSS (2016, 2018). Un troisième axe a été identifié sous la catégorie « Cohésion sociale » reprenant une série d'éléments saillants à l'évaluation de la grille AFOM. Des fiches thématiques ont été réalisées, reprenant les questions de recherche et, pour chaque question, les acteurs à interroger et les méthodes d'enquête.

**Adaptation au calendrier.** Le diagnostic qualitatif n'a pu commencer que mi-juin, principalement en raison du timing de l'engagement du référent quartier. Seules les thématiques désignées (logement et non-recours) ont été sélectionnées, et l'entretien direct d'habitant n'a pas été choisi comme option.

Figure 1: étapes du diagnostic



## 5 Aperçu quantitatif et récolte de données préliminaires

### 5.1 Caractéristiques de la population

#### 5.1.1 Densité de population.

Le quartier est très dense, avec 19519 habitant par km<sup>2</sup> en 2020, soit plus du double de la région bruxelloise et plus du triple du reste du territoire de la ville.

#### 5.1.2 Structure d'âge.

Le quartier est habité par 12.374 habitants en 2019. La part des plus de 65 ans est particulièrement élevée, avec 1538 personnes de plus de 65 ans dans la région. Parmi elles, 438 personnes ont plus de 85 ans. Cette proportion de personnes âgées est proche de la moyenne régionale, mais supérieure à celle de la Ville de Bruxelles.

| Marolles 2019 |       |           |
|---------------|-------|-----------|
| Age           | %     | Habitants |
| 0-2           | 3,7%  | 459       |
| 3-5           | 3,6%  | 442       |
| 6-11          | 8,5%  | 1048      |
| 12-17         | 7,6%  | 943       |
| 18-24         | 8,5%  | 1056      |
| 25-29         | 7,5%  | 924       |
| 30-44         | 23,3% | 2877      |
| 45-64         | 25,0% | 3090      |
| 65-79         | 8,9%  | 1100      |
| 80+           | 3,5%  | 438       |

Figure 2: Répartition de la population des Marolles par âge en 2019 (Chiffres : Monitoring des Quartiers)

### Pyramide des âges à Bruxelles en 2019

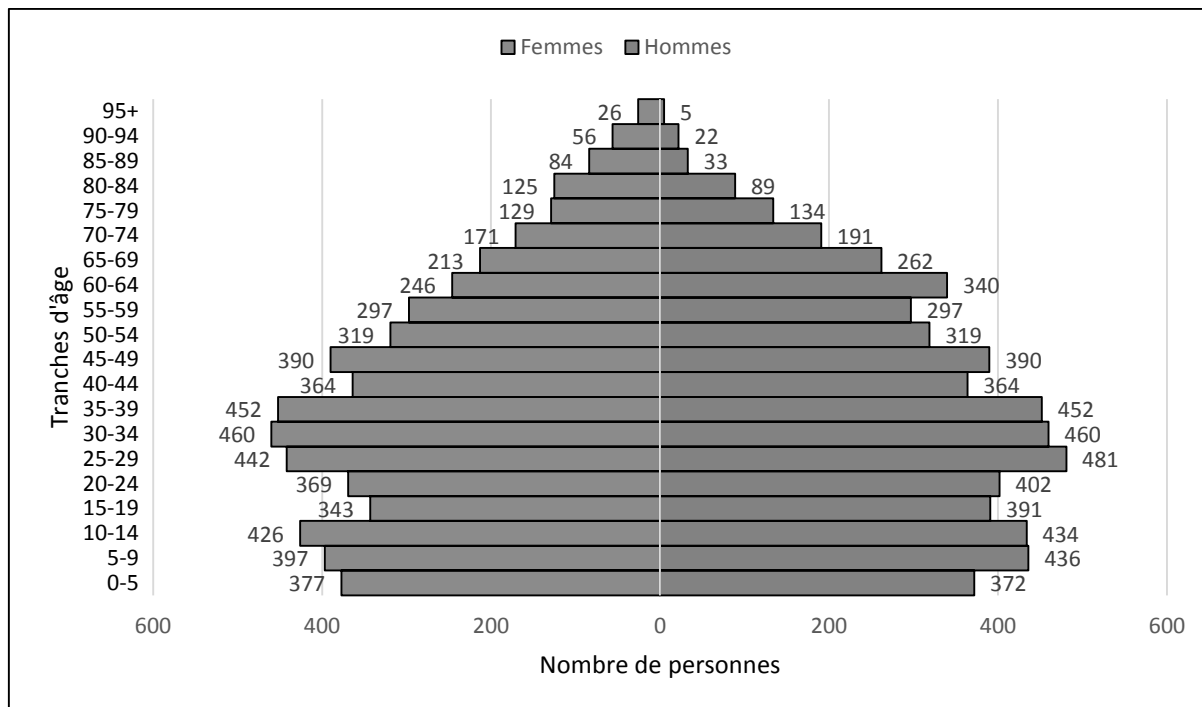


Figure 3: Pyramide des âges, Marolles 2019 (Chiffres : Monitoring des Quartiers)

### Pyramide des âges à Bruxelles-Ville en 2019

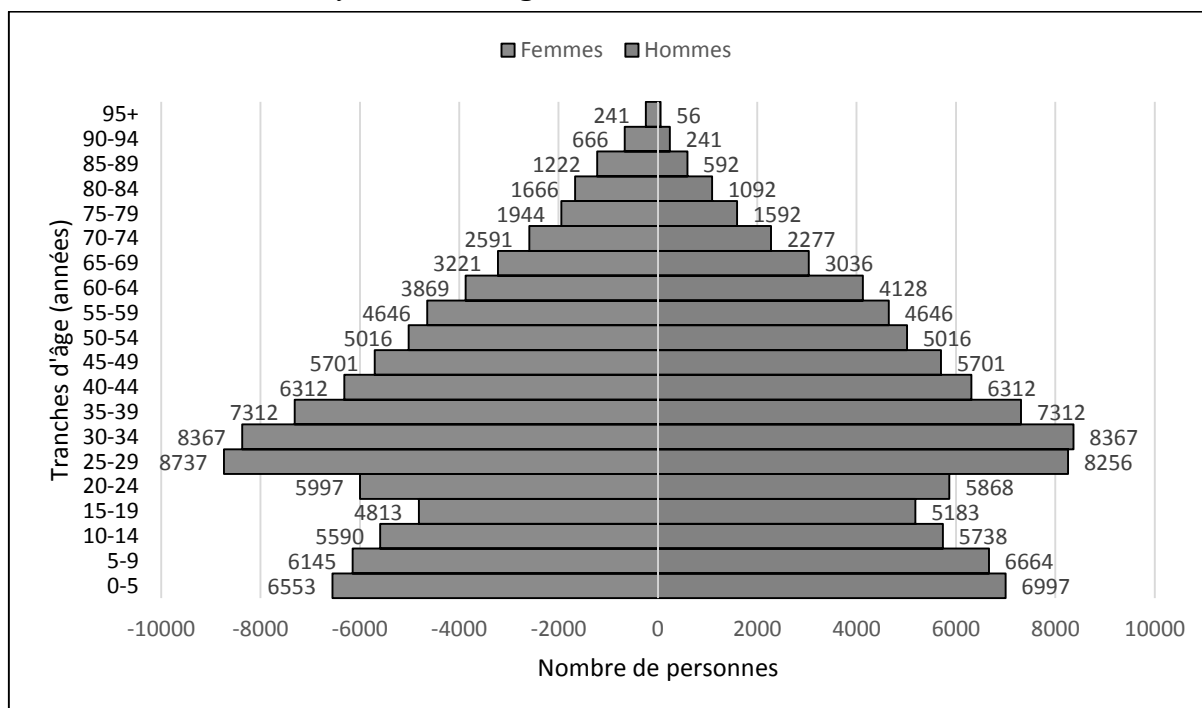


Figure 4: Pyramide des âges, Bruxelles-Ville 2019 (Chiffres : Monitoring des Quartiers)

### 5.1.3 Part des étrangers dans la population totale (2019)

Environ 29% de la population des Marolles est étrangère : c'est inférieur à celle de la Ville de Bruxelles mais supérieure à celle de la Région bruxelloise.

Le quartier est sociologiquement multiculturel: plus de 150 nationalités se côtoient, particulièrement issues d'Afrique du Nord (928 personnes), d'Afrique subsaharienne (557), et une forte proportion de personnes issues de l'Europe des 15 (1361 personnes).

#### Nationalité dans les Marolles 2019

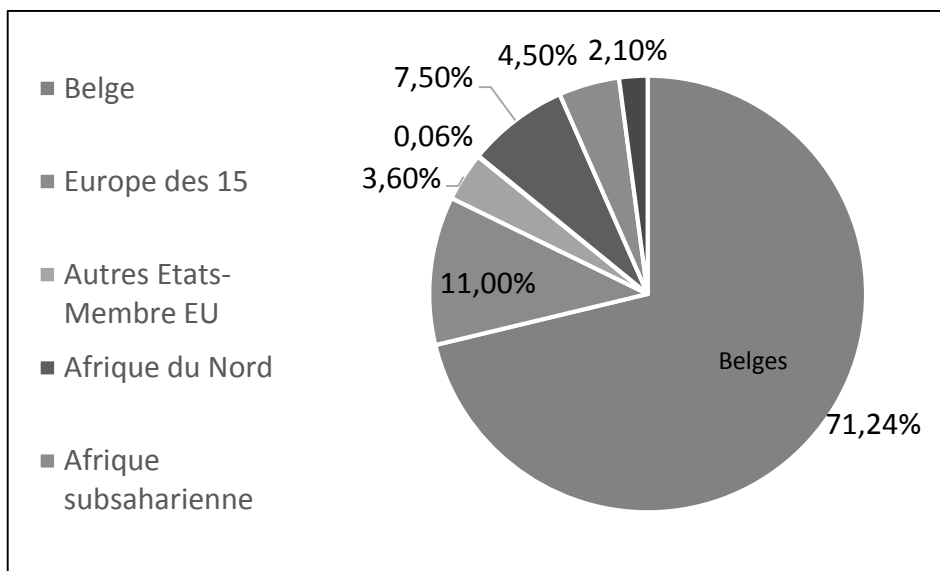


Figure 5: Répartition de la population par nationalité, Marolles 2019 (Chiffres : Monitoring des Quartiers)

#### Nationalité dans Bruxelles-Ville 2019

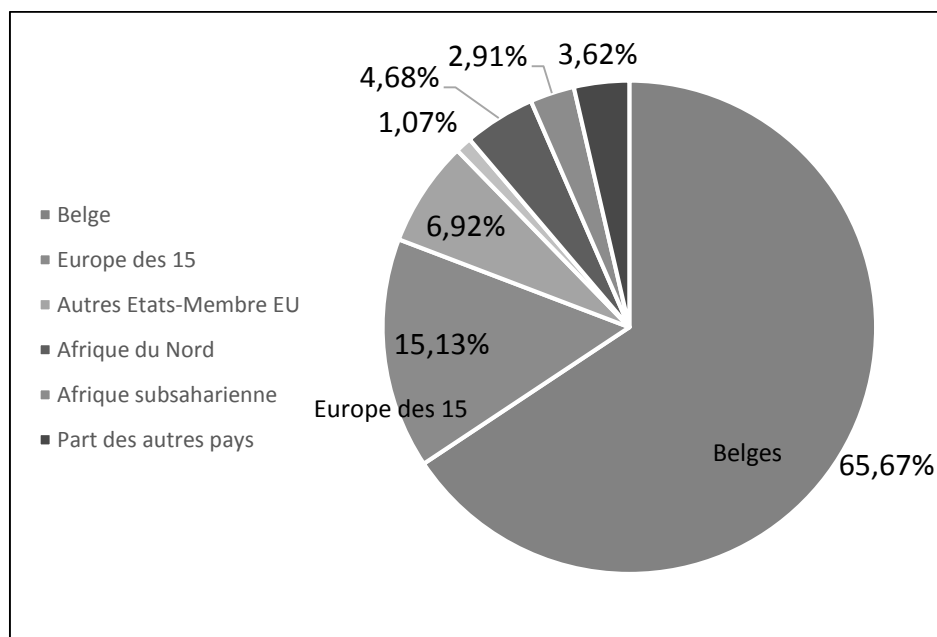


Figure 6: Répartition de la population par nationalité, Bruxelles-Ville 2019 (Chiffres : Monitoring des Quartiers)

#### 5.1.4 Répartition des ménages par type de ménage, 2019

On trouve une très grande part de personnes isolées, particulièrement entre 30 et 65 ans (2565 personnes). 537 personnes isolées sont des jeunes entre 18 et 29 ans, et 624 d'entre elles ont plus de 65 ans. On trouve également 659 familles monoparentales, parmi lesquelles 345 d'entre elles sont des mères seules ayant entre 18 et 29 ans.

##### Composition des ménages dans les Marolles 2019 (6162 ménages)

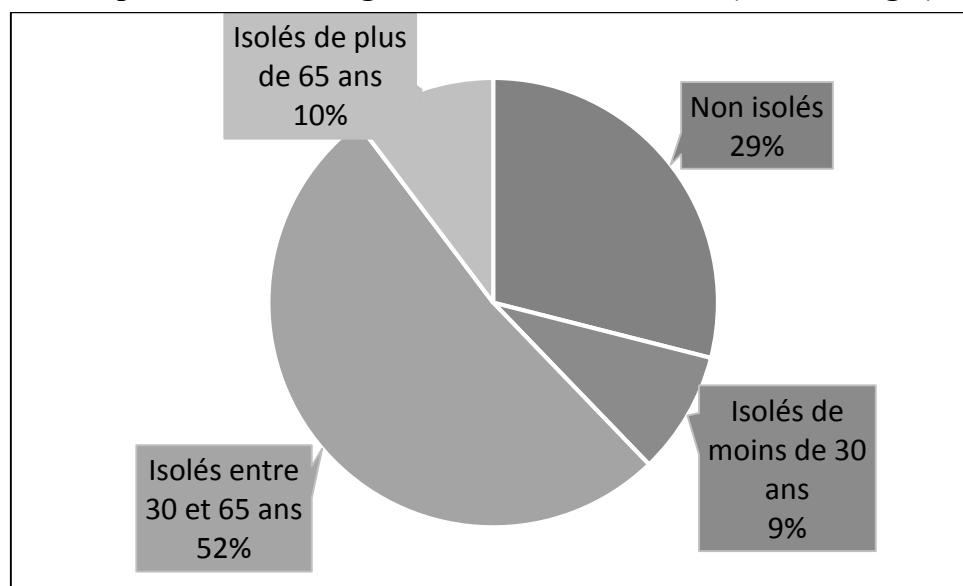


Figure 7 : Répartition des ménages par composition de ménage, Marolles 2019 (Chiffres : Monitoring des Quartiers)

##### Composition des Ménages dans Bruxelles-Ville 2019 (85.251 ménages)

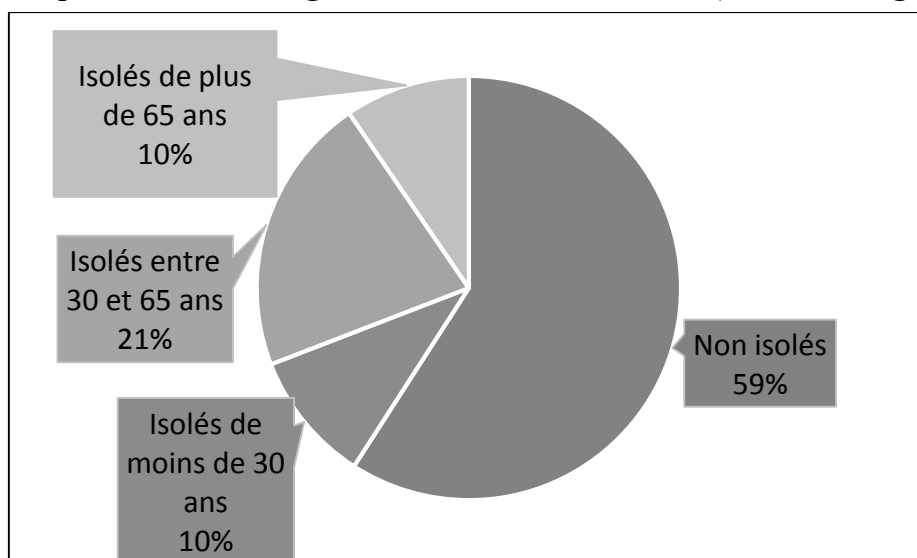


Figure 8: Répartition des ménages par composition de ménage, Bruxelles-Ville 2019

### 5.1.5 Focus sur les ménages isolés

| Ménages par composition (6162 ménages) |            |             |
|----------------------------------------|------------|-------------|
| Type de ménage                         | Taux       | Nombre      |
| Isolés de moins de 30 ans              | 9%         | 545         |
| <b>Isolés entre 30 et 65 ans</b>       | <b>52%</b> | <b>3199</b> |
| Isolés de plus de 65 ans               | 10%        | 634         |
| Ménages monoparentaux                  | 11%        | 659         |

On peut retenir que, sur 6162 ménages :

- 62 % des ménages sont des personnes isolées
- La moitié d'entre elles ont 30-65 ans
- 11% sont des familles monoparentales.
- La moitié d'entre elles sont des femmes seules de moins de 49 ans.

### 5.1.6 Situation socioéconomiques des résidents

En 2018, 50% de la population marollienne gagne moins de **15.104€ brut par an**, ce qui en fait la commune la plus pauvre de la région bruxelloise.

En 2016, **27% des enfants de moins de 18 ans vivaient dans un ménage sans revenu du travail**, ce qui représente environ 780 enfants. C'est presque deux fois plus élevé que la moyenne régionale, et 1.5 fois plus que la Ville de Bruxelles.

En 2018, **5% de la population des Marolles n'est pas affiliée à une mutuelle** ou à la CAAMI, un chiffre supérieur à la moyenne bruxelloise, qui représente 590 personnes dans le quartier.

La part des **Bénéficiaires de l'Intervention Majorée est significativement élevée dans les marolles** : 61.80%, soit 7266 personnes. C'est 1.5x plus que la ville de Bruxelles et le double de la région Bruxelloise.

On observe également **un taux très élevé de pensionnés bénéficiant d'une GRAPA ou d'une aide sociale relative à la pension** : 41% des pensionnés, ce qui représentait 677 personnes en 2018. C'est le double de la Ville de Bruxelles et presque le triple de la région bruxelloise.

Enfin, **13.6% des habitants des Marolles, soit 1600 personnes, bénéficient d'un revenu de remplacement** (chômage, assurance-maladie ou invalidité). C'est également plus élevé que les 9.5% de la Ville de Bruxelles et 8.4% de la région bruxelloise.

**620 bénéficiaires d'un revenu d'intégration sociale ou équivalent** sont dénombrés au sein de l'antenne Marolles au jour du 1<sup>er</sup> janvier 2021, **ce qui représente 5% de la population du quartier**. La moitié des bénéficiaires du RIS ont entre 18 et 29 ans, ce qui représente 311 personnes. En comparaison, 3,5% des habitants du territoire communal bénéficiait d'un RIS au même moment.

### Comparaison des revenus médians Marolles/Bruxelles-Ville (2019)

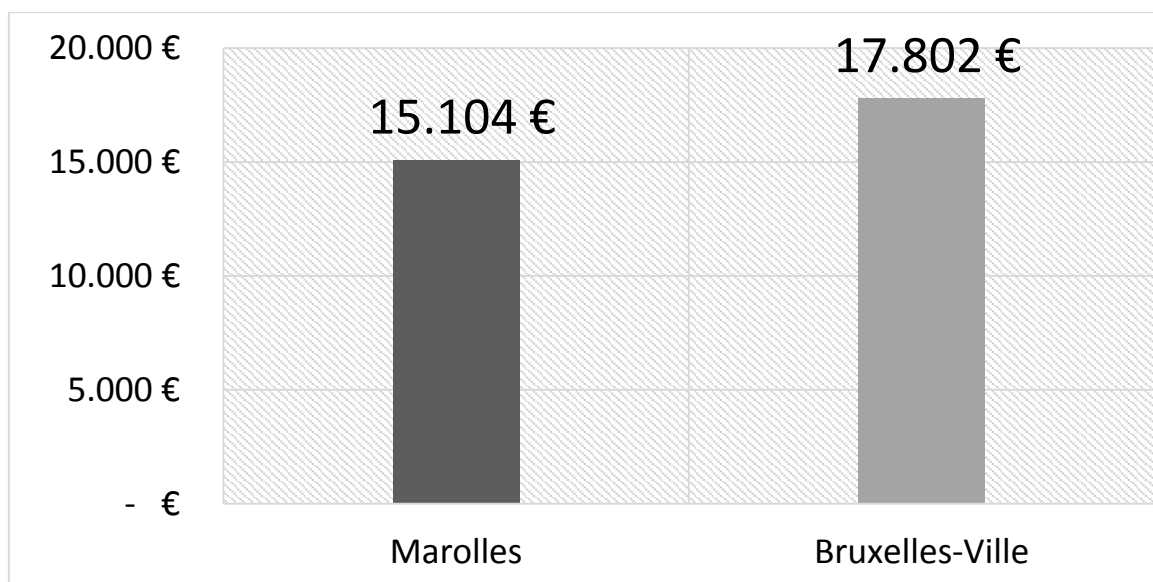


Figure 9: Comparaison des revenus médian Marolles/Bruxelles-Ville en 2019 (Chiffres : Monitoring des Quartiers)

### Comparaison des indicateurs socio-économiques Marolles-Bruxelles-Ville (2019)

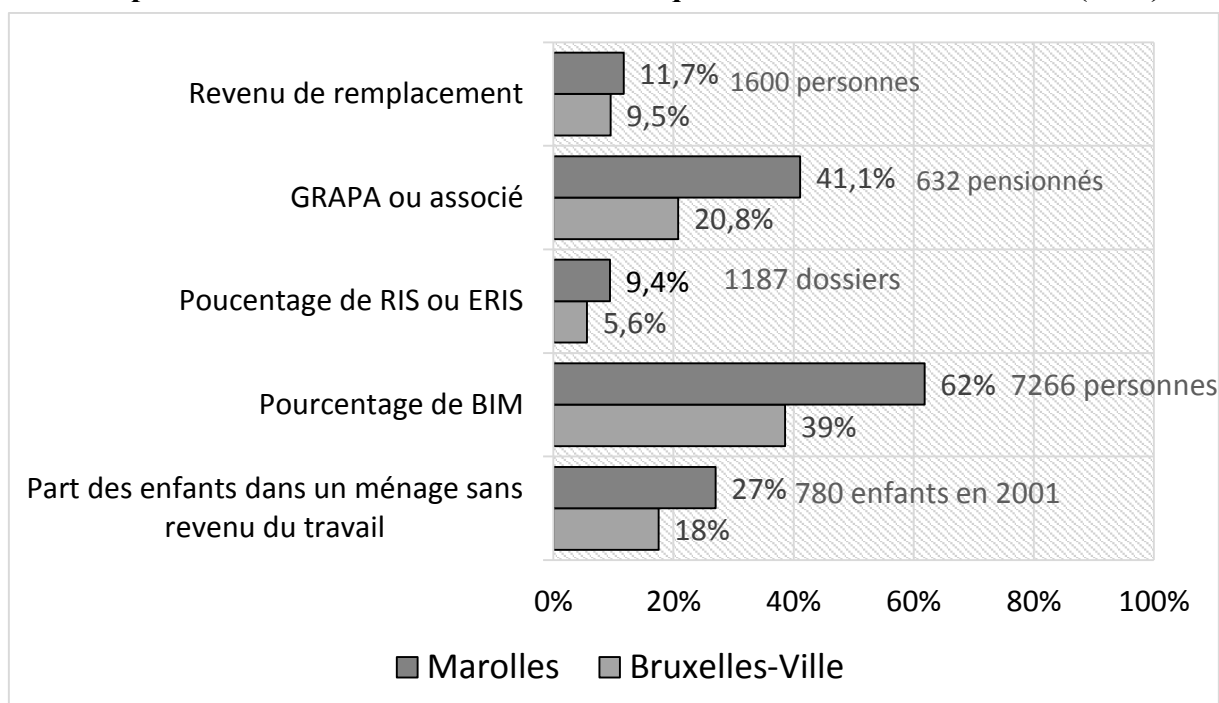


Figure 10: Comparaison des indicateurs socio-économiques Marolles Bruxelles en 2019 (chiffres : Monitoring des Quartiers et Atlas d l'agence intermutualiste). En rouge, le nombre d'effectifs dans les Marolles.

#### 5.1.7 Santé

Tous les indicateurs de santé disponibles montrent un état de santé plus dégradé par rapport à l'ensemble de la Ville ou celle de la Région. **La part de personnes âgées (65+) est similaire à celle de la Région (14%), mais la population est largement plus pauvre et en moins bonne santé.**

En 2018, 8.10% de la population du quartier avait été identifiée comme souffrant du diabète (un taux élevé en regard des 6% dans la Ville de Bruxelles et 6.10% pour la Région), ce qui représentait 952 personnes.

**13.5% des habitants des Marolles bénéficiaient du statut affection chronique**, qui donne droit au tiers payant, soit 1600 personnes. C'est supérieur aux 9% de la Ville ou de la Région.

**7.8% de la population bénéficiaient d'indemnités d'invalidité**, c'est-à-dire qu'elle est en incapacité de travail depuis plus d'un an, soit 924 personnes. En comparaison, la Ville n'en a que 6% et la région 5.7%

1320 personnes bénéficiaient également du maximum à facturer, soit un remboursement des tickets modérateurs à partir d'un certain plafond. Cela représente 11.2% des habitants et c'est supérieur à la Ville et à la Région, qui avoisinent les 9%, respectivement.

**44% des habitants sont inscrits en Maison Médicale**, un chiffre très élevé par rapport 19% de la Ville. Cela représente 5176 personnes. **Parmi les personnes qui ne sont pas inscrites en maison médicale, 42% n'ont pas eu de contact avec un médecin généraliste en 2019, soit 2764 personnes.**

**La prévalence de la BPCO (Bronchopneumopathie chronique obstructive), une maladie sévère des poumons, est de 9% et concerne donc 1058 personnes – un taux très levé par rapport à la région.** Le chiffre n'est plus disponible sur l'atlas de l'agence intermutualiste, l'agence indiquant qu'il y avait un problème avec ce chiffre. Il n'est donc pas retenu dans le tableau.

#### Comparaison des indicateurs de santé Marolles/Bruxelles-Ville (2019)

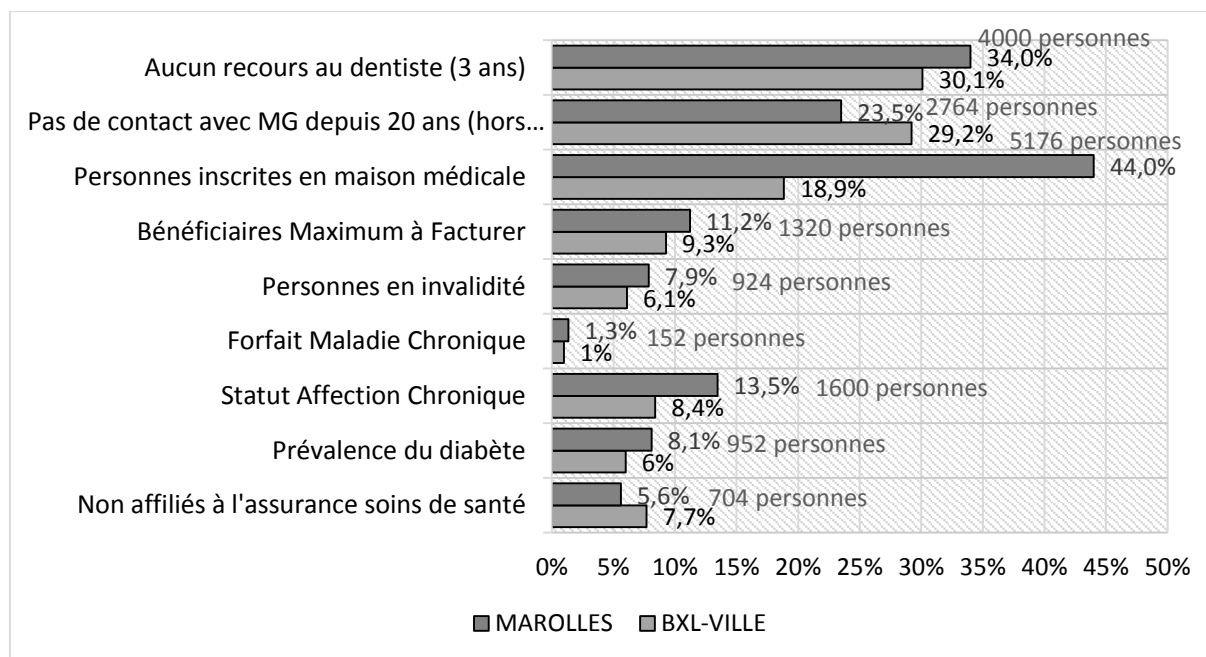


Figure 11: Comparaison des indicateurs de santé Marolles/Bruxelles-Villes en 2019 (Chiffres: atlas de l'agence intermutualiste). En rouge, le nombre d'effectif dans les Marolles.

**34% de la population marollienne n'a pas eu de contact avec un dentiste** durant les 3 dernières années, soit 4000 personnes.



***En 2001, plus d'une personne sur trois dans la population du quartier se déclarait en mauvaise santé.*** L'espérance de vie à la naissance pour la Ville de Bruxelles, de 79.7 ans étaient d'ailleurs inférieur à la moyenne régionale, de 80.9 ans.

#### **5.1.8 Emploi et chômage**

En 2019, **le nombre de demandeurs d'emploi dans les Marolles était de 1280 personnes, soit un taux de 16%**, bien plus élevé que la moyenne communale (12%). Parmi eux, nous retrouvons 10% de diplômés du supérieur, et un nombre élevé de demandeurs d'emploi de longue durée (889 personnes). 2/3 de ces demandeurs d'emploi sont des hommes, soit 825 demandeurs d'emploi.

Le taux d'activité, c'est-à-dire de personnes entre 18 et 64 ans qui travaillent ou sont demandeuses d'emploi, était de 55.62% en 2012 dans les Marolles, un nombre inférieur à celui de la Commune (qui valait 62.70%), à la région (65.10%). Le taux d'activité est plus faible chez les femmes que chez les hommes. Le taux d'activité des femmes est généralement plus faible.

#### **5.1.9 Instruction**

De manière générale, la plupart des enfants du quartier sont scolarisés dans le quartier, particulièrement pour l'école maternelle (80% des enfants) et l'école secondaire (40% des enfants). Ces chiffres sont bien supérieurs aux moyennes communale ou régionale. C'est moins le cas pour l'école primaire (50% des élèves), dont la tendance est même plus basse que la moyenne de la ville.

Sur l'ensemble du territoire de la Bruxelles-Ville, 9% des élèves ont au moins 2 ans de retard scolaire par forme d'enseignement en 2018.

#### **5.1.10 Logement**

Sur les 2054 logements à finalité sociale dans le quartier, on trouve<sup>1</sup> :

- 111 logements liés à une AIS
- 1758 logements SLRB
- 173 logements appartenant à un organisme d'intérêt public
- 3 logements locatif du fond du logement
- 9 logements acquisitif par le biais d'un prêt du fond du logement

Soit au total 2054 logements à finalité sociale liés à la Région. En tenant compte de ces seuls chiffres, 33% des ménages vivent dans un logement à finalité sociale.

Auxquels s'ajoutent 293 logements appartenant au CPAS dont :

- o 20 logements de transit ;
- o 26 logements d'insertion ;
- o 247 logements locatifs (résidentiels), dont 59 logements de 3 chambres ou plus.

