2015

Rapport annuel

Activité

samusocial.brussels

TABLE DES MATIÈRES

2015: Le Samusocial diversifie son offre de service 3
Remerciements 4

1. Le Samusocial, un dispositif urbain de lutte contre l'exclusion : principes et méthode 5

2. Les missions du Samusocial : Fonctionnement et bilan des activités 2015 7

2.1. La permanence téléphonique : le numéro vert 7
2.2. Le dispositif mobile ou la maraude 8
2.3. L'hébergement 13
2.4. L'accompagnement psychosocial : une activité d'aide sociale, de suivi et d'orientation 16
2.4.1. Le travail d'accompagnement et d'orientation des personnes isolées 17
2.4.2. Le travail d'accompagnement et d'orientation des familles 17
2.4.3. L'accompagnement mené par la cellule « psy » 19
2.5. Les consultations infirmières et médicales 21
2.6. L'hiver : mandat de gestion du plan hivernal 26
2.7. Focus sur les dispositifs spécifiques 27
2.7.1. Le centre « familles » 27
2.7.2. Le centre MediHalte 31
2.7.3. Le projet Housing First 33
2.8. Le plan humanitaire pour demandeurs d'asile 36
2.9. Résumé chiffré pour l'activité 2015 40

3. Observations sur le public accueilli en 2015 41

3.1. L'hébergement selon les catégories de personnes 41
3.2. Nationalités des personnes hébergées 44
3.3. Pyramide des âges 45
3.4. Premières causes de rupture 46
3.5. Situation financière et liens de suivi 47
3.6. Durée d'errance 47

4. Constats : des formes diverses d'exclusion et une problématique en hausse 48

4.1. Des formes diverses d'exclusion 48
4.2. Difficultés d'orientation pour les nombreuses personnes multi-carencées 49
4.3. Une problématique en hausse 50

5. Interpellations et recommandations 52

5.1. Une augmentation des places structurelles 52
5.2. Un réseau de 2ème ligne aux conditions d'accès plus souples et plus adaptées 53
5.3. Davantage de logements de transit et d'insertion 53
5.4. Davantage de relais de jour 54
5.5. L'inconditionnalité, la gratuité et le droit à l'anonymat 54

6. Perspectives 2016 55

2015 : Le Samusocial diversifie son offre de soutien.

L'année 2015 restera une année clé dans l'histoire du Samusocial. Nous le savons, la problématique de l'exclusion et du « sans-abrisme » est multidimensionnelle et en constante évolution. Les dispositifs d'aide doivent pouvoir intégrer ces changements en adaptant leur offre de service et leurs modes d'intervention.

2015, c'est avant tout l'ouverture de deux nouveaux dispositifs qui marquent un tournant dans le mode opératoire du Samusocial : le **centre MediHalte** et le **programme StepForward**.

Le **centre MediHalte** a été ouvert au mois de juin. Avec ce service, le Samusocial peut désormais offrir un hébergement médicalisé à 38 personnes sans-abri souffrant de pathologies aiguës ou chroniques, une première en Belgique !
Ce dispositif permet de désengorger la capacité de notre centre d'accueil d'urgence qui était fortement utilisée pour l'hébergement de personnes malades. Avec ses 38 lits infirmiers, la MediHalte permet de libérer autant de places dans notre centre d'accueil d'urgence pour répondre aux situations d'urgence ponctuelle (expulsion du logement, problèmes familiaux, violences conjugales, incendie, ...). Car les chiffres 2015 nous le rappellent une fois encore, la plus grande partie des personnes hébergées par le Samusocial vivent une situation d'urgence ponctuelle (expulsion du logement, problèmes familiaux, violences conjugales, incendie, ...), ne séjournant que quelques nuits dans notre dispositif. Il est donc essentiel de pouvoir offrir à ces personnes un soutien immédiat avant qu'elles ne plongent dans la spirale de l'errance.

Le **programme StepForward**, lui, a également été lancé en juillet 2015. Il fait le pari d'accélérer l'insertion de jeunes par le passage immédiat de la rue à l'appartement personnel. Ce programme de type « logement d'abord » (Housing First) est copiloté par le Samusocial et le CPAS de Bruxelles. Il part du principe qu'il est plus facile de s'attaquer aux causes qui ont amené la personne en rue dès lors que la question de son logement est résolue. Pour atteindre cet objectif, notre équipe pluridisciplinaire aide les bénéficiaires relogés à construire un projet de vie, à remédier aux problèmes qui les touchent (santé mentale, assuétudes ou désaffiliation) et à se réinsérer progressivement. L'ouverture de ce programme s'inscrit dans la démarche du Samusocial : offrir une aide d'urgence – une aide immédiate – afin d'améliorer la situation de la personne et l'accompagner vers des solutions de sortie de rue. L'urgence sociale au sens où nous l'entendons se caractérise donc par le caractère immédiat de l'aide apportée. Celle-ci se conçoit cependant dans une perspective d'accompagnement, parfois au très long cours, notamment pour les personnes sans-abri que nous suivons parfois depuis plusieurs années.

Autre événement majeur de l'année 2015 : la **crise de l'asile**, cristallisée dans l'occupation du Parc Maximilien par des centaines de candidats réfugiés affluant vers la Belgique et se retrouvant sans solution d'hébergement. Le Samusocial a joué un rôle de premier plan dans la réponse apportée à cette crise : le déploiement d'une permanence humanitaire (volet hygiène, identification et orientation des personnes les plus vulnérables) dans le parc et, dans un deuxième temps, l'ouverture à la demande des autorités fédérales d'un centre d'hébergement temporaire pour 400 demandeurs d'asile. Ce sont aujourd'hui, 650 places d'accueil pour demandeurs d'asile qui sont gérées par le Samusocial sous mandat Fedasil, le centre d'Ixelles étant ouvert depuis fin de l'année 2010.

L'ouverture de ces nouveaux dispositifs en parallèle de notre centre d'accueil d'urgence s'inscrit dans notre volonté d'adapter sans discontinuer notre mode opératoire à l'évolution de notre société et de l'exclusion qu'elle génère.

Les chiffres de notre activité sont sans appel : l'exclusion reste béante dans nos grandes villes et plus particulièrement en région bruxelloise. En 2015, l'activité du Samusocial a permis à **5.450 personnes sans-abri différentes – dont 671 enfants –** de bénéficier de **180.898 hébergements** et plus de **350.000 repas offerts.** Nos équipes mobiles ont assuré **5.528 rencontres.** Enfin, et c'est ici un volet majeur de notre action, **1.113 orientations de sortie de rue** ont été réalisées par nos services d'accompagnement psychosocial.
Au plus fort de l'hiver 2015-2016**, jusqu'à 1.150 personnes sans-abri ont été hébergées chaque soir dans le Plan hiver** pour lequel le Samusocial est mandaté par les autorités régionales et fédérales.

Depuis plusieurs années, le Samusocial établit les mêmes constats et recommandations : Augmentation du nombre de femmes et de familles avec enfants en rue, insuffisance de la capacité permanente d'hébergement d'urgence, manque de structures d'accueil adaptées facilitant l'orientation de personnes depuis notre centre d'urgence, etc... Les choses évoluent cependant. Les ministres compétents à la Région bruxelloise pour l'aide à la personne, Céline Frémault et Pascal Smet, ont prolongé le financement de notre centre pour familles situé à Woluwé-St-Lambert. Le maintien d'un tel dispositif s'avère essentiel pour libérer la capacité de notre centre d'accueil d'urgence situé à Bruxelles-Ville, centre qui accueille également chaque soir de nombreuses familles. Certains soirs, jusqu'à 75 familles – plus de 250 personnes dont 140 enfants – ont été hébergées dans l'ensemble des centres du Samusocial. Un accord avec la Région est également à l'œuvre afin d'organiser l'augmentation de la capacité structurelle d'hébergement d'urgence dans le courant de l'année 2016. A terme, ce sont 220 places d'accueil d'urgence qui devraient pouvoir rester ouvertes toute l'année pour accueillir les personnes les plus vulnérables.

Enfin, nous tenons à rappeler l'importance fondamentale de la collaboration et de l'investissement des acteurs et partenaires qui, à leur mesure et dans leurs domaines respectifs, participent au quotidien à notre action de lutte contre l'exclusion sociale.

Merci donc à ....

NOS PARTENAIRES PUBLICS

La Commission communautaire commune pour la Région de Bruxelles Capitale, La Politique des Grandes Villes, le SPP Intégration Sociale, le SPF Santé publique et le Secrétariat d'Etat à la Lutte contre la pauvreté, le Secrétariat d'Etat à l'Asile et la Migration, le Ministère de la Culture et de la Santé de la Communauté française, La Loterie Nationale. L'agence Fedasil, L'INAMI. Le CPAS de Bruxelles-Ville, les CPAS d'Anderlecht, Auderghem, Evere, Ixelles, Schaerbeek, St Gilles, St Josse, Woluwé-St-Lambert. La Ville de Bruxelles, les communes d'Anderlecht, Ixelles, Schaerbeek, St-Josse, Woluwé-St-Lambert. la Police de Bruxelles, l'hôpital St-Pierre et l'ensemble des hôpitaux IRIS, Le Service du Linge et les Cuisines bruxelloises du CPAS de Bruxelles-Ville. Les Régies, fédérale et régionale, des bâtiments, L'ONE, le Délégué général aux droits de l'enfance, Bernard de Vos, le Service d'Aide à la Jeunesse et le Service de Protection de la Jeunesse. Les pompiers, la Protection civile, la Croix-Rouge. La STIB et la SNCB.

NOS PARTENAIRES ASSOCIATIFS :

Abaka, ADDE, Aquarelle, Article 27, ASBL TEFO, Banque Alimentaire, Bibliothèque d'Ixelles, BRAVVO, Caritas, CAW, cellule Herscham, cellule Hestia, CEMÔME, Centre de consultations familiales et sexologiques, Centre de Prévention Violence Conjugales et Familiales, Centre Social Protestant, CETIM, Chez Nous/Bij Ons, CIRE, Convivial, Le SAS, Diogènes, Doucheflux, Dune, Educateurs de rue de St-Gilles, Exil, FEAD (Fonds Européen Aide Dons), Fonds des Affections Respiratoires (FARES), Globe-Aroma, Hermes plus, Het huis van het Nederlands, Huis Van De Mens, Infirmiers de rue, Jamais Sans Toit, la Fontaine, La Maison de l'Amérique latine, la Rencontre, la Rive, La Strada, L'AMA, Latitude Nord, le Clos, Le Foyer, Le Nouveau 150, le projet Lama, Les Amis d'Accompagner, les Copains du Petit Bitume, Les Grains Noirs, Les Maisons médicales, les Restos du Cœur, les Samaritains, Maison des Aveugles, Maison des Jeunes « Le Gué », Maison médicale Couleur Santé, La Mass, Médecins du Monde, Medimmigrant, MSF, Nativitas, Opération Thermos, PAG-ASA, Pierre d'Angle, Plateforme de concertation en santé mentale de la Région de BXL-Capitale, Poverello, Restojette, Samusocial International, SDJ (service droits des jeunes), Serve the city, Service jeunesse de Woluwe-Saint-Lambert (JJJY), Service Social Juif, Sétis, Seuil, Sireas, Smes, Sœurs de Mère Thérésa, Solidarité Grands Froids, SOS Jeunes - Quartier Libre, SSM (Service Santé Mentale), St Paul's Tervuren, Stade Fallon, Transit, Ulysse, Wolu Jeunes, Wopsy ASBL.

... ainsi que l'ensemble des services qui ont collaboré au quotidien dans la prise en charge des personnes en détresse.

NOS PARTENAIRES PRIVÉS

AHI-IHH, Ateliers des Tanneurs, Beface, Belfius, BNP Paribas Foundation, Boulangerie Saint-Aulay, Boulangerie Paul, Brussels Hotels Association (BHA) et les hôtels bruxellois, Carrefour, Collivery, Danone, Eclairs et gourmandises, Ecole Européenne, Emergences asbl, Eurocontrol, Evian, Exki, Fondation Roi Baudouin, G4S, Goods to give, Google, Human Business, ING, Interparking, IVG Europe, Jika, KBC, L'Oréal, Les tartes de Françoise, Mobistar, Nestlé, Ocatex, Pain quotidien, Proximus, Rotaract, Serve the city, Shoes in the box, La Wetterenoise.

... et nos **généreux donateurs** (particuliers, entreprises) qui par leurs **DONS FINANCIERS sur notre compte « dons » BE04 0000 0000 3131 (dons déductibles fiscalement à partir de 40 €)** permettent au Samusocial d'amplifier son action face à des besoins sans cesse croissants.

Enfin, les équipes pour leur professionnalisme, leur humanité et leur engagement sans faille.

1 Le samusocial, un dispositif urbain de lutte contre l'exclusion : principes et méthodes

PRINCIPES D'ACTION

Le Samusocial a pour mission d'offrir une aide immédiate aux personnes sans-abri en situation de détresse sociale par un travail de rencontre, d'écoute et d'accompagnement.

L'intervention du Samusocial se déploie au sein du territoire de la Région de Bruxelles-Capitale et dans les communes limitrophes.

