



Diagnostic Communautaire Marolles

Synthèse

Contrat Local Social-Santé Marolles

Référent quartier : Grégory Meurant

ELEMENTS DE DISCUSSION LORS DE LA RENCONTRE CSM DU 13/01/2021

Le plan d'action CLSS déterminera des objectifs à atteindre en matière de santé. Les critères de sélection des projets les plus importants sont :

- Un lien avec un constat du diagnostic
- Un ancrage local
- Un travail en réseau

Le plan vise à améliorer la santé, définie non pas comme une absence de maladie, mais comme un bien-être global.

Selon vous et votre service :

- Quelles sont les résultats prioritaires à atteindre d'ici 5 ans en matière d'amélioration du bien-être (psychique, social, physique) ?
- Pour quels publics spécifiques ?
- Quels objectifs en matière d'accessibilité aux droits et aux services permettrait de contribuer à ces résultats ?

Si vous avez déjà une



Table des matières

1	Diagnostic quantitatif.....	3
1.1	Caractéristiques de la population.....	3
1.2	Aménagement du territoire.....	3
2	Diagnostic qualitatif.....	3
2.1	Constats transversaux.....	3
2.1.1	Découpage territorial.....	3
2.1.2	Complexité des dossiers sociaux.....	3
2.2	Prévention des expulsions domiciliaires.....	3
2.2.1	Absence d’une approche quartier.....	3
2.2.2	Signalisations tardives.....	4
2.2.3	Revenus insuffisants.....	4
2.2.4	Augmentation des risques pour un public jeunes 18-25 ans.....	4
2.2.5	Accompagnement de personnes sans-abris relogées.....	5
2.3	Non-recours.....	5
2.3.1	Le logement, déterminant du non-recours.....	5
2.3.2	Barrières communicationnelles.....	5
2.3.3	Distance avec les institutions de la vie publique.....	5
2.3.4	Manque de connaissance des institutions et des situations.....	6
2.3.5	Complexité de la législation sur la handicap.....	7
2.4	Facteurs favorables au recours aux droits et aux services.....	7
2.4.1	L’aide alimentaire.....	7
2.4.2	La santé.....	7
2.4.3	L’insertion socioprofessionnelle.....	8
2.4.4	L’isolement, déterminant du non-recours et de la santé.....	8
2.4.5	Cohésion sociale.....	9
2.4.6	Concertation sociale.....	9



Le présent document est un inventaire des points importants ressortant du rapport complet.

1 Diagnostic quantitatif

1.1 Caractéristiques de la population

- Forte proportion d'isolés, surtout dans les tranches d'âge 30-45 ans et 46-65 ans, et 65+ (en tout 62%).
- Forte proportion de BIM (62% soit 7266 personnes) et de personnes âgées précarisées (GRAPA, 632 personnes).
- Revenu médian le plus faible des quartiers de la région (lié à la proportion d'isolés et de logements sociaux).
- Une forte proportion de bénéficiaires du revenu d'intégration sociale 9,4%.
- Une forte proportion de personnes ayant un statut Affection Chronique (924 personnes) ou le forfait Maladie Chronique (152 personnes, supérieur à la ville).
- Une taux élevé de personnes inscrites en maison médicale (44%), mais pas d'autres médecins généralistes dans le quartier (quid des 56% restant ?)
- 4000 personnes n'ont pas eu de contact avec un dentiste durant les 3 dernières années.

1.2 Aménagement du territoire

- 2054 logements à finalité sociale où vivent 2/3 des ménages, dont 1758 logements SLRB.
- En plus de cela, 293 logements du CPAS dont 20 logements de transit et 26 logement d'insertion. Soit très forte proportion de logements à finalité sociale.
- Taux élevé de logement d'une superficie de 55m² ou moins.
- Très faible part de propriétaires habitant leur logement (9%).
- Peu d'espaces verts.

2 Diagnostic qualitatif

2.1 Constats transversaux

2.1.1 Découpage territorial

- Identité des public conformes aux enclaves architecturales : par îlots.
- Public hors quartier qui fréquentent les services : anciens habitants, jeunes d'autres communes qui se réunissent ici ;

2.1.2 Complexité des dossiers sociaux

- Les gens se présentent avec des problèmes multiples : multiplicité des dispositifs à mettre en place, par un « problème » qui fait porte d'entrée sur les autres ;
- Dossiers installés dans la durée, les intervenants découvrent des problèmes bien aggravés (le sac plastique plein de factures et recommandés depuis un an, les) ;
- Personnes sans-papiers qui cumulent les difficultés avec peu de perspectives d'action.