---

<sup>1</sup> Communication privée de Yves Van de Casteele, référent logement à Perspectives, le 27/07/2021

### Données sur la structure du bâti dans les Marolles/Bruxelles-Ville (2001)

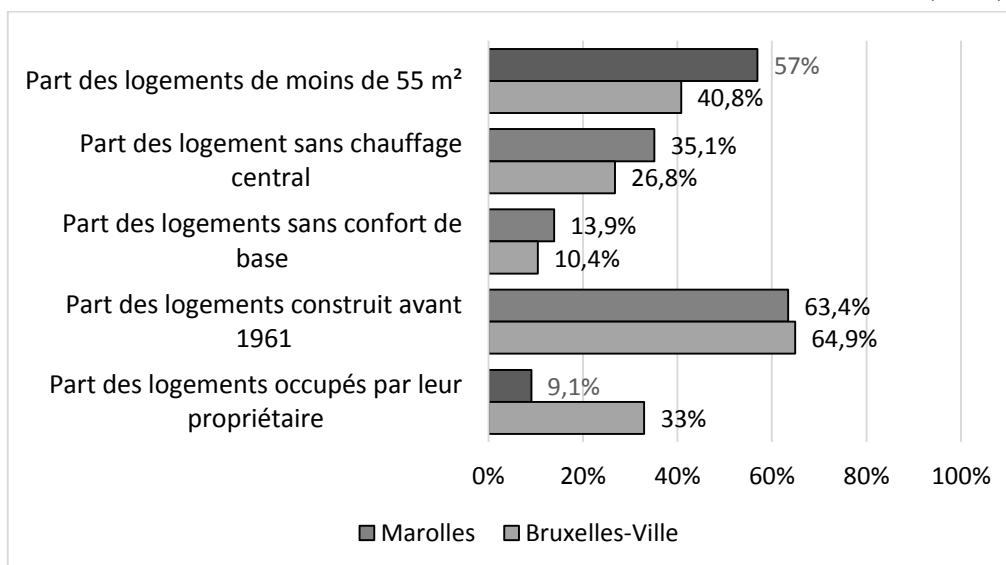


Figure 12: Données sur la structure du bâti dans les Marolles et Bruxelles-Ville, 2001 (Source : Monitoring des Quartiers).

Notons que les données sur la structure du bâti datent de 2001. Les services d'accompagnement au logement consultés émettent de lourdes réserves sur ces chiffres. Néanmoins, on peut supposer que deux chiffres ont peu évolué à la connaissance des dynamiques bruxelloises : la répartition de la part des logements de moins de 55m² et la proportion de logements occupés par les propriétaires. A titre d'exemple, on peut voir ci-dessous la prédominance des logements de moins de 55m² dans les Marolles, par rapport à la Villes de Bruxelles

### Superficie des logements Marolles/Bruxelles-Ville (2001)

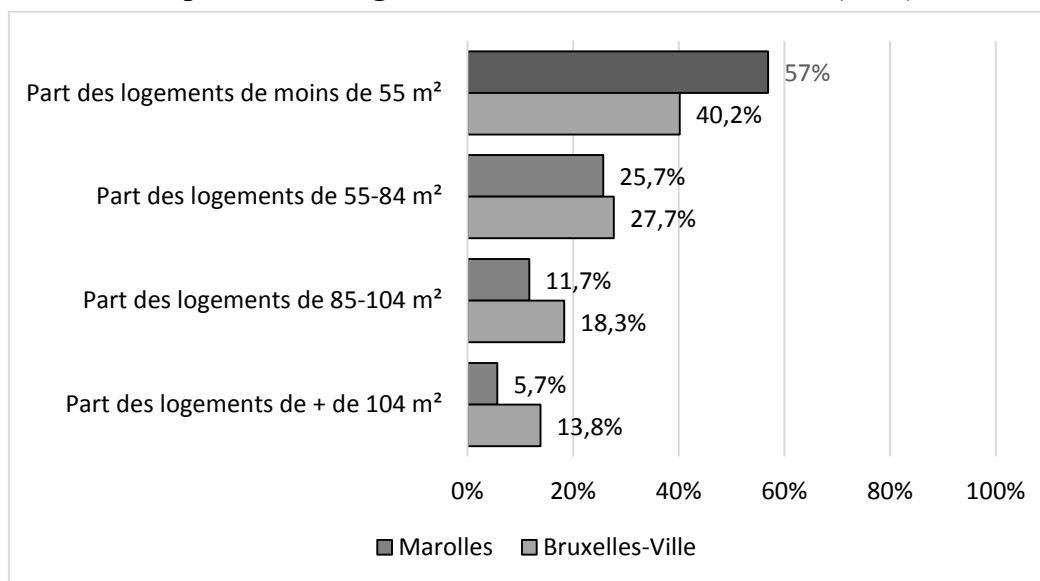


Figure 13 : Superficie des logements dans les Marolles et Bruxelles-Villes, 2001 (Source : Monitoring des Quartiers)



### **5.1.11 Offre de services**

L'offre associative des Marolles est assez dense mais elle manque de visibilité. Le quartier est morcelé et l'offre associative est concentrée sur certaines zones du quartier (principalement Querelle et Vieux Marché).

#### **5.1.11.1 Coordination sociale des Marolles :**

Elle est composée de quatre groupes de travail :

- Groupe Scolarité
- Groupe CLAJ (Jeunesse)
- Groupe Petite Enfance
- Groupe Coquart (Cohésion Quartier)
- Coordination Culturelle des Marolles

Site internet de la coordination sociale : <http://www.lesmarolles.be/>

## **6 Constats généraux spécifiques au quartier Marolles**

---

Les constats spécifiques au quartier des Marolles peuvent être retrouvés dans la Grille AFOM en annexe. Voici les priorités qui émergent de la phase préparatoire au diagnostic communautaire.

### **6.1 Logement**

#### **6.1.1 *Structure de la propriété***

Le quartier concentre une forte offre de logement à finalité sociale (2405 logements d'après Bruxelles Logement), qui mène à une concentration des revenus faibles dans le quartier. S'y ajoute les autres logements appartenant à des acteurs publics (CPAS, Régie).

#### **6.1.2 *Caractéristiques de la population***

En conséquence, 33% des ménages habitent dans un logement à finalité sociale et seulement 9% des propriétaires vivent dans leurs logement (Monitoring des quartiers). Cette situation pousse à la concentration de faibles revenus dans le quartier, dont le revenu médian est le plus faible de la région. A titre d'exemple, 41% des personnes de plus de 65 ans sont bénéficiaires de la GRAPA (680 personnes) et 12,3% de la population de plus de 18 ans est bénéficiaire du RIS (1163 personnes). Ces chiffres dépassent le double les indicateurs de la Ville et ne recouvrent pas la population sans-papiers, évaluée comme importante par les témoins-clés. Une enquête du CPAS de Bruxelles réalisée en 2008 estimait approximativement à 1000 personnes le nombre de personnes habitant le quartier sans être inscrit au registre de la population, sur la base du comptage systématique des sonnettes et boîtes aux lettres dans le quartier.

De nombreux services adressés aux sans-abris se trouvent aussi dans ce quartier, dont la Caisse du CPAS de Bruxelles et la cellule AMU, favorisant la concentration de ce public.

#### **6.1.3 *Priorités identifiées***

**L'insalubrité.** Les témoins-clés évoquent un bâti extrêmement dégradés, des charges énergétiques élevées, et la présence de Marchands de Sommeil à la frontière du quartier

Stalingrad. Un médecin de maison médicale estime que de nombreuses familles vivent dans des logements exigus (une ou deux chambres). Les données existantes datent de 2001 et les acteurs d'accompagnement des locataires les considèrent comme dépassés.

***L'accompagnement de sans-abris relogés en maison de repos.*** On trouve aussi quatre maisons de repos et une présence importante de personnes âgées. Deux de ces maisons de repos expriment des difficultés avec des personnes ayant un peu moins de 65 ans relogées en leur sein en situation d'urgence pour éviter une mise à la rue. Ces personnes ont des assuétudes et des problèmes de santé mentale, et se retrouvent dans ces services qui se sentent mal outillés pour les accompagner.

***Le manque de concertation et d'articulation des actions autour de la prévention des expulsions et de l'accès à un logement de qualité.*** Les rencontres avec la coordination sociale et les témoins-clés révèlent une vie associative riche, mais peu de coordination des actions au niveau quartier entre les acteurs de première ligne en matière de logement et d'aide sociale.

***La prévention des expulsions domiciliaires.*** C'est une thématique centrale du rapport de l'observatoire de 2019, elle a donc été intégrée dans le diagnostic afin de fournir une information de terrain concernant les pratiques des acteurs du quartier.

## **6.2 Le non-recours et l'accès aux services**

### **6.2.1 Aide alimentaire**

L'offre alimentaire a augmenté de manière considérable à partir d'avril 2020 sans redescendre à ses niveaux pré-COVID. L'évaluation du type de public et des raisons de cette offre, ainsi que sa correspondance à la demande se posent au vu de la population du quartier (revenus faibles, forte présence de sans-abris).

### **6.2.2 Santé mentale**

Le quartier dispose de deux centres de santé mentale (Entr'aide des Marolles, Centre de guidance de l'ULB) et d'un réseau de santé mentale. Deux maisons médicales se partagent une psychologue en deux mi-temps qui ne se charge que d'orientation.

Le nouveau projet fédéral de remboursement des consultations psychologiques de 1<sup>ère</sup> ligne ne couvre pas le quartier. Le médecin de maison médicale interrogé ne connaissait pas le projet ([voir figure 2](#)).

***Les problèmes de santé mentale.*** L'ensemble des intervenants parmi les témoins-clés évoquent une saturation des services de santé mentale et le besoin d'un soutien pour la première ligne. Tous les témoins-clés évoquent aussi les difficultés psychologiques des habitants. La concentration de population sans-abris dans le quartier les concentre également dans les maisons médicales qui continuent à en assurer le suivi s'ils sont hospitalisés hors du territoire, afin d'éviter la perte du lien, saturant les services, d'après un médecin de maison médicale.

***Troubles liés aux causes psychosociales et troubles psychiatriques.*** Une distinction s'impose à l'analyse de ce qui est nommé « les problèmes de santé mentale » chez les acteurs et la littérature en promotion de la santé, entre (a) les problèmes liés à du stress psychosocial chronique (vulnérabilité psychique liée à des conditions sociales : revenu faible, logement insalubre ou logement social mal insonorisé, conflits de voisinages chroniques, harcèlement,

etc. qui peuvent mener à des troubles réels : anxiété chronique, dépression, décompensation, etc.) et (b) les problèmes psychiatriques lourds (psychose, troubles de la personnalité, etc.).

L'évaluation des besoins des populations, la saturation des services et des constats de l'offre en santé mentale semble nécessaire.

Figure 14: carte des psychologues inscrits dans le projet de remboursement de consultations de première ligne.  
[https://www.google.com/maps/d/embed?mid=1GLAO4r5qc2fqXSSgLqfhD7qvZ5\\_iO663](https://www.google.com/maps/d/embed?mid=1GLAO4r5qc2fqXSSgLqfhD7qvZ5_iO663) consultée le 17/06/2021



### 6.2.3 Soins de santé

Au 1<sup>er</sup> janvier 2021, 1528 cartes santé et aide médicales urgentes sont octroyées dans les deux antennes du CPAS du quartier. Cela représente 12,5% de la population totale. Les cartes médicales sont décrites comme des procédures opaques ou difficiles d'accès (Maison Médicale, Habitante minimes).

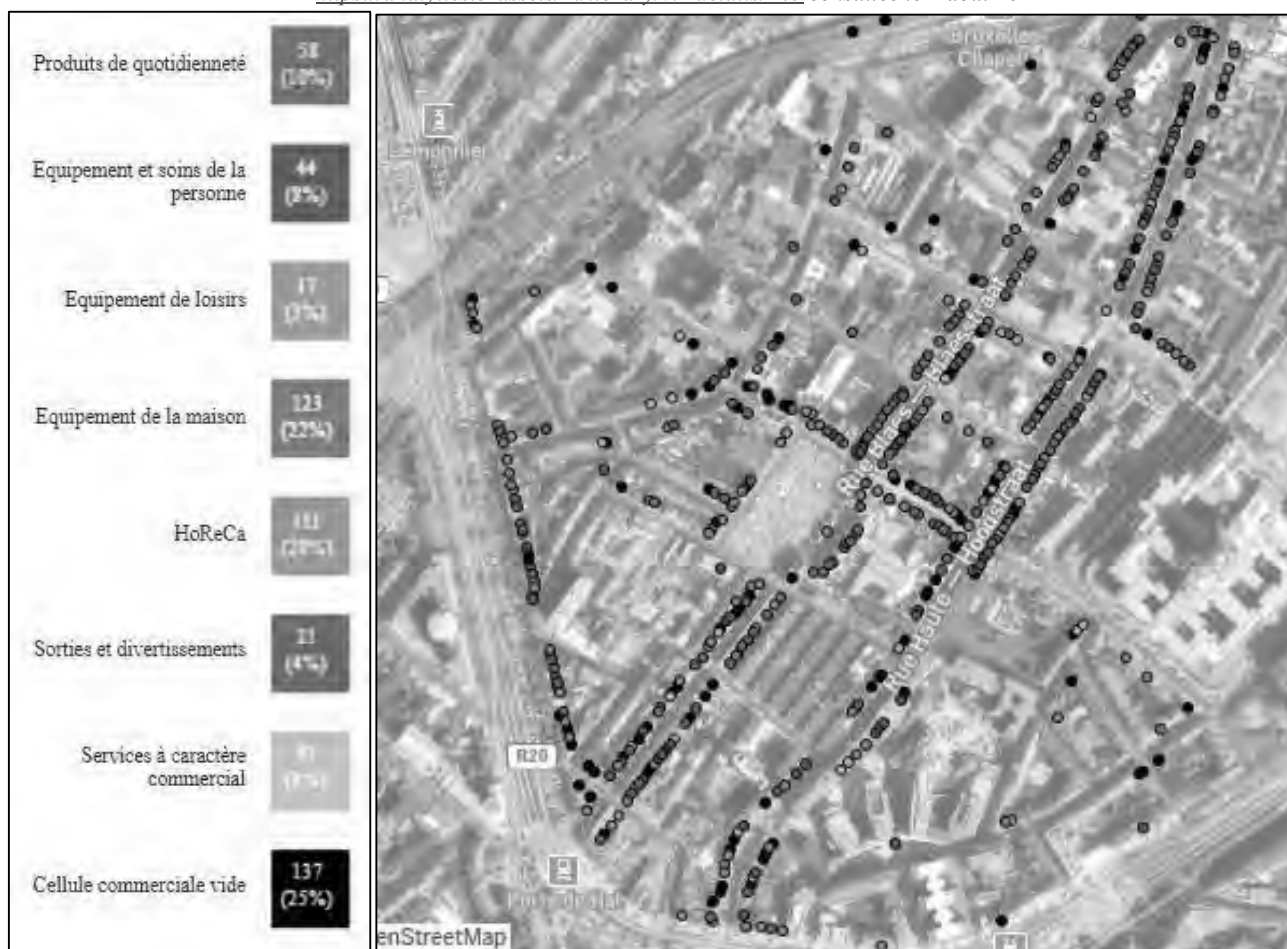
### 6.2.4 L'accès aux commerces essentiels

Bien que cette problématique ne soit pas évoquée dans les priorités des rapports de l'observatoire, l'accès aux commerces essentiels est évoqué comme une forte difficulté par plusieurs témoins-clés, habitantes et intervenants, que ce soit l'accès physique ou l'accès financier.

L'outil *Analytics* de la région bruxelloise (voir Figure 3) permet de vérifier la surreprésentation des commerces « équipements de la maison » (antiquaires, galeries d'art, meubles de luxes).

Figure 15: Carte des commerces dans les Marolles (14 octobre 2020).

<https://analytics.brussels/#/library/viz-details/245> consultée le 2 août 2021





### **6.2.5 L'accès à l'emploi et à la formation**

Le quartier rassemble un nombre élevé de demandeurs d'emploi par rapport à la Ville (16%), dont 2/3 sont des hommes et demandeurs d'emploi de longue durée. Les jeunes sont également surreprésentés.

**Emploi des jeunes.** Les témoignages d'habitantes évoquent des politiques d'emploi inadéquates par rapport aux aspirations des jeunes du quartier.

### **6.2.6 Les services de garde de petite enfance**

Les statistiques du Monitoring montrent que le nombre de place en structures d'accueil à la petite enfance couvre 81% du nombre d'enfant de cet âge dans le quartier. Ce taux est largement supérieur à la moyenne régionale (39%) et à celui de la Ville (51%). Néanmoins, les commentaires d'habitantes évoquent une grande difficulté à trouver des places.

### **6.2.7 La fracture numérique**

L'accessibilité aux services a été fort impacté par la crise *COVID*, du fait du télétravail partout : services bancaires, organismes publics de sécurité sociale et d'aide sociale : « tu appelles la mutualité et tu es 90<sup>ème</sup> sur la liste d'attente » (équipe Maison Médicale).

Cette difficulté touche particulièrement les personnages âgées (Rapport Zoom Senior), mais aussi les personnes précarisés. Une étude de la Fondation Roi Baudouin de 2020 constate que 40% de la population belge a de faibles compétences numériques, ce chiffre montant à 75% pour les personnes bénéficiaires de l'intervention majorée<sup>2</sup>.

## **6.3 La cohésion sociale**

A la suite des commentaires de témoins-clés sur les données statistiques, les enjeux de cohésion sociale apparaissent comme prioritaires et soumis à la menace de se dégrader au sein du quartier.

### **6.3.1 L'isolement**

Le quartier présente une surreprésentation de personnes déclarées comme vivant seules, particulièrement entre 30 et 65 ans et dans une moindre mesure entre 18 et 30 ans. Cette surreprésentation pourrait être liée à la structure du parc locatif qui représentait à 57% des logements de moins de 55m<sup>2</sup> d'après le monitoring des quartiers. Ces chiffres ont pu évoluer.

Ce public et ses besoins sont mal connus.

### **6.3.2 Les tensions dans l'espace public**

**Des tensions au sein de l'espace avec des groupes désignés comme jeunes.** Plusieurs intervenants dans des services d'accompagnement des habitants évoquent un sentiment d'insécurité lié à l'occupation de l'espace public par des jeunes. Ces espaces sont décrits comme non partagés, avec l'expression d'une forte identité territoriale par quartier, principalement après 16h. Le quartier est connu pour des incidents fréquents entre des jeunes du quartier et les forces de police, et une dégradation fréquente de l'espace public.

Trois témoins-clés (deux habitantes et un travailleur des services de prévention) inventorient un nombre élevé de cambriolages au rez-de-chaussée et de dégradation de l'espace public

<sup>2</sup> <https://www.kbs-frb.be/fr/Newsroom/Press-releases/2020/20200828NDBarDigIncl> [consulté le 16/08/2021]

qu'elles attribuent à ces groupes. Malgré la présence de nombreux services de jeunesse, les habitantes interrogées évoquent un besoin de travailleurs sociaux de rue et un manque de cadre offert par les services jeunesse, pour des jeunes qui ont peu vu peu d'opportunité d'emploi par l'insertion ou la scolarité.

**Concentration du public sans-abri.** La présence constante d'un public sans-abris incite à l'évaluation de son impact sur la solidarité dans le quartier et les représentations du public au sein des habitants. Les habitantes interrogées expriment leur solidarité avec ce public (qui sera nuancée dans le diagnostic qualitatif).

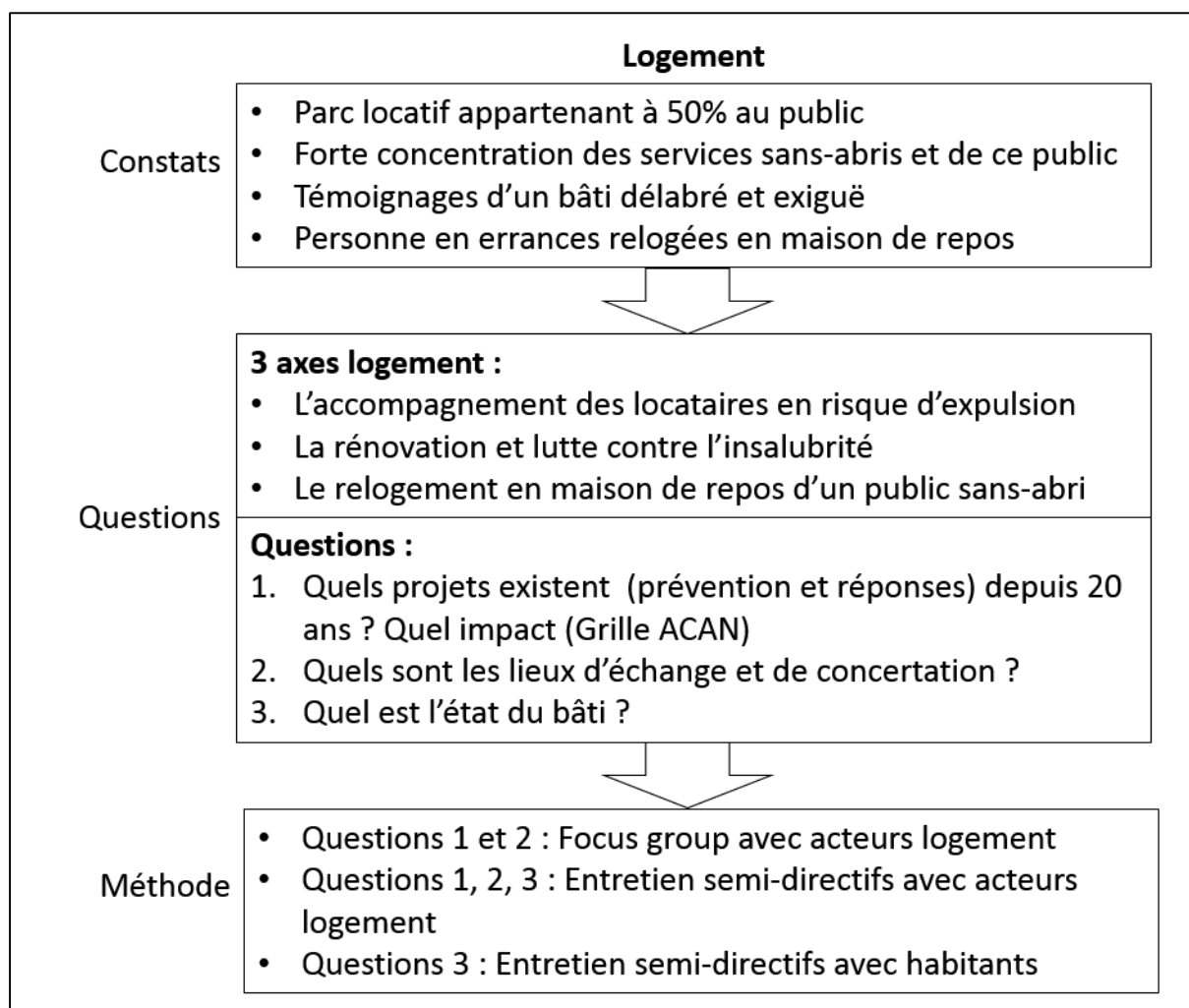
## 7 Du diagnostic quantitatif au diagnostic qualitatif

Des fiches thématiques ont été élaborées à partir des constats généraux pour orienter le diagnostic communautaire. Ces fiches ont suivi le schéma suivant.

### 7.1 Logement

La fiche thématique logement est synthétisée à titre d'exemple dans le tableau suivant.

*Figure 16: Schéma du diagnostic qualitatif pour la thématique logement*



Les entretiens avec les habitants n'ont pas pu être réalisés faute de temps mais apparaissent comme une étape fondamentale du diagnostic.

La Grille AFOM des Marolles a été étudiée en groupe lors de deux séances de la cellule animées par Sacopar. Ces séances ont permis d'identifier les zones d'ombre et de questions de recherche pouvant orienter le diagnostic quantitatif.

Durant toute la phase qualitative à partir du 20 juillet, deux visioconférences avec Sacopar ont eu lieu pour débriefer sur l'évolution du processus, ainsi que des coups de téléphone régulier (5 sur le mois d'août).

Les fiches d'entretien étaient accompagnées d'un résumé des problématiques identifiées dans les rapports de l'Observatoire, transmis avant l'entretien ou lu en début d'entretien, dans le but de questionner cette problématique. Les notes reprenaient le résumé suivant, ou le résumé du rapport par l'observatoire lorsque c'était possible :

***D'après le rapport de l'Observatoire de la Santé et du Social sur les expulsions domiciliaires (2019), celles-ci sont souvent liées :***

- *au non-paiement répété d'un loyer ou de plus de 2 mois qui mène à un conflit locatif.*
- *à l'absence des locataires lors des audiences*
- *à la non-connaissance des services existants (par les locataires et les intervenants)*
- *à la non-volonté de remplir les obligations du contrat dans le fait du propriétaire (entretien du bien, etc.) ou du locataire.*

## 7.2 Non-recours

Le schéma de construction du cadre du diagnostic qualitatif est présenté dans le tableau de la page suivante. Toutes les méthodes n'ont pas pu être employées du fait du calendrier. Les axes 1, 2, 3, 5 et 6 ont été priorisés. La question 7 a été posée aux travailleurs communautaires accompagnant des habitants et aux PCS faute de temps. Les notes suivantes étaient présentées ou envoyée à l'avance pour aborder la discussion sur le non-recours :

***D'après le rapport de l'Observatoire de la Santé et du Social sur le non-recours aux droits et aux services sociaux et de santé (2016), celui-ci est souvent lié :***

- *Au parcours du combattant pour prouver son éligibilité*
- *À la non-connaissance du droit : manque d'information mais aussi faire le lien entre cette information et sa situation*
- *À la complexité de la législation et au jargon administratif*
- *À la non proposition par les intervenants (manque de temps impliquant oubli et lié à la saturation des services, pouvoir discrétionnaire)*
- *À la non demande après information (mauvaise expérience, délai trop long, exigences irréalistes, absence de suivi, représentations sociales comme la stigmatisation).*

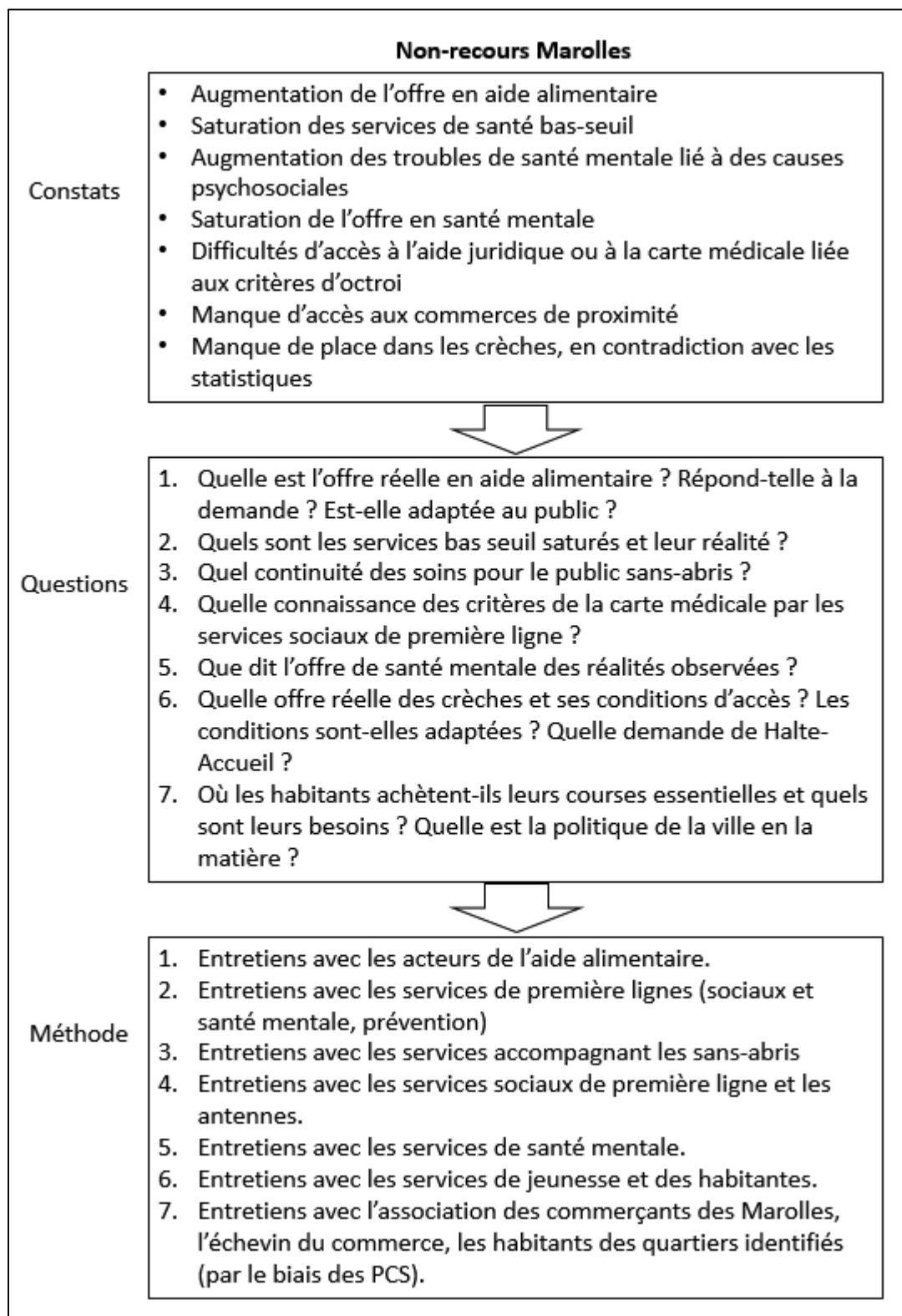
***Quelques exemples cités de droits liés au non recours :***

- *Logement : pas d'accès abordable ou de logement adéquat (non proposition ou non demande car délai)*
- *Chômage : changements législatifs fréquents et de plus en plus restrictifs, multiplication des emplois précaires, dématérialisation qui complique les procédures*



- *Formation : pas d'emploi malgré de multiples formations (→ abandon, non demande)*
- *Santé : reports de soins pour raisons financières, personnes BIM qui n'ont pas fait la demande, traitement dont on ne connaît pas les coûts à terme.*

Figure 17: Schéma du diagnostic qualitatif pour le non-recours





### **7.3 La cohésion sociale**

La cohésion sociale a été identifiée comme une priorité mais n'a pas été enquêtée afin de pouvoir respecter les délais et se focaliser sur les thématiques logement et non recours.



## Deuxième partie :

### Diagnostic qualitatif communautaire

---

[PHASE INTERMEDIAIRE]

## 8 Méthode

---

### 8.1 Période d'enquête

La période d'enquête a duré de Mars 2021 à août 2021.

Cette section présente la méthodologie et les résultats obtenus lors d'une première série de rencontres durant cette période. Les conclusions intermédiaires sont présentées en fin de chapitre.

### 8.2 Récolte des données

#### 8.2.1 Entretiens individuels semi-directifs

Des entretiens semi-directifs ont été réalisés avec 23 intervenants et témoins-clés, ce qui représente le double en rencontres ou entretiens téléphoniques.

#### 8.2.2 Focus group

La phase préparatoire prévoyait des focus group sur les thématiques prioritaires avec des acteurs spécifiques. Deux focus group ont eu lieu sur les thématiques prioritaires sur les trois prévus initialement.

##### 8.2.2.1 Le focus group logement

L'objectif des focus group est de répertorier un maximum d'initiative et d'information sur une problématique donnée dans un espace de partage des points de vue.

L'axe logement devait réunir deux focus group : un réunissant les associations d'accompagnement de locataires, un autre réunissant les acteurs publics et l'autre réunissant des habitants.

Le choix de distinguer acteurs publics et acteurs associatifs s'est fait d'après les échanges dans les entretiens qualitatifs. Tous les services n'ont pas confiance les uns envers les autres et il n'était pas propice de les réunir.