L'action du Samusocial s'inscrit dans un contexte de besoins et de manques qui, sans réponse adaptée, pénalisent davantage encore la personne sans-abri :

- Le manque de «lieux ouverts» à bas seuil d'exigence pour accueillir les personnes sans-abri la nuit.
- Les manques en termes d'accueil d'urgence psychiatrique, d'habitations protégées, et de disponibilité de psychiatres ambulatoires;
- La difficulté de trouver des places d'hébergement d'urgence pour les femmes et les familles avec enfants ;
- La difficulté d'assurer la continuité des soins médicaux pour les personnes démunies;
- La difficulté de relayer une personne vers un service adapté à sa situation, après 17 h et durant les week-ends;
- Le besoin de services qui décloisonnent l'action des différents opérateurs (médicaux, sociaux, et « psy ») ;
- Le coût de l'hébergement en structure hospitalière des patients dits «sociaux»;
- Le problème spécifique des personnes en situation illégale;
- Le problème des personnes en situation de régularisation qui ont le droit de rester sur le territoire sans bénéfice d'allocations sociale.

S'APPUYER SUR LES MÉTHODES DE LA MÉDECINE D'URGENCE

A l'instar du SAMU « médical » qui intervient auprès des personnes victimes d'accidents, le Samusocial est un dispositif d'urgence se portant à la rencontre des personnes **en détresse psycho-sociale** et qui ne sont parfois plus à même d'appeler à l'aide.

L'urgence n'est qu'une méthode pour atteindre les personnes en détresse et pour les conduire au recouvrement de leurs droits communs et à l'insertion. La solution offerte par le Samusocial est provisoire, elle tente de dégager les personnes de la détresse immédiate. Dans un deuxième temps, elle cherche à dégager des solutions à plus long terme.

INTERVENIR HORS DES CADRES EXISTANTS

Le Samusocial complète les dispositifs en intervenant **hors des cadres existants** en occupant **les espaces (spatio-temporels) peu investis par les services d'aide.**

Nos équipes se rendent à la rencontre des personnes, n'attendant pas que ce soit elles qui viennent à l'institution. Nos équipes mobiles interviennent **le soir et la nuit**, moment particulièrement difficile, la Ville dort et les possibilités d'aide sont moins nombreuses, ce qui accentue encore le sentiment d'abandon chez la personne sans-abri.

DÉVELOPPER UNE CHAÎNE DE RÉPONSES

L'analyse sur laquelle s'appuie «l'approche Samusocial» se découpe en trois phases : **l'urgence, la post-urgence et l'insertion**.

Reprenant les concepts de médecine d'urgence, **l'urgence** renvoie au danger que court la personne dans la rue, à quelques heures, quelques jours, aussi bien dans le domaine médical que psychiatrique ou social. Un premier bilan souligne le degré de souffrance de la personne et détermine si une orientation est nécessaire.
La post-urgence est la phase suivante qui permet de mettre la personne à l'abri, de tenter de «la remettre debout», de mieux analyser sa situation. Cette étape nécessaire, en tant que sas de décompression et d'analyse, est essentielle pour

pouvoir préparer une éventuelle troisième étape qui est celle de **l'insertion.**

Cette séquence ne doit néanmoins pas se concevoir comme une trajectoire classique et linéaire. En effet, l'urgence et la post-urgence peuvent représenter des étapes longues et répétitives pour les personnes avant qu'elles puissent reformuler des demandes et des projets visant la réinsertion.

Le Samusocial est donc un dispositif de sauvetage, d'urgence, portant secours à des personnes qui, souvent, ne demandent plus rien, ne sont plus connectées à la société et deviennent ainsi invisibles. Le Samusocial se fixe pour objectif de rendre leur dignité à ces personnes, de restaurer une relation humaniste et d'aboutir, avec le temps, à une solution de sortie de rue.

UNE APPROCHE GLOBALE DE L'INDIVIDU

Du personnel **pluridisciplinaire** aux **compétences transversales (médico-psycho-sociales)** est mobilisé afin de considérer la situation de la personne dans sa **globalité**, c'est-à-dire en prenant en compte aussi bien les aspects médicaux, sociaux que psychologiques ou psychiatriques.

L'approche **globale** de l'individu est au centre de la démarche du Samusocial.

MIEUX CONNAÎTRE UNE POPULATION «INVISIBLE»

Il existe peu de données sur les grands exclus, aussi bien quantitatives que qualitatives.

Un des objectifs du Samusocial est donc de mieux **connaître la population sans-abri**. Les personnes rencontrées par le Samusocial font l'objet d'un suivi, ce qui permet de dresser régulièrement une description de leurs caractéristiques (nombre, sexe, âge, état médico-psycho-social...).

A cet effet, le Samusocial, partenaire du Samusocial International organise un échange statistique au sein de l'Observatoire des Samusociaux. Cet échange s'accompagne d'une analyse comparative des publics et des problématiques à travers différentes entités urbaines d'Europe et du monde.
Cette connaissance est utilisée comme levier **pour convaincre les autorités** de la nécessité de transformer les institutions, d'adapter les réponses apportées, mais aussi, de façon plus large pour **transformer le regard porté sur cette population** par la société.

2 Les missions et dispositifs du Samusocial en 2015

Les activités du Samusocial envers les personnes sans-abri s'articulent au travers de différentes missions fondamentales :

- La permanence téléphonique : le numéro vert ;
- Les équipes mobiles d'aide – la maraude ;
- L'hébergement ;
- L'accompagnement psychosocial ;
- Les permanences médicales et paramédicales ;
- Le mandat de gestion du plan hivernal d'aide aux sans-abri.

Le Samusocial utilise plusieurs dispositifs d'hébergement, chacun offrant une prise en charge spécifique selon la situation de la personne aidée:

- Les centres d'accueil d'urgence ;
- Le centre d'hébergement pour familles ;
- Le centre d'hébergement médicalisé (MediHalte) ;
- Le projet Housing First (Step Forward).

En parallèle de ces dispositifs pour personnes sans-abri, le Samusocial est également mandaté pour la gestion d'un plan humanitaire pour demandeurs d'asile[1].

2.1 La permanence téléphonique : le numéro vert (0800/99.340)

2015 : un total de **156.738 appels pour une moyenne de 429 appels/jour**

La **permanence téléphonique** est active 24h/24 chaque jour de l'année afin de répondre aux demandes d'aide, d'hébergement et d'informations ainsi qu'aux signalements de personnes en détresse.

QUI FAIT APPEL AU SAMUSOCIAL ?

- Les personnes en demande d'aide (hébergement, informations, intervention des équipes mobiles)
- Les services sociaux, les urgences hospitalières, les services de police, de pompiers ou tout opérateur socio-sanitaire pour signaler une personne ayant besoin d'aide ;
- Toute personne privée pour signaler une personne en difficulté (démarche citoyenne).

1. Cfr Point 2.8. « Le plan humanitaire d'accueil résidentiel pour demandeurs d'asile », p. 36

LA PERMANENCE TÉLÉPHONIQUE A POUR FONCTION :

- d'effectuer une **première écoute** des personnes en détresse afin de définir le mode d'intervention le plus adéquat (hébergement d'urgence, informations sociales, envoi d'une équipe mobile, orientation vers d'autres services, ...).
- d'assurer un **filtre** pour mieux aborder les personnes en situation de crise et transmettre à l'équipe mobile tous les éléments nécessaires pour aborder le contexte d'intervention.
- d'enregistrer les **signalements et dispatcher les demandes d'intervention des équipes mobiles d'aide** (la maraude).
- de recevoir et traiter les demandes **d'autres services sociaux**.
- d'enregistrer et de dispatcher :
- les **demandes d'hébergement (numéro vert 0800)**
- les **orientations entrantes venant d'autres services** : CPAS, structures hospitalières, police, associations **...**
- d'assurer la **coordination centrale** entre les différents centres.

Durant l'année 2015, **156.738 appels** ont été enregistrés par la permanence téléphonique, soit une moyenne journalière de **429 appels reçus par jour**.

2.2 Le dispositif mobile ou la maraude

En 2015 : **5.528 rencontres individuelles**
12.044 prestations effectuées en rue

L'action des **équipes mobiles d'aide** du Samusocial couvre **l'ensemble du territoire de la Région bruxelloise.** Le travail des équipes de maraude consiste à :

« ALLER VERS », SE PORTER À LA RENCONTRE :

- des personnes sans-abri chronicisées dans l'errance, souvent très désocialisées et tenter de créer du lien (travail de **long terme** basé sur l'aide, l'écoute et l'accompagnement) ;
- des personnes qui paraissent en détresse physique ou sociale (travail qui relève de **l'urgence ponctuelle** d'intervention sociale : informer, mettre à l'abri, orienter vers les urgences hospitalières) ;

RÉPONDRE AUX SIGNALEMENTS

effectués par des particuliers inquiets de la situation de personnes sans-abri près de chez eux.

PROSPECTER

afin de cartographier les lieux où des personnes sans abri s'isolent pour se protéger. Nombreuses sont les personnes sans-abri qui cherchent des lieux fort reculés, inaccessibles, et qui deviennent ainsi invisibles.

La maraude vise 4 **objectifs précis** :

- La **rencontre :** entrer en contact, **« aller vers »** ce qui nécessite tact et professionnalisme dans l'approche de la personne. Il y a des modalités et des procédures de rencontre (position accroupie, écoute, respect).
- Le **diagnostic** : **évaluer** la condition de la personne à secourir au plan médico-psycho-social ;
- **Dispenser**, si nécessaire, des soins primaires.
- **Accompagner** et orienter. Si nécessaire et si la personne le souhaite, l'orienter vers notre centre d'hébergement d'urgence ou vers tout autre organisme adapté à la problématique rencontrée (hôpital, maison d'accueil, centre d'hébergement pour mineurs, etc...)
- Le travail des équipes consiste à créer le lien, le dialogue et l'établissement d'une relation de confiance réciproque. Cette relation s'établit avec du temps.

L'objectif de la maraude est avant tout de tenter de réduire au mieux les souffrances de la personne, la soutenir et, si souhaité, l'accompagner vers des solutions de sortie de rue.

L'objectif de la maraude est d'aider la personne à se reconstruire, à diminuer ses souffrances, à utiliser ses ressources personnelles et recréer des ponts vers le monde institutionnel.

L'équipe mobile, interdisciplinaire, comprend un **chauffeur**, un **infirmier**, un **travailleur social** et/ou un **psychologue**.

L'assistant social répond à l'urgence sociale de la personne en renouant un lien et un dialogue avec elle, en l'aidant à formuler , si possible et si elle le souhaite, une demande et en veillant à trouver une solution immédiate ou de court terme.

L'infirmier, quant à lui, évalue le degré de l'urgence médicale et complète le diagnostic social par un diagnostic médical de base. Si nécessaire, la personne sera référée vers la consultation médecin de Médecins du Monde ou vers une structure hospitalière en cas d'urgence ou de besoin d'examen plus spécialisé.

Les équipes mobiles d'aide peuvent bénéficier de l'intervention d'un professionnel « **psy** » qui vient compléter l'action des professionnels des maraudes, et qui interviennent principalement dans le suivi des personnes isolées les plus désocialisées.

Depuis quelques années, nous avons fait le choix de **concentrer une grande partie du temps de travail des maraudes auprès des personnes les plus désocialisées** qui, restant à grande distance des gares et du monde qui les entoure, sont dans un réel besoin de liens relationnels, d'aide psychologique et de dispensation de soins.

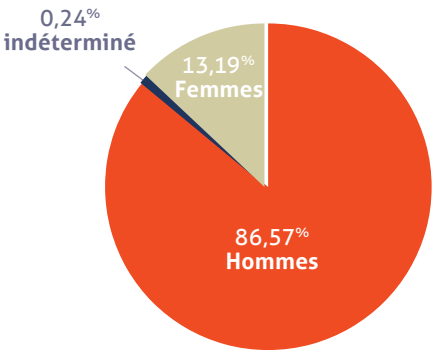
En effet, la concentration d'autres services dans les gares durant la journée (services reconnus d'aide aux sans-abri ou services de bénévoles) assure une présence associative auprès de ce public. Nous continuons **à assurer** des passages dans les gares en soirée mais à moindre fréquence.

2.2.1 L'ACTION DES EQUIPES MOBILES D'AIDE EN 2015

En 2015, les équipes mobiles d'aide ont réalisé 5.528 rencontres individuelles auprès de 1.236 personnes différentes.

Ce chiffre ne comprend que les personnes formellement identifiées, disposant d'un dossier dans notre base de données. En réalité, les personnes rencontrées par nos équipes mobiles sont plus nombreuses. La grande majorité des personnes rencontrées sont des hommes.