2.2 Prévention des expulsions domiciliaires

2.2.1 Absence d'une approche quartier

- Pas de chiffres internes sur les populations par quartier ;

- Pas de lieux de concertations locales (exception : comité technique, qui ne remplit pas sa mission de relogement) ;

2.2.2 Revenus insuffisants face aux loyers élevés

- Difficulté liée au statut cohabitant ;
- Revenus insuffisants par rapport à une inflation des loyers ;

2.2.3 Signalisations tardives

- Dossier arrivent en bout de procédure au service logement, avec sentiment que la signalisation aurait pu être faite une à deux années plus tôt (par services externes ou internes).
- La littérature et le diagnostic identifient comme les publics suivants comme les plus à risque de perte logement :
 - Jeunes avec passé dans l'aide à jeunesse
 - Personne sortant d'un centre de détention (IPPJ, prison, etc.)
 - Personne souffrant de troubles de santé mentale et assuétude
 - Personnes en situations de violences intrafamiliales
 - Personnes LGBTQ (pouvant avoir des difficultés à trouver un hébergement exempt de discrimination)
- La littérature constate également que :
 - Le sans-abrisme inclut les situations où la personne est hébergée chez des proches de manière provisoire
 - Le sans-abrisme n'est pas juste une perte de logement, mais un processus de désaffiliation sociale et une difficulté à maintenir des rapports sociaux fonctionnels, stables et sécuritaires avec la communauté.
 - Dans les ménages précaires qui n'ont pas accès au crédit, l'enveloppe « loyer » fait office de « crédit » pour compenser une dépense urgente imprévue.
- Des outils d'identification précoces existent (l'outil IRIS du CREMIS) à destination de services non spécialisés en sans-abrisme ou perte de logement sont des opportunités à exploiter en matière de repérage/prévention.
- Les concertations de quartier en santé mentale permettent également de mettre en place un réseau afin de repérer des personnes ayant des troubles de santé mentale désaffiliées, ce qui favorise la prévention des pertes de logement.

2.2.4 Augmentation des risques pour un public jeunes 18-25 ans

- Facteur : tensions familiales, logement inadéquats (conditions dégradées, suroccupation), renforcées par le COVID ;
- Anxiété chronique liée à l'ensemble des difficultés, qui freinent les démarches sociales ;
- L'anxiété est une porte d'entrée vers les démarches sociales.
- Facteurs favorables, l'accueil bas seuil outillé :
 - Anonyme, sans rendez-vous ;
 - Part de l'anxiété, travail sur les émotions, relation de confiance, accent sur le relationnel et absence de référence à l'administratif;
- Facteurs défavorables aux démarches CPAS :

- L'enquête familiale est perçue comme un frein pour les demandes individuelles par les jeunes, qui font appel aux politiques d'aide sociale du fait de tensions familiales ;

2.2.5 *Accompagnement de personnes sans-abris relogées*

- Constat de parcours de personnes non pensionnées qui sont relogées dans des maisons de repos ;
- Difficulté dans l'accompagnement social de personnes relogées, personnel des institutions peu outillées face à des problématiques spécifiques (maisons de repos, AIS), avec parfois nouvelles démarches d'expulsion ou retour volontaire à la rue ;
- Manque d'accompagnement social de personnes relogées, avec problèmes qui se répètent.

2.3 **Non-recours**

2.3.1 *Le logement, déterminant du non-recours*

- Conditions de logement inadéquates (dégradées, suroccupation) → *intériorisation de la honte*, rupture avec les liens sociaux (pour cacher la situation de logement), anxiété chronique, perte de la motivation dans les démarches socio-administratives.
- Plus la durée dans les conditions inadéquates sont longues, plus la motivation à faire des démarches socioadministratives baisse.
- La littérature constate l'impact des rénovations énergétiques sur la consommation de psychotropes (baisse de 50%).
- *Impact sur l'anxiété chronique*, qui mène à des problèmes physiques et relationnels (insomnies, idées noires, agressivité, troubles d'humeur, problèmes intestinaux, etc.).