**Composition.** Le focus group associatif a réuni deux acteurs, les autres ne pouvant envoyer quelqu'un en période de congés ou annulant en dernière minutes (pour des raisons qui restent à évaluer).

**Difficultés.** Le focus group acteurs publics n'a pas pu se tenir pour des raisons de calendrier, et des entretiens semi-directifs ont été réalisés avec les acteurs identifiés. La dynamique de participation n'était également pas évidente. Un des participants ne venait à priori pas pour suivre l'ordre du jour mais pour dialoguer directement le CPAS. De plus, certains acteurs-clés (comme les travailleurs communautaires), prévus lors du focus group logement ont été identifiés par les participants comme essentiels pour répondre aux questions.

##### 8.2.2.2 Le focus group Non-recours

**Composition.** Le focus group Non-recours avait pour but de chercher les informations définies dans la fiche thématique non-recours.

**Dynamique.** La dynamique était beaucoup plus

### 8.2.2.3 Diagnostic exploratoire en marchant

Un ancien travailleur communautaire du CPAS ayant travaillé 30 ans dans le quartier a proposé une visite du quartier (2 séances de 3h) tout en apportant sa lecture des dynamiques du quartier à partir de son expérience. La visite a été réalisée avec un habitant. La totalité du quartier a été visitée rue par rue lors de ces deux séances tout en recueillant le témoignage de ce travailleur et de cet habitant sur les trois priorités identifiées (logement, non-recours, cohésion sociale).

## 8.3 Remarque importante = similitude du diagnostic entre les Marolles et Anneessens

### 8.3.1 *Des acteurs communs sur les thématiques prioritaires*

Malgré les problématiques distinctives, une grande partie de ce diagnostic vaut pour les Marolles et pour Anneessens, les acteurs identifiés étant actifs sur les deux quartiers. Cette similitude dans les résultats et les méthodes d'approches tient également du fait que les deux problématiques imposées ont été priorisées au vu du timing (Prévention des expulsions et mal-logement, et non-recours).

*De plus, des acteurs identifiés comme acteurs d'un quartier se révèlent avoir une activité sur l'autre quartier CLSS* : une maison médicale située au sein d'Anneessens a une partie de sa patientèle dans les Marolles et révèle des informations-clés sur ce quartier. Ce constat a favorisé le travail en équipe entre référents quartiers la nécessité de fusionner les méthodes pour éviter de trop solliciter les mêmes acteurs avec des questions similaires.

### 8.3.2 *Des spécificités identifiées mais peu explorées*

Les spécificités des quartiers s'expriment plutôt dans l'axe non-recours et les priorités non relatives au rapport. La plupart de ces thématiques sont reprises dans l'axe « Cohésion sociale ». Ces thématiques n'ont pas fait l'objet d'une exploration spécifique mais sont apparues d'elles-mêmes dans les entretiens concernant les autres thématiques – elles ont donc été intégrées dans les résultats.

**Pour faciliter la lecture, les spécificités de quartier sont notées en encadré sur fond grisé, comme cet extrait.**

## 8.4 Difficultés

### 8.4.1 *Phase de prise de contact*

Les premiers contacts pris au mois de mai ont montré les difficultés d'entrer en contact avec les associations dans le but exclusif de commencer un diagnostic. Il a été révélé assez vite que pour obtenir une adhésion au projet, il faut d'abord un premier moment de prise de contact, de présentation mutuelle, particulièrement avec les acteurs associatifs.

*Nécessité de construire la relation avec les acteurs associatifs liée à la position du référent quartier.* La fonction du référent quartier n'est pas prise comme celle d'un chercheur indépendant. Son attachement au CPAS l'associe directement à l'institution et invoque des relations complexes et historiques entre les associations et le secteur public. Les acteurs ne répondent pas tout de suite à la demande d'une enquête mais souhaitent d'abord présenter leurs missions et leurs activités, voire multiplier les interactions pour mieux comprendre le projet. Une discussion sur « ce que le CPAS peut faire » précède souvent un entretien sur la réalité d'un intervenant. Par exemple, pour inviter des acteurs associatifs au sein du focus group ou à un entretien, une première rencontre (en présentiel, visioconférence ou par téléphone) s'est

imposée afin d'expliquer le projet avec chaque acteur, pour entendre l'explication des services à propos de leur activité, malgré la présentation du projet en coordination sociale.

Cette dynamique se ressent beaucoup moins dans les relations avec les acteurs publics et ralentit.

#### 8.4.2 Le calendrier

La phase qualitative n'a pu commencer que fin juin, avec des congés du référent quartier du 1<sup>er</sup> au 20 juillet. La période de vacances n'étant pas propice à réunir tout le monde, des acteurs-clés n'ont pas pu être joignables ou ont programmé des rendez-vous en septembre et un des focus group n'a pas pu avoir lieu.

**L'absence d'entretien avec des acteurs clés.** Plusieurs acteurs ayant un ancrage historique d'un siècle ont été identifiés comme des acteurs-clés dans le travail des CLSS, car ils articulent déjà une réflexion liant social et santé et ont mis en place des projets qui semblent en adéquation avec le diagnostic quantitatif. Ces acteurs n'ont pas pu être rencontrés pendant les congés pour des raisons d'agenda. Ils seront rencontrés plus tard dans l'année. L'absence de leur participation engendre certainement des lacunes dans le diagnostic.

#### 8.5 Documents produits durant la phase qualitative

|                                                    |                                                                                                             |                                         |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Fiche méthodologique Logement                      | Définir le cadre commun de la recherche sur cet axe pour l'ensemble de la cellule                           | Cellule de développement communautaire  |
| Fiche méthodologique Non-recours                   | Définir le cadre commun de la recherche sur cet axe pour l'ensemble de la cellule                           | Cellule de développement communautaire  |
| Fiche méthodologique cohésion sociale              | Définir le cadre commun de la recherche sur cet axe pour l'ensemble de la cellule                           | Cellule de développement communautaire  |
| Fiches d'entretiens qualitatifs                    | Définir un cadre pour les entretiens dans la phase qualitative                                              | Référents quartiers                     |
| Grille AFOM Logement                               | Reprendre les éléments saillants autour de la problématique du logement pour le focus group logement        | Participants du focus group logement    |
| Grille AFOM non-recours                            | Reprendre les éléments saillants autour de la problématique du non-recours pour le focus group non-recours. | Participants du focus group non-recours |
| Powerpoint de présentation focus group logement    | Présenter un résumé de la grille AFOM envoyée, l'avancement dans les CLSS et les questions posées au group  | Participants du focus group logement    |
| Powerpoint de présentation focus group non-recours | Présenter un résumé de la grille AFOM envoyée, l'avancement dans les CLSS et les questions posées au group  | Participants du focus group non-recours |

|                                                  |                                                             |                                         |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Déroulement du focus group                       | Fiche explicative du déroulement du focus group logement    | Participants du focus group logement    |
| Déroulement du focus group                       | Fiche explicative du déroulement du focus group non-recours | Participants du focus group non-recours |
| 23 Retranscription des entretiens et focus group | Matière brute à analyser                                    | Référents quartiers                     |

## 9 Résultats

### 9.1 Logement

#### 9.1.1 *Le sans-abrisme*

##### 9.1.1.1 Concentration des services dans le quartier

Brusshelp mentionne ne pas avoir de chiffres définitif sur le nombre de sans-abris – le dénombrement représentant des estimations notamment biaisées par la nature et la quantité des services qui participent au dénombrement. Le chiffre de 700 personnes à la rue est évoqué par plusieurs des acteurs sans-abris sur l'ensemble de la région, concentrées sur le pentagone. L'un des acteurs sans-abris évoquent un déplacement vers les frontières extérieures de la première couronne durant les dix dernières années. L'ensemble des acteurs sans-abris consultés évoquent que la transformation du public durant les quinze dernières années : d'un public avec un titre de séjour et un parcours de vie difficile, à un public essentiellement sans-papiers.

Les Marolles concentrent une diversité d'associations destinées au public sans-abri. Un médecin de maison médicale constate la concentration de ce public dans le quartier et dans les services bas-seuils « qui sont saturés » également.

Cette concentration du public a un impact en termes de cohésion sociale (voir cette section).

##### 9.1.1.2 Les structures d'hébergement non agréées (SHNA)

Ces structures ont été mis en place par des acteurs souhaitant répondre à la crise de l'accès au logement. Elles sont initiées par des acteurs peu professionnalisés. Un acteur du secteur sans-abrisme mentionne qu'elles ont été critiquées suite à des interpellations pour leur manque de professionnalisme, mais souligne qu'elles offrent tout de même des solutions. Il évoque l'utilité d'une liste de ces structures.

Deux équipes de maraudes évoquent une forte présence de personnes polonaises dans les Marolles, plus spécifiquement vers Querelle. Certaines ont recruté des accompagnateurs parlant polonais.

##### 9.1.1.3 L'adresse de référence

Un acteur du sans-abrisme évoque l'absence d'adresse de référence comme un frein pour l'accès aux droits, notamment car certains CPAS appliquent des conditions supplémentaires à la loi, parfois avec des bonnes intentions mais avec un effet *in fine* discriminant.

La vérification des procédures internes du CPAS montre que le CPAS de Bruxelles n'applique pas de conditions supplémentaires à la loi, et dispose de procédures permettant d'étendre le droit à des personnes hors critères.

### 9.1.2 L'insalubrité

#### 9.1.2.1 L'état du bâti

Plusieurs acteurs (maison médicale, travailleurs communautaires logement, service d'accompagnement logement) déplorent un état du bâti dégradé, y compris dans les logements à finalité sociale. Les problèmes d'humidités ou de fuites sont souvent mentionnés. Les acteurs mentionnent des plaintes fréquentes des locataires au sein des sociétés de logements à finalité sociale, et des factures énergétiques parfois supérieures au coût du loyer.

La Ville de Bruxelles engage un grand plan de rénovation énergétique au sein du Logement Bruxellois, qui possède la grande majorité des logements sociaux dans les Marolles.

**Point de vue des intervenants.** Les intervenants accompagnant les habitants se montrent enthousiastes et présentent le projet comme une solution, puisque le plan prévoit une réduction des factures énergétiques et une rénovation intérieure massive du parc.

**Point de vue des habitantes.** Les deux habitantes rencontrées se montrent plutôt méfiantes envers tout projet de rénovation, vécus comme des « cache-misères ». La coordination des travaux de rénovation est systématiquement présentée comme une expérience négative avec un impact concret sur la vie quotidienne. A titre d'exemple, une habitante du quartier prévoyance explique l'impossibilité d'ouvrir la porte d'entrée en attendant le système d'ouverture de porte pendant plusieurs années.

**Rue Terre-Neuve.** Plusieurs acteurs (soins à domicile, maison médicale, accompagnement logement) constatent que des familles nombreuses vivent dans des petits logements (parfois deux chambres), comme à la rue Terre Neuve. La rue Terre Neuve est également mentionnée pour ses marchands de sommeil.

**Le quartier Querelle.** Plusieurs services d'accompagnement des locataires mentionnent ce quartier comme particulièrement touché par l'insalubrité. Par insalubrité, les acteurs parlent « d'humidité et de petits travaux ».

#### 9.1.2.2 Freins à la rénovation

**Les règles de priorité dans l'attribution des logements publics.** Tous les acteurs interrogés confirment les constats du rapport de l'observatoire (OBSS 2019) : la lutte contre l'insalubrité et la Direction de l'Inspection Régionale du Logement sont freinées par l'incapacité à reloger les gens en cas d'arrêt d'insalubrité. Un service d'accompagnement des locataires évoque les difficultés des acteurs publics membres du Comité Technique de la ville ([voir point 2.1.6.1](#)).

**Les normes urbanistiques et en isolation énergétiques.** Deux acteurs logement travaillant avec des propriétaires constatent que la majorité des propriétaires sont des personnes qui ont un ou deux logements, dont les revenus viennent compléter leur retraite. L'un d'eux mentionne que les normes urbanistiques ne sont pas réalisables pour des petits propriétaires – qui ont une faible capacité d'investissements dans les travaux.

**L'absence d'un cadastre des logements.** Un service d'accompagnement des habitants évoque la nécessité d'un cadastre des logements afin de pouvoir évaluer si l'offre correspond à la demande. Leur hypothèse est qu'il y a peu de logement 3 chambres dans le cadastre, et que les propriétaires préfèrent les louer à des colocations pour un prix plus élevé plutôt qu'à des familles.



### 9.1.2.3 Des classifications différentes

Les institutions n'utilisent pas toutes la même classification.

**Le service logement du CPAS** distingue trois types d'insalubrité : faible, moyenne, importante. Chacune induit une procédure différente – le relogement ne concernant que l'insalubrité importante, qui identifie un danger (risque d'effondrement, fuite de gaz, etc.).

**Le logement bruxellois** n'identifie pas de logement « insalubre ». Un logement est considéré comme « occupable » ou « non occupable ». Le logement peut être non occupable pour diverses raisons qui ne sont pas liées à l'état du bâti.

### 9.1.3 *Les expulsions domiciliaires*

#### 9.1.3.1 Etat des lieux

Deux acteurs d'accompagnement des habitants évoquent la dette locative comme un levier pour les propriétaires afin d'expulser pour d'autres raisons (comme des questions de comportements liées à des plaintes).

**Public concerné.** Un juge de paix interrogé estime que, sur le territoire de la Ville, environ 90% des personnes qu'il voit en audience sont des mères seules.

**Perte de logement à la fin du bail.** Lors du focus group logement, les acteurs mentionnent un certain nombre de perte de logement au moment de la fin du bail – qui ne se traduit pas dans les chiffres de signification des expulsions. Un acteur d'accompagnement de locataires évoque que les expulsions illégales par des acteurs publics sont une réalité.

**Les procédures au sein du CPAS.** La plupart des recommandations du rapport de l'OBSS sur la prévention des expulsions sont appliqués par le CPAS : réception des significations de jugement par le greffe, contacts téléphoniques proactifs, prise en charge de la dette locative (sous forme d'aide sociale ou de prêt remboursable, etc.).

**Augmentation des expulsions en 2021.** Le service logement du CPAS constate une grosse augmentation des expulsions, essentiellement liée à la fin du moratoire contre les expulsions domiciliaires pendant le confinement.

#### 9.1.3.2 Non-recours par méconnaissance des dispositifs par les acteurs

Plusieurs acteurs interrogés (juge de paix, accompagnement de locataires) ne semblent pas connaître les procédures du CPAS en matière de prévention des expulsions et évoquent des critiques à l'égard de l'institution pour des choses qu'elle fait pourtant (prise en charge de la dette locative, contact et accompagnement pour donner suite aux significations, etc.). Cette situation semble contribuer au non-recours par manque d'information aux locataires en situation de risque de perte de logement, par absence d'information sur les services du CPAS.

Un service d'accompagnement de locataires estime que des services de premières lignes sont parfois mal informés et transmettent une information erronée qui renforce les risques d'expulsion pour les locataires.

#### 9.1.3.3 Les freins à l'accompagnement liés aux risques d'expulsions domiciliaires.

Le CPAS de Bruxelles reçoit en théorie toutes les significations d'une demande d'expulsion, tel que conseillé dans le rapport de l'Observatoire (OBSS 2019). Néanmoins, le greffe n'envverrait pas tous les courriers – une potentielle surcharge de travail dans les services de

justice. Un examen des causes est en cours. Le CPAS reçoit 50% de moins en moins de significations chaque année mais une augmentation des requêtes.

**Une prise en charge tardive.** Un service d'accompagnement des locataires estime que les gens agissent trop tard, en dernière minute, souvent mal informés.

**Complexité des dossiers.** Les demandes ont repris presque toutes en même temps. Le service logement du CPAS évoque une année très difficile en termes d'accompagnement, du fait de l'augmentation de la complexité des dossiers : de multiples problèmes sociaux qui demandent une réponse coordonnée et qui n'ont pas été traités avant (endettement, problème de jeunesse nécessitant le SAJ, etc.). Cette complexité des dossiers est également mentionnée par un travailleur de terrain en maison médicale : la multiplicité des problèmes qui nécessitent de contacter plusieurs services de secteurs fonctionnant en vases clos.

#### **9.1.4 L'accès à un logement adéquat**

Un travailleur communautaire en logement constate la non-proposition des diverses options de logements à finalité sociale au public logé dans le logement social. « Les gens font des demandes de mutation, et on leur dit d'attendre, mais on ne pense pas à parler des AIS par exemple. Or il y a des gens qui seraient dans les conditions et qui sont demandeurs ».

##### **9.1.4.1 Les relogements de personnes sans-abris en maison de repos**

Plusieurs maisons de repos mentionnent qu'elles accueillent des personnes sans-abris qui ne sont pas encore pensionnées suite à des difficultés de relogement lors d'expulsion domiciliaires. Ce public souffre de problèmes d'assuétudes et de problèmes de santé mentale ou d'agressivité qui mettent en difficulté un personnel mal outillé. Plusieurs maisons de repos de la Ville de Bruxelles évoquent les mêmes difficultés.

Un service d'accompagnement des sans-abris mentionne la possibilité d'accompagner ce type de problématiques à l'aide d'un partenariat acteur sans-abrisme/santé mentale, maison de repos, et une organisation spécialisée dans l'accompagnement des professionnels du vieillissement.

#### **9.1.5 Les lieux de concertations**

##### **9.1.5.1 La coordination sociale des Marolles**

Un groupe de travail logement a été créé il y a plusieurs années au sein de la coordination sociale des Marolles avec les travailleurs associés au logement. Les acteurs qui y ont participé évoquent que le manque de synergie entre leurs missions et leurs attentes respectives ne permettaient pas d'aboutir à des réponses opérationnelles à leurs problèmes et ne pensent pas que ce soit possible.

D'après un acteur du logement à finalité sociale et un service d'accompagnement des habitants Les missions de l'associatif et de l'institutionnel sont différentes et ne peuvent pas nécessairement s'articuler justement au sein d'un sous-groupe CSM. Cette situation est liée à des attentes différentes du groupe de la part des uns et des autres.

##### **9.1.5.2 Les groupes sectoriels régionaux**

Il n'y a pas de concertation sur le logement au niveau quartier. Les travailleurs de chaque secteur se réunissent dans des lieux d'échanges de pratiques au niveau régional : groupe de travailleurs

d'unions de locataires au sein de la FEBUL, groupe de travailleurs communautaires au sein de la SLRB, travailleurs au sein du RDBH ou de la FDAIS.

#### 9.1.5.3 Les consultations d'habitants

Trois Contrats de Quartier ont été attribués au quartier : Rouppe (2008-2012), Jonction (2014-2018) et Marolles (2018-2022). Plusieurs intervenants (travailleur communautaire logement, service de prévention,) évoquent la fatigue des habitants face aux concertations. « Les habitants ne voient pas beaucoup l'impact sur leur vie quotidienne », « les gens en ont marre de se répéter ». Les habitantes interrogées confirment ce sentiment.

Un travailleur communautaire accompagnant des habitants exprime que les consultations fonctionnent quand les habitants se mobilisent. Or, cette mobilisation demande un travail d'accompagnement et une dépense d'énergie de la part des travailleurs communautaires. Ce travailleur prend l'exemple du terrain de sport à la Querelle.

**Exemple du terrain de sport Querelle.** D'après un acteur d'accompagnement des habitants, Il faut un grand investissement en termes de mobilisation et de revendication de la part des habitants et des travailleurs pour la rénovation d'un équipement qui somme toute est assez normal.

Ce même travailleur estime que les Contrats de Quartier manquent d'expertise, et que les conditions des travailleurs communautaires qui accompagnent les habitants favorisent un turn-over : il invite à engager des personnes compétentes et leur fournir les ressources nécessaires à la fonction (ex : éviter les contrats précaires).

#### 9.1.6 *Les projets en matière de logement*

##### 9.1.6.1 Le comité technique de la Ville

Le comité technique inclut une association de logement, le service logement du CPAS, la régie du CPAS, la régie foncière de la Ville de Bruxelles, l'urbanisme, la police et une AIS. Il couvre tout le territoire la Ville. L'objectif est d'apporter des réponses à des situations complexes d'insalubrité et de lutte contre les marchands de sommeil.

**Impact.** Les acteurs interrogés évoquent positivement l'impact de ce comité quand il s'agit de travailler sur le bâti, mais négativement quand cela implique de reloger les gens. Trois éléments sont évoqués : une opacité des procédures ou sur les mandats des personnes présentes (avec parfois des chaises vides), un **manque de coordination entre les acteurs une fois une décision prise** et la **difficulté de reloger du fait des règles des acteurs publics encadrant l'attribution des logements** qui ne prévoient pas de priorités pour les logements insalubres ou les situations de sans-abrisme (tel que décrit dans le point 2.1.22 « Freins à la rénovation »). Les règles d'attribution actuelles ne prévoient pas de dérogation liée à l'insalubrité ou l'absence de logement. Obtenir une dérogation, qu'elles soit au niveau communal ou régional est très difficile. En conséquence, dans l'incapacité de loger les gens, les arrêtés d'insalubrité ne sont pas posés pour éviter une expulsion administrative qui concernerait un logement à rénover.

##### 9.1.6.2 Housing First

**Constat.** Les acteurs santé mentale et sans-abri confirment le constat du rapport de l'observatoire concernant les projets Housing First (OBSS 2019). Ces acteurs mentionnent tous un taux de réussite de 90 à 95% de maintien en logement, qui prouvent qu'on peut maintenir à

domicile les projets les plus vulnérables. Les critères visent le public le plus vulnérable recruté parmi les services d'accompagnement des usagers de drogues : plus de 2 ans à la rue, problèmes psychiatriques sévères (à partir d'une grille spécifique) et problème de dépendance.

A contrario, une AIS présente les projets Housing First comme un échec, du fait de collaborations qui ne sont pas toujours optimales. « Et même quand la collaboration fonctionne parfaitement, ce sont des suivis lourds pour nous : les relations sont difficiles avec les autres locataires par exemple ». A noter une confusion de la part de certaines AIS entre les projets Housing First et des personnes relogées par le service logement du CPAS ou en collaboration avec le Samu Social et pour lesquelles expriment un manque d'accompagnement. Les difficultés vécues face au problème de santé mentale et d'assuétude de sans-abris relogés au sein des AIS sont parfois formulées en termes de critiques de projets Housing First, sans distinction.

**Facteurs de frein.** Un acteur Housing First évoque la difficulté de trouver des sociétés souhaitant se lancer dans des projets de ce type, qui dépendaient d'une volonté politique. Bien que le taux de réussite en termes de maintien au logement soit élevé, cet acteur souligne que les trajets de réinsertion sont parfois compliqués, avec plusieurs relogements d'affilées : une personne met 5 ans à se stabiliser et passe par 3 ou 4 logements. Par exemple, pendant le confinement, beaucoup de personnes en Housing First ont accueilli des anciennes connaissances toujours en errance.

D'après cet acteur, les propriétaires ou AIS seraient frileuses et feraient de la mauvaise publicité quant au projet, ce qui freine le développement. Cet acteur invite les propriétaires à engager des procédures dès que ce n'est plus possible pour eux car il faut parfois une procédure de renom pour que la personne ait un déclic – le service accompagne alors le relogement. Certains propriétaires seraient réticent à engager une procédure d'expulsion dans ces cas-là, et attendraient « un accompagnement miracle qui résoudrait tous les problèmes ».

**Facteurs facilitants.** Un autre facteur facilitant serait la volonté politique : « quand il y a un accord pour un projet *housing first*, c'est parce qu'il y a une décision politique », portée par un élu qui veut la réalisation du projet.

**Remarques.** Il n'y a pas de volonté de concentrer les projets *Housing First* dans un même quartier, afin d'éviter la stigmatisation et la concentration de ce public.

#### 9.1.6.3 Les logement de transit à convention d'occupation précaire

**Constats.** Des acteurs logements et sans-abrisme mentionnent les logements en occupation précaire comme une solution réelle dans la prévention du sans-abrisme.

D'après les acteurs sans-abrisme, le fait de ne pas loger dans la rue facilite la création du lien et le travail d'accompagnement. Les gens ont dormi correctement, ils ont eu l'occasion de se doucher, sont plus disposés à faire des démarches administratives. Ils sont également plus facile à localiser, moins sujets à changer d'endroit.

Un acteur logement mentionne aussi ces logements comme solution pour le public sans-papiers qui ont des ressources en matière d'organisation mais sont soumis à un marché du travail précarisant, aux salaires faibles.

#### 9.1.6.4 Les logements de transit avec projets d'éducation au logement

Un service d'accompagnement mentionne une expérience d'un projet éducation au logement actuellement à l'arrêt. Les logements de transit permettent d'identifier des comportements de locataires qui peuvent les mettre en risque d'expulsion, comme une occupation inadéquate ou une mauvaise gestion budgétaire. La phase transit avec accompagnement en éducation au logement permet une réinsertion avec une réduction des risques de perte répétée de logement.

#### 9.1.6.5 Les structures d'hébergement non agréées (SHNA)

Ces structures ont été mis en place par des acteurs souhaitant répondre à la crise de l'accès au logement. Elles sont initiées par des acteurs peu professionnalisés. Un acteur du secteur sans-abrisme mentionne qu'elles ont été critiquées suite à des interpellations pour leur manque de professionnalisme, mais souligne qu'elles offrent tout de même des solutions.

Il évoque l'utilité d'une liste et évaluation de ces structures.

#### 9.1.6.6 Les hébergements temporaires dans des hôtels pendant le confinement

Un acteur sans-abrisme constate que le confinement a permis de rendre visible un public en errance sous-représenté dans la rue : les femmes, parfois avec enfant. Ces logements sont plus adaptés que les centres d'accueil d'urgence ou la rue, du fait des risques spécifiques de violence de genre.

#### 9.1.6.7 Le Front anti-expulsion

Un acteur d'accompagnement logement mentionne l'existence d'un groupe informel luttant contre les expulsions, qui se réunit pour créer un rapport de force lors des expulsions effectives (et les reporter dans le temps). Ce groupe est actif sur tout le territoire bruxellois. Deux acteurs d'accompagnements de locataires présentent ce groupe comme ayant un « réel impact sur la prévention des expulsions illégales ».

#### 9.1.6.8 Les Contrats de Quartier

Trois Contrats de Quartier ont été attribués au quartier : Rouppe (2008-2012), Jonction (2014-2018) et Marolles (2018-2022). La majorité des intervenants interrogés (travailleur communautaire logement, service de prévention, services d'accompagnement des locataires) évoque la fatigue des habitants face aux concertations. « Les habitants ne voient pas beaucoup l'impact sur leur vie quotidienne ». Les habitantes interrogées confirment ce sentiment « Ce qu'on dit n'est de toutes façons pas entendu ».

**Exemple de la Crèche la Dalle de la Querelle.** Un travailleur communautaire dans le logement donne présente cet exemple, produit de la consultation. Mais les habitants du quartier ne sont pas prioritaires (les critères priorisent des personnes qui travaillent) et les travaux ont menés à des plaintes : certaines personnes ont désormais un mur devant leur fenêtre, et ont subi les nuisances liées aux travaux pendant les travaux. « Les habitants en parlent encore », dit cette intervenante, « la crèche est systématiquement dégradée par les jeunes du quartier, les habitants disent que c'est pour ça, mais il y a aussi d'autres causes ».

**Engagement d'une accompagnatrice des travaux.** Le même travailleur mentionne qu'en conséquence, une accompagnatrice des travaux qui fait de la sensibilisation des habitants et le relais entre eux et les entrepreneurs a été adjointe à la direction de la SISF active.

**Exemple des rampes fleuries.** Les habitants, souvent en demande de parking, critique les rampes. L'explication des enveloppes et des budgets affectés est difficile à faire passer, surtout qu'ils ont été consultés sur plusieurs projets.

**Absence de rénovation intérieure.** Plusieurs acteurs locaux estiment que ces contrats de quartier mettent l'accent sur la rénovation des façades ou de l'espace public, dans des quartiers où les habitants sont en demande de rénovation de l'intérieur. Trois habitantes interrogées disent endurer les nuisances de travaux sans que cela ne change rien pour eux. Plusieurs acteurs d'accompagnement des locataires estiment tous que les Contrats de Quartier (Roupe, par exemple), ont eu très peu d'impact sur la salubrité intérieure.

**Le manque d'évaluation des projets.** Lors du focus group logement, les acteurs présents ont questionné le manque d'évaluation des projets publics, particulièrement de l'impact des Contrats de Quartiers en matière de logement.

#### 9.1.6.9 Les primes à la rénovation

Un acteur travaillant avec les propriétaires constate qu'elles sont destinées aux propriétaires habitant dans leur logement. Or, leur taux est très faible dans le quartier (9%). De plus, les primes à la rénovation de façade peuvent être octroyées à des propriétaires sans vérification de l'état de salubrité intérieure.

#### 9.1.6.10 Le droit de gestion publique

Le droit de gestion publique est évoqué par un service d'accompagnement des locataires. Il évoque une procédure longue, coûteuse et avec de faibles résultats : « un propriétaire un peu intelligent ou bien conseillé peut significativement prolonger la procédure ». « C'est mobiliser beaucoup de ressources épuisantes pour un propriétaire, pour peu de résultat ». L'exemple de l'avenue Louise est mentionné (nous n'avons pas eu le temps d'approfondir).

#### 9.1.6.11 Les campagnes de lutte contre les logements vides

Plusieurs acteurs du secteur logement (service de rénovation, accompagnement des locataires, AIS) mentionnent une politique efficace de lutte contre les logements à Schaerbeek. L'un des services de rénovation nuance légèrement du fait de la violence symbolique pour certains locataires (la police vient enquêter dans leur logement pour identifier un propriétaire).

Tous les acteurs affirment que la seule politique de taxation des logements vides ne suffit pas actuellement, évoquant la nécessité de politiques proactives d'incitation et de sanction.

Une liste des logements vides sur l'ensemble du territoire communal est produite par la Régie de la Ville et nous a été fournie par une association d'accompagnement de locataire : certains bâtiments ne sont plus occupés depuis les années 70 et 80.

#### 9.1.6.12 L'action en cessation

Un service d'accompagnement des locataires évoque la possibilité pour le CPAS d'introduire une action en cessation, qui consiste en la réaffectation d'un logement. La procédure serait moins lourde que le droit de gestion publique, « mais il faudrait en évaluer l'impact ».

### **9.1.7 Relevé des suggestions en matière de logement**

#### **9.1.7.1 Maisons de repos**

- Promouvoir l'approche Montessori adaptée aux seniors à l'aide d'un partenariat entre un service d'accompagnement des professionnels du vieillissement, une maison de repos et un service d'accompagnement de sans-abris spécialisé en santé mentale.

#### **9.1.7.2 Accès au logement**

- Offrir une meilleure information sur les alternatives au logement social aux familles qui y vivent (certaines sont éligibles aux AIS).
- Avoir une liste des structures d'hébergement non agréées afin de les évaluer.
- Evaluer la possibilité de logements modulaires.
- Créer plus de logements à finalité sociale.
- Evaluer si l'offre de logements correspond à la demande en réalisant un cadastre des logements au niveau régional.
- Obtenir de la commune une politique volontariste sur les bâtiments inoccupés, avec des sanctions ou des incitants. Schaerbeek est souvent prise en exemple.
- Evaluer une augmentation des loyers dans les AIS pour qu'elles captent plus de propriétaires.
- Envisager une allocation de loyer payées aux propriétaires qui appliqueraient des loyers accessibles.
- Supprimer le taux cohabitant afin d'augmenter les moyens.
- Organiser des concertations avec le syndicat national des propriétaires.
- Evaluer les normes d'attribution des logements des acteurs publics en regard des situations de relogement liées à l'insalubrité.
- Créer des logements supervisés avec un accompagnement social.

#### **9.1.7.3 Prévention des expulsions domiciliaires**

- Créer un service de juristes qui permettent de diffuser l'information sur la procédure en matière d'expulsions aux services sociaux de première ligne généralistes.