Personnes rencontrées par les équipes mobiles d'aide



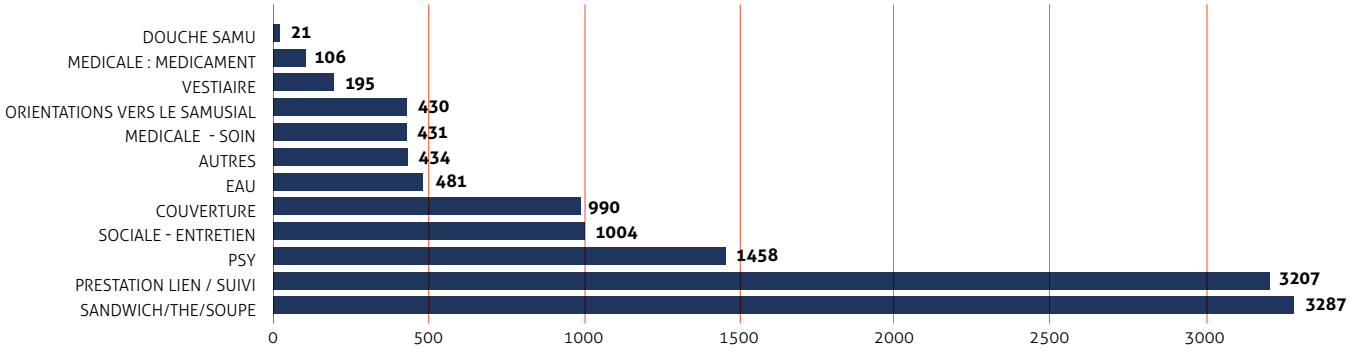
En 2015, **12.044 prestations de nuit** ont été réalisées par les équipes mobiles dont notamment:

- **3.207 prestations de lien et d'écoute et entretiens sociaux**
- **1.458 entretiens psy**
- **537 prestations médicales** réalisées par le personnel infirmier.
- **990 distributions de couvertures.**
- **481 distributions de bouteilles d'eau.**
- **430 orientations vers le centre d'hébergement du Samusocial**

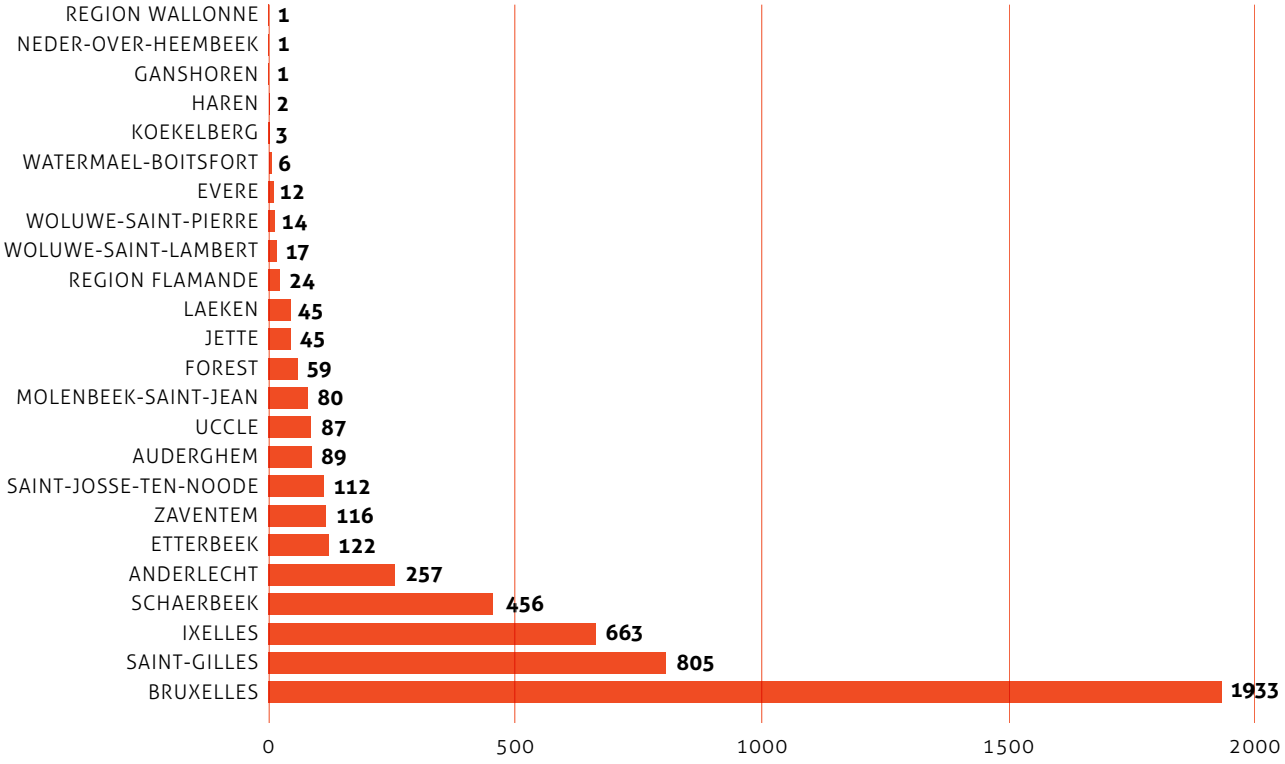
Par rapport aux années précédentes, nous observons plusieurs tendances **:**

- Le nombre d'orientation vers nos centres d'hébergement a diminué. L'importante de la capacité d'accueil hivernale et le système de réservation de places pour plusieurs semaines durant le plan hiver peut expliquer cette diminution. Les personnes rencontrées en rue sont plus représentatives du public qui préfère ne pas dormir dans nos centres.
- Le nombre d'entretien « psy » a augmenté de près de 50%, la cellule psy étant renforcée.
- Le nombre de couvertures distribuées à diminué. Notons que de nombreuses couvertures sont également distribuées à la porte de nos centres.
- Le nombre de douches reste faible mais les besoins sont réels. Une service mobile de douche est à l'étude, nombreuses étant les personnes les plus désocialisées ne souhaitant pas quitter leur zone de vie.

Prestations des équipes mobiles d'aide



Equipes mobiles d'aide : nombre d'interventions par commune



Très logiquement, c'est sur la commune de Bruxelles et les communes limitrophes que les interventions de nos maraudeurs sont les plus fréquentes. L'aéroport de Zaventem constitue également un point d'intervention relativement important vu la densité de personnes sans-abri y profitant des facilités présentes.

Vers une « maraude » de jour ?

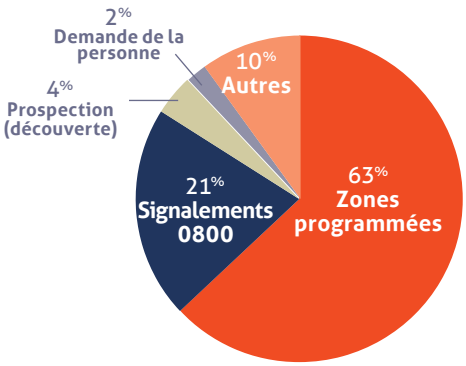
Afin de relayer le travail initié par nos équipes de nuit, **nos équipes mobiles sont de plus en plus mobilisées durant la journée permettant ainsi d'assurer les orientations et accompagnements** vers les services ouverts durant les heures de bureau.

Il importe donc de pouvoir mettre en place **des** équipes complémentaires de jour pour pouvoir faciliter l'accès aux droits et permettre l'accompagnement physique vers les différents services accessibles en journée

Une des fonctions essentielles des équipes mobiles d'aide est, autant que faire se peut, d'orienter le public rencontré vers des services adaptés à sa situation, à ses besoins. Le manque d'infrastructures adaptées aux personnes présentant un cumul de problématiques croisées limite cependant fortement les possibilités d'orientation[2].

2. A ce sujet, voir le point « Difficulté/impossibilité d'orientation de sortie de rue pour les personnes « multi-carencées », p.49

Contexte d'intervention des équipes mobiles d'aide



Nous observons que :

- 63% des 5.528 rencontres effectuées par la maraude ont été menées dans des zones d'interventions préprogrammées, ces zones étant déjà connues pour être fréquentées par une ou plusieurs personnes sans-abri.
- Plus de 21% des interventions mobiles répondent à un signalement effectué auprès de notre permanence téléphonique (numéro vert : 0800/99.340), le plus souvent par des particuliers mais également par d'autres services sociaux.

FOCUS SUR LES MARAUDES 'PSY' : L' «OUTREACH »

Le dispositif d'intervention mobile des maraude 'psy' permet d' « aller vers » et de maintenir le lien avec les personnes les plus désocialisées en raison de leur souffrance psychique ou d'une pathologie psychiatrique. La fréquence de cette activité varie fortement entre le contexte hivernal et le contexte hors-hiver. En 2015, le service de maraude psy a concerné **101 personnes différentes** (chacune présentant au moins un trouble d'ordre psychiatrique/psychologique) **sur un ensemble de 1.458 rencontres.**

Nombre de personnes rencontrées sont chronicisées dans l'errance ou cumulent trop de pathologies que pour identifier une symptomatologie principale. En effet, la plupart des cas suivis en maraude, sont des personnes présentant un cumul entre la psychose, l'alcoolisme, la toxicomanie et les troubles cognitifs.

La mission principale de la maraude psy' poursuit deux objectifs : prévention du danger pour soi ou pour autrui (crise aigüe) et restauration/renforcement d'un lien facilitateur de mobilité sociale.

2.3 L'hébergement : un lieu de mise à l'abri, de repos et de travail psychosocial

180.898 nuitées offertes
à **5.450 personnes** différentes
soit une moyenne de **495 hébergements par jour.**

L'hébergement répond :

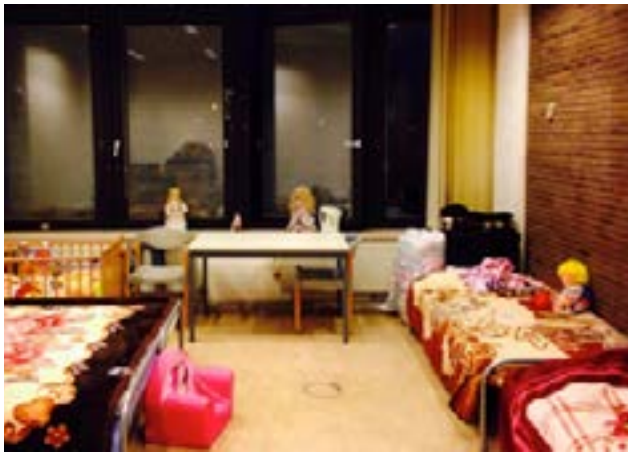
- **soit aux situations ponctuelles de crise qui ne rencontrent pas de solution immédiate** : expulsions du logement, problèmes familiaux, femmes victimes de violences conjugales, familles en détresse, etc.
- **soit aux situations de personnes plus chronicisées dans l'errance** (sans-abri de longue durée) et qui ne sont pas en mesure de partager des règles de vie collective en vigueur par exemple dans les institutions de type "maisons d'accueil".

Le centre d'accueil d'urgence est situé au Centre de Bruxelles. Il offre un accueil de première ligne et constitue la porte d'entrée de toutes les personnes accueillies par le Samusocial. En fonction de leur situation, certaines d'entre-elles sont ensuite orientées vers d'autres structures gérées par le Samusocial (centre familles, centre MediHalte, projet Housing First « Step Forward), d'autres institutions (maisons d'accueil, centres de revalidation, centres de cure, maison de repos, ...) ou vers des solutions privées (logement personnel, famille, amis, ...)

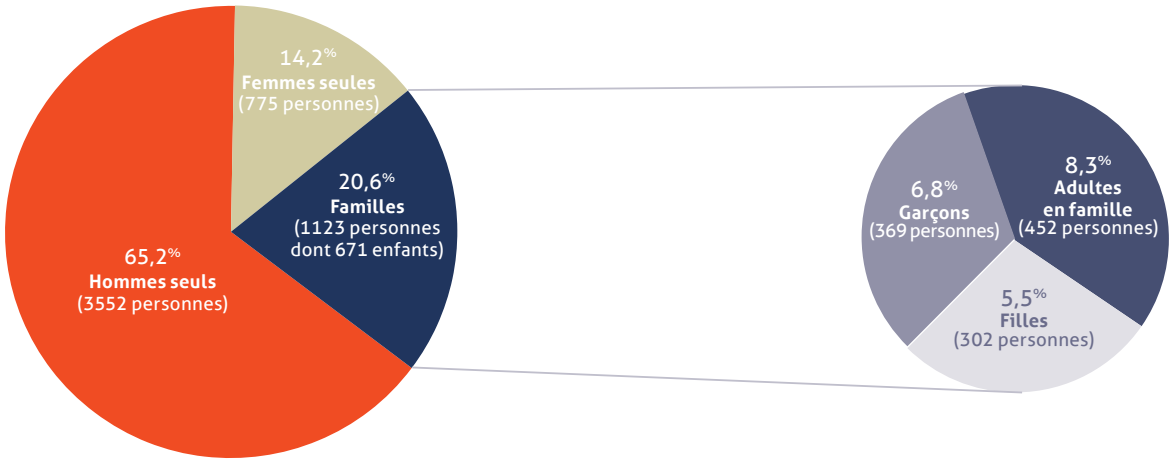
L'accueil d'urgence répond dans un premier temps aux besoins primaires de la personne (hébergement, sanitaires, repas, soins médicaux), mais vise également la mise en place d'un accompagnement psychosocial. Toute personne hébergée est invitée à rencontrer un assistant social en vue de l'aider, à son rythme, à dégager des solutions de sortie de rue.

Les services proposés par le Samusocial aux personnes hébergées :

- Une permanence psychosociale : entretiens individuels en soirée avec orientations vers les services de jour du Samusocial et d'autres services sociaux pour l'accompagnement dans les démarches psychosociales et notamment l'ouverture des droits.
- Des consultations médicales et infirmières en collaboration avec MDM.
- Un service vestiaire avec vêtements propres.
- Des repas chauds le soir et petits déjeuners le matin.
- Des sanitaires (douches, WC).
- Un accès Internet



Répartition des personnes hébergées selon la composition

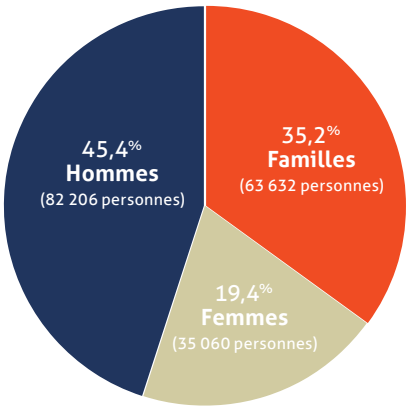


Le nombre de personnes accueillies a diminué comparé à l'an passé. Mais le nombre de nuitées offertes a quant à lui augmenté. Les personnes séjournent donc plus longtemps dans nos centres. Cette augmentation de la durée moyenne d'hébergement s'explique notamment par 2 facteurs :

- Le nombre de familles avec enfants occupe une proportion plus importante dans l'hébergement offert. Or le temps moyen de séjour des familles est le plus important.
- En dehors de l'hiver, le choix a été fait d'aller jusqu'au bout des démarches avec les personnes particulièrement vulnérables. Plus de personnes ont ainsi bénéficié d'une réservation de place afin de pouvoir mener leur accompagnement jusqu'à terme.