2.3.2 *Barrières communicationnelles*

- Forte proportion du public : ne sachant ni lire ni écrire dans une langue nationale, ne parlant pas ou peu le français, ayant de faibles compétences en compréhension et expression du français (y compris personnes nées en Belgique) ;
- Insuffisance des services d'alphabétisation ;
- Facteurs favorables : cours d'alphabétisation avec finalité sociale en termes de recours (abordant des problématiques sociales, travail sur l'estime de soi, accueil et sensibilité aux difficultés psychologiques) ;

2.3.3 *Distance avec les institutions de la vie publique*

- « Institutions » regroupent un ensemble d'organisations publiques et privées à différents niveaux de compétences : organismes de prestations de la sécurité sociale (syndicats, mutuelles, caisses auxiliaires, etc.), Direction Personne Handicapée du SPF Sécurité Sociale, Services communaux, Service des bourses de la Fédération Wallonie-Bruxelles, banques, différents services du CPAS, société de logements sociaux.
- Problèmes liés à la numérisation des services
 - Disparition des fonctions « d'accueil » qui aident les publics vulnérables à construire/exprimer leurs demandes, les soutiennent ;
 - Diminution des accueils physique, difficulté de s'adresser à une personne en face à face ;

- Centrales téléphoniques à choix multiples complexes, limitant l'accès à une personne compétentes pour traiter le dossier ;
- Procédures informatiques complexes pour démarches simples (sites compliqués) ;
- Faibles compétences numériques des publics vulnérables (personnes illettrées, au faible niveau d'instruction, personnes âgées) ;
- Faible accès à l'outil informatique des publics vulnérables (pas de téléphone, pas de lecteur de cartes, ou autre matériel)
- Problème relationnels dans les interactions avec ces institutions
 - Impression de déranger l'interlocuteur (agent administratif, accueillant, assistant social, etc.), sentiment d'être ma reçu, voire sentiment de mépris et fatigue de l'empathie des intervenants au contact avec le public ;
 - Stratégies relationnelles des usagers : passer son tour pour attendre l'intervenant qu'ils connaissent, etc.
 - Sentiment d'une culture socio-administrative des institutions : traitement administratif, contrôle des conditions d'éligibilité, peu d'informations sur les droits, découverte de ses droits par rencontres aléatoires ;
 - Peu de formation / supervision des agents de ces institutions sur les publics vulnérables ;
 - Le « bon contact » est considéré comme l'exception, pas la règle.
 - Sentiment d'une réduction des interprétations du droit et des critères d'accès par les acteurs décisionnels ;
 - Multiplication des échecs dans l'ensemble des institutions évoquées avec pour conséquences :
 - Dégradation de l'estime de soi ;
 - Fatigue de faire des démarches, de réexpliquer à de nouveaux intervenants par téléphone ;
- Effets :
 - Baisse de la motivation et abandon des démarches auprès de services sociaux après de multiples échecs dans plusieurs institutions (vécues comme un grand ensemble) ;
 - Saturation des services sociaux de première ligne :
 - Qui deviennent les « guichets » physiques des autres services ;
 - Rendez-vous des personnes juste pour voir ce qu'ils ont sur leur compte du fait de l'inaccessibilité des banques ;
 - Délai élevé des files d'attentes pour joindre les institutions, pour avoir un traitement rapide ;
 - Prise en charge d'un public sans-papiers avec peu de perspectives de résolution qui demandent des suivis continus et intensifs, décourageant pour les intervenants.

2.3.4 Manque de connaissance des institutions et des situations

- Multiplicité des intervenants peu lisible pour les seniors ;
- Méconnaissance des dispositifs d'insertion autres que le CPAS comme pourvoyeur financier chez les jeunes 18-25 ans

2.3.5 Complexité de la législation sur la handicap

- Calculs des indemnités incompris par les travailleurs sociaux

2.3.6 Facteurs favorables au recours aux droits et aux services

- Approches de gestion centrées sur la nature des méthodes d'accompagnement plutôt que sur les résultats chiffrés ;
- Programmes de supervision des intervenants professionnels spécifiques aux publics vulnérables ;
- Partenariats entre institutions d'insertion socioprofessionnelles et organisations de jeunesse ;
- La priorité de la qualité relationnelle et de la relation de confiance par les intervenants, avant le contrôle de l'éligibilité et les démarches administratives (impression de suspicion) ;
- Les suivis rapprochés et les prises de contacts fréquentes par les intervenants avec les habitants, « juste prendre des nouvelles », pas exclusivement fondé sur la demande (« impression de mendier ») ou la réalisation d'objectifs, mais dans un but de qualité relationnelle favorisant l'information et le conseil et contribuant au renforcement de l'estime de soi ;
- Un accueil physique, suffisant, compétent et formé à l'écoute, avec un cadre bas seuil (flexibilité, permanence sans rendez-vous) ;s
- La concentration de services ou l'implantation de projets dans une même structure.
- Avoir un seul ou deux intervenants de référence faisant le relais avec le réseau et les autres dispositifs, choisi par la personne (approche en réseau en travail social).