#### **9.1.7.4 Lutte contre l'insalubrité**

- Travailler sur des indicateurs afin que les services logement évaluent l'évolution de la situation dans le but d'améliorer leur activité.
- Mieux outiller les intervenants de terrain par la formation ou une permanence juridique.
- Créer de services pour les petits travaux nécessitant un peu de bricolage : centrés sur l'accompagnement et l'autonomisation (équipes mobiles, ateliers) plutôt que des services de réparation.

## **9.2 Le non-recours**

### **9.2.1 L'accès et l'usage des technologies numériques**

Les acteurs du secteur sans-abrisme mentionnent la difficulté d'accéder aux services et appuient sur la nécessité d'espaces numériques encadrés. La plupart des démarches administratives demandent des rendez-vous qui passent par un site internet.

Les maisons médicales et les services sociaux de première lignes citent « On appelle la mutualité, et on est 90<sup>ème</sup> dans la liste d'attente, les services de base ne suivent pas, les démarches administratives sont beaucoup plus longues ». L'accès aux services bancaires est



également mentionné. Cette réduction de l'accès impacte particulièrement l'autonomie des personnes âgées.

Un travailleur social en maison médicale mentionne une lourde augmentation de la charge de travail pour cette raison. Les assistants sociaux de quartiers dans les antennes du CPAS évoquent la même difficulté.

### **9.2.2 L'aide alimentaire**

#### **9.2.2.1 La saturation de l'offre**

Le CPAS de Bruxelles coordonne une distribution de produits aux associations d'aide alimentaire. Au sein de ce service, sans avoir de chiffres précis, on estime que 30% de la demande n'est pas rencontrée. Une augmentation de la demande (et de l'offre) a été identifiée dès le mois d'avril 2020, en lien avec le confinement, mais les acteurs d'aide alimentaire interrogés estiment que cela n'a fait qu'aggraver une situation existante. L'offre en distribution a augmenté, mais le service pense que ce n'est pas le cas l'offre globale sur la région : « je pense qu'on prend des parts de marché, mais qu'on n'augmente pas l'offre globale ».

D'après eux, l'effet du confinement serait aussi d'avoir rendu visible les distributions de colis alimentaires, du fait de la visibilité des files à l'extérieur des services.

Les services d'accompagnement des locataires mentionnent qu'un service de repas solidaire dans un lieu de lien a également fermé ses portes pendant le confinement, sans qu'on n'en connaisse l'impact.

#### **9.2.2.2 Le public**

Un acteur de l'aide alimentaire évoque de nouveaux publics : indépendants, mais surtout étudiants et sans-papiers. Les travailleurs communautaires travaillant avec des habitants mentionnent aussi les personnes âgées qui allaient dans les restaurants sociaux avant le confinement.

#### **9.2.2.3 Des initiatives citoyennes renforcées**

Des initiatives citoyennes en termes d'aide alimentaire ont été identifiées. Il est difficile d'établir une liste précise de ces initiatives à ce stade du diagnostic, mais nous savons que la plupart de ces initiatives existaient déjà mais se sont renforcées au moment du COVID. Ces initiatives ne sont pas limitées par quartier.

Un club de sport du quartier Anneessens s'est mis à la distribution de repas à domicile, en lien avec des associations d'aide à domicile qui identifiaient un public peu mobile, notamment dans les Marolles.

Les travailleurs communautaires mentionnent qu'au sein des logements sociaux des Marolles, des habitants ont cuisiné tous les jours pendant le confinement pour fournir des repas à domicile à ce club de sport, et à d'autres initiatives non identifiées.

### **9.2.3 La santé**

#### **9.2.3.1 Les barrières linguistiques**

Un acteur de soins à domicile évoque un grand nombre de patient qui ne parle ni français ni néerlandais et qui sollicite des aidants proches pour pouvoir communiquer avec le soignant.

#### 9.2.3.2 Les barrières administratives

Un acteur de soins à domicile travaillant avec des Sages-femmes constate une administration lourde et des procédures peu lisibles, particulièrement pour les femmes enceintes, notamment en termes de préparation à l'accouchement.

#### 9.2.3.3 L'absence de continuité des soins après une hospitalisation

Un acteur de soins à domicile mentionne que les sorties ne sont pas toujours organisées par l'hôpital. C'est plus facile lorsqu'ils sont suivis par une des maisons médicales.

#### 9.2.3.4 Santé et sans-abrisme

Un acteur sans-abrisme évoque la possibilité de faire appel aux médecins des maisons médicales situées dans les Marolles. Ces médecins se déplacent en rue pour rencontrer des gens à la demande.

#### 9.2.3.5 Les lieux de concertation autour de la santé

Un acteur de soins à domicile exprime ne pas connaître les lieux de concertation locales, de ne pas savoir qui fait quoi sur quelle zone et sa volonté d'agir ensemble pour sur les problèmes locaux, et de ne pas être identifié comme acteur de soins par les autorités publiques francophones. Les acteurs santé semblent en effet ne pas participer à des groupes de travail avec les acteurs sociaux.

Comme pour les acteurs logements, les maisons médicales disposent de groupes sectoriels régionaux par profession se réunissant une fois par mois et échangeant leurs pratiques.

**Projet boost.** Le Projet Boost réunit des référents dans une logique d'échange de pratiques, la référente pour Anneessens et Marolles est plutôt active dans les Marolles.

**Bruzel** est un réseau de concertation d'acteurs santé néerlandophones.

#### 9.2.4 L'accès aux commerces

La difficulté d'accès aux commerces alimentaires est évoquée par des travailleurs communautaires du CPAS ou accompagnant les habitants. De nombreux commerces ne sont pas destinés aux habitants eux-mêmes et sont visités par des personnes extérieures au quartier. La forte proportion d'antiquaires, de meubles de luxe et de magasin d'art est confirmée par les chiffres de la région. Le focus group non recours exprime que le Marché des Tanneurs n'est pas financièrement accessible pour les gens du quartier et fréquenté par des visiteurs extérieurs.

##### 9.2.4.1 Le manque de commerces accessibles financièrement

Les travailleurs communautaires et les habitantes rencontrées mentionnent un Lidl accessible dans le sous-quartier de la Chapelle, au bout de la Rue Haute (voir carte en annexe). C'est le seul supermarché accessible financièrement. On trouve un Proxy Delhaize à milieu de la rue haute. Une habitante exprime les arbitrages budgétaires auxquels elle fait face dans ces termes « ou bien tu vas au Delhaize, ou bien tu vas à la pharmacie, mais pas les deux ». Des épiceries sont présentes mais à des prix élevés également.

Le quartier de la Chapelle est, par contre, désigné comme manquant d'épiceries.

Une habitante a évoqué le manque de boulangerie et de boucheries (pourtant observées sur le terrain).

#### 9.2.4.2 Les barrières physiques

Les participants du focus group logement attestent que les personnes à mobilité réduite et les personnes âgées qui habitent en haut du dénivelé des Marolles (Rue des Minimes par exemple) ont du mal à ramener leurs courses chez elles. Elles peuvent se rendre au Lidl en bus par la rue Haute avec les bus 27 ou 48, mais le trajet de retour se fait par la Rue Blaes. L'arrêt du bus est situé de manière telle qu'elles doivent monter à pied.

#### 9.2.5 *La santé mentale*

##### 9.2.5.1 Etat des lieux

L'accès aux services de santé mentale et à des conditions favorisant une bonne santé mentale apparaît comme préoccupation centrale par plusieurs acteurs (secteur logement, travailleurs communautaires et coordinateurs, un acteur du service de soins à domiciles, et des maisons médicales).

**Logement et santé mentale.** Les services d'accompagnement des locataires et les AIS évoquent tous l'omniprésence des problèmes de santé mentale au sein de leur public. L'insistance sur un besoin de soutien aux intervenants de première ligne est quasi systématiquement exprimée par tous les acteurs interrogés. Les acteurs de soins à domicile interrogés évoquent des difficultés à gérer les problèmes de santé mentale « En première ligne, on se sent seul et mal informé, la deuxième ligne est saturée, les équipes mobiles ont des délais d'attente ». Une AIS formule les mêmes difficultés : difficultés de savoir quel acteur santé mentale est compétent sur son territoire, frustration envers ces acteurs qui ne travaillent qu'avec l'accord du locataire « or, dans beaucoup de cas, le locataire est dans le déni ou dans le refus, » perception d'un manque de suivi des personnes reléguées.

Les acteurs de soins à domiciles interrogés disent être confrontés à des personnes âgées ou des problèmes psychiatriques. Les services de soins qui ne sont pas payés à l'acte pensent que ce public est surreprésenté dans leur service : « faire un pilulier pour un infirmier indépendant, ça prend 2 minutes et ça rapporte 2 euros, or avec une personne souffrant de problèmes psychiatriques, ça peut prendre 20 minutes, car elle part tous les sens, elle a besoin d'une écoute, du temps et de la patience ».

Les acteurs de soins à domicile et les travailleurs communautaires de logements identifient également des gens qui ont entre 30 et 40 ans avec des déficiences mentales vivant seuls au sein des Marolles.

Deux maisons médicales constatent une augmentation des troubles de santé mentale, particulièrement liées à des causes psychosociales.

**Les besoins du public.** L'ensemble des participants interrogés évoquent la difficulté de connaître les besoins d'une personne souffrant de trouble psychiatrique.

##### 9.2.5.2 Les facteurs affectant le bien-être psychique dans le quartier

**La qualité du logement.** Lors du focus group sur le non-recours, les participants évoquent un lien entre le mal-être psychique et les conditions logements : « les problèmes de santé mentale sont souvent liés à la faible qualité des logements et aux difficultés de la cohabitation ». Les nuisances sonores liées à la mauvaise isolation des logements est mise en avant.

**Les difficultés parentales.** Les travailleurs communautaires accompagnant des habitants évoquent la détresse des parents « qui sont démunis face à leurs ados qui traînent et qui ne savent plus comment s’y prendre ».

**Les conséquences du confinement.** Une maison médicale évoque plusieurs facteurs liés à la pandémie. Le confinement a créé une situation anxiogène qui semble avoir un impact sur les relations et le stress des gens. L’agressivité a augmenté dans les contact à l’accueil. Une autre maison médicale mentionne constate l’augmentation des demandes de psychothérapie liées au deuil du fait de l’impossibilité d’avoir pu rendre une dernière visite aux proches décédés pendant le confinement.

**L’augmentation de violences intrafamiliales pendant le confinement.** Une maison médicale a ressenti également une augmentation des violences intrafamiliales pendant le confinement, notamment concernant des femmes ayant perdu leur emploi.

**L’augmentation des conflits familiaux pendant le confinement.** Les maisons médicales interrogées constatent l’augmentation de tensions familiales suite à la perte d’emploi pendant le confinement. Les personnes s’occupant de leurs parents font face à des problèmes socio-économiques et

**L’isolement.** Ce focus group identifie également l’isolement comme une source d’anxiété qui génère un énorme besoin d’écoute et d’interaction dans les services lorsqu’on les rencontre. Le groupe soupçonne également qu’une partie de ce public n’est pas en contact avec les services et que leurs besoins sont mal connus.

#### 9.2.5.3 Les barrières administratives aux droits sociaux

Une équipe mobile de santé mentale évoque les barrières administratives en matière de revenu de remplacement ou de carte médicale. Elle évoque l’exemple d’une assistante sociale bloquant le revenu d’intégration sociale d’une personne hospitalisée pour quelques jours seulement, en attendant la facture d’hôpital. Ces situations peuvent se résoudre entre intervenants, « *mais c’est ça le problème, il faut multiplier des interventions pour les résoudre, on se retrouve face à des blocages, ça ne tourne pas tout seul* ».

#### 9.2.5.4 L’accès aux services de santé mentale (SSM)

Plusieurs témoignages de services de santé mentale et de santé témoignent de la saturation des services de santé mentale. Certains acteurs du secteur santé mentale les considèrent comme étant peu accessibles à des personnes souffrant de problèmes psychiatriques sévères en situation de vulnérabilité sociale et économique. Selon un intervenant d’un service bas seuil en santé mentale, les services de santé mentale font surtout des consultations « pures », soit psychothérapeutiques, « sans tout le travail social qu’il y a autour ». Les SSM répondent aujourd’hui aux besoins des personnes souffrant des conséquences du stress psychosocial chronique qui pourraient trouver une réponse dans la psychothérapie. Or, ces psychothérapie ne leur sont pas accessibles financièrement, et ils s’orientent donc vers les SSM où la consultation est gratuite.

Les témoins rapportent que les conditions des services de santé mentale freinant l’accès à des personnes souffrant de troubles psychiatriques graves ou en situation de sans-abrisme (pas d’intervention en urgence, nécessité de respecter des horaires fixes, longue liste d’attente,

nécessité d'être en ordre administrativement) – et ont du mal à s'adapter pour améliorer cet aspect accès.

Le constat des équipes mobiles et des acteurs du sans-abrisme est qu'une grande part du public sans-abris et sans-papiers n'accèdent pas aux SSM pour ces raisons. Ce public ne peut pas être suivi par des équipes de long terme et se retrouve souvent dans l'espace public, avec des problèmes d'assuétude.

#### 9.2.5.5 L'accès à l'hospitalisation psychiatrique

Deux acteurs sans-abrisme et santé mentale mentionnent le manque de lits psychiatriques et les difficultés d'hospitaliser des personnes issues de la rue. Un acteur évoque l'absence de refinancement des services de santé mentale après la réforme 107.

#### 9.2.5.6 L'accès aux psychologues de première ligne remboursés par l'INAMI

Sur l'ensemble du territoire de la Ville de Bruxelles, il n'y a qu'un psychologue dans ce projet situé au nord de la Ville. L'un des acteurs de santé mentale rencontré témoigne faire des supervisions pour les psychologues dans ce projet. Tous ces psychologues expliquent être saturés – mais sans distinguer leurs consultations normales des consultations remboursées dans le cadre de ce projet.

#### 9.2.5.7 L'absence de continuité des soins après une hospitalisation

Lorsqu'il y a une hospitalisation psychiatrique d'une personne sans-abri, « tout recommence ». Par exemple, les sorties hospitalières ont parfois lieu le vendredi après-midi – ce qui ne permet pas d'organiser la sortie et la continuité du suivi.

### 9.2.6 *L'accès aux crèches*

Toutes les personnes interrogées à ce sujet (focus group non-recours, habitantes, travailleuses communautaires, services jeunesse) évoquent la difficulté d'accéder à une crèche au sein du quartier.

#### 9.2.6.1 Les barrières financières et administratives

Un membre du groupe de travail petite enfance mentionne que **le travail** est un critère prioritaire, la proximité pesant très peu dans la priorisation. Les demandeuses d'emploi sont par définition exclues.

La création de la Crèche de la dalle de la Querelle repris au [point 2.1.6.6](#) illustre la situation : la crèche a été créée suite aux consultations avec les habitants, mais les conditions d'accès les en excluent.

#### 9.2.6.2 Les barrières culturelles

Un acteur jeunesse traite des difficultés et de la nécessité de faire un travail d'accompagnement interculturel avec les familles :

- Les familles d'origine maghrébines, surreprésentées dans ce quartier, laissent des gris-gris ou des charmes de protection dangereux pour les enfants (ex : ceintures de perles de protection).
- Le fait de laisser son enfant toute la journée est mal vécu par les familles. La création de Halte-Accueil où les mamans peuvent laisser leur enfant 2 ou 3h semblent répondre aux besoins.

- La nourriture est également un point de discussion, qui se résout si on laisse les mamans apporter leur propre nourriture.

## 9.2.7 *Les projets existants en matière de non-recours*

### 9.2.7.1 Milieu d'accueil pour enfant de moins de trois ans

Un milieu d'accueil pour enfant ouvert a été ouvert par une AMO, qui accueille 12 places financées par Actiris et réservés pour les demandeuses d'emploi. Ce projet fait face aux barrières culturelles des mamans qui se résolvent avec des négociations et accommodements entre les parties.

L'AMO constate une forte demande ce type de projets.

### 9.2.7.2 Santé mentale

#### 9.2.7.2.1 *BruStar*

BruStar est un projet régional qui cible les enfants et les adolescents. D'après un acteur de santé mentale, la littérature scientifique révèle aujourd'hui qu'il vaut mieux intervenir tôt et de cibler les enfants, afin de prévenir des troubles plus graves plus tard.

Or, les intervenants sont plutôt demandeurs de projets de gestion de crise, car les personnes les plus « chronophages » en termes de temps de travail sont celles qui ont les troubles les plus avancés.

#### 9.2.7.2.2 *Les consultations de psychologue de 1<sup>ère</sup> ligne remboursées par l'INAMI*

Une maison médicale évoque ces consultations, où le patient peut obtenir une consultation en une semaine, pour un cycle total de 4 consultations renouvelable une fois, à hauteur de 4€ pour un BIM. Néanmoins, il n'y a qu'un psychologue dans le projet pour le pentagone et quelques-uns à Saint Gilles. D'autres maisons médicales ne voyaient pas le projet comme un opportunité, le traitant comme une consultation classique (questionnement des délais d'attente, du coût, etc.)

### 9.2.7.3 Services administratifs et orientation pour sans-abris

Plusieurs acteurs sans-abrisme mentionnent la team Herscham comme facilitant grandement l'octroi de documents d'identité pour les personnes sans-abris. Le projet est opérationnalisé par les services de police de la ville, avec des interventions qui ne sont pas exclusivement focalisé sur la répression.

La team intervient sur la base de plaintes de riverains et organise une permanence tous les mercredis pour l'octroi des documents d'identité. Les policiers connaissent collaborent également avec les services de santé mentale et de sans-abrisme et y font appel quand cela est possible. Il couvre toute la région bruxelloise.

## 9.2.8 *Relevé des suggestions en matière d'accès aux services*

### 9.2.8.1 Santé physique

- Territorialiser les soins en sous-quartiers pour favoriser le lien avec les patients.
- Trouver des collaborations entre acteurs de soins privés indépendants et travailleurs sociaux.
- Réunir les acteurs afin qu'ils se connaissent et travailler sur des réponses concertées sur des problématiques identifiées.

#### 9.2.8.2 Santé mentale

- Les CPAS pourraient jouer un rôle au moins avec ses ayants-droits hospitalisés à l'hôpital Saint-Pierre afin d'éviter les ruptures dans le trajet de soins lors de la sortie hospitalière.
- Favoriser l'approche par les pairs en matière de santé mentale.
- Favoriser l'automatisation des droits sociaux.
- Recruter un référent santé mentale dans chaque antenne CPAS, afin de rendre l'équipe sociale interdisciplinaire.
- Favoriser la création de lieux de liens non médicalisés (ex : Piano Cocktail).
- Créer une concertation de quartier en santé mentale comme cela se fait dans le pentagone afin de favoriser la signalisation, et évaluer les acteurs pertinents et leur degré de participation (PCS).
- Proposer des psychologues qui viennent directement dans les lieux de socialisation existants (Maisons de quartiers, etc.), hors du cabinet, afin de pouvoir proposer une écoute outillée, « pour déstigmatiser la profession et favoriser l'accès à une écoute outillée ».

### 9.3 **Cohésion sociale**

Cette thématique n'a pas pu être explorée faute de temps. Le compte rendu qui suit intègre les phénomènes se répétant comme des priorités au fur et à mesure des rencontres avec les acteurs interrogés sur les deux thématiques prioritaires. Elles nous semblent suffisamment importante pour devoir être mentionnées et approfondies ultérieurement.

#### 9.3.1 ***L'isolement***

##### 9.3.1.1 Le profil du public

Le focus group non-recours a identifié des personnes dont la santé physique ne leur permet pas de sortir. Ces personnes auraient des besoins spécifiques encore à identifier.

Une maison médicale évoque aussi que les personnes qui se retrouvent le plus « isolées », c'est-à-dire sans capacité de mobiliser un réseau social en cas de difficulté sont les personnes âgées et les familles monoparentales. Elle mentionne également une orientation des services focalisées vers les femmes, mais pense qu'il y a aussi de nombreux hommes en demande.

Dans le quartier de la **Querelle** vivent beaucoup d'hommes seuls avec des petits boulots non déclarés. Ce public ne fréquente pas les associations. Les services sont plutôt orientés vers les femmes. Un acteur a identifié un besoin spécifique aux hommes seuls et un groupe de santé communautaire travaille sur cette question précise. En dehors de cela, personne ne connaît les besoins de ce public.

Le focus group identifie de plus en plus de jeune entre 25 et 30 ans vivant seuls dans le quartier des Marolles.

Un ancien travailleur communautaire du quartier dit avoir constaté un fort sentiment de solitude chez les hommes du quartier, surtout après 16-17h.

Un service de santé mentale a d'ailleurs créé une activité communautaire « groupe d'hommes » - le calendrier n'a pas permis de les rencontrer.

### 9.3.2 *Les tensions sociales dans les quartiers*

#### 9.3.2.1 La concentration du public sans abri

Les participants du focus group « non-recours » ont évoqué l’ambivalence de la population vis-à-vis de cette population.

D’après les acteurs accompagnant les habitants, ils sont vu comme une nuisance dans la **Rue Terre-Neuve** et contribuent au sentiment d’insécurité. Mais ils génèrent aussi une certaine empathie et des marques de soutien. Ce n’est pas forcément tranché « ceux qui les considèrent comme une nuisance » contre « ceux qui sont solidaires », les mêmes habitants passent parfois d’un discours à l’autre selon les circonstances du moment.

Cette situation crée une peur du pauvre au sein des quartiers, l’un des jeux classiques des enfants est de « jouer au clochard », où un enfant joue « le clochard », un monstre qui doit poursuivre et attraper les autres.

Les travailleurs communautaires du secteur logement évoquent la **Rue Terre-Neuve** comme concentrant la présence des sans-abris. Le quartier de la **Querelle** est aussi mentionné, avec d’énormes nuisances olfactives pour les habitants - mais les acteurs précisent que les endroits concentrant les sans-abris peuvent varier en fonction des travaux.

#### 9.3.2.2 Les tensions dans l’espace public liés à des groupes identifiés comme jeunes

Plusieurs acteurs (habitantes, services de prévention, service d’accompagnement social des habitants) mentionnent des « bandes de jeunes » issus du quartier qui monopolisent certains espaces publics, créant un sentiment d’insécurité.

### 9.4 **Cohérence et articulation de l’action sociale sur le quartier**

Un travailleur communautaire dans le logement évoque le manque de concertation et d’articulation des projets sur le quartier. « *Par exemple, le Contrat de Quartier et le plan Climat ont failli tomber en même temps. Ça manquait de coordination.* ».

Un service d’accompagnement de logement évoque le manque de communication entre les services de la ville lorsque il y a un arrêté d’expulsion insalubrité, ce qui réduirait l’impact de ces décisions.

Une maison médicale située Anneessens dit avoir une partie de sa patientèle dans les Marolles et évoque leurs difficultés par rapport au relogement de victimes de violences intrafamiliales et ne pas connaître de procédures spécifiques en matière de relogement. Elle ne fréquente pas les lieux de concertation des Marolles.

#### 9.4.1 *La coordination sociale*

La quasi-totalité des acteurs rencontrés présentent la coordination sociale des Marolles comme un lieu d’échanges d’information sur les activités. La plupart expriment une frustration autour d’un manque de coordination de l’action sociale sur le quartier nécessitant un travail de fond. Le départ en pension du précédent travailleur communautaire du CPAS, qui connaissait extrêmement bien le quartier, ainsi qu’un changement générationnel au sein de la coordination, sont évoqués comme facteurs explicatifs.

## 9.5 Sentiments par rapport au projet de CLSS

### 9.5.1 Quelques perceptions négatives

**Fatigue de la concertation.** Quelques acteurs disent en avoir marre des concertations et que « ça ne sert à rien de rejoindre des groupes de travail si ça n'a pas de suite ou pour se concerter à ce niveau, ce qu'il faut c'est du logement accessible ». Concernant le logement « ce qu'il faut, c'est reloger les gens, et donc des loyers accessibles, ça dépasse notre niveau ». Un acteur évoque dans un premier temps une méfiance vis-à-vis du projet « Qu'est-ce qu'il y a derrière ? On va gentrifier en supprimant du logement social au profit du logement moyen ? ». Une maison médicale questionne « On fait des diagnostics à toutes les sauces », « qu'est-ce qu'on va en faire de celui-là ». Les habitants interrogés et les intervenants dans des services d'accompagnement des habitants évoquent les mêmes constats. Au sein du focus group logement, les acteurs disent qu'il serait utile de baliser ce qui est possible au niveau CLSS pour évaluer l'investissement dans le projet.

**Confusion avec les Relais d'Action Quartier et Community Health Workers.** Une maison médicale s'inquiète de voir « beaucoup de projets similaires non coordonnées débarquer en même temps », RAQ, CHW, référents CLSS. Cette confusion subsiste parfois après plusieurs discussions.

### 9.5.2 Une réception globalement positive

**Volonté de coordonner l'action sociale sur des enjeux de fond.** La majorité des acteurs interrogés expriment une volonté de travailler ensemble et évoquent les CLSS comme une opportunité. La démarche communautaire évoque de l'intérêt et la fonction d'un référent quartier qui mettrait en commun les diagnostics et les données existantes et leur donnerait une perspective globale est reçue favorablement.

Le manque de temps pour « aborder les enjeux de fonds » de manière concertée est évoqué par la grande majorité des acteurs comme une raison du désinvestissement des lieux de concertation.

### 9.5.3 La coordination sociale des Marolles

Les participants des deux focus group (logement et non recours) ont exprimé leur manque d'intérêt de se concerter si les enjeux de fond ne sont pas abordés et si elles ne mènent pas à des actions concrètes, mais un vif intérêt si le projet présente ces qualités.



## Troisième partie :

### Conclusions intermédiaires

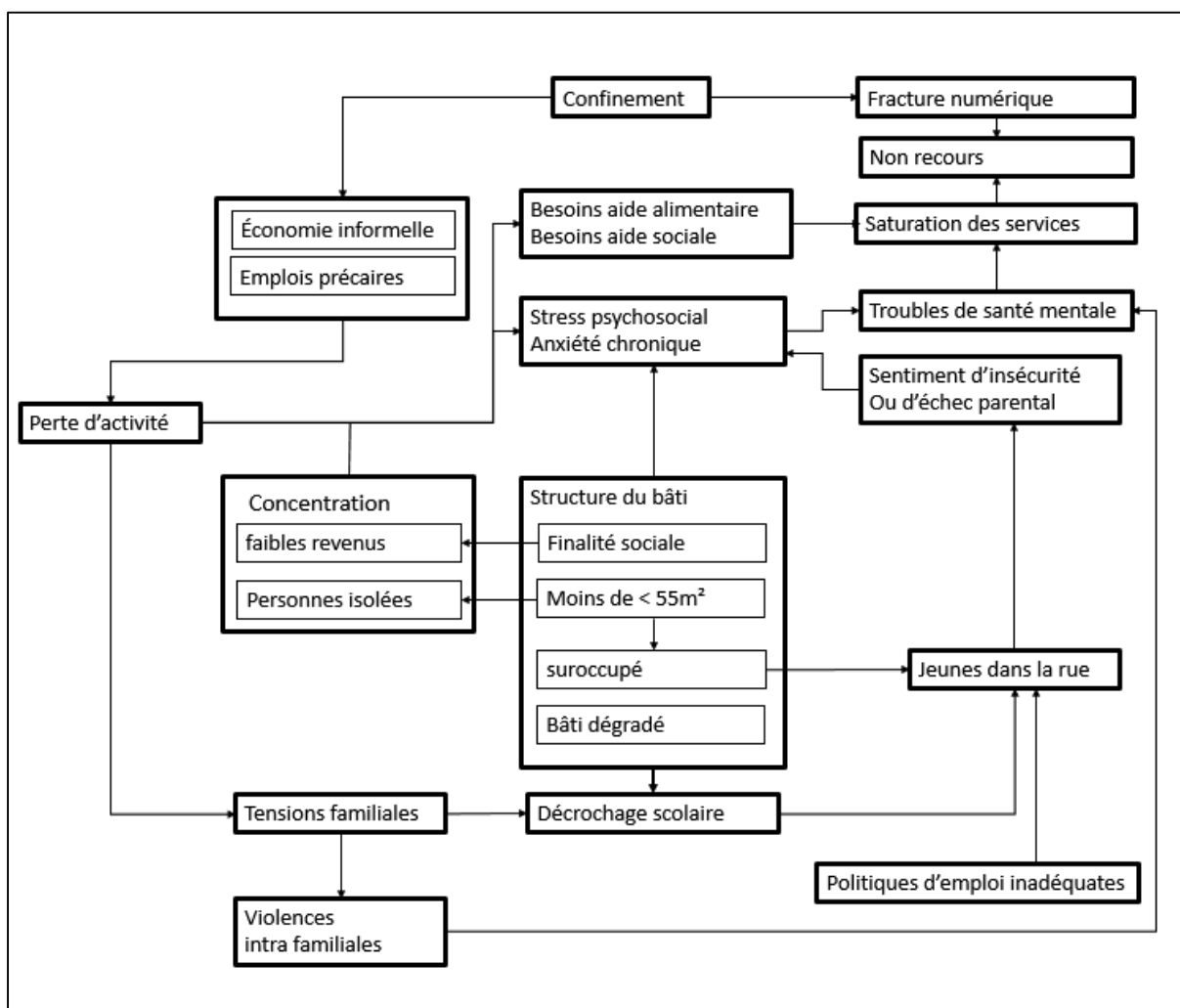
---

## 10 Les priorités du quartier

Les priorités identifiées au sein du quartier font l'objet d'un découpage artificiel dans cette présentation. Les problèmes de santé psychique, logement inadéquat, tensions familiales et décrochage scolaire des jeunes semblent intrinsèquement reliés.

Le schéma suivant présente une simplification schématisée de certaines problématiques du quartier.

Figure 18: Schéma des relations entre certaines problématiques du quartier



Ce schéma n'est pas exhaustif : il ne reprend pas, par exemple, des thématiques importantes pour le quartier telles que l'accès aux commerces et les éléments liés au sans-abrisme ou à la prévention des expulsions domiciliaires. Il représente néanmoins une partie des priorités du quartier.

Un premier constat est celui de la concentration des revenus faibles du fait de la forte présence de logements à finalité sociale. Un ménage sur trois habite dans un logement à finalité sociale. Cette distinction est l'héritage de la reconstruction du quartier dans les années 70 à la suite de la Bataille des Marolles. A noter que sur les 7400 personnes bénéficiaires de l'intervention majorée, le CPAS dispose de 1200 dossiers. C'est un chiffre conséquent en comparaison de la

proportion dans les autres quartiers, qui laisse penser que 6200 personnes sont potentiellement en état de précarité sans être connue du CPAS. Il est possible qu'un pourcentage de ces personnes soient connues, par l'ouverture d'un dossier dans le passé, clôturé aujourd'hui, ou par l'octroi d'aides complémentaires : on peut néanmoins supposer que cela couvre un faible taux des 6200 bénéficiaires de l'intervention majorée calculés.

De plus, une forte concentration de sans-abris peut s'expliquer par la concentration des services, ce compris le CPAS (où se trouve la Caisse qui distribue le revenu d'intégration en liquide à ce public, et la cellule AMU qui concentre les demandes de prise en charge médicale spécifiques de personnes sans-papiers et sans-abris). Mais l'omniprésence des travaux (enchaînement des contrats de quartier, aménagements territoriaux, palais de justice) qui servent également d'abris contribue à cette concentration. Cette omniprésence de travaux lié à des projets d'aménagements territoriaux sont des sources de nuisances pour les habitants qui ne voient pas d'effet sur leur intérieur.

### **10.1 Le découpage du quartier**

Les entretiens avec plusieurs acteurs de l'offre de service révèlent un découpage ne correspondant pas à celui du Monitoring. Certains acteurs couvrent effectivement ce territoire, mais d'autres ont des activités sur une zone plus large.