Le **nombre d'enfants et le nombre de personnes en familles a presque triplé par rapport à 2009** (449 personnes en familles dont 265 enfants en 2009).

Répartition des nuitées offertes par catégories de personnes

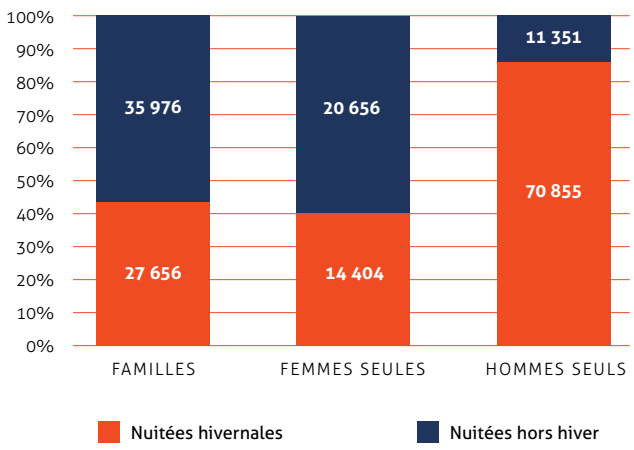


Comme chaque année, la catégorie majoritairement représentée est la catégorie des **hommes seuls** avec près de **45,4% des nuitées offertes et 65,2% du public accueilli.**

Les familles représentent la deuxième catégorie avec près de **35,2% des nuitées offertes** et **20,6% du public accueilli**; Nous observons la montée importante de l'hébergement offert aux familles par rapport à l'année 2013 durant laquelle il ne représentait que 23% des nuitées offertes. L'ouverture en 2014 d'un centre spécifique pour l'accueil des familles avec enfants explique cette augmentation.

Les femmes seules viennent en troisième catégorie et représentent **19,4% des nuitées offertes et 14,2% du public accueilli**. La population des femmes est la population la plus difficilement orientable, notamment car une part importante de ce public présente des troubles psychiatriques.

Répartition des nuitées réalisées par catégories de public selon la période d'hébergement.



Ce graphique met en lumière le poids écrasant des nuitées offertes aux hommes seuls durant le Plan hiver par rapport aux nuitées offertes à ce même public durant toute l'année : **85% des nuitées offertes aux hommes seuls en 2015 l'ont été durant les 5 mois et demi du Plan hiver**. **Près de 40% de l'hébergement offert en 2015, tous publics confondus, concerne les hommes seuls durant le Plan hiver.**

Ces chiffres soulignent 2 réalités :

- Les hommes seuls constituent la grande majorité des personnes sans-abri en région bruxelloise.
- En dehors de l'hiver, très peu d'hommes trouvent une place dans les centres du Samusocial, la capacité d'accueil étant nettement réduite.

Les proportions hiver/reste de l'année sont plus équilibrées en ce qui concerne les publics des femmes seules et des familles. Cet équilibre trouve sa source dans la politique du Samusocial selon laquelle les femmes et les familles avec enfants sont considérées comme particulièrement vulnérables. Elles doivent de ce fait pouvoir bénéficier d'un accueil prioritaire, hiver comme été. Jusqu'à ce jour, le Samusocial a pu appliquer cette politique d'accueil inconditionnel pour le public des femmes seules. Le nombre croissant de femmes en demande d'hébergement menace pourtant aujourd'hui la poursuite de cette politique.

2.4 L'accompagnement psychosocial : une activité d'aide sociale, de suivi et d'orientation

2015 : 1.113 orientations de sortie de l'urgence par nos services, Soit une moyenne de 3 orientations par jour.

Relayant le travail initié pendant la nuit sur le lieu d'accueil, l'accompagnement social a pour objectif **d'affiner et d'approfondir le diagnostic social posé en nuit** et d'éclaircir **avec la personne la demande exprimée.**

Le service d'accompagnement social reprend dans sa globalité la situation de la personne et agit dans un objectif premier de recouvrement de ses droits communs pour arriver à élaborer ensuite avec elle un projet qui lui permette de rebondir. L'approche, la durée et la méthode d'accompagnement sont adaptées à la catégorisation de la problématique.
L'approche et la réponse utilisées par nos équipes seront en effet différenciées selon que la personne se trouve dans une situation d'errance chronique ou d'urgence ponctuelle.

L'accompagnement a comme objectifs :

- L'**orientation vers une solution adaptée au profil et à la situation de la personne** (logement privé, maison d'accueil, structure médicale, centre de cure, institution psychiatrique, maison de repos, etc.). Le constat du manque de places d'hébergement d'urgence de nuit, l'inadéquation du profil d'une partie des personnes accueillies par rapport aux conditions d'admission des services l'absence de projets novateurs et pertinents eu égard aux besoins médico-psycho-sociaux de certains types de public sont autant de **difficultés à notre mission d'orientation.**
- Le **recouvrement des droits** : Revenu d'Intégration (RI), allocations de chômage, allocations d'invalidité, réouverture de dossiers fermés pour cause de non réponse aux convocations, ...
- **L'aide sociale urgente** (colis alimentaires, bons-repas pour les restaurants sociaux, avances sur les allocations du mois à venir, etc.) et **l'aide médicale urgente** pour les personnes malades sans couverture santé.
- **Les demandes d'informations** ou d'explications complémentaires – en effet, les personnes suivies ne décodent pas toujours facilement les procédures utilisées par les administrations et autres services. Les collaborations les plus fréquentes en ce domaine, passent essentiellement par les CPAS de la Région de Bruxelles-Capitale.

2015 : 1.113 orientations de sortie de l'urgence par nos services, dont :
789 orientations de personnes seules
229 orientations de familles
95 orientations de personnes seules par la cellule « psy »

Soit une moyenne de 3 orientations par jour.

Il ne suffit donc pas d'héberger. L'accompagnement est essentiel pour mettre en place des solutions de sortie de rue, **particulièrement pour le public moins chronicisé pour lequel un soutien immédiat est apporté afin d'éviter qu'il ne bascule dans la spirale de l'errance.**
Ce soutien appuyée se concrétise par la réservation d'une place prioritaire d'hébergement – le « report » - conditionné par un suivi quotidien des démarches d'ouverture de droits, de recherche de maisons d'accueil/solution d'hébergement, projet d'insertion, cure, etc...

L'hébergement et les autres services offerts par le Samusocial ne sont d'ailleurs parfois qu'une première amorce d'aide pour proposer un plan d'accompagnement vers la sortie de rue.

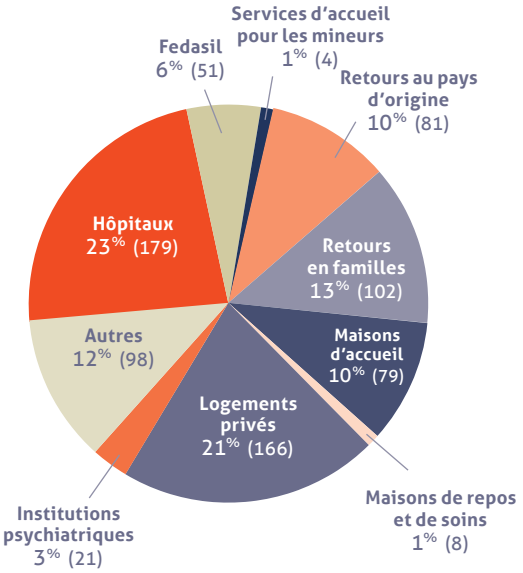
DES SITUATIONS D'URGENCE PONCTUELLES LIÉES AUX PROBLÈMES FINANCIERS

- **Nombreuses sont les personnes qui arrivent en premier hébergement au Samusocial et qui ne sont suivies par aucun service d'aide**.
- Le service psycho-social assure les démarches préalables nécessaires à l'ouverture de droits (Revenus d'Intégration, allocations de mutuelle ou de chômage, pension, etc...); assure la mise en lien avec les services de recherche de logement; introduit la personne auprès de services de médiation de dettes; l'accompagne dans son installation en logement (aide logistique et matérielle) et enfin la connecte avec un service proche de son domicile qui peut assurer, le cas échéant, un suivi de la gestion budgétaire.

2.4.1 LE TRAVAIL D'ACCOMPAGNEMENT ET D'ORIENTATION DES PERSONNES ISOLEES

789 personnes seules ont été orientées **par notre service social vers une solution de sortie de rue.**

Orientations des personnes seules par le service social



Les principales orientations menées par notre service social concernent **: l'hôpital, le logement privé, les maisons d'accueil, le retour en famille et le retour au pays d'origine.**

Ces chiffres soulignent la prévalence importante des problèmes de santé dans les situations de personnes aidées[3].

21% des orientations menées concernent le logement personnel et seulement 10% concernent les maisons d'accueil (L'Ilôt, les Petits Riens, Armée du Salut, Ariane, etc.). Les règles d'admission sont souvent trop strictes pour accueillir un public parfois fortement déstructuré et/ou présentant souvent un cumul de problématiques (troubles « psy », santé, assuétudes, inaptitude au travail...) compliquant son orientation vers une structure d'accueil de deuxième ligne[4].

2.4.2 LE TRAVAIL D'ACCOMPAGNEMENT ET D'ORIENTATION DES FAMILLES[5]

Sur les 284 familles (1.123 personnes dont 671 enfants) accueillies en 2015, 229 familles ont été orientées par notre service social vers une solution de sortie de rue.

En dehors du Plan hiver, la demande d'hébergement dépasse souvent la capacité d'accueil disponible. Le Samusocial doit donc malheureusement régulièrement refuser des familles en demande d'aide.

Nous accueillons les familles qui se retrouvent sans logement et « qui n'ont pas d'autre solution », cela concerne principalement :

- Les femmes victimes de violences conjugales accompagnées d'enfants
- Les familles expulsées de leur logement
- Les femmes illégales avec enfants légaux/illégaux
- Les femmes toxicomanes avec enfants
- Les familles présentant des troubles mentaux ou une maladie
- Les familles exclues du réseau maisons d'accueil
- Les familles victimes d'un incendie ou d'un logement insalubre

3. Plus d'information dans le points 2.5. Consultations médicales et infirmières et 2.7. 2. Les centre MediHalte
4. A ce sujet, voir le point « Difficulté/impossibilité d'orientation de sortie de rue pour les personnes « multi-carencées », p.49
5. Ce point concerne spécifiquement l'accompagnement social et les orientations sortantes des familles. Pour plus d'informations sur le travail d'accueil des familles, voir le point 2.7.1. «Le centre familles», p. 27

Le travail d'orientation et de collaboration est initié dès que possible. Selon les situations, certains partenaires seront sollicités **:**

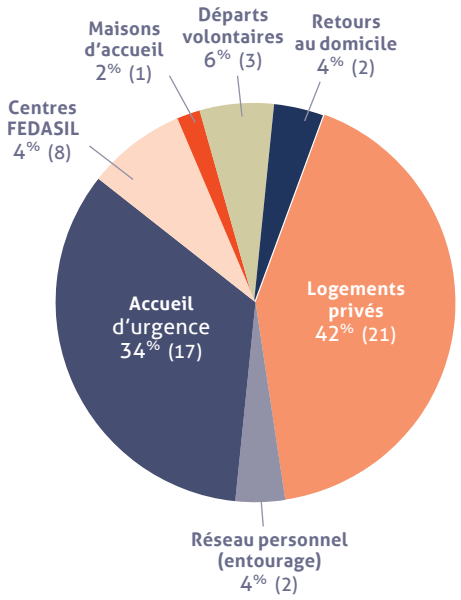
- Pour les familles **expulsées de leur logement,** une orientation en maison d'accueil (Ariane, l'Ilôt,Talita,etc.) ou en logement privé via les associations d'aide à la recherche de logement (service logement du CPAS de 1000 Bruxelles, CAFA à ST- Gilles, AIS d'Aanderlecht et de Forest, etc) est organisée.
- Pour les familles vivant des problèmes de **surendettement**, une orientation vers les associations de médiation de dettes et les CPAS est travaillée.
- Pour les familles qui ont introduit une **demande d'asile**, un contact régulier est entretenu avec le dispatching Fedasil afin d'orienter le plus rapidement possible la famille vers un centre prévu à cet effet lorsque des places se libèrent.
- Pour les **familles en situation illégale**, l'accompagnement se traduit par une orientation vers les avocats et juristes des associations d'aide juridique (Droits des jeunes, Bureu d'Aide Juridique) ou pour ceux qui le souhaitent par le retour vers le pays d'origine (Office International des Migrations, Caritas).
- Pour les **familles qui présentent des fragilités médicales**, une orientation vers les médecins et hôpitaux (MDM, CASO, hôpitaux Iris-sud, etc), les centres de santé mentale et équipe psy (cellule **« psy »** du samusocial, l'asbl **« Nulle part ailleurs »,** l'**équipe de «** SOS enfants » de l'hôpital ST-Pierre) est encouragée,
- Pour les familles présentant des **troubles comportementaux**, une collaboration avec des services de santé mentale et les services de protection et d'aide à l'enfance (ONE, SAJ, SPJ, Délégué aux droits de l'enfant,..) est organisée,
- Pour les familles dont les enfants présentent des problèmes liés à la **scolarité**, une collaboration avec les établissements scolaires de la Ville de Bruxelles (les équipe pédagogiques, les PMS, PSE) est organisée, également pour les nécessaires changements d'école (fréquents pour les situations de femmes battues dont le domicile est éloigné de Bruxelles).
- Pour les **femmes victimes de violences conjugales**, une orientation vers la police, les hôpitaux, les foyers pour femme battues les maisons d'accueil ou le retour au domicile ou vers l'entourage familial, les propri**é**taires privés font partie des portes de sorties.
- Pour tous les enfants (de 2,5 à 13 ans) des familles qui le souhaitent, une orientation vers les **activités parascolaires** du CEMOME est organisée pendant les vacances scolaires durent leur hébergement au Samusocial.