2.3.7 L'aide alimentaire

- Transformation de l'aide liée aux mesures du confinement : restaurants sociaux distribuant des repas chauds → transformation du public (sans-abris sans papiers), en forte quantité (une centaine de personnes par service par semaine), avec certains services qui arrêtent ce service (manque de compétences pour l'accueillir) ;
- Facteurs de non-recours
 - Offre insuffisante : 30% de la demande ne serait pas rencontrée
 - Qualité insuffisante : manque de produits frais, diversifié, adapté aux cultures/convictions religieuses du public (ex : Hallal).
 - Dépendance aux grandes enseignes alimentaires en flux tendu de livraison (pas toujours la capacité de distribuer).
 - Sentiment de honte exprimé.

2.3.8 La santé

- Pas de médecins généralistes hors maisons médicales dans le quartier
- Absence de continuité des soins post-opération : particulièrement personnes âgées, personnes sans-abris ;

2.3.9 La santé mentale

- L'ensemble des services de première ligne est confronté à situations de vulnérabilité psychique.

- La littérature rompt avec l'idée d'un continuum « sain » → « maladie mentale » dans la population, pour un modèle à 2 axes : « Présence de troubles psychiatriques » ↔ « Absence de troubles psychiatriques » et « Bonne santé psychique » ↔ « mauvaise santé psychique ». Une bonne santé psychique crée un état d'épanouissement, avec ou sans troubles psychiatriques, une mauvaise santé psychique un état de diminution/survie, avec ou sans troubles psychiatriques. Ces quatre états nécessitent des approches et dispositifs différents.
- Constat de difficulté dans le rôle de parent face à leurs adolescents.
- Augmentation des conflits intrafamiliaux et des violences intrafamiliales pendant le confinement, constatée par tous les services de première ligne.
- Saturation de l'offre de santé mentale par rapport à la demande.
- L'offre en santé mentale ne semble pas toujours adéquate :
 - Nécessité de projets très bas-seuil ou de « sortir du cabinet », avec des psys présents dans les espaces de socialisation existants ;
 - Concentration de personnes en mauvaise santé psychique/sans troubles psychiatriques dans les centres, suivi plus difficile d'accès pour personnes avec troubles psychiatriques.
 - Pas de psychologue de 1^{ère} ligne dans le quartier (dans le cadre du remboursement INAMI)
 - Difficultés dans la continuité des soins lors d'hospitalisations, du fait d'un manque de coordination des acteurs (notamment personnes sans-abris).

2.3.10 L'insertion socioprofessionnelle

- Les jeunes 18-25 ans
 - Les jeunes 18-25 ans ne perçoivent pas le CPAS comme autrement qu'un pourvoyeur financier ;
 - Les jeunes au CPAS ne connaissent pas les autres services d'insertion et n'attendent pas une aide en matière d'insertion ;
 - Les jeunes expriment un souhait de recevoir plus d'informations sur leurs droits sociaux et un suivi personnalisé plus rapproché ;
 - Le soutien financier à leur famille est le premier facteur de motivation à la recherche d'emploi.
- Personne désaffiliées : constat de personnes ne sachant pas faire de démarches administratives après une décennie dans les dispositifs d'insertion socioprofessionnelle.

2.3.11 L'isolement, déterminant du non-recours et de la santé

- De nombreux habitants ont très peu de réseau de proches pour les soutenir ;
- Impact du COVID :
 - crainte de sortir pour beaucoup de personnes, notamment âgées ;
 - rupture des liens sociaux des jeunes et déscolarisation : n'osent plus revoir leurs amis, s'enferment, ne veulent plus retourner à l'école, développent une anxiété.
 - Point info écoute offre de bons résultats.
- Opportunité pour les seniors avec les outils numériques, si accompagnement graduel, physique, à domicile, pédagogique ;
- Problématique majeure identifiée par les acteurs, parmi un public 40-65 ans et 65+



- Visites à domicile, mêmes brefs ont un effet et « métier de liens » chargé de faire le lien entre habitants.

2.3.12 Cohésion sociale

- Insécurité concerne surtout les personnes âgées : agressions ciblées (vols de sacs, bijoux), répétées (quartier de la Samaritaine, Querelle, Cité Hellemans) ;

2.3.13 Concertation sociale

- Frustration sur les méthodes des contrats de quartiers : « créent des attentes », « processus trop long et trop cadré », « besoin de moments de rencontres mutuels sans thématiques imposées » - c'est une logique observée, par un constat général ;
- Facteurs favorables au CLSS :
 - Tissu associatif très dense : beaucoup d'associations avec des liens institutionnels entre elles ;
 - Haute Qualité des diagnostics locaux parmi plusieurs acteurs-clés ;
 - Volonté de travailler ensemble sur des objectifs communs.
 - Beaucoup de service de première ligne très bas seuil et sensible à la question de l'accroche des publics vulnérables.