Par exemple, une maison médicale située au cœur d'Anneessens révèle avoir une partie de leur patientèle dans les Marolles et devient un intervenant clé. Les services d'accompagnements des locataires situés dans les Marolles reçoivent des locataires de toutes les communes, voir en majorité d'autres communes. Les 111 logements en AIS du quartier ne relèvent pas à l'AIS située dans le quartier, mais se répartissent entre 14 AIS situées dans des communes différentes.

Cette situation fait que les acteurs n'ont pas forcément une lecture des problématiques selon le découpage du quartier (et encore moins des données). Leur vision des problématiques se nourrit de leur activité globale parfois dispersée sur l'ensemble de la région. Ce phénomène est très présent au sein des acteurs santé et d'aide ou de soins à domicile. Une lecture « quartier » n'est pas un réflexe naturelle et demande des interactions et aller retours – ce qui est une difficulté dans le cadre du diagnostic, mais une opportunité dans le cadre de la structuration de l'action sociale.

***La délimitation du quartier gagnerait à être plus flexible.*** Au niveau de l'offre de services et dans les représentations de plusieurs acteurs, le quartier des Marolles semble se diluer de plus en plus en s'approchant du boulevard Lemonnier pour devenir Anneessens. Deux maisons de repos sont limitrophes aux quartiers et bien inscrites dans le réseau de l'offre de services. Penser l'action sociale au sein de ce quartier comme une jonction qui intègre la CLSS Marolles ou Anneessens ferait même sens.

### **10.2 La difficulté d'obtenir certaines données**

Certains données sont particulièrement difficiles à obtenir. C'est particulièrement dominant en matière de logement, dont les dernières données datent de 2001. Des données existent parfois chez certains acteurs qui demandent plusieurs échanges de mail pour pouvoir les fournir. Chaque institution a ses propres définitions et semble demander une charge de travail pénible aux personnes de contacts. Chaque institution a un logiciel spécifique fournissant des données

qui intéressent cette institution. Un travail sur la construction d'indicateurs-clés et globaux qui permettent une réponse multi-acteur concertées pourrait avoir de la plus-value.

### **10.3 Les liens entre logement et santé**

La question de la santé mentale apparaît comme une thématique prédominante. Le schéma de la page précédente en explique les mécanismes. Le lien entre logement, décrochage scolaire et santé psychique s'est clairement déroulé au fur et à mesure des entretiens.

#### ***10.3.1 La prévention des expulsions et le relogement***

La problématique de l'accès à un logement de qualité apparaît comme centrale et multiforme. La distinction entre logement et habitat, une revendication historique des mouvements sociaux marolliens, semble ici prendre tout son sens. Dans le contexte actuel, le logement concerne tout le relogement et le maintien au logement. L'habitat concerne tout ce qui est conditions de vie dans le quartier.

***En matière de prévention des expulsions et de salubrité, un diagnostic au niveau quartier semble pertinent***, mais les réponses se trouveront plutôt au niveau de la Ville ou de la Région. Certains mécanismes de lutte contre l'insalubrité sont à réévaluer. Tous les acteurs ne connaissent pas tous les mécanismes existants et il y a sûrement encore des moyens d'améliorations en termes d'informations et orientations mutuelles entre acteurs locaux. Mais elles ne peuvent pallier la difficulté majeure de la difficulté de reloger dans un logement de qualité. L'exploitation des bâtiments vides est une opportunité au niveau communal.

Des projets communs à Anneessens et aux Marolles ne semblent pas dénués de sens.

En matière de relogement, une réflexion sur ***l'accompagnement social des sans-abris relogés*** apparaît comme une priorité. La confusion entre « Housing First » et relogement dans l'urgence de personnes sans-abris exprime des difficultés et des attentes non rencontrées qui créent un risque pour le maintien au logement du public relogé. Le travail avec les maisons de repos fait sens au niveau quartier, en intégrant celles du quartier Stalingrad. Cette thématique est propice à des partenariats multisectoriels.

***En matière de relogement***, quelques acteurs insistent sur la nécessité de créer plus de logement à finalité sociale. La question se pose au niveau de quartier, dont nous pensons qu'au moins 50% du parc locatif appartient aux pouvoirs publics.

#### ***10.3.2 La santé mentale***

Les conditions de vies dans les logements, principalement lié à la sous-occupation sont sources de stress et d'anxiété. Les problèmes de santé sont généralement ramené à la santé psychique. Une grande partie des acteurs interrogés se sentent démunis face à des problématiques de santé mentale, qu'elles sont sous forme de troubles psychiatriques lourds ou, plus fréquemment dans les logements sociaux, sous formes de stress constant.

Des acteurs-clés ont été identifiés sur cette question mais n'ont pas pu être rencontré pendant l'état.

Des demandes ont été répétées en termes de soutien à la première ligne, de création de lieux de liens non médicalisés, d'interventions de psychologues dans les lieux de liens existants. Une hypothèse de travail est qu'au moins à deux situations (peut-être plus) :

- Une réponse à l'isolement dans le quartier, particulièrement des personnes âgées.



- Un besoin de soutien à la parentalité et de renforcement des compétences psycho-éducatives des familles.

#### **10.4 L'articulation des secteurs**

Le diagnostic actuel montre que les concertations restent généralement au niveau sectoriel : les acteurs logements entre eux, les SISP entre elles, les centres de santé mentales entre eux, les maisons médicales entre elles. La coordination sociale dispose de groupes de travail mais ne réunit pas les acteurs logements ou santé entre eux.

Plusieurs acteurs rencontrés issus de secteur non médicaux ne font pas directement le lien entre le logement et la santé avant d'en parler par exemple – même si la question de la santé mentale est omniprésente. Il y a là une opportunité d'associer des acteurs sociaux et des acteurs de santé.

#### **10.5 Le non-recours**

***L'accès aux commerces essentiels*** apparaît comme une préoccupation importante. Le dénivelé entre l'emplacement du Lidl, qui fournit des produits financièrement accessible pour la population du quartier, les quartiers situés en haut de la rue des Minimes (Minimes, Prévoyances) posent problème, que de nombreuses personnes âgées. De plus, une solution à ce problème d'accès ferait office d'exemple concret d'impact qui pourrait remobiliser les habitants à la concertation.

***L'accès aux soins de santé mentale*** mériterait d'être exploré. Les services de santé mentale ne semblent pas adéquats pour recevoir du public bas-seuil souffrant de troubles psychiatriques, alors qu'ils disposent de psychiatres. L'absence d'entretiens avec les acteurs santé mentale (programmés en septembre) est une limite de ce diagnostic. D'autre part, la souffrance psychique nécessitant une écoute est constatée par tous les services au contact avec le public.

***L'accès à des crèches*** accessibles à des demandeuses d'emploi, avec un travail de médiation interculturelle semble être une opportunité également.

***Les politiques d'emploi*** semblent tout à fait pertinentes à être pensées au niveau du quartier. Le quartier semble vivre de l'économie informelle. La construction des dispositifs d'emploi semblerait gagner à tenir compte de la réalité des quartiers et des trajectoires de vies des personnes concernées.

***Les stratégies d'accompagnement de la jeunesse*** méritent d'être évaluées, avec d'intéressantes initiatives associatives. Les relations entre eux et les services publics sont généralement biaisées par des contacts fréquents avec la police, des difficultés scolaires en école publique.

#### **10.6 La cohésion sociale**

Les problèmes de cohabitation au sein de l'espace public semblent être une priorité centrale.

Le quartier est très dualisé socialement en fonction des moments. Il dispose de nombreux commerces de luxe (antiquaires, meubles de luxe) destinés à un public visiteur le Week-end, particulièrement au niveau de la Rue Haute et la Rue Blaes.

D'autre part, des jeunes issus de ménages économiquement précarisés et en décrochage scolaire s'approprient certains espaces publics qui sont désertés par les autres habitants.

La dénomination « jeunes » ou « bandes de jeunes » est également à questionner.

## **11 Le regard des habitants**

---

Le regard des habitants nous apparaît comme vital pour la bonne réussite des projets, tout en évitant de reproduire les formes de concertation des contrats de quartiers.

Les témoignages d’habitantes dans le commentaire du diagnostic quantitatif se sont avérés vitaux pour souligner les tensions avec des discours d’intervenants ou les statistiques.

Les témoignages d’intervenants ramènent souvent les discussions au niveau de leur activité et donnent une information sur leur offre. Des modalités d’enquête et de concertation des habitants sont à évaluer.

## **12 Les possibilités de collaboration**

---

Si les possibilités de collaboration et les conditions de réussite des CLSS sont présentes et exprimées, elles ne nous semblent pas données et dépendent de la qualité du processus de construction des projets.

Plusieurs acteurs clés dans le quartier expriment une volonté de travailler sur des enjeux de fond. Dans un contexte où la coordination sociale se réduit à de l’échange d’informations, il y a là une opportunité de réunir à la table des acteurs qui ne se concertaient plus.

Il faudrait néanmoins poser la question de la forme de cette concertation au regard du nombre d’acteurs qui ont également une activité sur Anneessens. Si les problèmes de cohésion sociale et de non-recours ne sont pas tout à fait les mêmes dans le quartier, la problématique de la santé mentale et du logement semble pouvoir nécessiter une concertation commune pour ne pas multiplier les lieux de gouvernance.

### **12.1 Les conditions d’une réussite de la concertation**

#### ***12.1.1 Un travail d’intégration progressif***

L’intégration du référent quartier prend du temps. Certaines organisations ont une activité de première ligne dans le quartier depuis un demi-siècle, voire un siècle. Les associations expriment voir défiler les gestionnaires de projets venant présenter le nouveau projet miracle. D’autres expriment explicitement avoir besoin de temps pour avoir confiance avant d’engager son public, avec qui les liens de confiance sont historiques.

#### ***12.1.2 Un travail de fond***

Les acteurs de première ligne sont en demande de travail de fond et n’ont pas toutes les ressources pour coordonner et articuler les diagnostics et la connaissance des projets. Le travail réalisé dans le cadre du diagnostic, et le soutien méthodologique de Sacopar, sont des critères de facilitation de l’adhésion aux CLSS.

Les acteurs hésitent à rejoindre des nouveaux groupes de travail qui leur prendraient une énergie sans résultat. A notre sens, un travail de présentation d’indicateurs clés, de constructions de partenariat, d’évaluation d’indicateurs et de projets peut avoir un impact positif sur l’adhésion. Les groupes travail doivent avoir des objectifs clairement définis et orientés solutions, et le cadre d’action des CLSS clairement délimité.



## Quatrième partie : Diagnostic communautaire qualitatif

---

[PHASE DE FINALISATION]

### 13 Point de départ

---

La COCOM a décidé de prolonger la phase de diagnostic qualitatif et a fixé la date de remise du rapport au 31 décembre 2021.

À la suite de la présentation du rapport intermédiaire, les remarques suivantes ont été adressées par l'OBSS et le Cabinet, afin d'indiquer des lignes directrices à la finalisation du rapport :

- Approfondir la description des mécanismes de lutte contre les expulsions domiciliaires ;
- Approfondir le point de vue des habitants par des méthodes d'enquête directes auprès d'eux ;
- S'assurer que le groupe de travail quartier s'accordent sur les objectifs et priorité des CLSS et pas exclusivement de la Coordination Sociale locale ;
- Approfondir l'approche quartier ;
- Rencontrer les acteurs-clés mentionnés dans le rapport intermédiaire ;
- Un recentrage du diagnostic sur les compétences spécifiques COCOM ;
- Approfondir la dimension santé.

Cette phase de diagnostic vise à approfondir les grandes lignes et à resserrer le cadre de la recherche vers des questions plus spécifiques.

Cette section dispose également d'encadrés de ce type. Ces encadrés soulignent des pistes d'actions ou des éléments à prendre en considération dans le plan d'action à venir. La plupart des informations rapportées ici concernent exclusivement le quartier des Marolles, à l'exception du bilan du service logement du CPAS dont les données recourent l'ensemble de la Ville de Bruxelles.

### 14 Présentation des résultats intermédiaires aux partenaires

---

Les résultats intermédiaires ont été présentés à la Coordination Sociale des Marolles en octobre 2021. La réception et l'adhésion au projet semble très positive. L'accompagnement avec des méthodes participatives larges des habitants et la volonté d'associer les habitants au groupe de travail, par le BRICO prévu du 20 au 22 septembre, favorisent cette réception.

Dans un premier temps, aucune association ne s'était manifestée pour participer à un groupe de travail. Les raisons évoquées étant :

- Le temps à consacrer
- Un questionnaire sur le degré de participation.

L'invitation et la description de la constitution du groupe du travail par le biais du BRICO est fournie en annexe.

### 15 Méthodologie

---

Pour répondre à ces lignes directrices, le cadre méthodologique suivant a été élaboré.

#### 15.1 Prévention des expulsions domiciliaires

Le service étude vérifie s'il peut produire une note qui approfondit les profils et donne une photographie des expulsions spécifiques aux quartiers, à partir de l'analyse des significations de jugement et des suivis de dossier.

### 15.1.1 Questions de recherche

Quels ont été les facteurs menant au conflit locatif des personnes dans les Marolles et dans Anneessens, ainsi que les facteurs d'escalade et de désescalade de ce conflit (cf. les facteurs mentionnés dans le rapport de l'observatoire comme questions de relance).

Quelles ont été les ressources des personnes (celles qui ont fait défaut) et les services fréquentés tout au long de ce parcours.

**Axe suggestion :** Qu'est-ce qu'ils auraient aimés avoir comme service ou ressources ?

### 15.1.2 Techniques de récolte des données

| Population                                                                     | Technique                                                                                      | Outils                                                | Mise en lien                                    | Délivrable                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Exploration des données du service logement par quartier                       | Statistique descriptives, etc.                                                                 | Dossiers services logement                            |                                                 | Note par service étude                                                              |
| Travailleurs de 1 <sup>ère</sup> ligne : services sociaux généraux.            | Entretiens semi-directifs<br>Identification des personnes ayant vécu une procédure d'expulsion | Guide d'entretien (A1)<br>Enregistrement si possible. | Prise de contact direct                         | Retranscriptions<br>Fiche sur les conditions d'entretien<br>Données sur la personne |
| Jusqu'à 5 Personnes ayant vécu une procédure d'expulsions.                     | Entretiens semi-directifs                                                                      | Guide d'entretien (A2)<br>Enregistrement si possible  | Services logement ou de 1 <sup>ère</sup> ligne. | Retranscriptions<br>Fiche sur les conditions d'entretien<br>Données sur la personne |
| Propriétaires :<br>Service logement<br>Logement social<br>Propriétaires privés | Entretiens semi-directifs                                                                      | Guide d'entretien (A3)<br>Enregistrement si possible  | Syndicat des propriétaires                      | Retranscription                                                                     |

### 15.1.3 Méthode d'analyse

Analyse des entretiens avec plusieurs grilles de lectures :

- Analyse par questionnement analytique<sup>3</sup> des thèmes présélectionnés (facteurs de risques, facteurs de prévention, facteurs d'escalades, réseau de soutien, autres éléments théoriques, etc.)

<sup>3</sup> PAILLÉ Pierre et MUCCHIELLI Alex, 2012, *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Paris : Armand Colin, p. 212-233.

- Cadres théoriques : Modèle écologique<sup>4</sup>, cadres théoriques développés par l'OBSS dans le rapport sur le mal logement prévention des expulsions.

## 15.2 Non-recours aux services sociaux et santé

### 15.2.1 Questions de recherche

Quels sont les services (sociaux et de santé) fréquentés par les habitants (familles monoparentales, familles avec enfant de 0 à 12 ans, familles avec adolescents, seniors, familles isolées), et pour quelles raisons ils les fréquentent (est-ce que cela correspond à l'offre du service en question) ?

Identifier ce que ces services proposent à ces publics et la connaissance de l'offre.

**Axe suggestion :** Quels autres services ces personnes fréquenteraient-elles ? Jusqu'où seraient-elles prêtes à se déplacer ?

### 15.2.2 Techniques de récolte des données

Nous choisissons une approche par public cible autour d'une même thématique.

Ici aussi on questionne plusieurs types de personnes : des habitants de plusieurs catégories identifiées comme vulnérables.

| Population                                                                                                                                                                                            | Technique                                                                                                          | Outils                                                                           | Mise en lien                                                                                 | Délivrable        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>Habitants :</b><br>Personnes âgées<br>Famille monoparentale<br>Familles avec enfants (0-12 ans)<br>Familles avec adolescents<br>Personnes isolées (Hommes seuls, jeunes, etc.)<br>Jeunes 15-25 ans | Entretiens semi-directifs<br>BRICO (cf. Mathieu)<br>Observation participante (lieux de socialisations identifiés). | Guide d'entretien (B1)<br>Guide d'observation (B2)<br>Enregistrement si possible | Maisons médicales, maisons de quartier, travailleurs associatifs en contact avec le publics. | Retranscriptions. |

### Notes méthodologiques :

- Dans le guide d'entretien, reprendre les constats récoltés par les associations et les confronter aux points de vue des habitants.
- Ces entretiens se centrent sur les services que les gens fréquentent, pour comprendre les raisons de la fréquentation. Ces raisons peuvent ne pas correspondre à l'objet du service.
- Essayer d'avoir un maximum d'entretien dans ces différentes catégories de population.

<sup>4</sup> BRONFENBRENNER Urie, 1979, *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*, Cambridge, MA, Harvard University Press.

| Population                                                                                                                   | Technique                 | Outils                 | Mise en lien   | Délivrable      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------|----------------|-----------------|
| <b>Travailleurs de 1<sup>ère</sup> ligne :</b><br>Pharmaciens<br>Aides familiales<br>Autres secteurs en fonction du quartier | Entretiens semi-directifs | Guide d'entretien (B3) | Contact direct | Retranscription |

### Notes méthodologiques :

Deux dimensions peuvent être explorés au sein des services de première lignes :

- Quelles sont les difficultés observées chez les habitants (en fonction des publics différents) ?
- Qu'est-ce qu'ils ont l'impression que les gens leur demandent le plus (qui corresponde et qui ne corresponde pas à leur offre) ?

### 15.2.3 Méthode d'analyse

Idem que pour prévention des expulsions.

### 15.3 Calendrier de recherche

|                      |                                                                                                                                          |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Septembre<br>Octobre | Finaliser les guides d'entretien.<br>Récolte des données<br>Constituer + réunir le groupe de travail.<br>Début de la Récolte des données |
| 08-nov               | Congés du référent quartier                                                                                                              |
| 15-nov               |                                                                                                                                          |
| 22-nov               | Récolte des données                                                                                                                      |
| 29-nov               | Analyse des données                                                                                                                      |
| 06-déc               | Rédaction du diagnostic                                                                                                                  |
| 10-déc               | Envoi du diagnostic à la Cellule                                                                                                         |
| 16-déc               | Cellule CLSS                                                                                                                             |
| 31-déc               | Envoi du rapport diagnostic                                                                                                              |

### 15.4 Remarques

Certains publics n'ont pas pu être rencontrés directement :

- Des personnes âgées ;
- Des personnes ayant subi une procédure d'expulsion ;
- Des propriétaires
- Les aides familiales.

Ces difficultés sont liées à :

- Une hésitation de certains services à donner accès à certains publics : certains n'hésitent pas du tout, généralement quand le référent quartier est déjà connu d'eux par une expérience professionnelle antérieure. La confiance et la connaissance en la personne semble déterminante ;
- Un rythme différent des personnes concernées, dont les délais de réponses et les dates de rencontre peuvent être fixées à plusieurs mois, malgré l'intérêt pour le projet ;

- Une non-participation des services de première ligne dans l'opérationnalisation de l'enquête – soit parce qu'ils déclarent connaître déjà les réponses aux questions, soit parce que les conditions actuelles du travail qui se réinventent au quotidien des mesures et des besoins ne laissent simplement pas le temps de s'y investir.

***Sont fournis en annexe :***

- Le bilan 2020 de la cellule expulsion du service logement.
- Une note de recherche exploratoire à partir de 6 courts récits de vie de jeune pour explorer leur parcours professionnel et scolaire, et leur relations aux politiques d'insertion.
- La description de la création du groupe de travail « Comité de Regard » ainsi que l'activité fondatrice, le BRICO.

## **16 Résultats de la phase de finalisation**

---

### **16.1 Le découpage social et territorial**

Les résultats intermédiaires mentionnaient une certaine flexibilité des frontières qui se diluent entre Anneessens et les Marolles, tout au moins au niveau de l'offre de services.

#### ***16.1.1 Un public pas toujours résident***

Les entretiens approfondis révèlent également que le public qui fréquente les services sociaux des Marolles ne vivent pas forcément dans les Marolles, ou n'y sont pas domiciliés. Deux types de publics ont été mentionnés.

Le premier sont des anciens habitants des Marolles qui continuent à fréquenter les services du quartier. L'offre associative importante, mais également la création d'un lien de confiance avec des travailleurs de première ligne implantés depuis plusieurs décennies contribuent à cet effet. Nous verrons que la confiance envers le travailleur est un déterminant important du recours au droit ou au service.

#### ***16.1.2 Un public pas toujours dépendant du CPAS de la Ville de Bruxelles***

Ensuite, des jeunes, souvent étudiants, qui se sont installés dans les Marolles où les prix des logements du secteur privé sont qualifiés de moins importants que le reste de la région. Ces jeunes sont bénéficiaires du CPAS de leur commune d'origine, mais vivent et fréquentent les services locaux. Des jeunes interrogés dans l'espace public révèle également que nombres d'entre eux viennent d'autres communes, mais fréquentent le quartier vécu comme une identité sociale.

Une conditionnalité de domiciliation ou de résidence dans le quartier pour la fréquentation de projets exclurait donc d'emblée un public précarisé fréquentant le quartier.

#### ***16.1.3 Un public enclavé***

##### ***Le point de vue des travailleurs sociaux***

Le quartier des Marolles possède une énorme proportion de logements à finalités sociales. D'après un ancien travailleur communautaire emblématique du quartier, ayant étudié l'histoire du quartier, certains de ces blocs de logements sociaux ont été construits à la suite de concertations populaires suivant la Bataille des Marolles de 1969, qui a lutté contre un projet



## Second découpage, collaboration Bravvo et PCS d'Habitat et Rénovation :

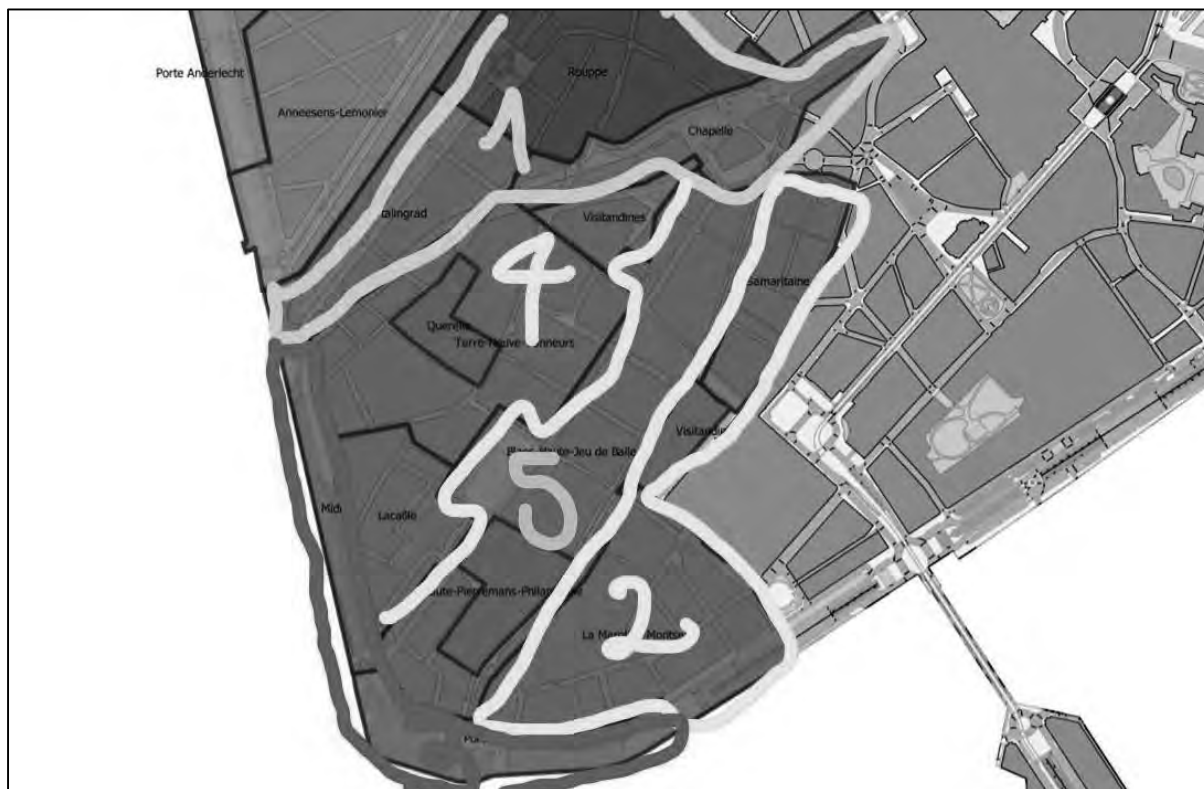


Figure 20: Carte réalisée et transmises par Bravvo et les PCS d'Habitat et rénovation

1. Jonction : Stalingrad/Roupe/Chappelle
2. Haut des Marolles : Monsterrat/Minimes/Samaritaine
3. Grands Boulevards : Boulevard du Midi/Parc de la Porte Hal
4. Bas des Marolles : Lacaille/Querelle/Visitandines
5. Cœur des Marolles : Rue Haute/Hellemans/Place du jeu de Balle

### ***Le point de vue des habitants***

Les entretiens avec les habitants semblent confirmer cette grille de lecture. Un commerçant, habitant son commerce depuis plus de quarante ans à la Rue Haute, évoque implicitement des identités par « blocs » lorsqu'il proposera des concertations de quartiers (voir infra). D'une part, il évoquera « ah oui mais il faut que les gens s'expriment par blocs, parce qu'ils sont dans leurs blocs, mais ils sont dans la rue, donc il faut les deux », et il décrira un découpage correspondant au premier découpage (Figure 1) lorsque je lui demanderai de découper la ville en sous-quartier. Les autres habitantes interrogées s'identifient également par l'îlot où elles vivent, « Querelle », « Minimes », « Prévoyance ». Ce découpage architectural en îlots crée des micro-espaces fragmentés au sein des Marolles.

### ***16.1.4 Des situations sociales de plus en plus complexes***

L'unanimité des intervenants évoquent la complexité des situations. Les publics les plus vulnérables peuvent arriver avec « un sac plastique avec tous leurs courriers », en disant qu'ils ne comprennent pas ce qu'il se passe.

Ce type de situation, qui cumulent plusieurs problèmes sociaux, difficultés relationnelles et communicationnelles avec les institutions, désaffiliation sociales sont évoquées comme « *la norme et plus l'exception* » par les intervenants de première ligne. Le même constat se fait au niveau du service logement dans les accompagnements de personnes en mesure d'expulsion.

#### ***16.1.5 Des situations installées dans la durée***

Des intervenants de première ligne mentionnent des suivis de plus d'une dizaine d'années, de personnes dans la tranche d'âge 40-55 ne sachant toujours pas utiliser un ordinateur, ne maîtrisant toujours pas la langue et n'osant pas contacter une administration, et toujours à la recherche d'un emploi, alors qu'elles sont inscrites dans des services d'insertion régionaux depuis une décennie.

A noter que de nombreuses personnes rencontrées lors de l'enquête, bien qu'elles n'aient pas été présentées ou ne se soient pas présentées comme telles, avaient un parcours de sans-abrisme dans leur passé. L'analyse des entretiens révèle des enquêtés ayant un long parcours de difficultés socio-économiques et de difficultés avec les institutions, parfois sur plusieurs générations.

### **16.2 Les expulsions domiciliaires et le mal-logement**

#### ***16.2.1 Les données du CPAS en matière d'expulsions***

Le CPAS met en place toute une série de mesure qui correspondent aux recommandations du rapport de l'OBSS sur la précarité du logement. Le bilan 2020 du service logement décrivant les statistiques produites par ce service et l'ensemble des activités qu'il met en œuvre pour le relogement est fournie en annexe.

A l'heure actuelle, le CPAS n'est pas organisé pour fournir une grille de lecture territorialisée par quartier. Des réflexions sont en cours à l'heure actuelle pour évaluer cette possibilité. Des calculs peuvent être fait en déterminant l'antenne où le dossier a été introduit, mais cette évaluation est approximative.

Le service logement du CPAS comptabilise 472 dossiers de suivi dans le cadre de signification d'expulsions domiciliaires qui concernent 1 110 personnes (si on tient compte de toute la famille concernée par le dossier). Ce chiffre comptabilise des dossiers de 2020 toujours en cours et d'autres ouverts en 2021.

Sur ce millier de dossiers, 85 dossiers sont concernés par une procédure d'expulsion (aidées ou non aidées par le CPAS), dont 40 font l'objet d'une aide sociale par le CPAS. Ces personnes sont parfois chef de ménage ou cohabitant : si on tient compte de la totalité du ménage concerné par la procédure, 146 personnes sont concernées par mesure d'expulsion dans les Marolles ou à partir des Marolles<sup>5</sup>, directement ou indirectement, le 11 décembre 2021, dont 31 sont aidées par une aide sociale du CPAS.

---

<sup>5</sup> Par « à partir des Marolles », nous incluons les dossiers qui ont concerné une mesure d'expulsion dans les Marolles et qui ont été transféré à une autre antenne, en dehors du quartier, du fait de la perte du logement et du relogement temporaire de la personne.

#### 16.2.1.1 Augmentation de la complexité des dossiers

Les entretiens avec la responsable du service logement décrivent l'augmentation de la complexité des dossiers, particulièrement depuis l'année 2020. Cette réalité n'est pas décrite dans les statistiques produites. Les situations de perte de logement concernent généralement de personnes extrêmement précarisées, dont les problèmes sociaux sont multiples, avec des endettements fréquents, la nécessité de faire intervenir les services d'aide à la jeunesse ou d'autres services spécifiques.

La travailleuse sociale qui rencontre la situation doit alors coordonner la diversité de ces services, assurer l'information à la personne, la réussite de l'orientation, le suivi, en plus de la procédure de relogement dans un marché locatif dont il est largement documenté qu'il ne répond pas aux conditions des ménages aux revenus faibles.

#### **16.2.2 La signalisation tardive de la problématique**

L'ensemble des acteurs mentionnent la difficulté de gérer des dossiers signalés tardivement au service social ou au service logement. Les dossiers qui sont signalés les plus tardivement sont généralement le fait de personnes ou de familles extrêmement désaffiliées, sans contact sociale, avec une faible estime de soi, de multiples problèmes sociaux et qui ont démissionné des démarches administratives ou ne comprennent pas leur importance et leur signification.

La problématique de la *honte intériorisée* décrite infra, dans la section « Le logement comme déterminant du non-recours », montre que plus les personnes sont restées dans des conditions de logement dégradée, moins elles sont motivées à faire des démarches et plus elles intériorisent leur situation comme une fatalité. Ces personnes ayant généralement vécu dans une situation de ruptures des liens sociaux, les facteurs d'identification précoce de la problématique n'apparaissent pas encore comme évident.

#### **16.2.3 Le Front anti-expulsion**

Le Front anti-expulsion est une association de fait réunissant des bénévoles. Il organise des permanences place Anneessens, tous les lundis de 14h30 à 17h30. Le front a produit un fascicule reprenant l'explication de la procédure d'expulsion et les droits des locataires.

Ces fascicules et les affiches informant de la permanence ont été affichés dans des bars au sein du quartier des Marolles. Un passage à la permanence a montré une permanence saturée et un bénévole débordé. L'association de fait se positionne dans une logique de conflictualité avec les pouvoirs publics dans le but de rendre effectif le droit au logement, considéré comme ignoré.<sup>6</sup> L'association déclare avoir des groupes de travail et assemblées générales, et des travailleurs de première ligne des services sociaux et de services d'accompagnement des locataires dans les Marolles ont déclaré en faire partie. Une rencontre avec ces services n'a pas pu être organisée.