En 2015, la collaboration avec le réseau dans l'accompagnement des familles pour réactiver du « lien social » implique plus de 20 acteurs.

FOCUS SUR LES ORIENTATIONS MENÉES PAR LE SERVICE SOCIAL DU CENTRE « FAMILLES »

Sur les 284 familles accueillies par le Samusocial en 2015, 76 familles ont été hébergées dans le centre « Familles » qui offre un accueil de deuxième ligne, à la suite de l'accueil d'urgence. 208 familles ont été accueillies dans le centre d'hébergement d'urgence.

Le service social du centre « familles » a orienté 50 familles en 2015.



Sur les 50 familles ayant quitté le centre « familles »:

- 21 d'entre elles ont réintégré un logement privé (42%), 4 familles ont réintégré leur domicile ou sollicité leur entourage (8%).
- 4 familles ont intégré un centre pour demandeurs d'asile, 3 familles sont parties spontanément vers des solutions inconnues, tandis qu'une famille a été orientée en maison d'accueil.
- Les autres familles, majoritairement en séjour illégal sur le territoire, n'ont malheureusement pas pu être orientées vers des solutions d'hébergement pérennes, retournant dans le circuit de l'accueil d'urgence.

2.4.3 L'ACCOMPAGNEMENT « PSY »...

L'accompagnement par la cellule psy en 2015 :
452 personnes suivies
95 personnes orientées vers d'autres lieux d'hébergement

La cellule d'accompagnement psychosocial du Samusocial opère entre la sphère de l'aide sociale et celle de l'aide psychiatrique. La spécialisation « psy » de l'accompagnement proposé aux personnes que nous aidons est incontournable en vue d'apporter les réponses les plus adéquates possibles à leur souffrance multidimensionnelle.

2.4.3.1 PROFILS SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES BÉNÉFICIAIRES

Cette année, **452 personnes différentes** ont été suivies par la cellule psy, c'est-à-dire accompagnées à plus ou moins long terme par les psychologues ; qu'il s'agisse d'un soutien ponctuel en période de crise ou d'un suivi plus régulier s'étalant sur la durée.

Femmes	208
Hommes	244
Total	**452**

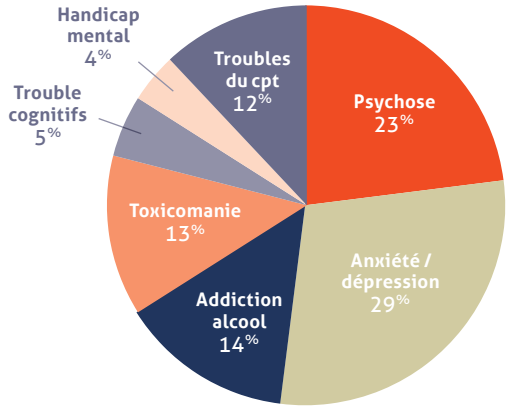
La proportion d'hommes (54%) suivis par le pôle « psy » est légèrement plus importante que celle des femmes (46%). Dans la réalité, la proportion d'hommes seuls en rue est pourtant bien plus importante par rapport à celle des femmes seules (de 4 à 5 fois supérieure), mais ces dernières font l'objet d'un soutien plus intensif. Vu leur nombre plus réduit et leur vulnérabilité particulière, toutes les femmes en demande d'aide sont hébergées chaque soir par le Samusocial, ce qui facilite la mise en place de leur suivi. De plus, les troubles psychiatriques constituent une cause de rupture majeure parmi le public des femmes seules chronicisées dans l'errance.

2.4.3.2 DESCRIPTION DES PROFILS PSYCHIATRIQUES RENCONTRÉS

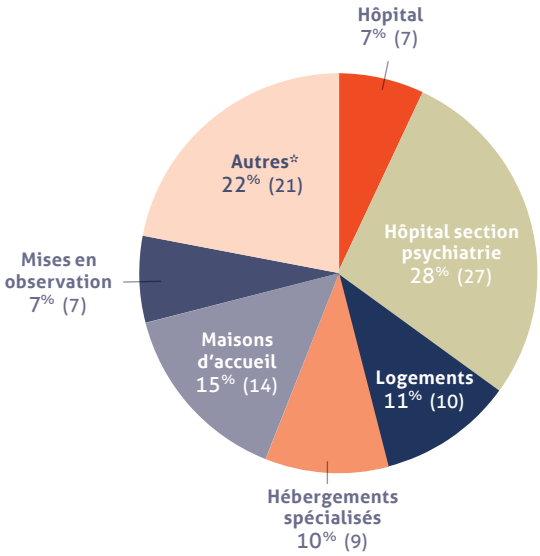
Les psychologues du Samusocial évitent tant que possible de réduire le sujet à une pathologie ou à une affection. Nous nous permettons cependant de relever les traits symptomatiques principaux et les affections « visibles » telles qu'elles nous apparaissent dans notre travail quotidien.

Les données quantitatives ici observées sont représentatives de notre réalité quotidienne, mais nous considérons qu'elles doivent être utilisées avec prudence, à titre illustratif, et non-exhaustif.

Prévalence des troubles psychiatriques, affections psychiques et cognitives (en %).



Répartition des orientations sortantes par la celulle psy (en %)



*Cette catégorie comprend les retours au pays ainsi que les retours au domicile conjugal/familial

Les symptomatologies principalement présentes auprès des personnes que nous avons suivies sont **l'anxiété/dépression (29%), la psychose (23%) et les addictions (alcool : 14% - drogues : 13%)**. Cependant, et bien que ces affections soient moins présentes, nous relèverons une forte prévalence de personnes présentant des troubles du comportement, de personnes présentant un handicap mental et enfin, un certain nombre d'individus vivant des troubles cognitifs d'origines diverses.
Un même individu présent souvent plusieurs de ces affections de manière concomitante, ce qui est observé dans de nombreux cas (ex : alcoolisme/dépression, handicap mental/troubles du comportement, etc.).

2.4.3.3 ORIENTATIONS DE LA PERSONNE PRÉCARISÉE EN SOUFFRANCE PSYCHIQUE VERS D'AUTRES STRUCTURES

Sur 452 personnes suivies par la cellule psy en 2015, 95 orientations de personnes vers d'autres solutions d'hébergement ont été menées. Malgré l'augmentation par rapport à 2014, nous considérons que c'est « peu », et pensons que ce résultat reflète une série d'obstacles déjà abordés dans nos rapports précédents (profil très spécifique de notre public ; chronicité freinant les processus de mobilité sociale ; manque de places dans le réseau de deuxième ligne ; manque de structures adaptées...).

Nous pouvons dégager les tendances suivantes :

- **Les orientations en maisons d'accueil atteignent 15% cette année, ce qui constitue une diminution importante par rapport à l'année dernière (40%)**. Cette diminution pourrait s'expliquer par le fait que les places sont de plus en plus rares dans ces structures, en raison l'augmentation constante du phénomène de sans-abrisme en général.
- **La proportion de personnes orientées en psychiatrie** (tant sur base volontaire, que dans le cadre d'une procédure forcée) **atteint les 35 %**. Ce résultat relativement élevé illustre selon nous l'ampleur croissante des problématiques de santé mentale au sein de la population de la rue.
- **La proportion d'entrées en logement représente 11% des orientations cette année**. Ce résultat est directement associé à l'activation de notre nouveau projet Housing-First « StepForward »6 mis en place en juin 2015.
- -10% de personnes sont orientées dans des structures spécialisées de type communauté thérapeutique – principalement à destination des usagers de drogues.

Ces résultats restent « insuffisants » à nos yeux ; tant d'un point de vue quantitatifs que qualitatifs. En effet, nous regrettons le **manque de places et de réponses institutionnelles adaptées aux personnes sans-abri les plus vulnérables** sur le plan de la santé mentale.

6. Plus d'information sur le projet Step Forward dans le point 2.7.3. « Le programme StepForward »

2.5 Les consultations infirmières et médicales

En 2015, les personnes suivies par le Samusocial ont bénéficié de :
49.688 prestations[7] médicales et infirmières, soit :
20.748 prestations dans nos centres d'accueil d'urgence
28.940 prestations dans notre centre MediHalte

Les consultations infirmières ont fortement augmenté ces deux dernières années. Deux raisons expliquent cette croissance : l'ouverture de deux centres supplémentaires, le centre « familles » et le centre MediHalte qui offre un hébergement médicalisé.

En outre, les besoins infirmiers dans les centres sont tels que nous avons privilégié la présence infirmière dans nos centres plutôt que dans la rue, avec les équipes mobiles. Résultat : une augmentation de consultations dans les centres et une diminution des prestations de soin en rue[8].

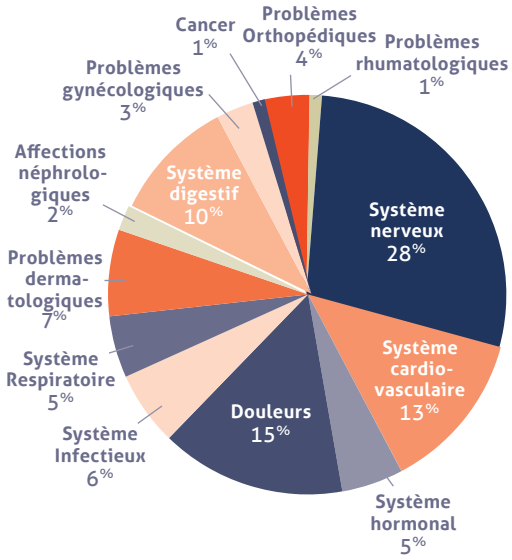
Dans l'attribution des places d'hébergement, une **priorité d'accueil est donnée aux personnes malades ou nécessitant des soins.** C'est souvent une démarche proactive menée par nos infirmiers et médecins qui permet de traiter des pathologies chroniques et d'éviter le recours aux urgences hospitalières de nuit pour des traitements souvent possibles en ambulatoire. Les personnes blessées ou souffrant d'affections respiratoires aiguës sont également mises à l'abri pour un court séjour au Samusocial. Les personnes en attente d'hospitalisation (chirurgie programmée) et les personnes sortant d'hospitalisation nécessitent, parfois pour une longue durée, une mise à l'abri et du repos. Elles sont admises dans notre nouveau centre MediHalte, ouvert depuis le mois de juin pour offrir un hébergement médicalisé aux personnes malades.

2.5.1 LES PERMANENCES MEDICALES ET INFIRMIERES DANS LES CENTRES D'HEBERGEMENT

Les personnes hébergées dans les centres d'hébergement du Samusocial peuvent bénéficier chaque soir de consultations infirmières. La permanence médicale et infirmière de jour du centre d'accueil permanent complète l'action de soins initiée en nuit dans les différents centres. Les médecins et infirmiers bénévoles de Médecins du Monde assurent également des consultations 2 à 3 soirs par semaine dans nos centres d'accueil d'urgence en complément de l'action de nos infirmiers.

En 2015, 20.748 prestations médicales et infirmières ont été assurées par le Samusocial dans les centres d'hébergement, soit une moyenne de 57 prestations par jour.

Nature des pathologies rencontrées dans les permanences médicales et infirmières des centres d'hébergement



Conformément aux données de l'année précédente, les principales affections rencontrées par notre service médical et infirmier sont (par ordre décroissant): **les atteintes du système nerveux** (en ce compris les troubles d'ordre psychiatriques), **les douleurs et inflammations diverses** et les **troubles du système cardio-vasculaire**... Ces pathologies sont très spécifiques au public vivant en rue.

7. Plusieurs prestations peuvent être assurées au sein d'une même consultation.
8. Ceux-ci sont cependant toujours prodigués en rue si nécessaire, en fonction des besoins identifiés par les « maraudeurs » de nos équipes mobiles d'aide.

2.5.2 LES PERMANENCES MEDICALES ET INFIRMIERES DANS LE CENTRE MEDIHALTE[9]

Le centre MediHalte offre un **hébergement médicalisé aux personnes nécessitant des soins ou un temps de repos** sans justifier d'une hospitalisation. 38 lits sont ouverts dont :

- 30 lits en courts séjour (hébergement temporaire pour des personnes souffrant de pathologies médciales aiguës)
- 8 lits en long séjour (hébergement à plus long terme pour des personnes présentant des pathologies chroniques).

En 2015, 28.940 prestations médicales et infirmières ont été assurées par le Samusocial dans le centre MediHalte, soit une moyenne de 79 prestations par jour.

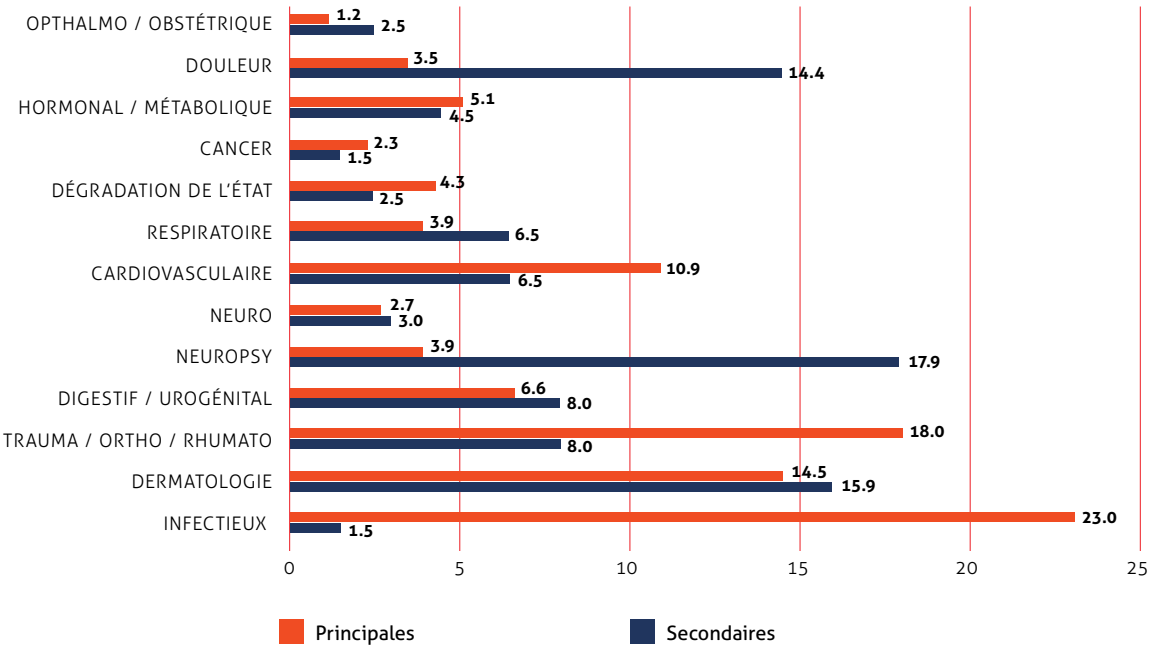
NATURE DES PATHOLOGIES QUI ONT MOTIVÉ L'ADMISSION EN COURT SÉJOUR (MEDIHALTE)

La moitié (51,2%) des 256 personnes admises en court séjour l'ont été pour une prise en charge de deux pathologies différentes, 35,2% pour une seule pathologie et 13,7% pour trois. Pour les personnes admises pour prise en charge de plus d'une affection aiguë, nous avons distingué le motif principal d'admission (« pathologie principale ») des motifs secondaires (« pathologies secondaires »).

Les trois premiers motifs d'admission « pathologie principale » sont une **cause infectieuse** (prise d'antibiotique) pour 23% des pathologies, des **affections ostéoarticulaires** (qu'elles soient traumatologiques ou sur poussée d'une pathologie chronique) pour 18% et une **pathologie cardiovasculaire** pour 11%.

Parmi les « pathologies secondaires » prises en charge, on retrouve essentiellement des problématiques **neuropsychiatriques** (17,9%), des **affections dermatologiques** (15,9%) et un **syndrome douloureux** (14,4%).

Pathologies principales et secondaires (%) motivant l'admission en court séjour



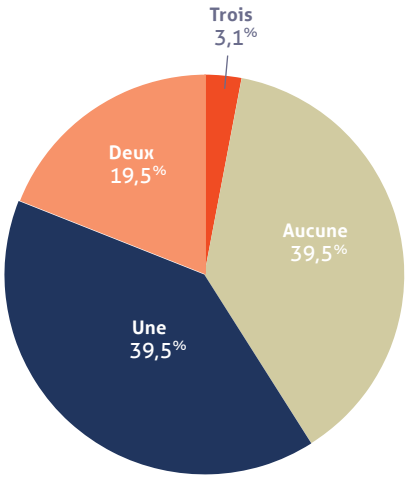
9. Pour une description détaillée du centre MediHalte, voir point 2.7.2 «Le centre MediHalte», p. 31

LES COMORBIDITÉS DES HÉBERGÉS EN COURT SÉJOUR

Outre la/les pathologie(s) pour laquelle/lesquelles une personne a été prise en charge en court séjour, il peut y avoir une ou des problématiques médicales supplémentaires qui sont prises en compte pour une prise en charge globale, mais qui ne feront pas partie du soutien médical en tant que tel. Exemple : Suite à une fracture de la jambe, une personne est admise le temps de son immobilisation pour traitement antalgique et injection quotidienne d'anticoagulant (prévention phlébite). Il s'avère que cette personne est diabétique et fait déjà l'objet d'un suivi. Son diabète sera contrôlé régulièrement par nos équipes mais aucune démarche médicale ne sera faite si les contrôles s'avèrent bons.

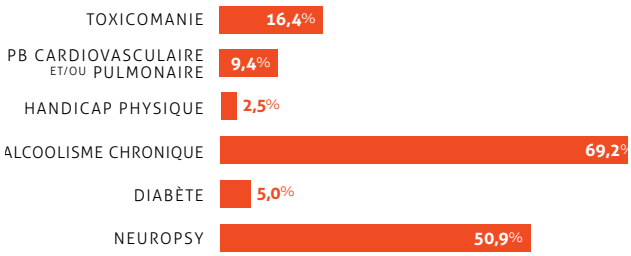
Ces problématiques médicales supplémentaires sont appelées « comorbidités » et, si 37.9% des hébergés n'en avaient pas, 39.5% en avaient une, 19.5% deux et 3.1% trois.

Nombre (%) de comorbidités par hébergé en court séjour (n=256)



En court séjour 159 personnes sur 256 avaient donc au moins une comorbidité ajoutée à son motif d'admission. Ces comorbidités sont essentiellement de l'ordre de la **dépendance toxicologique**, alcool en tête (69.2%), et des **problèmes neuropsychiatriques** (50.9%) tels que troubles bipolaires, schizophrénie, syndrome de Korsakoff...Les pathologies cardiovasculaires et/ou pulmonaires lourdes, c'est-à-dire entrainant un handicap physique chez la personne et nécessitant un suivi de notre part, représentent 9.4% des comorbidités ; le diabète 5% et un handicap physique requérant une assistance de la part de l'équipe 2.5%.

Comorbidités (%) recontrées en court séjour (n=159)

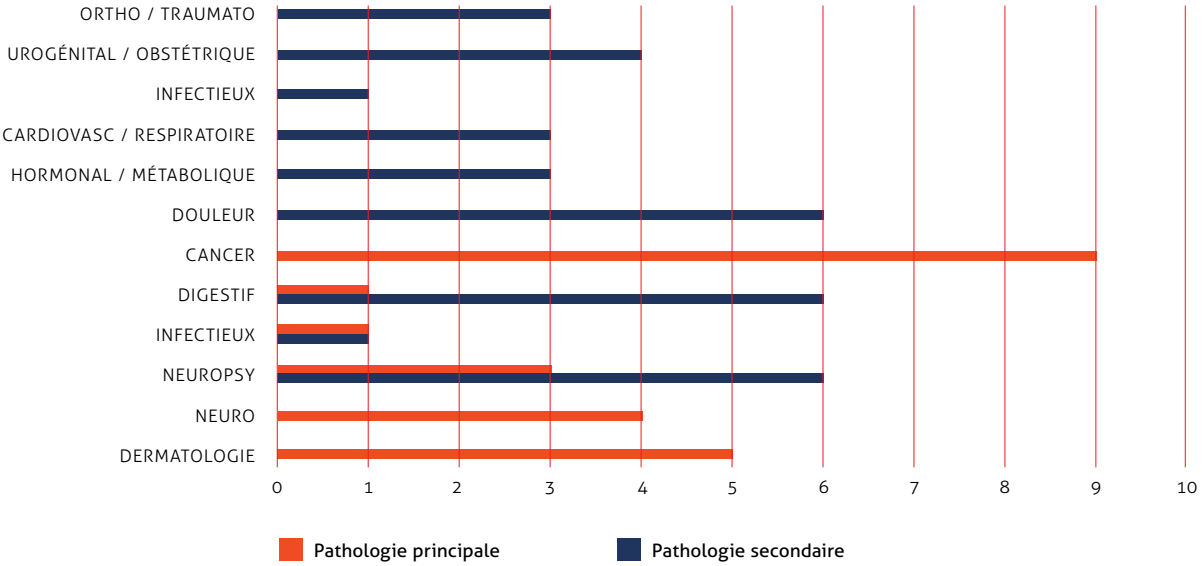


Les données sur les pathologies motif d'admission et sur les comorbidités des personnes hébergées en court séjour reflètent bien la complexité des prises en charge.

NATURE DES PATHOLOGIES QUI ONT MOTIVÉ L'ADMISSION EN LONG SÉJOUR

Les personnes admises en long séjour (n=23) sont majoritairement polypathologiques avec **12/23 admises pour prise en charge de trois pathologies différentes,** 8/23 pour deux différentes et seulement 3/23 pour une seule. Parmi ces motifs d'admission, 9 étaient des **cancers**, 5 une **affection dermatologique** (plaie, dermite chronique) nécessitant au moins deux mois de soins quotidiens, 4 une **atteinte neurologique pure** (sclérose en plaques évolutive, déficit suite à accident vasculaire cérébral...), 3 pour une **problématique neuropsychiatrique** et enfin 1 personne pour ostéite chronique et 1 avec poche de colostomie en attente de reprise chirurgicale.

Pathologies principales et secondaires motivant l'admission en long jour (n=23)



LES COMORBIDITÉS DES HÉBERGÉS EN LONG SÉJOUR

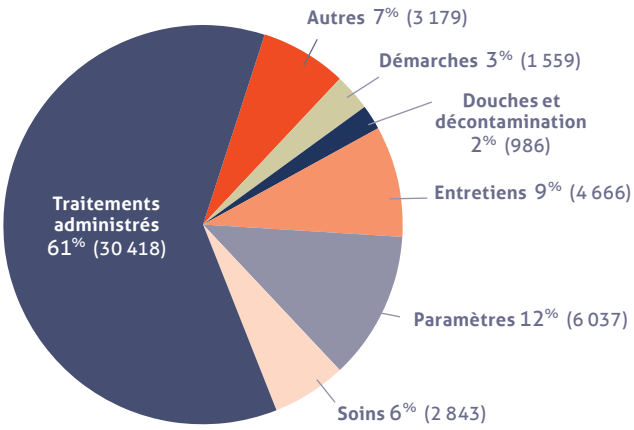
La moitié des hébergés (12/23) en long séjour avaient une comorbidité ajoutée, 3/23 en avaient deux, 1/23 trois et 7/23 aucune.
Là encore pour les 16 personnes avec au moins une comorbidité, **l'alcoolisme chronique** (6/16) et les **problèmes neuropsychiatriques** (5/16) sont majoritaires.

Comorbidités des personnes hébergées en long séjour						
Comorbidité	**Neuropsy (sauf alcoolisme et toxicomanie)**	**Diabète**	**Alcoolisme chronique**	**Handicap physique nécessitant assistance**	**Pathologie cardio-vasculaire/ respiratoire lourde**	**Toxicomanie**
N° d'hébergés concernés	5	0	6	4	3	3

2.5.3 NATURE DES PRESTATIONS MEDICALES ET INFIRMIERES REALISEES EN 2015 DANS L'ENSEMBLE DE NOS CENTRES

Nous reprenons ici la globalité des prestations médicales et infirmières réalisées à la fois dans les centres d'hébergement et dans le centre Medihalte.

Nature des prestations médicales et infirmières du Samusocial.



Nous observons ici que nos équipes médicales et infirmières se consacrent principalement à la continuité des traitements et au suivi des paramètres vitaux. En effet :

- 61% des prestations concernent la délivrance et le suivi des traitements. Les personnes hébergées ne disposant pas toujours d'une couverture médicale (mutuelle ou carte médicale) lors de leur arrivée, nous devons très souvent les dépanner en médicaments.
- 12 % des prestations concernent la surveillance des paramètres vitaux, soit les prises de tension artérielle, pulsations, surveillance glycémies.
- 6% des prestations consistent à prodiguer des soins (soins de plaies simples et complexes).
- 2% concernent le soutien à l'hygiène corporelle (douches) visant l'amélioration de l'estime de soi et de l'image corporelle.

En outre, nos équipes médicales et sociales synchronisent leur action afin de mener des accompagnements physiques à des rendez-vous médicaux (annonce d'un diagnostic, barrière de la langue, personnes souffrant de désorientation dans le temps et dans l'espace...). Parallèlement, un grand nombre d'entretiens pour le suivi de la situation médicale des hébergés sont réalisés. Les entretiens d'écoute et d'échanges sont également primordiaux pour entretenir un rapport de confiance avec la personne soignée.
L'infirmière – dans le cadre de ses entretiens – prend également en charge une grande partie des démarches médico-sociales en vue de maintenir (ou de remettre en place) une couverture médicale, et assurer la poursuite d'un suivi médical et - le cas échéant - d'un traitement médicamenteux.

2.6 L'hiver : mandat de gestion du plan hivernal

Depuis 2006, le Samusocial est mandaté chaque année par les ministres de la Commission Communautaire Commune pour la mise en œuvre du Plan hiver régional. Depuis l'hiver 2011-2012, le Samusocial met également en œuvre un Plan hiver fédéral de 300 à 400 places afin de répondre à l'augmentation du public sans-abri toutes situations confondues.

Au plan hivernal régional s'ajoute donc un plan fédéral pour répondre au phénomène de concentration de la grande exclusion à Bruxelles en vue de permettre au Samusocial d'appliquer une politique de non-refus pour toutes les personnes sans solution d'hébergement. L'objectif est ici d'assurer un **accueil inconditionnel** à tous sans tenir compte du statut ou de l'origine de la personne en demande d'aide.