Bien que l'association se positionne dans une logique de conflictualité, ce projet permet de capter et d'informer un public qui n'est pas toujours en contact avec des services sociaux.

<sup>6</sup> Voir la description du Front Anti-Expulsions sur leur site : <https://www.stopexpulsions.be/> consulté le 10 décembre 2021.

#### **16.2.4 Les familles monoparentales**

Des résultats intermédiaires évoquaient la surreprésentation des familles monoparentales dans les audiences du tribunal concernant des significations d'expulsion domiciliaire sur la ville de Bruxelles. À l'échelle de la ville, les chiffres du service logement ne semblent pas confirmer cette impression. Une forte proportion d'isolés est également représentée.<sup>7</sup> À l'heure actuelle, les chiffres par antenne ne permettent pas encore de donner des chiffres exacts.

##### **16.2.4.1 Piste pour la détection précoce des risques de perte de logement des familles monoparentales**

A noter que les familles monoparentales ont généralement des contacts avec des services, ne serait-ce que pour les besoins des enfants. Les consultations ONE, les consultations médicales, les maisons de quartier sont des espaces fréquentés par les mamans en général et sont des espaces d'information importants. Néanmoins, le personnel médical est généralement surchargé d'éléments à identifier face à des personnes qui multiplient les problèmes sociaux et de santé, plus particulièrement de l'apparition de la COVID-19. La question de comment informer par le biais de ces espaces sans ajouter des missions au personnel soignant se pose.

#### **16.2.5 Les jeunes**

**Une variété de définitions.** Tous les services n'emploient pas le même terme pour désigner la même catégorie de personne. Les résultats intermédiaires l'avaient révélé et les récents entretiens confirment cette réalité. Certains services de jeunesse catégorisent le « jeune » comme ayant moins de 18 ans. Dans les services de santé mentale, la catégorie « jeune » peut varier entre 15 et 25 ans. Au sein des services publics, elle désigne une tranche d'âge entre 18 et 25 ans. Enfin, certains travailleurs de première ligne emploient le terme « jeune » pour désigner des membres de groupements de personnes occupant l'espace public, et majoritairement constitués de personnes entre 18 et 27 ans. Des demandes de précision sur les catégories utilisées ont donc été demandée dans les entretiens.

##### **16.2.5.1 Augmentation des pertes de logement pour ce public**

Les entretiens avec des intervenants de première ligne révèlent une augmentation des pertes de logement par des jeunes entre 18 et 25 ans. Ces jeunes peuvent être de passage dans les services et venir de Wallonie, à la recherche d'un logement et d'une stabilité économique à Bruxelles, ayant la conviction d'avoir de meilleures opportunités d'emploi dans la capitale.

Le point info écoute du quartier observe également une augmentation de la perte de logement pour des jeunes entre 18 et 20 ans. Cette précarité augmente avec les tensions intrafamiliales, exacerbées par le confinement, dans des logements souvent suroccupés. Les travailleurs de première ligne décrivent ce public comme très vulnérable psychologiquement, avec forte angoisse du travail administratif et de la rencontre avec des assistants sociaux qui incarnent à leurs yeux l'administration.

<sup>7</sup> Communication privée du service étude du 10 décembre 2021.

#### 16.2.5.2 Un accueil bas seuil spécialisé

Les services bas seuil avec un contact régulier avec la même personne semble être les plus efficaces avec le public 15-25. Les conditions suivantes semblent les plus efficaces pour ce type de public :

- Des permanences anonymes sans rendez-vous, qui permettent au jeune de « tester » le service sans engagement, sans sentiment de contrôle d'identité.
- Une écoute psychosociale professionnelle fondée sur le ressenti et le non-jugement, qui permet au jeune de s'exprimer sur ses craintes, ses difficultés, avant même de fixer des objectifs, de décider d'un accompagnement ou d'expliquer des conditions administratives.
- Une grande flexibilité sur les conditions administratives, ce public est angoissé, ne connaît pas le système de sécurité sociale, ne connaissent pas leur code PIN ou n'ont plus de carte d'identité, etc. L'accompagnement psychosocial et la création de la relation de la relation confiance semble devoir primer sur la pression des démarches pour la remise en ordre.
- Un lieu d'écoute neutre, non catalogué comme une institution de contrôle.

#### 16.2.5.3 Le frein de l'enquête familiale

L'enquête familiale est évoquée par les travailleurs de première ligne comme l'un des freins majeurs auprès des jeunes dans le recours à l'aide sociale. Dans le cas d'un risque de perte de logement, les jeunes sont déjà en situation de difficulté familiale. D'après les services de première ligne, l'idée est très ancrée chez les jeunes que la demande d'aide sociale mènera à un appel téléphonique auprès des parents pour vérifier la situation, ou qu'il faudra remettre la totalité des revenus familiaux. Cette idée crée une anxiété énorme qui s'exprime dans les services de santé mentale. Ces services évoquent une grosse difficulté psychologique à s'émanciper : l'octroi potentiel de l'aide dépend, aux yeux des jeunes, à nouveau de ses parents avec qui la relation est déjà dysfonctionnelle.

Les jeunes interrogés dans la rue évoquent peu cette dimension, mais décrivent leur difficulté vis-à-vis de la visite domiciliaire, considérée comme une intrusion dans leur sphère familiale alors qu'ils se considèrent comme les demandeurs.

#### 16.2.5.4 La conception rôle du CPAS

Parmi les jeunes interrogés dans la rue lors de l'enquête exploratoire (6 personnes entre 18 et 25 ans), tous ont une conception du CPAS selon son rôle d'octroi d'une aide financière exclusivement. Aucun d'entre eux n'avaient une idée des autres rôles possibles, particulièrement ceux déjà inscrits aux études.

#### 16.2.5.5 Les services d'accueil pour les jeunes

Les services d'accueil ne répondent pas toujours aux besoins des jeunes, du fait qu'ils posent des contraintes institutionnelles collectives, tel que le couvre-feu à 22h. D'après les services de première ligne, certains jeunes qui expriment une volonté de quitter le logement pour quitter une situation de tension familiale pour atteindre une certaine indépendance, et ne considèrent pas une institution aux contraintes fortes comme une alternative, préférant l'éviter.

L'indépendance physique et psychique et le sentiment de se sentir responsable est évoqué.

#### 16.2.5.6 La discrimination du fait des propriétaires

Pour des jeunes qui ont quitté le domicile familial qualifié de dysfonctionnelle par les services de santé mentale (et qui vivent, par exemple, en logement de transit), la recherche de logement est difficile. Les prix des loyers sont un frein, ainsi que les propriétaires qui se sentent rassurés d'avoir une personne plus âgée lors de la visite. Le jeune doit alors faire appel à sa famille, dont il dépend à nouveau alors qu'il essaie de s'en émanciper, ce qui contribue à une dégradation de l'estime de soi et au repli sur soi.

La discrimination du fait d'être au CPAS est également évoquée par des intervenants de 1<sup>ère</sup> ligne comme quelque chose de rapporté par les jeunes. La situation d'emploi est toujours préférée par les propriétaires. L'idée que « les propriétaires ne prennent pas de gens au CPAS » est récurrente dans le discours des acteurs de première ligne rapportant les propos de leurs usagers.

#### 16.2.5.7 Suggestion pour la prévention du sans-abrisme des jeunes 18-25 ans

Un service évoque un partenariat tripartite entre : une AIS, un service de santé mentale et le jeune. Ce partenariat aidera au relogement du jeune, sans condition d'accompagnement psychosocial déterminé dans le temps : cet accompagnement doit en effet pouvoir se terminer quand il n'est plus nécessaire, sur un commun accord du jeune et du service concerné, sans que cela ne nuise au bail. L'accompagnement social ou psychologique pourrait être la porte d'entrée dans le logement.

#### **16.2.6 Les personnes en perte de logement relogées en institution**

Les résultats intermédiaires avaient évoqué l'existence de personnes logées en maison de repos à défaut d'autres possibilités de relogement. Ce constat était dressé par au moins une maison de repos du quartier.

Parmi les habitants interrogés dans le cadre du recours au service, un habitant a décrit un parcours en institution après une longue hospitalisation. Son parcours, qui suivait un coma d'un an, a commencé en revalidation, pour se poursuivre dans une dizaine de maisons de repos différentes. Cette personne, bénéficiaire du Revenu d'Intégration Sociale, a alors décidé d'aller à la rue à la suite de ses mécontentements envers les institutions. Il avait 35 ans. Il exprime cette décision radicale par un sentiment de ne pas avoir été écouté, et une conviction que s'il se trouvait à la rue, on l'écouterait et l'aiderait « plus vite ». Cette personne bénéficie aujourd'hui de son logement et d'un accompagnement à domicile. Cette situation pointe néanmoins plusieurs choses :

- La possibilité pour des personnes en perte de logement d'être relogées dans des institutions inadéquates, comme situation palliant un marché locatif aux prix inaccessibles ;
- La difficulté pour certains publics d'exprimer un projet de vie ou de trouver les ressources pour l'exprimer et le réorienter.
- L'impression pour les publics relogés en institution que leur situation n'est plus digne d'intérêt, même si elle ne leur convient pas, puisqu'ils ont été relogés.
- La perception que la rue peut être moins pire qu'un cadre institutionnel ou un dispositif qui ne leur convient pas.

Ces situations sont à mettre en lien avec les constats de la phase intermédiaire selon lesquelles la continuité des soins post-hospitalier n'est pas toujours assurée, ou exclusivement centrée sur le biomédical.

#### **16.2.7 Le maintien dans le quartier**

Les intervenants de première ligne rendent compte de la volonté de certains habitants de vouloir rester dans le quartier, malgré les conditions dégradées de leur logement. Tous les acteurs ne partagent pas cette vision, et il est possible que cela dépende des publics.

Les raisons de la volonté de rester dans le même quartier est relative à l'existence des réseaux de solidarités primaires (proches, familles) et secondaires (services de première ligne), et à la crainte de devoir réintégrer un processus d'intégration dans un nouvel environnement socio-urbain méconnus. Le sentiment de familiarité avec le quartier semble jouer un rôle.

#### **16.2.8 Les profils supposés des personnes subissant des expulsions domiciliaires**

D'après Brusshelp<sup>8</sup>, le public sans-abri dispose des caractéristiques suivantes :

- 10 à 30% ont un passé dans l'aide à la jeunesse ;
- 10 à 30% ont un passé carcéral ;
- 10 à 30% ont des problèmes de santé mentale avec assuétudes.

Une étude en cours encore non publiée, sur la ville de Namur, révèle 3 grandes catégories dans le public à risque de perte de logement<sup>9</sup> :

- Avoir un passé carcéral ;
- Subir des violence intrafamiliales ;
- Avoir des problèmes de santé mentale avec assuétudes ;
- Pour le public plus jeune : avoir des caractéristiques à risque spécifique de discrimination (ex : homosexualité).

Une thèse doctorale française a réalisé l'analyse budgétaire des ménages ayant subi des expulsions domiciliaires avec les résultats suivants :

- Les ménages qui n'ont pas accès au crédit formel ou informel (réseau de proches pouvant prêter de l'argent) puisent dans l'enveloppe loyer lorsqu'ils font face à une difficulté financière.
- Les autres enveloppes sont déjà exploitées ou réduites à leur minimum.
- La méconnaissance ou l'absence d'aides sociales, ou l'absence de lien entre sa situation et la connaissance de ces aides peuvent donc mener à puiser dans l'enveloppe loyer.

#### **16.2.9 Un outil de repérage des situations à risque de perte de logement**

Le Centre de Recherche de Montréal sur les Inégalités Sociales (CREMI) a mis en place un outil d'identification des préventions des expulsions domiciliaires destiné aux intervenants non spécialisés dans le sans-abrisme (itinérance) ou les risques de sans-abrisme, l'IRIS<sup>10</sup>. L'outil se

<sup>8</sup> Entretien privé avec Frank Vanbiervliet réalisé le 23 juin 2021.

<sup>9</sup> Communication personnelle de Noémie Emmanuel, chercheuse à l'IACS de l'Université Catholique de Louvain-La-Neuve, le 19/12/2021.

<sup>10</sup> <https://www.cremis.ca/publications/dossiers/outils-de-reperage-de-linstabilite-residentielle/iris-instruments-de-reperage-et-didentification-des-situations-residentielles-instables-et-a-risque/> consulté le 21/12/2021



fonde sur la littérature canadienne et l'expérience de terrain. C'est un outil clinique destiné aux travailleurs de terrain et non un outil statistique.

#### 16.2.9.1 Présentation de l'outil

En tant qu'outil de repérage, il sert à faire un screening de toutes les personnes passant par un service afin d'identifier le degré de risque en perte de logement, y compris chez les personnes qui ne l'expriment pas ou ne l'identifient pas.

Celui se fonde sur trois grandes principes à respecter en entretien avec la personne, concernant la posture de l'intervenant (p.7):

- **L'accueil** : fonder la relation sur la confiance, prendre le temps de répondre aux question de la personne, maintenir le contact visuel, rester ouvert, être prêt à se voir dévoiler un contenu intime qui rende la personne mal à l'aise ou préoccupée sur le partage de son vécu dans une attitude de non-jugement ;
- **Le respect du rythme** : éviter d'être enclin à en savoir plus (une bonne intention mais qui peut mettre mal à l'aise), accepter que des questions peuvent mener à des réponses que la personne ne souhaite pas expliciter davantage, se center sur ce qui est dit en insistant qu'il s'agit d'une première étape, ne pas précipiter ou brusquer les choses.
- **La reconnaissance des forces de la personne** : dépasser une vision réductrice de la personne centrée exclusivement sur ses manques et difficultés, identifier les ressources personnelles.

L'outil explore les 6 dimensions suivantes avec une dizaine de question :

1. Historique résidentiel
2. Auto-estimation de la personne de son risque de perte de logement
3. Stabilité financière/abordabilité du logement
4. Réseau social
5. Situation résidentielle
6. Stabilité résidentielle

Les réponses représentent un nombre de point, cumulés qui mènent à un total. Le total permet d'identifier quatre type de situations :

- Stabilité résidentielle → pas de démarche à suivre.
- Stabilité résidentielle fragile → maintenir le lien et évaluer la situation dans 6 mois.
- Instabilité résidentielle → nécessité d'approfondir la situation avec un second questionnaire plus approfondi.
- Urgence → nécessite un approfondissement de la situation et une intervention rapide.

#### 16.2.9.2 Quelques éléments remarquables de l'outil

Les outils et le guide d'accompagnement sont fournis en annexe. Quelques références à la littérature et à l'observation de terrain méritent d'être soulignées.

- La littérature reconnaît deux situations différentes, la frontière est parfois ténue entre les deux situations :
  - la personne en itinérance (sans-abri), qui *inclut la personne qui vit de manière temporaire dans des appartements de connaissances, amis ou familles* ou dans

des institutions ; avoir un logement dans un appartement de proche peut être facteur de risque (l'outil prévoit des indicateurs à ce sujet)

- La personne en situation à risque imminent de perte de logement : qui peuvent perdre leur logement du fait d'un problème soudain (de santé, perte de revenu, etc.)
- La connaissance de la situation financière (revenus) n'est pas suffisante pour identifier, la question de savoir s'il y a des difficultés pour le paiement des charges liées au logement est la plus importante ;
- Les personnes sans-abris ne se définissent pas juste par l'absence du logement, mais par un « *processus de désaffiliation sociale* » et « *une difficulté de maintenir des rapports fonctionnels, stables et sécuritaires dans la communauté* »
- Le réseau d'entraide est déterminant dans la stabilité de la personne, et les situations de *sorties d'institutions sont particulièrement à risque, car elles s'associent d'une diminution du réseau sociale (centres hospitaliers, institutions de détentions, centres de réadaptations pour jeunes, etc.)*
- Les personnes LGBTQ (lesbiennes, gaies, bisexuelles, transsexuelles, transgenres) ont des risques de discrimination plus élevées et peuvent avoir plus de difficulté à trouver un logement exempt de préjugés d'homophobie ou transphobie.
- Le sentiment de « sécurité » est un critère important dans un logement et inclut deux critères : la salubrité et les risques associés aux personnes qui vivent ou qui entourent la personne dans ce lieu.
  - Un logement peut être un lieu d'oppression, de violence et d'abus
  - Chez les femmes, la littérature montre que trois facteurs sont généralement ignorés lors de l'entrée en période de perte de logement : la violence conjugale et familiale, les rôles traditionnels et la pauvreté. Tous peuvent déclencher ou alimenter à leur tour : troubles mentaux, problèmes de dépendance et prise en charge institutionnelle ; et tous ces effets peuvent affecter la capacité à accéder, maintenir et habiter un logement.
  - Le sentiment de sécurité est subjectif : la personne elle-même perçoit qu'elle est en situation de sécurité ou non. Parfois, elle ne l'identifie pas et il faut néanmoins le repérer.
- La question des ressources existantes (logement alternatif) n'est pas suffisante, il faut vérifier si la personne a les ressources cognitives et physiques pour les activer.
- L'environnement social dysfonctionnel est un facteur de perte de logement. Une personne. Des conflits peuvent mener à un départ sans solution.

## 16.3 L'accessibilité aux droits et aux services sociaux

### 16.3.1 Les mécanismes du non-recours dans la région Bruxelloise

Les causes principales du non-recours identifiées par l'OBSS, dans son rapport de 2016 sur le non-recours et la sous-protection sociale, peuvent être synthétisées comme telles :

- Parcours du combat pour démontrer son éligibilité ;
- Non-connaissance du droit (information, lien avec entre information et expérience) ;
- Complexité de la législation et du jargon administratif ;
- Non-proposition par les intervenants (manque de temps, pouvoir discrétionnaire) ;
- Non-demande après information :
  - Du fait d'une mauvaise expérience ;
  - Du fait de délais trop longs de traitement de la demande ;
  - Du fait d'une absence de suivi ;
  - Du fait d'un sentiment de stigmatisation.

Ces causes ont servis de guide pour les entretiens semi-directifs avec les intervenants de première ligne et les habitants.

### 16.3.2 Le logement comme déterminant du non-recours

L'insalubrité a été évoquée dans les résultats intermédiaires, bien que la rénovation du bâti n'entre pas dans les compétences de la COCOM. Néanmoins, l'importante présence de cette thématique dans la totalité des entretiens concernant le bien-être et ses facteurs nécessite de s'y attarder à nouveau. Dans cette section, je revois une partie de la littérature existante sur les liens entre logement et santé en faisant les liens avec les observations de terrain dans les Marolles.

#### 16.3.2.1 Logement et santé physique<sup>11</sup>

**Effet sur la santé respiratoire.** Les mauvaises conditions de logement ont un impact particulier sur la santé respiratoire. Les logements suroccupés et mal entretenus favorisent une mauvaise ventilation et l'apparition d'humidité et de moisissures. Ces phénomènes favorisent l'apparition d'asthme et d'allergies pour les jeunes enfants, mais aussi des pathologies respiratoires ou gastro-intestinales. Une littérature récente a établi un lien entre l'apparition d'otites et la suroccupation des logements.

**Effet sur la santé cardio-vasculaires.** En plus du risque d'hypertension chronique lié à l'anxiété chronique (voir infra), les mauvaises conditions d'isolement du logement peuvent favoriser des températures extrêmes (très froid en hiver, très chaud en été). L'exposition à ces températures induit des mécanismes physiologiques qui affectent les systèmes nerveux, endocriniens, cardio-vasculaires et respiratoires. Ces mécanismes peuvent favoriser la décompensation d'un diabète. Le taux de diabète est très élevé dans les Marolles.

**Augmentation des risques de traumatismes.** La moitié des accidents de la vie quotidienne ont lieu dans le logement. Les mauvaises conditions de logement et la suroccupation sont identifiées comme des déterminants des risques d'accidents traumatiques.

---

<sup>11</sup> « Le logement, déterminant majeur dans la santé des populations »,

### 16.3.2.2 Logement, stress psychosocial chronique et santé psychique

Les résultats intermédiaires présentaient l'important rôle du logement dans la santé mentale. Les mauvaises conditions de logement et la suroccupation sont identifiées, dans les conclusions intermédiaires, comme un vecteur important de stress. Le **stress psychosocial chronique** est une variable intermédiaire majeure dans l'impact sur l'espérance de vie, dans la mesure où il induit des effets physiologiques importants : décompensation du diabète, augmentation des risques d'obésité, impact sur l'hypertension chronique qui augmente les risques d'accidents cardiovasculaires, impact négatif sur le sommeil qui mène à des dérèglements neurologiques et des problèmes intestinaux, etc<sup>12</sup>. Les effets physiologiques du stress chroniques lié à des conditions sociales sont largement documentées, au point où il n'est plus possible de distinguer « santé mentale » de « santé physique » comme des entités séparées, du point de vue de l'expérience de la personne qui en souffre. Les deux figures suivantes (figure 3 et figure 4) synthétisent ces effets.

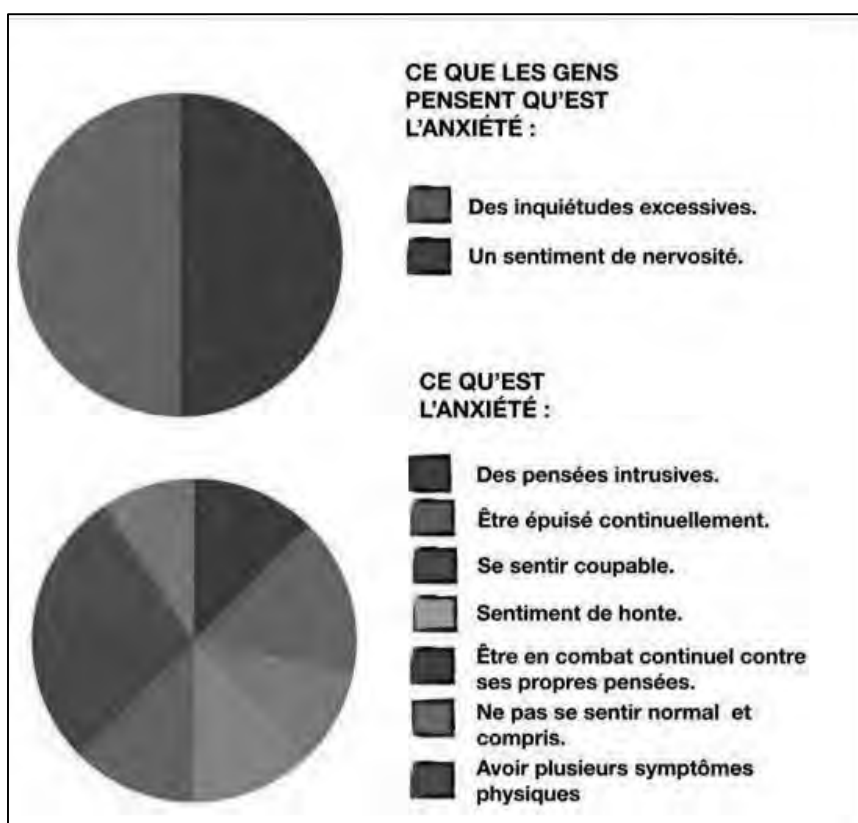


Figure 21: Représentation de l'anxiété, source internet inconnue

<sup>12</sup> WILKINSON Richard, 2010, *L'égalité c'est la santé*, Paris, Éditions Demopolis ; WILKINSON Richard et PICKET Kate, 2013, *Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous*, Paris : Les petits matins.

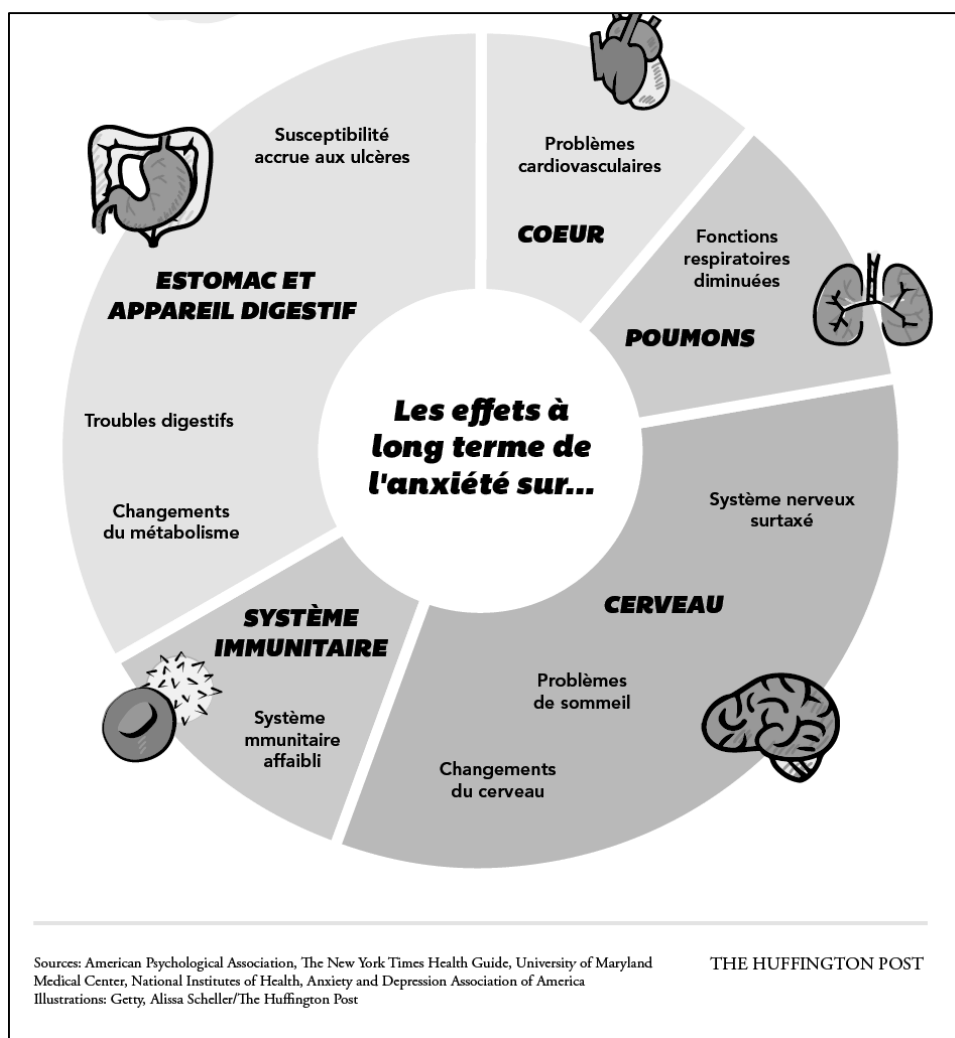


Figure 22: Images du Huffington Post d'après l'American Psychological Association<sup>13</sup>.

Dans les Marolles en particulier, le logement est identifié comme une source majeure de stress et d'anxiété chronique.

Une littérature récente sur la base d'études françaises révèle également l'impact du logement sur la santé mentale des locataires<sup>14</sup>. Les résultats de ces études se conforment aux données récoltées lors de l'enquête qualitative.

Outre l'impact direct sur la santé publique, des mauvaises conditions de logement (suroccupation ou conditions dégradées) affecte deux sphères de la santé : la santé mentale et la santé respiratoire.

Ces conditions contribuent à ***l'isolement des personnes***, le logement agissant comme « vecteur de honte ». Les actes du quotidien ne se déroulent pas de manière satisfaisante, tels que : l'hygiène personnelle, se sentir en sécurité, se nourrir, dormir. La littérature montre que ***plus le maintien dans le logement s'est inscrit dans la durée, plus il est difficile pour les personnes***

<sup>13</sup> HOLMES Lindsay, « Santé : l'anxiété peut avoir de grandes conséquences, regardez plutôt », Huffington Post, 5 octobre 2016, [https://www.huffingtonpost.fr/2014/06/01/sante-anxiete-graves-consequences\\_n\\_5405785.html](https://www.huffingtonpost.fr/2014/06/01/sante-anxiete-graves-consequences_n_5405785.html) consulté le 10 décembre 2021.

<sup>14</sup> « Logements dégradés ; un impact dévastateur sur la santé mentale », n° 457, septembre 2021

*de se mobiliser dans des démarches qui les concernent.* Aussi, *l'existence d'un entourage soutenant et structurant* est un déterminant important dans le soutien aux démarches des personnes.

Dans les Marolles, les travailleurs de première ligne identifient une grande part de leur population comme ayant très peu de ressources relationnelles pour les soutenir. Les facteurs favorisant les démarches d'information et de recours sont donc peu présents. Les habitants rencontrés évoquent d'ailleurs très peu de personnes ressources dans leur entourage dans le cas où ils auraient une difficulté urgente à surmonter ou une perte de logement.

La même étude décrit les effets suivants sur la santé psychique des personnes vivant dans des conditions dégradées de logement : dépression, agressivité, baisse de la motivation à engager des démarches. Deux indicateurs augmentent avec le nombre personne par pièce parmi ces habitants : la présence de symptômes de détresse psychologique, et l'expression de tendances suicidaires. Les conditions de logement occupent l'esprit des locataires constamment, ce qui mène à des troubles du sommeil et à des migraines, elles-mêmes menant à la surconsommation de médicaments ou d'alcool. Ces résultats correspondent à la méta-analyse de Wilkinson située plus haut, sur les liens entre logement et stress psychosocial.

#### 16.3.2.3 Logement et honte intériorisée

La même étude française constate un impact de cette anxiété sur le fonctionnement social des 600 participants du Nord de la France. Ces résultats sont les suivants :

- Les locataires développent une forme de ***honte sociale*** et se replient sur eux, coupant les liens avec les proches. Le but est d'éviter d'avoir à inviter de la famille ou des amis à la maison, et de refuser toute invitation pour éviter d'être redevables.
- Cette honte exprime l'angoisse de perdre trois choses :
  - o L'amour de ses proches
  - o L'estime de soi
  - o Les liens avec la communauté de rattachement.
- Cette honte s'exprime sous deux formes :
  - o ***La honte réactive*** : le locataire dénonce ses conditions de logement, engage des démarches, revendique ses droits
  - o ***La honte intériorisée*** : le locataire se met en retrait de ses relations sociales et identifie sa vie à ses conditions de logement, tout en s'y attribuant sa responsabilité.

Dans l'étude française, la honte intériorisée était prévalente parmi les locataires interrogés. ***Les intervenants des services de première ligne des Marolles interrogés évoquent systématiquement des mécaniques similaires à la honte intériorisée.*** Ce constat est si prévalent qu'il est développé dans une sous-section (voir infra).

#### 16.3.2.4 Honte intériorisée et non-recours

La littérature évoquée supra pose le constat d'une difficulté à engager des démarches administratives concernant sa situation de logement lorsqu'un locataire vit dans des mauvaises conditions de logement. Cette démotivation à engager des démarches augmentent avec la durée d'installation dans le logement inadéquat (vécu comme insalubre ou/et suroccupé).

De plus, elle évoque le ***repli sur soi des personnes qui coupent peu à peu les ponts avec leur réseau social primaire*** (le réseau informel : familles, proches, voisins). Si la honte réactive

pousse les personnes à engager des démarches pour elles, ce sont les personnes qui intériorisent leur honte qui forment un groupe cible spécifique de mesures de lutte contre le non-recours.

Cette littérature est conforme aux entretiens réalisés avec les acteurs de première ligne :

- Comme nous l'avons vu, le point info écoute destiné aux 18-25 ans met en avant la ***grande anxiété des jeunes qui consultent la permanence et leur incapacité à engager des démarches socio-administratives sans un accompagnement psychosocial adapté au préalable***, qui ne se fait pas forcément sous la forme de la relation psychothérapeutique traditionnelle (le cabinet) – bien que cela puisse être le cas. Cette permanence évoque d'ailleurs une forte expression de problèmes de logements ou de risques de perte de logement à la suite de difficultés intra-familiales.
- ***Les intervenants sociaux de première lignes évoquent un public disposant d'une estime de soi très dégradée***, constamment renforcée par des échecs dans leurs relations aux services publics (cette question de l'estime de soi est décrite infra). ***Ils décrivent leur travail comme nécessitant une forte sensibilité aux questions psychosociales, et la reconstruction de l'estime de soi comme une qualité fondamentale, voire préalable à la possibilité d'un travail social.***
- Les intervenants sociaux de première ligne interrogés estiment que ***ce manque d'estime de soi, confronté à des institutions vues comme violentes ou accueillantes (cf. infra) freinent le recours des habitants à des services publics ou, parfois, nuit à la communication avec les spécialistes au sein du système de santé***. Certains publics ne cherchent plus à solliciter leurs droits ou des services, pour éviter, dans les termes de cette intervenante, « une défaite de plus ».

***L'enquête laisse penser que cette notion de honte intériorisée découlant de conditions de logement insalubres peut être produites par d'autres facteurs de risques que le logement inadéquat.***

#### 16.3.2.5 L'impact de la précarité énergétique et de l'isolation des bâtiments

Enfin, une autre étude sur ***la rénovation de logements vétustes et mal isolés révèle une réduction de 50% de la consommation des psychotropes dans le groupe cible***<sup>15</sup>.

Or, dans les Marolles, le plan rénovation climat vise exactement ce type de rénovation, dans le but originel de réduire les coûts énergétique des locataires sociaux. Ce constat est particulièrement important pour les Marolles, dont les maisons médicales constatent une forte prévalence de la consommation aux benzodiazépines.

L'agence intermutualiste ne fournit pas de données sur la consommation des antipsychotiques par quartier.

***Il serait intéressant d'évaluer l'impact de ces rénovations afin d'évaluer le lien entre la santé subjective, mentale et physique, des locataires et les rénovations énergétiques du plan climat.***

#### 16.3.3 *Les compétences langagières*

Les intervenants de première ligne évoquent les carences en compétence langagière du public le plus vulnérable. Ces carences s'expriment sous plusieurs formes :

<sup>15</sup> « La précarité énergétique affecte la santé physique et mentale », n° 457, septembre 2021

- Une connaissance limitée d'une langue nationale, nécessitant des traducteurs dans leur réseau social informel ou des entretiens laborieux ;
- Une incapacité à lire ou à écrire ;
- Un usage populaire de la langue qui attribue un sens spécifique à certains mots et qui ignore le langage administratif, juridique ou institutionnel des secteurs spécifiques de l'action sociale.

#### 16.3.3.1 L'illettrisme

L'association Lire et écrire évalue à 10% la population belge ayant des difficultés de lecture ou d'écriture<sup>16</sup>. Nous ne disposons pas de chiffre à l'échelle régionale ou locale, mais nous pouvons poser l'hypothèse d'une concentration de cette population dans les quartiers précarisés.

#### 16.3.3.2 Un usage de la langue culturellement différenciés

L'enquête de terrain montre que bien que le problème de la compréhension linguistique soit important, il s'agit aussi d'une différence culturelle de l'usage de la langue, et d'une approche culturelle de la communication. D'une part, il faut comprendre le vocabulaire employé et ce à quoi il fait référence, et d'autre part, il faut savoir comment faire le lien avec sa propre expérience, comprendre en quoi cela nous concerne, et savoir comment communiquer sa situation dans les termes adéquats. A noter que les populations moins instruites accordent moins d'importance à l'écrit qu'à l'oral.

L'anthropologie a constaté depuis longtemps des usages différents de la langue en fonction des statuts socio-économiques des personnes, avec des vocabulaires et des pratiques de communication différenciés.

**Le point de vue des habitants.** Les habitants n'expriment pas directement leur difficulté langagière, mais l'analyse des entretiens montrent qu'ils emploient des termes spécifiques pour désigner des phénomènes qui ne saute pas aux yeux pour un intervenant social. Par exemple, les bars et les cafés sont qualifiés d'« institutions publiques » ou de « lieux publics ». Un commerçant évoque sa difficulté avec les concertations des Contrats de Quartier, « c'est comme si on envoyait des ethnologues mais ils arrivent sans parler le dialecte local ».

#### 16.3.4 *La distance aux institutions de la vie publique*

La difficulté d'accès aux institutions est un phénomène multiple qui dépasse la notion de fracture numérique.

Elle inclut l'informatisation des démarches qui créent une « fracture numérique », notion partielle qui demande une réflexion critique. Nous préférons ici la notion de **distance avec les institutions** qui permet d'intégrer la dimension sociale et relationnelle des habitants aux institutions qui régulent leur vie quotidienne.

Par distance avec les institutions, nous entendons, sur la base des entretiens avec les travailleurs de 1<sup>ère</sup> ligne et les habitants :

<sup>16</sup> <https://lire-et-ecrire.be/Communique-de-presse-1-adulte-sur-10-est-en-difficulte-de-lecture-et-d-ecriture> consulté le 10 décembre 2021.

- Une difficulté d'accès à l'information, du fait de **la numérisation des procédures** ou des répondeurs téléphoniques qui tentent de trier numériquement l'information et qui nécessitent des compétences pour l'usage des technologies ;
- Une **diminution des accès aux guichets physiques** ou des missions des guichets et de leur formation en accueil;
- Une **diminution des rencontres physiques liées à l'augmentation du télétravail**, renforcée par les procédures informatiques.
- Le sentiment d'une distance sociale dans les relations avec les institutions concernées, **l'impression de « déranger » l'agent avec qui on est en contact.**
- Par institutions, nous entendons les organisations de la vie quotidienne : administrations publiques (régionales, communautaires et fédérales), organismes de prestations de la sécurité sociale, services hospitaliers, services sociaux et banques.

Cette distance avec les institutions a des **impacts en termes d'estime de soi**, par la dépossession des publics à la résolution de leur problème (leur faible niveau d'instruction les orientant vers une résolution à l'oral dans une rencontre de face à face), et à une **saturation des services sociaux qui compensent les missions délaissées d'autres services.**

#### 16.3.4.1 La « fracture numérique » et les limites de la notion

Les résultats intermédiaires évoquaient la difficulté des publics vulnérables à utiliser les technologies numériques.

**La fracture numérique est une réalité préoccupante chez tous les intervenants de première ligne.** Une enquête récente de la fondation Roi Baudouin<sup>17</sup> montre qu'en Belgique, 75% des personnes avec des faibles revenus et un faible niveau de diplôme ont de faibles compétences numériques. La « fracture numérique » est définie selon trois critères :

- Une inégalité d'accès à la technologie numérique (pas de connexion internet ou de matériel informatique)
- Un manque de compétences numériques (difficulté d'usage du matériel informatique)
- Un non-usage des services essentiel (56% des personnes peu diplômées ne transmettent pas des documents essentiels à l'administration, alors qu'elles devaient le faire).

Les causes évoquées des difficultés sont les suivantes : la complexité des logiciels et applications, l'omniprésence de l'écrit, et les difficultés d'accès à du matériel informatique.

Les intervenants de première ligne évoquent tous ces difficultés.

**La fracture numérique n'est pas que numérique.** L'informatisation des procédures s'accompagnent d'une réduction de l'accueil physique et d'une informatisation des appels téléphoniques. Les répondeurs automatiques avec choix multiples sont décrits comme des labyrinthes nécessitant des compétences langagières et communicationnelles spécifiques. Une personne qui ne comprend pas les choix qu'elle doit sélectionner a peu de chance d'obtenir un appel avec un être humain.

De plus, les sites des institutions ne sont pas toujours réalisés avec une ergonomie évidente. Il s'agit parfois moins d'une compétence numérique que des procédures complexes pour pouvoir

<sup>17</sup> Fondation Roi Baudouin, *Zoom : Baromètre de l'inclusivité numérique*, consulté à <https://www.kbs-frb.be/fr/zoom-barometre-de-linclusion-numerique> le 10.Décembre 2021.

passer à l'étape suivante. La notion de **problèmes d'accès liés à la numérisation** rendrait mieux compte que la notion de **fracture numérique** qui met exclusivement l'accent sur les compétences et le matériel informatique des habitants.

A titre d'exemple, pour pouvoir poser une question par mail à un gros organisme de prestation de la sécurité sociale, il faut :

- Cliquez 6 fois avant d'arriver au formulaire permettant de poser une question
- Chacun de ces clics mène d'abord à des choix de catégorie où il faut sélectionner la thématique relative à son problème
- Chacun de ces choix mène à une liste, parfois de plus de 12 items possibles parmi lesquels il faut sélectionner un choix
- Chacun de ces choix mène à une liste de questions fréquemment posées
- Un petit bouton en dehors de la liste, en bas du menu pour lequel il faut dérouler le site jusqu'en bas, permet de « poser une question »
- Cette étape mène à un formulaire où il faut mentionner : son numéro de registre national, **et** son numéro d'affiliation mutuelle.

A chaque étape de sélection d'un thème ou choix, une liste de termes institutionnels sont utilisés : « Contrôle médical », « Questionnaire simplifié profession scolaire », « Statut du paiement indemnité de maladie », « indemnités de maladie ».

La démarche présentée ci-dessous est celle qui correspondrait à un problème de paiement des indemnités de maladie. Elle pourrait être reproduite pour d'autres institutions.

**Un autre problème lié à la numérisation** la numérisation des flux informatiques dans les organismes de prestation de la sécurité sociale. Les intervenants de première lignes évoquent de nombreux cas de nonaccès aux revenus liés à des problèmes de flux numériques. Ces problèmes sont divers : l'employeur n'a pas envoyé le flux ou pas le bon flux, et il faut attendre qu'il le fasse – mettant la personne dans une position délicate vis-à-vis de son employeur, allant parfois jusqu'en justice pour pouvoir obtenir le fameux « flux » ; la personne que l'on contacte n'a pas une connaissance complète du dossier mais peut simplement lire les actions précédentes, et ne sait pas donner plus d'information sur un blocage de dossier social, etc.

**Des formulaires facilitant l'organisation au détriment de l'accès.** Ces procédures semblent répondre à des besoins de filtre organisationnel, sans se soucier des compétences de l'utilisateur. Elles créent d'emblée une inégalité d'accès pour les personnes qui ne savent pas bien employer la langue, ne maîtrisent pas les termes administratifs, ne connaissent pas toujours leurs numéros d'affiliation (et les multiplient du fait de la multiplicité des dossiers dans plusieurs services).

### ***Tout le monde n'a pas un smartphone ou un ordinateur***

Une évidence pour les travailleurs de première ligne, une bonne part de leur population n'ont pas de smartphone ou de matériel informatique.

Une librairie locale, lors d'un entretien informel, explique prêter son réseau Wifi ou aider des habitants à envoyer des courriels, du fait de demandes qui ont émergés pendant le confinement.

### ***Le point de vue des habitants***

Les habitants ne pointent pas eux-mêmes les problèmes de fracture numérique explicitement. Néanmoins, l'analyse des entretiens avec 6 habitants montrent qu'ils n'emploient pas eux-

mêmes les technologies informatiques. A chaque fois qu'une démarche informatisée est demandée, les habitants évoquent une personne tierce pour régler le problème : soit un assistant social, soit un membre de la famille. Les modalités informatiques ne semblent pas les confirmer et ils s'en remettent à des tiers pour les régler, ou, en cas de gros problème, cherche une personne physique à qui expliquer le problème.

Conformément à l'étude de la Fondation Roi Baudouin, les personnes entre 55 et 74 ans semblent les plus touchées par la problématique, tout comme la population disposant d'un faible niveau de revenus et d'instruction, et aux compétences langagières.

Le président de l'association des commerçant du quartier évoque aussi une **énorme difficulté des commerçants avec l'outil informatique**. D'après lui, **une grande partie d'entre eux ne savent pas comment envoyer un email** et font appel à lui pour toute procédure informatique.

#### ***WhatsApp comme application de substitution***

Pour certains publics qui disposent d'un smartphone, ils n'utilisent quasiment aucune fonction de celui-ci. Une bonne part du public n'a d'ailleurs pas d'email, ou n'en dispose d'un que parce qu'un assistant social leur a créé. Cet email est alors exclusivement utilisé par l'assistant social, qui dispose du mot de passe à la demande de la personne, lorsqu'il voit la personne en rendez-vous.

Face à la difficulté d'accès aux services, certains travailleurs utilisent **WhatsApp** avec des bénéficiaires à leur demande. En effet, la vocation « audio » de **WhatsApp** permet aux personnes d'enregistrer des messages audios instantanés, ce qui palie à leurs difficultés langagières lorsqu'il s'agit d'envoyer un mail à un service inaccessible physiquement.

#### **16.3.4.2 Les publics particulièrement vulnérables à la numérisation des services**

##### ***16.3.4.2.1 Les personnes âgées***

Les personnes âgées sont particulièrement affectées par la numérisation des services. Si des ateliers numériques ou des projets d'accompagnement des personnes dans le renforcement de leurs compétences numériques font sens, les acteurs de terrain constatent que cela ne répond pas aux besoins de personnes âgées qui ne souhaitent plus, en fin de vie, développer ces compétences.

Néanmoins, la littérature constate que les outils numériques peuvent briser l'isolement des personnes âgées vivant seules, si des accompagnements à domicile graduel soutenu est mis en place<sup>18</sup>.

##### **16.3.4.3 La crainte de s'adresser aux services adéquats**

#### ***Éclairage théorique : la posture vis-à-vis du droit***

Une littérature abondante en anthropologie juridique, celle des *Legal Consciousness studies*, a identifié trois postures de rapport à la loi et aux institutions<sup>19</sup>. Ces études qualitatives se fondent

<sup>18</sup> Institut national de santé publique du Québec, 2021 *Inégalités d'accès et d'usage des technologies numériques : un déterminant préoccupant pour la santé des populations ? Synthèse rapide des connaissances*, disponible à <https://www.inspq.qc.ca/publications/3148-inegalites-acces-usage-technologies-numeriques>

<sup>19</sup> EWICK Patricia & SILBEY Susan S., 1998, *The Common Place of Law, stories from every day life*, Chicago : University of Chicago Press ; *After Legal Consciousness Studies : dialogues transatlantiques et transdisciplinaires*, Revue Droit et Société, 2018/3, n°100, Ed. Lextenso, disponible à <https://www.cairn.info/revue-droit-et-societe-2018-3.htm> consulté le 10 décembre 2021

sur de larges échantillons où l'on interroge des personnes aux multiples profils sur des situations difficiles impliquant la loi qu'elles ont vécus dans leur parcours. Leur représentation des institutions de la justice est ensuite analysée selon trois idéaux-types :

- **Devant la loi** : le droit est vu comme impartial, représentant l'intérêt collectif, le juge comme arbitre impartial et objectif, et le personnel juridique comme les porteurs de la vérité de la loi. Les institutions juridiques sont vues comme lointains, distantes, inaccessibles, et un ensemble de textes et de réglementations figées où l'interprétation humaine n'a pas sa place. Les décisions et les dispositifs juridiques sont vécus comme des abstractions, qui s'expriment sous des formes réifiées, « l'État », « le système », « le gouvernement », « la police », indépendamment de son incarnation concrète.
- **Avec la loi** : le droit y est vécu comme une arène d'acteurs en compétitions pour leurs intérêts particuliers. Les personnes œuvrant dans le système sont perçus comme des stratèges, faisant usage de leur pouvoir discrétionnaire pour leur propre intérêt. Le droit est vu ici comme un jeu ou un instrument avec lequel on peut composer pour arriver à ses fins, par des tactiques, des calculs coûts/bénéfices dans les relations créées, des relations d'alliances avec ses acteurs. Les personnes qui perçoivent le droit tel quel évoquent toujours d'autres acteurs : des antagonistes, des rivaux, des alliés, qui savent utiliser la loi dans leur sens. Ceux qui ont le plus de capital culturel, relationnel ou économique sont perçus comme ayant le plus de chances d'aboutir à leurs fins.
- **Contre la loi** : le droit est perçu ici comme injuste et exercé par des personnes de pouvoir. En conséquence, les décisions juridiques sont traduites par des actes de résistances parfois anodins ou imperceptibles, bien qu'elles soient respectées. Les personnes percevant le droit comme tel acceptent généralement leur situation mais interprètent leur manière de recevoir la décision comme des actes de résistance, en faisant du zèle par exemple ou en altérant des détails. Les personnes se perçoivent souvent étant exclus du système de valeurs, victimes du système, mais n'ayant pas assez de pouvoir pour s'y opposer. Leur résistance se situe par rapport à des personnes ou des symboles et expriment un sentiment d'injustice.

Ce cadre théorique semble expliquer assez bien les entretiens réalisés avec les acteurs de 1<sup>ère</sup> ligne et les habitants. La notion de « droit » inclut les droits sociaux et les institutions qui les rendent effectifs, mais peut être élargi au rapport général que les personnes entretiennent avec les institutions de la vie publique (sécurité sociale, aide sociale, services de santé). Si le découpage institutionnel est clair pour un travailleur social : les banques ne sont pas des organismes de paiement de la sécurité sociale, ces organismes relèvent du fédéral, qui n'est pas associé aux administrations communales, qui elles-mêmes n'entretiennent pas de liens directs avec les institutions de la fédération Wallonie-Bruxelles.

Pour les habitants, ces institutions sont réifiées dans un ensemble d'institution, sous des noms différents en fonction des personnes, ou sous le vocable « faire des démarches ». Cette constellation d'institution qui régule leur quotidien dans leurs démarches apparaissent comme un même ensemble, dans lesquels les habitants évoluent selon un parcours du combattant.

**La distance avec les institutions** se crée, non pas du fait de l'expérience dans un seul service ou dispositif, mais de la multiplicité des contacts considérés comme distants dans des administrations des différents niveaux de pouvoir, ou des services bancaires :

- Soit qu'ils ont lieu à distance, par des technologies numériques ou par téléphone qui demandent l'intervention d'un intermédiaire ;
- Soit que la qualité du contact est considérée comme froide ou distante : des soupirs, un sentiment d'agacement de la part de l'agent, un ton ressenti comme glacial, une attente des agents que les personnes sachent déjà ce qu'elles doivent faire ; *l'impression de déranger l'institution* est évoquée plusieurs fois ;
- Soit qu'il faut multiplier les démarches ou les prises de contacts qui n'aboutissent pas.

A l'opposé, les services interrogés font très nettement leur distinction avec d'autres services, chacun exprimant une identité institutionnelle forte.

*La multiplication des échecs et des difficultés avec les administrations* s'est renforcée avec les mesures de confinement.

#### 16.3.4.4 Le sentiment de mépris de la part des institutions de la vie publique

##### *Du point de vue des acteurs de première ligne*

Les acteurs de première ligne évoquent souvent des personnes adoptant les trois postures, avec des méthodes différentes d'accompagnement. Les personnes se situant *devant la loi* sont décrites comme ayant une estime de soi très faible et une incapacité à communiquer avec les institutions qui pourraient les informer ou les aider.

La répétition des échecs relationnels, le sentiment d'être méprisé revient constamment. Les acteurs eux-mêmes développent plutôt une lecture stratégique de l'accès aux droits et aux services publics, *avec la loi*. De nombreux intervenants évoquent un « mépris » des agents administratifs, dans les différents services de niveaux de pouvoir différents, et un manque de confiance envers eux.

Certains évoquent un « changement de paradigme », où l'intervenant social était vu auparavant comme un médiateur, mais vsu aujourd'hui comme un perturbateur. Le sentiment d'une charge de travail élevée dans les administrations est souvent évoquée par ces intervenants.

*L'impression d'une fatigue de l'empathie dans les services publics et les organisations de la sécurité sociale.* Une très grande partie des acteurs associatifs évoque le « mépris » des agents des institutions de la vie publique comme étant devenu la norme. La *fatigue de l'empathie* des agents du service publics est évoquée plusieurs fois.

Ce résultat est à nuancer : l'enquête n'a pas déterminé si cette fatigue de l'empathie est une réalité auprès des acteurs désignés. Néanmoins, les acteurs interrogés la décrivent comme réelle et leur ressenti à cet égard est sans équivoque et ce phénomène ne peut être ignoré.

Le sociologue William Thomas décrit le phénomène suivant : « *Si les hommes définissent leurs situations comme réelles, elles sont réelles dans leurs conséquences* ». <sup>20</sup>

Néanmoins, l'existence du phénomène n'est pas à sous-estimer. Les acteurs associatifs implémentent dans leur pratique une culture de la supervision et de la formation destinée à analyser leurs pratiques et leurs représentations des publics, et à déconstruire leurs propres pratiques afin d'adapter leur travail. Le sentiment est que les services publics investissent moins dans ces méthodes et processus.

<sup>20</sup> THOMAS William, 1938, *The Child in America*, New York, Ed. Alfred Knopf

### ***Du point de vue des habitants***

La représentation réifiée des administrations publiques domine dans les entretiens avec les habitants, même si les stratégies de réponses varient. Les CPAS, les administrations communales, les services de bourse d'étude de la Fédération Wallonie-Bruxelles, les organismes de sécurité sociale (de l'assurance maladie invalidité, du chômage), les services de médicaux spécialisés sont perçus comme des phénomènes distants et abstraits, et leurs agents et services sont mal connus.

Certains habitants mentionnent également le regret d'un manque de suivi ou de proactivité : faire une démarche ne donne généralement pas de suite à leurs yeux, sans dépenser une énergie pour obtenir une réponse. La reproduction de ce phénomène dans plusieurs services différents incite à ne plus introduire de demande.

Le sentiment est également qu'on les informe mal sur leurs droits. Plusieurs habitants décrivent qu'il faut connaître son droit pour l'avoir, mais qu'on ne cherche pas à approfondir la situation volontairement, afin de ne pas distribuer le droit. Certains habitants trouvent parfois cela normal, considérant qu'il n'y a pas les moyens d'aider tout le monde, et donc qu'il faut bien faire du tri.

Aussi, la question de la **confiance** revient souvent de la part des habitants. L'impression que par défaut, l'administration ne leur fait pas confiance, et que l'agent cherche à déterminer les facteurs qui rendent sa demande illégitime, plutôt que le contraire.

### ***Éléments théoriques : le drame social du travail et la production sociale de l'indifférence***

La sociologie du travail fournit des éléments d'explication qui peuvent expliquer les difficultés traversées entre des institutions et leurs bénéficiaires. Ainsi, Everett Hughes développe la description suivante.<sup>21</sup>

Chaque travail produit des catégories sociales binaires : les locataires et les concierges, les médecins et les patients, les travailleurs sociaux et les ayants droits. Les travailleurs en contact avec leur public exercent un travail constant de maintien de leur statut et de leur dignité, en se distinguant de leur public. La relation entre producteur et consommateur de services relève d'une tension structurelle qui n'est pas un simple malentendu ou problème de communication.

La pratique de distinction entre un groupe professionnel et son public afin de protéger son statut social est un phénomène sociologique connu, notamment dans les services de santé. Le problème des tensions entre les deux groupes sociaux découle directement de celui de la routine et des urgences. Les travailleurs développent une certaine routine à force de multiplier des centaines, voire milliers de situations aux facteurs invariants, et développent à partir de cela une notion propre de l'urgence par rapport à l'activité de routine. D'autre part, l'utilisateur du service considère sa situation comme exceptionnelle et urgente, et, confronté au travailleur qui y perçoit une situation de plus de son activité de routine, développe le sentiment qu'il n'est pas pris au sérieux, ou qu'on ne l'a pas compris.

« Le travailleur pense que sa longue expérience lui a appris que les clients exagèrent leurs problèmes, et c'est pourquoi il recourt à des artifices pour se protéger et gagner du temps ». En effet, la **maîtrise de sa charge de travail** est une forme de contrôle sur son propre corps et sur sa fatigue, et tout travailleur souhaite garder le contrôle de cette maîtrise. Cette situation crée

---

<sup>21</sup> HUGHES Everett, 1996, « Le travail et le Soi », in *Le regard sociologique*, Ed. EHESS.

des conflits et des tensions du fait de la structure même de l'interaction, qui nécessite d'être comprises par les travailleurs et les services afin de rassurer les personnes sur l'attention accordée à leur situation.

La question de la *fatigue de l'empathie* des travailleurs sociaux existe également existe également dans la littérature, sous la notion de *production sociale de l'indifférence* décrites comme une qualité propre aux bureaucraties occidentales<sup>22</sup> : elle est parfois associée à des techniques de New Public Management fondées sur les résultats quantifiés et non plus sur la qualité et la nature des méthodes et des processus<sup>23</sup> pour atteindre ces résultats.

L'ensemble des services sociaux de 1<sup>ère</sup> ligne interrogés mentionnent la numérisation des procédures, la difficulté d'accès par téléphone, et l'impression de déranger son interlocuteur comme ayant un impact majeur sur l'accès aux droits des habitants, et sur l'augmentation de leur charge de travail.

#### 16.3.4.5 La saturation des services de première ligne à bas seuil

Les services de 1<sup>ère</sup> ligne décrivent les procédures administratives quotidiennes comme ayant une présence constante dans leur charge de travail. ***L'unanimité des intervenant interrogés estiment qu'un service de 1<sup>ère</sup> ligne ne doit rien refuser, et qu'aucune demande n'est mauvaise puisqu'elle permet une porte d'entrée dans d'autres problématiques, et de construire avant tout une relation de confiance avec le bénéficiaire.***

Néanmoins, l'inventaire des tâches réalisées les plus souvent et qui encombrant les services sociaux sont des tâches administratives quotidiennes, un effet renforcé depuis le premier confinement et le renforcement du télétravail. Les tâches évoquées, devenues chroniques, sont majoritairement :

- Des services bancaires : aller voir combien il reste sur son compte, imprimer un extrait de compte, poser une question à la banque.
- L'impression de documents administratifs : composition de ménage, avertissement extrait de rôles, remplir la déclaration d'impôts.

Si les services bancaires ne relèvent pas des compétences de la COCOM, il est néanmoins remarquables que les restructurations organisationnelles de ces services, qui suppriment les guichets et favorisant l'usage des technologies numériques a un effet sur la charge des services sociaux de première ligne, où les personnes les plus vulnérables s'adressent.

Notons aussi que toute restructuration d'un service a un impact sur l'accessibilité des publics les plus vulnérables, dont il n'est pas toujours tenu compte.

Aussi, les accueillantes de services de première ligne ou des maisons médicales interrogées déclarent faire des démarches administratives de base pour leurs publics, sont évoquées à titre d'exemple :

- Prendre un rendez-vous à la commune ou un organisme de prestation de la sécurité sociale ;
- Prendre rendez-vous avec la banque ;
- Trouver le numéro de téléphone ou l'adresse d'une institution ;
- Etc.

<sup>22</sup> HERZFELD Michael, 1992, *The Social Production of Indifference*, Chicago, University of Chicago Press.

<sup>23</sup> PIRON Florence, 2003, « La production politique de l'indifférence dans le New Management Public », *Anthropologie et Sociétés*, v.27 n°3, p.47-71. ;



De nombreux services dans les Marolles ont un bas seuil d'accès, et récoltent ainsi une charge de travail produite par la réduction de l'accès par d'autres administrations.

#### 16.3.4.6 Un manque de connaissance des affiliations

La notion de *distance aux institutions* inclut également une qualité propre aux publics vulnérables. Les acteurs de première ligne évoquent le manque de connaissance de certains publics des institutions où ils sont affiliés : certaines personnes ne savent pas quel est leur syndicat, ou dans quelle caisse d'allocations familiales ils sont affiliés, ni s'ils sont en ordre de cotisation lorsqu'il s'agit d'un organe de prestations de la sécurité sociale.

Dans les entretiens avec les habitants, plusieurs d'entre eux désignaient une institution publique comme leur propriétaire, qui s'avère ne pas être le véritable propriétaire : une confusion entre le logement bruxellois, la régie foncière, le CPAS, que la vérification des documents permet de constater.

#### 16.3.5 *Le manque d'information sur les services existants*

Les entretiens avec des habitants expriment une difficulté à avoir l'information sur ses droits sociaux. Pour la plupart d'entre eux, un droit est octroyé par une administration publique exclusivement lorsqu'il est revendiqué.

##### 16.3.5.1 Les jeunes

L'enquête exploratoire reprenant des entretiens semi-directifs avec 6 jeunes interrogés dans l'espace public, à des lieux-clés de fréquentation dans le quartier, montre que la plupart d'entre eux ne connaissent pas l'ensemble des services proposés par le CPAS.

Le CPAS est perçu comme un pourvoyeur d'aide financière. Les jeunes bénéficiaires du CPAS eux-mêmes, toujours aux études, ne perçoivent pas le CPAS comme vecteur d'insertion socioprofessionnelle ou culturelle, par exemple, et ne leur adresse pas de demande.

Les jeunes interrogés ne bénéficiant pas du CPAS ne pouvaient pas décrire ses missions, et le décrivent comme « un endroit où on aide les nécessiteux ».

Les diagnostic des AMO font également le constat d'un manque de connaissances des services et des droits parmi les jeunes et leurs familles, et mettent en place des projets pour y répondre, notamment par le développement du travail de rue, ou l'information dans des écoles. Des partenariats ont lieu entre les AMO et les écoles du quartier sur des thématiques spécifiques.

Un jeune interrogé mentionnait la pertinence d'informer sur les droits sociaux à l'école secondaire. L'aide alimentaire

L'aide alimentaire au sein du quartier est assez bien structurée. Trois services fournissent de l'aide alimentaire et le quartier dispose d'une épicerie sociale. Toutes les structures d'aide alimentaire sont également membres de la gouvernance du Réseau de Santé Diabète Marolles, et sont sensibilisées aux liens entre santé et alimentation.

##### 16.3.5.2 La dualité avec la proximité des associations de première ligne

Les mesures de protection contre la pandémie de la COVID-19 a approfondi une dualité entre la proximité des associations et celles des institutions de la vie publiques évoqué plus haut (services hospitaliers, administrations publiques de tout niveau de pouvoir, services bancaires).

La plupart des services de première ligne des associations des Marolles ont été doublement présentes sur le terrain durant le confinement, particulièrement celles qui ont une sensibilité aux déterminants de la santé.

Certains des acteurs-clés du tissu associatif local ont mis en place des dispositifs de visite à domicile, à l'aide de partenariat avec des mouvements de jeunesse, dans le but de distribuer des médicaments chez les personnes les plus vulnérables : personnes âgées, personnes à mobilité réduite, personnes sans-papiers craignant d'être contrôlées.

Les intervenants interrogés mentionnent que cette activité a permis de révéler de nouvelles vulnérabilités en passant plus fréquemment à domicile, et un renforcement de la qualité de la relation du simple fait d'appeler ou de passer 5 minutes pour demander si tout va bien, proactivement, à des personnes identifiées comme vulnérables, sans qu'elles en expriment la demande.

Chez les habitants interrogés, ce phénomène : mise en télétravail des administrations publiques, réduction des présences physiques dans les CPAS, suppression des consultations médicales spécialisées pour les patients souffrant de problèmes chroniques, etc.

#### ***16.3.6 La complexité de la législation liée à la maladie ou au handicap***

La législation sur le handicap, qui octroie des indemnités liées à la réduction d'autonomie (APA, AI, ARE) apparaît comme une législation complexe et opaque. Les travailleurs sociaux interrogés expriment leur désarroi pour expliquer aux habitants une législation qu'ils ne comprennent pas. Le système de points est généralement compris, mais le calcul de l'octroi de l'aide n'est pas toujours transparent en fonction des personnes.

De plus, il est difficile d'expliquer à une personne qui a perdu son emploi du fait d'une réduction d'autonomie qu'elle perdra également ses indemnités de handicap à partir du moment où elle aura des revenus de remplacements (mutuelle par exemple). Cette situation est vécue comme une triple peine : la réduction d'autonomie mène à une perte de travail qui mène à une baisse de revenus, qui mène elle-même à une baisse de l'indemnité.

Le sentiment d'arbitraire est évoqué par les habitants et les travailleurs sociaux de première ligne.