LE PLAN HIVER 2014-2015[10]

Le **dispositif hivernal 2014-2015 du Samusocial** s'est décliné en **3 plans** permettant à la fois de renforcer **son action mobile d'aide** et d'offrir **jusqu'à 800 places supplémentaires aux 110 places structurelles du Samusocial** et aux 150 places du centre « familles »:

- **Le plan d'action mobile d'aide** : grâce à un subside du **département fédéral Intégration Sociale**, le dispositif mobile médico-psycho-social - les maraudes – a été renforcé par la mise en service d'une équipe supplémentaire. Ce sont ainsi **deux** équipes mobiles d'aide qui intervenaient chaque soir à **partir de 17h** sur l'ensemble la Région de BXL-Capitale pour se porter au secours des personnes les plus fragiles.
- **Le plan régional d'hébergement d'urgence** (du 14 novembre au 31 mars) **à l'initiative des Ministres des Affaires Sociales de la Commission communautaire commune de la Région de Bruxelles Capitale**. Jusqu'à **500 places d'accueil** ont été ouvertes dans les centres de la rue Royale et de la chaussée de Mons.
- **Le plan fédéral d'hébergement d'urgence** (du 24 décembre au 31 mars), à l'initiative de la Secrétaire d'Etat à **la Lutte contre la Pauvereté**, qui s'est ouvert en complément du plan régional et qui a offert jusqu'à **300 places supplémentaires** dans le bâtiment de la rue Kennis à Schaerbeek.

10. Plus d'informations dans le rapport « Plan hiver 2014-2015 » consultable sur www.samusocial.be

Au total ce sont ainsi plus de 1.000 personnes qui ont pu être accueillies chaque soir dans le cadre du dispositif hivernal global du Samusocial.

Rappelons qu'**un dispositif hivernal ne doit pas se limiter à la simple mise à l'abri…** il s'agit d'abriter et de soulager les personnes sans-abri certes, mais aussi **d'ALLER VERS** elles par l'action de nos équipes mobiles d'aide, de **SOIGNER**, de repérer et d'identifier la demande auprès des plus fragiles et de mettre en place un **ACCOMPAGNEMENT PSYCHOSOCIAL** pour ceux qui le souhaitent en vue de tenter de les **ORIENTER** vers des solutions adaptées et, si possible, durables.

Du 14 novembre au 31 mars, le dispositif hivernal a offert : 106.801 hébergements à 3.522 personnes différentes.
Les 6 différents sites et leur capacité d'accueil :

Capacité du complément hivernal :	
Bruxelles-Ville – rue Royale : hommes :	300 places
Schaerbeek – rue Kennis : hommes seuls et femmes seules :	300 places
Anderlecht – chaussée de Mons : hommes seuls :	150 places
Ixelles – Rue Borrens : hommes seuls :	50 places
CAPACITE TOTALE DU COMPLEMENT HIVERNAL	**800 places**
Capacité des centres permanents (ouverts hors hiver) :	
Bruxelles-Ville (siège du Samusocial) : familles, hommes/femmes fragiles :	110 places
Trône/Woluwé-St-Lambert : centre résidentiel pour familles	150 places
CAPACITE D'ACCUEIL MAXIMALE DISPONIBLE DURANT L'HIVER :	**1.060 places**

Ce sont donc en moyenne **773 personnes qui ont été hébergées par nuit** sur l'ensemble du dispositif durant cet hiver.

2.7 Focus Sur Les Nouveaux Dispositifs Spécifiques

2.7.1 LE CENTRE « FAMILLES »

Depuis février 2015, le Samusocial dispose d'un centre de 130 places spécifiquement adaptées à l'accueil de familles avec enfants dans un bâtiment de Woluwé-Saint-Lambert. Ce centre offre un accueil de deuxième ligne, accueillant des familles d'abord hébergées dans notre centre d'hébergement d'urgence (accueil de première ligne).

2.7.1.1 OBJECTIFS

Offrir un lieu de vie stable, digne et accessible 24h/24 permettant de garantir :

- La satisfaction des besoins élémentaires tels que l'offre de repas, de sanitaires, de vêtements de rechange et bien sûr une chambre où dormir, se poser, et échanger.
- un accompagnement social et juridique individualisé.
- la poursuite de la scolarité ou la rescolarisation de chaque enfant en âge scolaire.
- un cadre de vie accueillant, chaleureux et sécurisant.
- des lieux possibles de rencontres pour les différents intervenants sociaux.
- un accès aux soins, un suivi médical et paramédical.

Proposer un suivi social intensif et rapproché:

- (re)activer les projets de vie et les recherches de solutions.
- permettre les rencontres in-situ avec le réseau de la personne.
- (re)ouvrir les droits sociaux et juridiques.
- garantir une couverture médicale en cas de nécessité.
- encourager la responsabilisation des parents dans les démarches.
- dégager des pistes d'orientation.

In fine :
Orienter la famille vers un lieu de vie adapté et durable

2.7.1.2 INFRASTRUCTURE ET OFFRE DE SERVICE

Les chambres sont nettement privatisées afin de garantir l'intimité à chaque famille. La configuration du bâtiment est cependant favorable à la cohésion sociale ; les espaces de vie collective sont variés et adaptés aux différents publics accueillis : salle de restauration, salon TV, bibliothèque, salle de jeu pour les jeunes enfants, « espace ados ». Un jardin permet également aux enfants de pouvoir s'aérer. Le centre dispose également de bureaux pour mener les entretiens individuels dans le cadre de l'accompagnement psychosocial et du cabinet de consultations infirmières.

Pour atteindre ses objectifs, le Centre Familles propose différentes démarches, axées sur **trois volets principaux** : social, éducatif et médical.

Volet social

Les familles sont orientées dès leur arrivée vers les **assistants sociaux**. Ces derniers les accompagneront durant toute la durée de leur hébergement. Cette rencontre entre l'assistant social et la famille est formalisée dès son arrivée au centre et fait partie intégrante du protocole d'accueil du centre.

Tâches principales des assistants sociaux:

Tâches administratives	Tâches d'orientation
Évaluation de la situation administrative.	Accueil et réception des demandes, besoins, attentes des familles.
Ré(ouverture) des droits sociaux et juridiques	Réactivation des projets de vie.
Ré(ouverture) des droits à l'aide médicale urgente et au droit à l'inscription à l'assurance obligatoire soins de santé.	Orientation dans des structures adaptées.
Suivi et soutien dans des procédures de régularisation de séjour.	Aide à la recherche d'emploi et de logement.
Scolarisation des enfants.	Accompagnements extérieurs.
Collaboration avec le réseau familial et social (CPAS, WOPS, SDJ, SAJ...).	Participation aux bilans Familles.

En collaboration avec les familles, les assistants sociaux fournissent un travail d'accompagnement et d'orientation.

Volet éducatif

Les familles hébergées dans notre centre sont fragilisées par leur situation de sans-abri. Stress, anxiété, doutes et découragements sont à l'origine d'une perte de repères influençant parfois négativement l'équilibre général et le lien parent/enfant.

La préservation de l'**équilibre des enfants** hébergés est une préoccupation permanente de notre équipe psycho-éducative. Une psychologue, une puéricultrice et des éducateurs assurent l'encadrement et l'animation des enfants des familles accueillies mais offrent également un soutien à la parentalité.

Cellule « Petite enfance » et soutien à la parentalité (soutenue par « Viva for Life »)
La cellule « Petite enfance » est constitué d'une psychologue et d'une puéricultrice. Elle offre un espace d'accueil et d'écoute favorisant le lien parent/enfant et permettant aux enfants accueillis d'être moins affectés par leur passage en centre d'urgence. Elle a comme missions principales :

- le soutien matériel (par la distribution de langes, biberons, tétines...) et le soutien psychologique (écoute, accompagnement, conseils) ;
- un suivi régulier, formel et/ou informel, des enfants. Ce suivi permet de constater certains comportements questionnant ou inappropriés et ensuite d'y travailler ;
- une mise à disposition d'une salle puériculture : jouets, tapis de jeux, espace de change, baignoires, etc. Les parents ont l'occasion de partager un moment « hors du temps » avec leur enfant, ce qui favorise le lien existant et permet à l'enfant d'exister en tant qu'enfant, à l'écart des difficultés quotidiennes que rencontre sa famille ;
- un accompagnement dans des démarches diverses : recherche de crèches, suivi pré et/ou postnatal... ;
- l'organisation et la préparation de repas adaptés pour des enfants en bas âge les lundis mercredis et vendredis matin, avec les familles intéressées ;
- la garde d'enfants un jeudi matin une semaine sur deux lorsque les mamans participent à l'activité « **Le jeudi de la femme** ». La puéricultrice propose des activités musicales, lecture, chansons, etc.
- la puéricultrice organise trois matinées par semaine une préparation de repas adaptés (fruits/légumes/protéine/féculents) **pour les enfants de 0 à 5 ans**. Ceci permet d'offrir aux plus petits la possibilité de s'alimenter sainement et de répondre à leurs besoins. Parallèlement à ce projet, la puéricultrice encadre un espace de jeux et de rencontre pour les enfants et leur(s) parent(s)

ANIMATIONS ENFANTS

Nos équipes proposent un panel d'activités pédagogiques, culturelles et/ou ludiques les mercredis et samedis après-midi pour les enfants: activité piscine, sorties dans les parcs, Scientastic Museum, musée du jouet, musée des sciences naturelles, ateliers bricolage, animation clown, atelier percussions, ciném, Bruxelles les Bains, parc de Planckendaeil, etc.
Ponctuellement, à l'approche d'un évènement particulier ou fêtes traditionnelles (Noël, nouvel an, carnaval, etc.), **l'ASBL Solidarité Grand Froid** et son équipe de bénévoles offrent également des activités et animations extraordinaires pour les enfants hébergés par le Samusocial.

PERMANENCE ADOS

Ce projet, créé spécialement pour le public des 12-18 ans, repose sur trois espaces. Chaque espace tente de répondre aux besoins spécifiques d'épanouissement et d'émancipation des ados : L'espace ados, la salle des devoirs et la bibliothèque/espace informatique.

L'ESPACE ADOS

« L'espace ados. Un lieu où les ados peuvent se relaxer, s'exprimer et développer l'autonomie qu'ils recherchent ».
L'environnement familial étant déjà fortement perturbé par l'absence de logement, la plupart des adolescents sont également confrontés aux problématiques inhérentes à leur condition de jeune futur adulte, se cherchant, devant trouver sa place dans la société. L'espace ados vise le partage entre les jeunes et diverses problématiques sont abordées. Cet espace est un lieu d'échange d'idées, d'émotions et apporte une oreille attentive aux ados qui en éprouvent le besoin. La sensibilisation face à l'actualité brûlante, l'approfondissement de certains sujets et l'expression de malaises sont les clés de cet espace. Une relation de confiance entre les jeunes, mais aussi entre les jeunes et les éducateurs, peut alors s'installer.

LA SALLE DES DEVOIRS

La salle des devoirs est ouverte tous les jours afin de proposer un soutien scolaire aux jeunes qui le désirent. L'ensemble de l'équipe éducative est à l'écoute des demandes et apporte un véritable soutien en cas d'incompréhension, retard ou de décrochage scolaire plus important. En complément du soutien scolaire des éducateurs, le centre sollicite également l'aide de bénévoles. L'ASBL **ServeTheCity** renforce le soutien scolaire les, mardis et jeudis soirs dans le cadre de cette école des devoirs.

LA BIBLIOTHÈQUE/ESPACE INFORMATIQUE

La bibliothèque du centre dispose d'un large choix de livres pour tout âge. Petits et grands peuvent consulter les livres sur place. Un espace multimédia y est aménagé permettent aux jeunes de se divertir et de travailler pour l'école. Cet accès à Internet est également un outil de recherche indispensable pour les familles dans leurs démarches administratives (recherche de logement, emploi, etc.).

La (re) scolarisation des enfants et des jeunes est une priorité pour nos équipes. En 2015, la grande majorité des enfants et jeunes en âge d'obligation scolaire ont été (re)scolarisés.

LES JEUDIS DE LA FEMME

Partant du constat que les femmes hébergées dans le centre étaient, pour la plupart, en dehors de toute vie sociale, un projet d'activité entre femmes a été développé par notre psychologue et notre infirmière. Ce rendez-vous permet aux mamans de prendre

du recul par rapport à leur quotidien, de se retrouver entre elles et d'échanger sur les questions de la féminité dans un espace de confidentialité et de liberté d'expression.
Cette rencontre a lieu un jeudi sur deux durant deux heures. Durant la séance, les enfants sont gardés par la puéricultrice du centre. Chaque séance propose une thématique nouvelle autour de la féminité.

Volet médical

Un suivi médical des familles est assuré par une **infirmière**, présente 5j/7 dans le centre. Elle est épaulée par un médecin qui assure des consultations ponctuellement. Le volet médical est une nécessité pour le bon suivi d'une famille. Le passage à l'infirmerie à l'arrivée au centre fait partie intégrante du protocole d'accueil. Avoir un bref bilan de santédes nouveaux arrivants au centre nous permet d'accompagner en conséquence une personne en tenant compte de ses éventuels problèmes de santé.