La législation est plus complexe encore lorsqu'il s'agit d'accident de travail :

- Un certificat médical atteste d'une incapacité de travail à 66% ;
- Le handicap ne se fonde pas sur cette incapacité de travail, mais sur un calcul propre à partir de points de réduction d'autonomie ;
- Les accidents de travail calculent des réductions de capacité de travail selon leurs propres calculs, indépendant de la déclaration de perte de 66% du certificat médical

Les habitants ne font pas la différence entre ces différents pourcentages et comptages d'administration différentes et ne comprennent pas pourquoi un pourcentage dans une administration ne fonctionne pas dans une autre.

De plus, les risques de perte de revenus temporaires sont fréquentes en cas d'accident de travail : les acteurs de première ligne décrivent des personnes qui ne savent pas qu'elles peuvent s'adresser à leur assurance-loi directement et transitent par leur employeur, menant à des arrêts temporaires de revenus qui les orientent vers leur organisme-assureur, tout en entrant dans une

procédure de déclaration de handicap. Les personnes sont prises dans trois systèmes différents et déclarent ne pas être informés sur ces systèmes, d'après les acteurs de première ligne.

### **16.3.7 Les facteurs favorisant l'accès aux droits et aux services**

L'analyse des entretiens avec les habitants révèlent quelques facteurs favorisant ou défavorisant l'accès aux droits et aux services. A noter que ces facteurs peuvent varier en fonction du type de public. Les facteurs favorables au recours ne sont pas les mêmes pour les jeunes et pour les personnes âgées.

#### **16.3.7.1 La relation de confiance avec un intervenant ou un agent**

L'attitude et la posture de la personne avec qui elles sont en contact est déterminante dans la capacité de la personne à exprimer ou comprendre ses droits ou un service. Une assistante sociale proactive, qui prend contact « juste pour avoir des nouvelles ou vérifier si tout va bien », un accueil cordial et compréhensif, sont autant de facteurs mentionnés comme favorables.

#### **16.3.7.2 La référence à un ou deux intervenants identifiés comme référents**

L'analyse des entretiens montrent que les habitants se réfèrent toujours exclusivement à un assistant social, ou tout au plus à deux services. Elles s'attendent à ce que cette personne agisse comme référent dans la coordination des dispositifs d'intervention, ou de médiateur dans les contacts avec les autres services.

L'individualisation des traitements par des services différents, influencés par le RPGD, semblent agir comme un frein : les personnes s'attendent à ce que leur personne de référence, qui connaît bien leur histoire, les aide à formuler les problèmes et à comprendre les démarches à faire. Les autres intervenants des différents services qu'ils fréquentent sont présentés comme distants. Certains habitants mentionnent leur AS de CPAS comme une personne de référence, d'autres ne savent pas qui elle est, ni son nom, ni son prénom, et se réfèrent à une AS d'un autre service.

Les jeunes mentionnent les associations de jeunesse qu'ils fréquentent comme des vecteurs importants dans leurs relations avec les autres services, notamment le CPAS. ***Les jeunes adultes 18-25 ans semblent particulièrement sensibles à ce facteur.***

#### **16.3.7.3 Le passage à domicile**

***Les jeunes ne sont pas concernés par ce facteur, qui est plutôt défavorable pour eux, notamment parce qu'ils sont déjà pris dans des tensions familiales, où qu'ils sont dans une démarche d'autonomisation qui cherche à s'affranchir de la famille..***

Pour les personnes âgées ou les personnes à faible niveau d'instruction, ce passage semble être facilitateur. Les personnes s'expriment mieux dans un cadre qu'ils connaissent.

Les personnes âgées, qui se déplacent peut, sont également plus sensibles aux visites à domicile. De plus, le passage à domicile permet d'évaluer les conditions de vie de la personne, dont elle ne parlera pas toujours elle-même, parce qu'elle n'y pense pas forcément. Des exemples d'acteurs de première ligne sont mentionnés :

- Le fait qu'une personne n'a plus de prises électriques fonctionnelles ou pas de cuisine du tout ;
- Une installation électrique dégradée ;

- Une salle de bain inadaptée ;
- Lors d'un entretien avec une habitante à son domicile, celle-ci n'évoque jamais d'elle-même le fait que le chauffage ne fonctionne pas, et ne l'explique que lorsque je lui fais pose la question en fin d'entretien ;
- Etc.

La pertinence d'évaluer le contexte de vie est également lisible à la section « Le logement comme déterminant important du non-recours », dans la mesure où les personnes intériorisent parfois leurs conditions de vie dégradées et finissent par les considérer comme « normales ».

#### 16.3.7.4 La prise de contact sans objectif socio-administratif

La simple prise de contact, « voir comment ça va » est mentionnée comme un facteur favorable par les habitants. Selon eux, cette prise de contact fluidifie les demandes à venir.

En l'absence de l'entretien de la relation par des prises de contacts ponctuelles de ce type, les habitants évoquent l'impression de devoir réclamer, « mendier », de ne solliciter les services que lorsqu'ils sont dans le besoin. Cette position de « requête » vis-à-vis des services les incitent à ne pas toujours solliciter d'aide lorsqu'un besoin est exprimé. Cet effet est renforcé si le service est saturé, le rendez-vous semble pressé et qu'ils ont l'impression, soit que l'intervenant est submergé, soit qu'ils dérangent l'intervenant dans son quotidien.

« Prendre le temps » de rencontrer les gens dans des situations qui ne sont pas exclusivement de l'ordre du problème, du besoin et de la demande semble favoriser l'expression des besoins. Certains habitants expriment une attente explicite de ce type de la part des services sociaux.

Certains habitants disent qu'ils ne « veulent pas déranger les services » avec leurs problèmes.

#### 16.3.7.5 L'accent sur la relation de confiance

Le premier contact et la nature de l'accueil donnés par les services jouent un rôle important pour les habitants dans leur motivation à avoir recours à des services. L'accent est mis sur le fait d'être écoutés dans leurs besoins, sans forcément devoir exprimer une demande, qu'on s'intéresse à eux, qu'on les accompagne sur des premières demandes qui n'ont d'autres buts parfois que de « tester » si on peut faire confiance à l'intervenant ou non.

Les recadrages administratifs, les explications sur les législations ou les services semblent être facilités par la qualité de la relation.

#### 16.3.7.6 La concentration des services de différents secteurs sur un même endroit

La concentration des services de plusieurs secteurs différents favorisent les articulations, car la référence ou les présentations peuvent être faites directement sur place et les lieux sont déjà connus.

### ***16.3.8 Les facteurs défavorisant l'accès aux droits et aux services***

#### 16.3.8.1 La multiplication des acteurs et des services, « encore raconter son histoire »

Corollaire de l'identification d'une ou deux personnes ressources pour les démarches sociales, la confiance semble s'adresser à un nombre délimité d'intervenants.

« Devoir encore raconter son histoire à un nouvel intervenant » est évoqué par plusieurs habitants comme une difficulté, y compris les jeunes.

#### 16.3.8.2 Le manque d'accessibilité physique à des intervenants à l'écoute

Ce facteur est développé dans la section sur « la distance aux institutions ».

La numérisation des procédures administratives et l'automatisation des centrales téléphoniques ont déjà été mentionnées.

#### 16.3.8.3 La distance aux institutions

Ce facteur est documenté plus haut.

### **16.3.9 Les services d'alphabétisation**

Les acteurs de première ligne évoquent un manque dans le nombre de service d'alphabétisation. Ces services peuvent être des vecteurs importants d'information du droit, d'identification des problèmes de non-recours ou de travail sur les déterminants de santé en orientant les cours d'alphabétisation sur ces thématiques.

Un service d'alphabétisation intégré dans un centre multidisciplinaire met déjà en place ce type d'approche.

### **16.3.10 L'aide alimentaire**

#### 16.3.10.1 Une transformation de l'aide

Des acteurs qui ne fournissaient pas d'aide alimentaire ont commencé à le faire pendant le confinement. Du fait des mesures de confinement, les restaurants sociaux ont transformé leur activité en distribution de repas chaud.

Cette transformation de l'activité a modifié les publics :

- Le public sans-abris et sans-papier du quartier (dont une grosse proportion est d'origine polonaise) s'approprie la distribution des repas chauds. Cette nouvelle population crée des files importantes et possède des problématiques spécifiques (assuétude, comportements agressifs, mauvaise hygiène) auxquelles les services ne sont pas préparés ;
- Les publics traditionnels se tournent vers les colis alimentaires et l'épicerie sociale, dont les produits nécessitent une transformation dans une cuisine.

Le confinement révèle un réel besoin en distribution de repas chaud des publics sans-abris et sans-papiers.

***Restriction de la distribution des repas chauds développée pendant le confinement.*** Cette transformation mène certains services à restreindre l'octroi des repas chauds et à réorienter les personnes sans-abris.

***Élargissement de l'accès à des nouveaux publics au sein de certains services d'aide alimentaire.*** Certains autres services de distribution d'aide alimentaire ont au contraire élargi leurs conditions pour impliquer les personnes sans-papiers, sur la base d'une enquête sociale d'une assistante sociale locale. La décision a été prise par le fait que le CPAS octroie une carte médicale, et que l'alimentation est un déterminant important de la santé.

#### 16.3.10.2 Une approche de la promotion de la santé

Les acteurs de l'aide alimentaire sont sensibles aux questions de promotion de la santé. La totalité des acteurs sont membres, parfois fondateurs, du Réseau Santé Diabète des Marolles.



La nécessité de la qualité des aliments et l'enjeu symbolique du choix dans la construction de l'estime de soi des publics vulnérables est largement évoqués par ces acteurs.

### 16.3.10.3 Le projet PLASMA

Un projet de projet de concertation de ces services a été créé, la Plateforme Alimentation Santé des Marolles. Cette plateforme, pilotée par l'épicerie sociale, a dressé en 2020 un état des lieux de l'aide alimentaire dans le quartier<sup>24</sup>. Cette enquête questionne 37 associations des Marolles sur l'offre en aide alimentaire et les besoins de leurs publics, et interrogent 18 habitants bénéficiaires de l'aide alimentaire. Les de cet état des lieux, pilotée par l'ASBL Les Capucines, sont les suivants.

#### ***Etat des lieux***

Les canaux d'approvisionnements sont fondés sur :

- Les invendus de grandes enseignes de supermarchés qui approvisionnent à flux tendu.
- Les achats ponctuels ou régulier par le biais d'une plateforme d'achat

Des acteurs qui ne fournissaient pas

#### ***Du point de vue des associations***

- Les principaux points faibles de l'aide alimentaire évoqués sont :
  - Une quantité insuffisante des denrées, notamment en produits frais (50% des fruits et légumes reçus sont impropres à la consommation);
  - La faible qualité des denrées reçues ;
  - Le manque d'adéquation à la diversité culturelle du public ;
  - La proximité des dates de péremption
- Les raisons du non-recours à l'aide alimentaire évoquées par les services sont :
  - Principalement, le sentiment d'une stigmatisation et la honte de faire la demande ;
  - La difficulté des démarches administratives, notamment pour les personnes âgées ;
  - Le manque d'information par les services sociaux de première ligne (bien qu'une amélioration soit évoquée).
- Les facteurs de satisfaction évoqués selon les associations interrogés sont :
  - La diversité des produits ;
  - La gratuite ou le très faible coût des produits ;
  - Des produits sains ;

Les besoins hebdomadaires en aide alimentaire mentionnés par les associations sont principalement des fruits et légumes de bonne qualité, des produits frais (poisson, viande, produits laitiers), du riz, des pâtes et des légumineuses.

A noter que, dans les entretiens du référent quartier, un acteur considérait que l'aide alimentaire était avant tout une « question de survie » et que les questions de préférence culturelle, convictions religieuses, ou d'aliments sains étaient secondaire. Cette vision ne semble pas dominer l'ensemble des acteurs du quartier.

---

<sup>24</sup> Epicerie sociale Les Capucines, *État des lieux de l'aide alimentaire dans le quartier des Marolles : Ressources – Besoins – Visions*, PLASMA, 2020.

### ***Du point de vue des habitants***

L'enquête PLASMA interroge des habitants. Notons un biais de l'état des lieux qui n'interroge que des personnes déjà bénéficiaires de l'aide alimentaire :

- La fonction de l'aide alimentaire est, selon les habitants :
  - Se nourrir
  - Bien se nourrir, se faire plaisir, faire des rencontres
  - Offrir du choix
- Les points faibles de l'aide alimentaire sont :
  - Le manque de certains produits (qui varie selon la subjectivité et la culture des habitants)
  - Des produits inadaptés aux habitudes culturelles ou aux croyances religieuses
  - Un manque de qualité des produits (un manque de produits frais).
  - La proximité de la date de péremption.

### ***16.3.11L'accès aux services de santé***

***Une forte proportion d'inscrit en maison médicale.*** 44% de la population des Marolles était inscrite en maison médicale dans les Marolles en 2019, soit 5176 personnes. Le quartier dispose de trois maisons médicales. A noter qu'au moins une maison médicale située dans le quartier Anneessens a déclaré avoir plusieurs centaines d'inscrits dans les Marolles, à la frontière du sous-quartier Brigittines. Cette forte proportion de population inscrite en maison médicale est une ressource importante qui acte les maisons médicales comme des acteurs-clés pour toucher la population des Marolles.

***Mais pas de médecin généraliste privé.*** En même temps, il n'y a pas d'autres médecins généralistes installés en cabinet dans le quartier des Marolles. Puisque le quartier est composé de 12.374 personnes et que 5176 d'entre elles sont inscrites en maison médicale, ***cela indique que 7.198 personnes n'ont pas accès à un médecin généraliste autre que l'hôpital dans le quartier.*** Nous ne connaissons pas le profil de ces personnes.

Un service de médecine générale existe au sein de l'hôpital Saint-Pierre. Nous n'avons pas de donnée sur le taux d'habitants du quartier fréquentant l'hôpital pour des soins de médecine générale.

#### ***16.3.11.1 La difficulté de la continuité des soins suite à une hospitalisation***

Déjà évoquées dans les résultats intermédiaires, la phase de finalisation confirme la difficulté de continuité des soins ou de relogement après une hospitalisation, et parfois le manque de coordination avec les services hospitaliers.

#### ***16.3.11.2 Les relations avec les spécialistes***

Les relations avec les services spécialisés hospitalisés sont décrites comme ambivalentes. Les personnes interrogées souffrant de diabète n'exprimaient pas de difficultés dans la relation avec leur endocrinologue.

Les intervenants de première ligne évoquent cependant des difficultés à joindre un médecin spécialiste, lorsqu'ils accompagnent des personnes aux faibles compétences en compréhension de leur santé. Les rencontres avec les médecins spécialistes sont parfois décrites comme très brèves, avec peu d'explication ou des explications mal comprises, et parlent de

« *bunkerisation* » des spécialistes auxquels il est très difficile d’avoir accès pour avoir des explications complémentaires demandées par des patients aux faibles compétences communicationnelles.

### **16.3.12L’insertion socioprofessionnelle**

#### **16.3.12.1 Les jeunes 18-25 ans**

Les jeunes interrogés lors de l’enquête exploratoire évoquent un besoin criant d’accompagnement dans la recherche d’emploi. Le CPAS n’est pas perçu par ses jeunes comme un service d’accompagnement pouvant les aider, la visite domiciliaire et l’examen des revenus familiaux étant évoqués comme facteurs de frein.

L’enquête exploratoire retraçant le parcours de 6 jeunes entre 18-25 ans dans l’espace public des Marolles montre que les acteurs jeunesse du quartier jouent un rôle important pour les jeunes traînant dans le quartier la journée. Néanmoins, ***les liens entre les différents acteurs jeunesse et les acteurs de l’insertion socioprofessionnelle semblent pour être une opportunité de développement.***

Certains jeunes expriment des attentes en termes de ***meilleure information sur les droits et services et un suivi personnalisé rapproché, avec des contacts soutenus de qualité entre eux et les travailleurs sociaux.*** Le ***soutien financier à la famille est évoquée comme première source de motivation*** par les jeunes interrogés dans l’enquête exploratoire.

Les acteurs jeunesse dressent également le même constat d’une nécessité de politiques d’emploi ciblées au niveau du quartier.

#### **16.3.12.2 Les personnes désaffiliées**

Les intervenants sociaux de première ligne évoquent également des parcours de personnes en insertion socioprofessionnelle depuis plus d’une dizaine d’années, personnes ne développant pas de compétences en termes de contact avec l’administration, linguistiques et communicationnelles, sans réseau social et ne trouvant pas d’emploi malgré des années dans le système.

Ce public n’est pas quantifié : une identification de ces publics et de leurs besoins spécifiques permettrait d’évaluer les besoins en matière d’accompagnement (travail sur l’estime de soi, le renforcement des compétences relationnelles).

#### **16.3.12.3 Un travail adapté**

De nombreux acteurs évoquent la nécessité de travaux de mise en lien, de passage constant chez les habitants, les commerçants, les acteurs associatifs et leurs publics afin d’identifier et de construire du lien social, pouvoir relayer les demandes, mieux connaître les attentes et les réalités.

Un commerçant évoque l’existence d’un projet d’insertion socioprofessionnelle ayant créé des emplois dont la fonction était de passer chez les commerçants pour établir de lien, connaître leur situation, et relayer les discussions, attentes et demandes évoquées lors de ce travail de lien social. Ces projets, où les travailleurs sont formés à des compétences relationnelles, ont été stoppés et remplacés par des procédures informatiques, mais sont évoqués comme des initiatives importantes à la fois pour fournir de l’emploi local et pour maintenir un lien de proximité entre les institutions publiques et les habitants.

#### 16.3.12.4 Les limites de l'autonomisation

Enfin, certains intervenants de première ligne affirment qu'il faut une définition claire de la notion d'autonomisation dans les démarches d'insertion socioprofessionnelle. D'après eux, l'autonomie totale ne peut pas toujours être atteinte par tout le monde, et certaines personnes nécessiteront toujours un besoin quelconque. Des indicateurs permettant aux services d'identifier le degré de vulnérabilité d'une personne et en déduire les objectifs en termes d'autonomisation et de dispositifs à mettre en place seraient utiles à cette identification.

### 16.4 La cohésion sociale

#### 16.4.1 *L'isolement comme déterminant du non-recours et de la santé*

L'isolement a été identifié dans les résultats intermédiaires comme un déterminant important de la santé et du non-recours.

Les maisons médicales interrogées identifiaient des personnes désaffiliées, sans réseau social autour d'elle. Les enquêtes avec les acteurs de première ligne et les habitants confirment ce résultat.

*A la question de savoir s'ils peuvent compter sur un proche en cas de difficulté financière soudaine, ou de besoin d'hébergement soudain, les habitants interrogés identifient au maximum une personne, souvent aucune.*

Certains d'entre eux évoquent la grande désaffiliation des personnes âgées, qu'ils observent dans leur voisinage.

#### 16.4.2 *La concertation sociale*

Les résultats intermédiaires sur la concertation évoquaient une fatigue de la concertation. L'approfondissement de cette question permet de nuancer ce propos essentiellement issu des intervenants de première ligne.

Les entretiens avec les habitants révèlent trois logiques différentes :

- Un désintérêt pour la participation politique et une attente que les politiques « gèrent » de manière compétente ;
- Un intérêt d'être consulté sur des politiques publiques sur le mode de l'entretien individuel ;
- Une volonté de reconstruire des espaces de dialogues où la parole peut être déliée et d'où peuvent émerger des thématiques, sans cadre préalable.

Un commerçant évoque surtout une fatigue des concertations selon le modèle des contrats de quartiers, et relève les éléments suivants :

- Les concertations sont trop longues : plusieurs heures sur plusieurs mois ;
- Elles sont trop cadrées : les questions sont pré-écrites et chaque personne a plusieurs minutes pour s'exprimer sur une batterie de questions.
- Les habitants qui participent ressortent frustrés, car ils ont avant tout besoin de parler, y compris d'événements apparemment futiles pour la collectivité, mais pour se réhabituer à prendre la parole.

#### 16.4.2.1 Suggestions pour favoriser la concertation

Une suggestion issue d'un habitant pour favoriser la participation et la concertation des habitants est la création de commissions de quartier par sous-quartiers et par îlots.

Un exemple de modèle suggéré est : une commission se réunissant une fois par mois, sur le modèle de la coordination sociale, sans cadre prédéterminé mais avec un animateur compétent, faisant émerger des thématiques et outillés par des techniques d'animation collectives.

L'importance de « connaître le langage local » et de s'implanter pour avoir une connaissance pratique du quartier et de la vie en son sein a été mentionnée.

***Dans la lignée de cette suggestion, la mise en place d'un Bureau de Recherche et d'Investigation sur les Communs a été mis en place afin d'amorcer une dynamique de ce type pour un groupe de travail sur un quartier donné et l'évaluer.***

#### 16.4.3 *Les tensions sociales dans le quartier*

##### 16.4.3.1 Les tensions dans l'espace public

Les résultats intermédiaires décrivent des constats d'acteurs locaux à propos de groupes qualifiés de « bandes de jeunes » dans le quartier.

***Le point de vue des habitants.*** Ce vocable n'est pas utilisé par les habitants eux-mêmes, qui parlent de « dealers » et se réfère à l'insécurité en pointant le deal de drogue. Le coin entre la rue du Templier et la rue de la Samaritaine est, à titre d'exemple, identifié, ainsi que le quartier de la Querelle. Néanmoins, ***les hommes interrogés ne disent pas se sentir eux-mêmes en insécurité, et pointent plutôt le risque pour les personnes âgées, fréquemment volées ou agressées d'après leurs observations.*** La police n'apparaît pas comme une solution pour ces habitants qui ne les appellent pas et s'adaptent par négociations avec les « dealers », qui ne leur pose pas de problèmes directement. Une femme interrogée, habitant rue Blaes, déclare ne pas se sentir à l'aise dans la rue, mais déclare n'avoir jamais été agressée.

***Le point de vue d'un psychologue.*** Un psychologue de 1<sup>ère</sup> ligne accompagnant des jeunes dans un service de santé mentale évoque les difficultés financières des jeunes, qui confient parfois faire des « choses pas très bien » du fait qu'ils doivent de l'argent.

Le soutien financier à la famille est évoqué comme une source de besoin financier par plusieurs acteurs de première ligne.

##### 16.4.3.2 Les cambriolages

Un commerçant évoque aussi des petits cambriolages dans son magasin de manière ponctuelle, généralement pour des faibles montants. Ils identifient un lien avec l'énorme précarité bruxelloise et ne lient pas directement ces faits à des gens du quartier, mais plutôt à des gens de passage.

#### 16.4.4 *Cohérence et articulation de l'action sociale dans le quartier*

##### 16.4.4.1 Un tissu associatif très entremêlé

La phase de finalisation révèle une forte cohérence sociale, dans le sens où de nombreux travailleurs d'associations d'un secteur se retrouvent dans les conseils d'administration d'associations d'autres secteurs. Une médecin d'une maison médicale et un travailleur social d'un service de santé mentale sont, par exemple, membre du conseil d'administration d'un



service social général distribuant l'aide alimentaire. Ce même service est dans le conseil d'administration du réseau du santé diabète Marolles.

Cet entrelacement du tissu associatif est une opportunité forte dans l'articulation de l'action sociale des Marolles.

#### 16.4.4.2 Une volonté de travailler sur des objectifs communs

Les résultats intermédiaires montraient des échanges entre associations essentiellement fondés sur le partage de l'information, accompagné d'une volonté de travailler sur des objectifs communs. Les énergies sont présentes et manquent peut-être d'une dynamique d'animation et de coordination qui peut être remplie par les CLSS.

L'organisation du BRICO en collaboration avec la Fédération des Services Sociaux montrera si cette activité permet d'amorcer cette dynamique, qui mériterait d'être soutenue à long terme. Les activités d'implication des habitants évoquent un vif intérêt de la part des acteurs locaux.

Plusieurs associations ont néanmoins des projets ou des partenariats intersectoriels et font par-là déjà un travail d'articulation.

### 16.5 Un focus sur certains publics spécifiques

#### 16.5.1 *Les jeunes de moins de 18 ans*

L'AMO CARS a réalisé un diagnostic social du quartier dans le cadre de la réalisation de son plan d'action<sup>25</sup>. Elle identifie les constats suivants concernant les moins de 18 ans :

- La difficulté de communication au sein des familles
- Le manque de connaissance des ressources associatives et institutionnelles mobilisables par les jeunes et les familiers
- L'utilisation de l'espace public comme dernier repaire
- Le manque de connaissance et de confiance en soi de la part des jeunes
- Le harcèlement comme violence au cœur de la réalité des jeunes
- La difficulté des parents à assurer leurs rôles parentaux
- Une approche négative de la scolarité.

Les projets mis en place par l'association cherchent à agir sur ces constats observés.

#### 16.5.2 *Les personnes sans-papiers*

Les personnes sans-papiers forment une population importante de la fréquentation des services. Un service de santé mentale mentionne que c'est la totalité de son public, « pour nous, quelqu'un qui a un revenu d'intégration sociale du CPAS, c'est le bourgeois de notre public ». Face à l'absence de titre séjour, ce public se voit coupé l'accès à une série de droits, et fréquente plusieurs services : les services d'aide alimentaire (repas chaud distribués pour les sans-abris), les services de logements puisqu'ils sont soumis à des conditions de logement difficiles.

***Les familles monoparentales sans-papiers*** forment un public particulière vulnérable dans les maisons médicales. La ***consultation ONE du quartier des Marolles évoque 30 à 50% de femmes sans-papiers dans leur consultation***, généralement mal logées et parfois contraintes

---

<sup>25</sup> AMO CARS, *Diagnostic social 2020 – Plan d'actions 2020*, transmis par l'association.

au travail du sexe<sup>26</sup>, arrivant souvent en consultation en dernière phase de grossesse – du fait d’une vie quotidienne consacrée à la survie et aux besoins élémentaires.

***L’ensemble des services concernés mettent en avant l’importante proportion de ce public et de la difficulté de l’accompagnement face aux manques de ressources institutionnelles*** ainsi que la détresse ou la colère développée lors de l’accompagnement des personnes sans titre de séjour, qui crée une forme d’épuisement.

De nombreux services de première lignes s’adaptent pour se rendre accessibles à ce public et organise des partenariats dans ce cadre.

### ***16.5.3 Les personnes âgées***

Le rapport de Zoom Senior réalisé en 2019<sup>27</sup> évoque des difficultés particulières. Une étude des besoins spécifiques de la population âgée isolée est encore à déterminer de manière plus large. Le rapport de Zoom Senior rapporte les éléments suivants.

#### ***Point de vue des intervenants :***

- La multiplicité des acteurs formels/informels est peu lisible pour les seniors ;
- La continuité des soins pré-op et post-op est parfois peu assurée ;
- Certaines personnes s’isolent volontairement, d’autres n’expriment que des besoins ponctuels ;
- L’accès à des services ou personnels de santé mentale est difficile et peu adapté ;
- Les frais des transports en commun freinent l’accès aux centres de jours et aux rendez-vous médicaux ;
- Les logements sont rarement adaptés : trop étroits pour les chaises roulantes, pas d’ascenseur, insalubrité, salles de bains inadaptées ;
- Les seniors très isolés ont parfois des dettes hors crédit (énergétique, soins de santé, loyer, etc.)
- Les loyers privés sont élevés pour des pensions très faibles ;
- Tous les intervenants ne connaissent pas toutes les aides disponibles ;
- La fracture numérique, compensée par des accompagnements en service de 1<sup>ère</sup> ligne, est difficile à compenser à domicile
- Les modalités administratives de l’inscriptions dans des services freinent l’accès (l’enquête de revenus pour les services d’aide à domicile par exemple, qui demande de multiples documents : avertissement extrait de rôles, attestation de reconnaissance du handicap, extraits de compte).
- La transition entre domicile → aide à domicile → maison de repos et de soins. Ces changements se font souvent avec peu de transition et sont brutaux pour les seniors. L’anticipation est nécessaire, tout en évitant les décisions de placements hâtives par les aidants proches.
- Les maisons de repos sont perçus négativement (« mouiroirs »).

#### ***Point de vue des seniors interrogés***

---

<sup>26</sup> Cf. Fiche de projet « Drogues et réduction des risques » de l’association Entr’aides des Marolles, communication privée du 10 décembre 2021

<sup>27</sup> Diagnostic du Réseau Quartier Aide et Soins, 2019. Le projet est renommé Zoom Seniors.

- Les seniors évoquent un sentiment d'insécurité, lié à des mauvaises expériences d'agression ou la présence de regroupement de jeunes dans des espaces publics, mais aussi la difficulté de se mobiliser et la volonté d'être accompagné ;
- Le quartier des Marolles est perçu comme sûr, sauf les soirs week-ends du fait d'un public consommant de l'alcool ;
- Les seniors limitent leur déplacement au quartier, de peur de prendre les transports en commun, et s'arrange avec son entourage pour des petits aménagements (pharmacien qui dépose les médicaments à domicile, etc.) ;
- Des difficultés à faire remonter les problèmes de logement sont évoquées au sein des logements publics : régie foncière et sociétés de logements sociaux ;
- L'hygiène des rues est vue comme dégradée, comme les façades et le manque d'espaces verts et de jeux pour les enfants ;
- Les éclairages publics, l'installation de caméras de sécurité sont mentionnés comme des facteurs rassurants ;
- Les seniors s'identifient par sous-quartiers (comme mentionnés dans la section sur le découpage territorial).
- L'affiliation à un service du quartier permet la construction d'un réseau social de proximité, si elle est structurée soutenue par un service. La participation active des commerçants et des pharmaciens est évoquée comme un point remarquable.
- La relation de confiance avec les médecins les incitent à garder des médecins parfois hors du quartier plutôt que d'en changer. Le constat est similaire pour les maisons médicales et les hôpitaux de référence. Le choix de la pharmacie est par contre orienté par des considérations financières (remises) et géographiques (proximité).
- Certains seniors évoquent une méfiance vis-à-vis de la médecine et des médicaments.

#### ***16.5.4 Les commerçants précarisés du quartier***

Les entretiens avec le président de l'association des commerçants du quartier révèlent une grande précarité de la plupart des commerçant.

Les résultats intermédiaires du diagnostic évoquaient la dualisation du quartier, avec des commerces de luxes adressés à un public ne venant que le week-end.

D'après le président de l'association des commerçants, la majorité des commerçants du quartier travaillent à perte et compensent cette perte par des activités de l'économie informelle. Il fonde en partie ses observations sur les difficultés de paiement évoquées par les commerçants pour payer leur affiliation à l'association (20€ par mois), ou l'impossibilité de les réunir.

Ce public ne sollicite pas les aides sociales et se distingue très fort du public précarisé en s'attachant à leur image de commerçant au statut symbolique plus valorisé. Il évoque leur grande difficulté à comprendre les législations, à utiliser les outils informatiques, à solliciter des aides sociales.

#### ***16.5.5 Autres publics méritant une attention particulière***

Pour tout objectif de lutte contre le non-recours, des dispositifs différenciés méritent d'être réfléchis pour toucher des publics différenciés :

- Les familles monoparentales ;



- *Les personnes sujettes à des assuétudes d'alcool et de benzodiazépines*, dont la prévalence est évaluée comme importante dans le quartier par les maisons médicales.
- Les personnes ayant de faibles compétences langagières dans leurs rapports aux institutions ;

## **17 Construction du groupe de travail**

---

Le groupe de travail est dans un premier temps réuni dans un BRICO en partenariat avec la Fédération des Services Sociaux (cf. description en annexe).

12 associations locales ont exprimé leur volonté de rejoindre le comité de regard du BRICO et continuer à travailler sur les CLSS, dont les résultats intermédiaires ont été présenté en coordination sociale, avec un accueil positif.

Une suggestion à la cellule CLSS est d'intégrer en son sein un ou deux représentants de ce groupe de travail, nommé ou élu selon des modalités déterminées par le groupe lui-même. Cette représentation permettrait d'ajouter un maillon au relais entre cellule et groupe de travail, en plus du référent quartier, afin de renforcer les liens de confiance avec le groupe de travail.