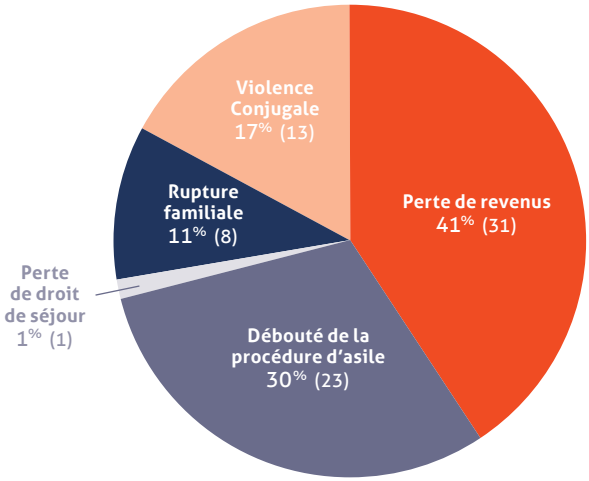
2.7.1.3 PUBLIC ACCUEILLI

Les familles accueillies présentent un profil polymorphe. Les causes de rupture à l'origine de leur situation de sans-abri sont diverses. **En 2015, le centre de Woluwé a accueilli 76 familles, soit 279 personnes dont 173 enfants**. Parmi elles, plusieurs catégories de profils ont été identifiés (catégories non exclusives) :

- Familles Belges ou possédant un titre de séjour Belge valable,
- Familles ressortissantes de l'UE à la recherche d'un emploi et/ou d'une adresse,
- Femmes victimes de violences conjugales accompagnées de leurs enfants,
- Femmes en procédure de regroupement familial via leur(s) enfant(s) belge(s) ,
- Familles non européennes en exil pour des raisons économiques,
- Familles dans des procédures multiples: demande de régularisation,
- Familles déboutées par le droit d'asile,
- Familles expulsées de squats.

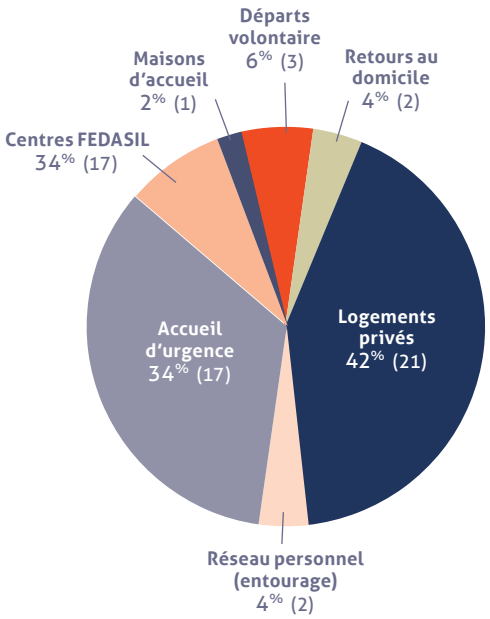
Causes de rupture: Les raisons pour lesquelles les familles que nous accueillons se retrouvent sans logement sont diverses :

DESCRIPTION	# FAM
Perte de revenus	31
Débouté de la procédure d'asile	23
Perte de droit de séjour	1
Rupture familiale	8
Violence conjugale	13
TOTAL	**76**



2.7.1.4 ORIENTATIONS SORTANTES

Le service social du centre « familles » a orienté 50 familles en 2015.



Sur les 50 familles ayant quitté le centre « familles »:

- 21 d'entre elles ont réintégré un logement privé (42%), 4 familles ont réintégré leur domicile ou sollicité leur entourage (8%).
- 4 familles ont intégré un centre pour demandeurs d'asile, 3 familles sont parties spontanément vers des solutions inconnues, tandis qu'une famille a été orientée en maison d'accueil.
- Les autres familles, majoritairement en séjour illégal sur le territoire, n'ont malheureusement pas pu être orientées vers des solutions d'hébergement pérennes, retournant dans le circuit de l'accueil d'urgence.

2.7.2 LE CENTRE MEDIHALTE

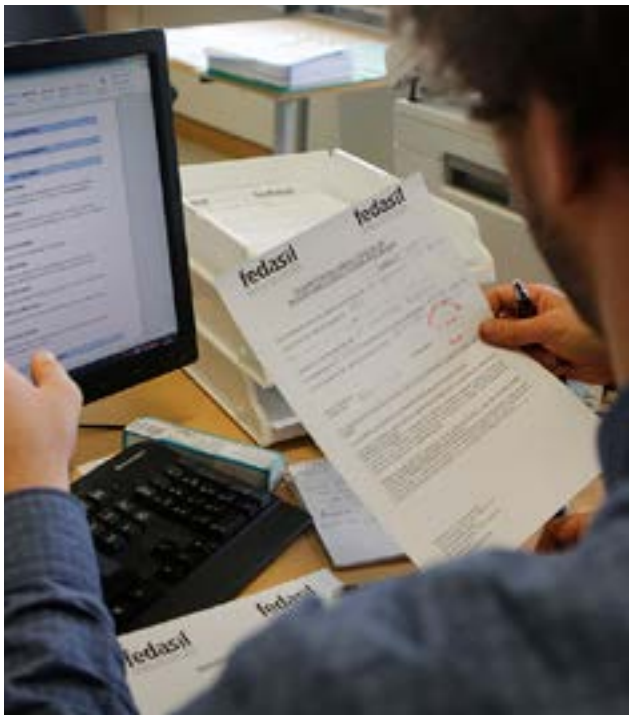
La structure médicalisée du Samusocial – la MediHalte – a ouvert ses portes le 2 juin 2015. Le principe ? Accueillir des personnes sans-abri dont l'état de santé nécessite des soins médicaux habituellement dispensés à domicile.

2.7.2.1 OBJECTIFS

L'action de la MediHalte vise **trois objectifs principaux :**

- Offrir à la personne nécessitant des soins un **hébergement temporaire nécessaire à son rétablissement ou son orientation**.
- **Assurer une prise en charge médicale et paramédicale** adaptée permettant la continuité des soins et des traitements afin de minimiser les risques de rechutes et d'aller-retour vers l'hôpital.
- **Accompagner le patient dans ses démarches** médicales, sociales et administratives afin de dégager des solutions de sortie de rue.

Ces objectifs s'inscrivent dans la volonté d'une **prise en charge globale de la personne hébergée** (médico-sociale). Nos équipes répondent aux besoins de base (alimentation, hygiène, habillement, etc.) et à accompagnent le patient dans ses démarches sociales et administratives. Pour ce faire, le **travail en réseau** avec les différents acteurs médicaux (médecin traitant, médecin spécialiste...) est essentiel.



2.7.2.2 INFRASTRUCTURE ET OFFRE DE SERVICE

La MediHalte offre une capacité de 38 lits :

- 30 lits « court séjour » pour l'accueil de personnes présentant des **problématiques médicales aiguës** nécessitant un hébergement temporaire (de 5 jours à maximum 2 mois) sans justifier d'une hospitalisation.

- 8 lits « long séjour » visant l'accueil à plus ou moins long terme des personnes sans-abri présentant des **pathologies chroniques**, de pronostic plus ou moins sombre, et qui ne sont plus à même ni de se prendre en charge dans un avenir proche ni d'intégrer une structure de droit commun dont ils devraient dépendre. Dans le cadre des longs séjours, nos équipes cherchent à favoriser le développement personnel de la personne, de stimuler son autonomie et de créer autour d'elle un réseau d'aide.

La durée d'hébergement en **court séjour est de 3 semaines** en moyenne (médiane=2 semaines) et en **long séjour de 9 semaines** (médiane=6,5 semaines).
Pour les lits long séjour, les patients sont réévalués au moins une fois par mois (médecin + coordination) afin d'adapter leur durée de séjour. Pour les patients des lits courts séjour, ils sont réévalués au moins à mi-durée de séjour programmée et avant leur sortie.

2.7.2.3 PUBLIC ACCUEILLI

Du 2 juin au 31 décembre2015, la MediHalte a accueilli 279 personnes

- **256 personnes en accueil « court séjour »**
- **23 personnes en accueil « long séjour »**

La majorité des personnes hébergées sont des hommes tant en court séjour (181/256) qu'en long séjour (17/23) avec une moyenne d'âge située autour de cinquante ans. Le statut administratif est similaire en court et long séjour : près de la moitié des hébergés sont belges ou avec carte de séjour en ordre, les autres sont soit issus d'un pays de l'Union Européenne (UE) et présents sur le territoire belge depuis plus de 3 mois, soit issus d'un pays en dehors de la zone UE. Les personnes originaires d'un pays de l'UE et en Belgique depuis moins de 3 mois, donc considérées comme touristes et donc sans ouverture de droits possible, sont très minoritaires en court séjour (2%) et inexistantes en long séjour.

Profil des hébergés en court et long séjour - Durée du séjour

		Court séjour (n=256)		Long séjour (n=23)
Sexe	Homme	181	70,7%	17
	Femme	75	29,3%	6
Âge (années)	Moyenne	49,5		52
Statut	Belge/CS	124	48,4%	10
	UE > 3 mois	63	24,6%	9
	UE < 3 mois	5	2%	0
	Non UE	64	25%	4
Durée séjour (nuits)	Moyenne	20		62
	Médiane	14		39

CS : carte de séjour; UE : Union européenne

2.7.2.4 ACCOMPAGNEMENT ET ORIENTATIONS

COUVERTURE SANTÉ DES PERSONNES HÉBERGÉES

Sur les 256 personnes entrées en court séjour, 30% n'avaient pas de couverture médicale. Lors de leur sortie – concernant 230 personnes car 26 toujours en cours d'hébergement au 31/12/15 – plus que 11% d'entre elles n'avaient toujours pas de couverture santé. Au total **50 personnes ont bénéficié d'ouverture de droits pour les soins de santé**. En long séjour, 6 personnes sur les 23 entrées n'étaient pas couvertes médicalement et une protection santé a pu être ouverte pour 3 d'entre elles.

En 2015, la MediHalte a ouvert le droit à une couverture santé pour 56 personnes.

Les hébergés n'ayant pas pu bénéficier d'une mise en place de couverture santé sont des personnes qui ne sont pas restées assez longtemps pour finaliser les démarches ou qui ne faisaient pas les démarches nécessaires à son obtention.

Couverture santé des hébergés en court et long séjour

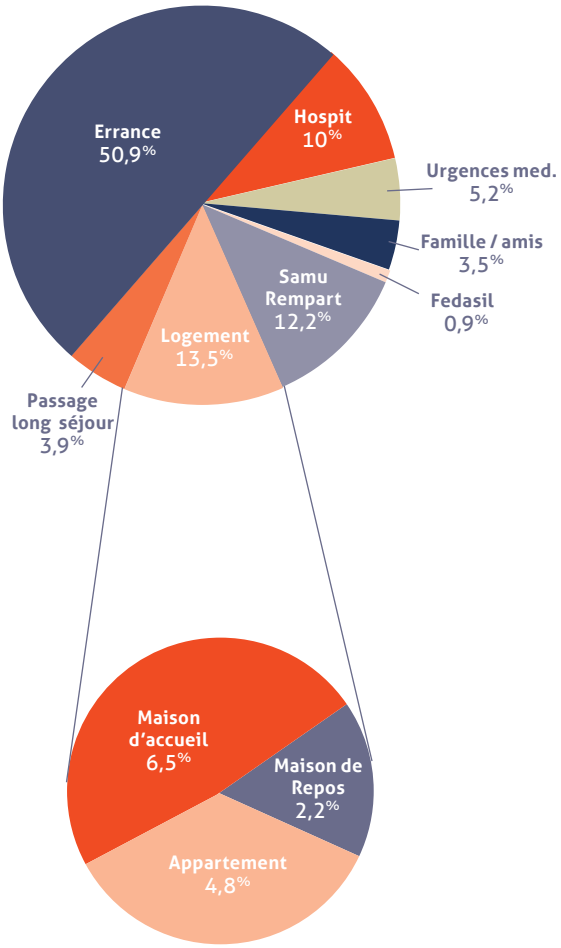
	Court séjour				Long séjour (n=23)	
	Entrée (n=256)		Sortie (n=230)		Entrée	Lors du séjour
Mutuelle	80	31,3%	71	30,9%	6	6
Carte médicale	27	10,5%	34	14,8%	3	3
Carte AMU	71	27,7%	95	41,3%	8	11
Fedasil	2	0,8%	4	1,7%	0	0
Aucune	76	29,7%	26	11,3%	6	3

ORIENTATION DES PERSONNES HÉBERGÉES

Sur les 230 personnes sorties de court séjour, **31 (13.5%) ont pu gagner un logement**, **35 ont été hospitalisées** de façon prévue (17/35) ou non (18/35), 28 (12.2%) ont été sur une autre structure du Samusocial (17 dans le centre d'accueil d'urgence Rempart, 11 en dispositif hivernal), 2 (0.9%) ont été orientés vers un centre Fedasil et 9 (3.9%) sont passés en long séjour. Enfin malheureusement **117 personnes (50.9%) sont retournées dans leur situation d'errance.**

Sur les 15 personnes sorties de long séjour, **la moitié (7) a été hospitalisée de façon imprévue**, 5 ont été exclues, 1 a été perdue de vue, 1 est partie en hospitalisation programmée et **1 en logement**.

Orientations (%) des 230 hébergés sortis du court séjour.



2.7.3 LE PROGRAMME HOUSING FIRST

Afin de répondre à l'augmentation inquiétante du nombre de jeunes en errance dans les rues de Bruxelles, le Samusocial et le CPAS de Bruxelles ont lancé en juin 2015 le programme StepForward. **Ce programme de type « logement d'abord » (Housing First) vise les jeunes de 18 à 25 ans particulièrement vulnérables, souffrant d'assuétudes et/ou de fragilité psychique.** Le concept du « housing first » part du principe qu'il est plus facile de s'attaquer aux causes qui ont amené la personne en rue dès lors que la question de son logement est résolue. Pour atteindre cet objectif, **notre équipe pluridisciplinaire aide les bénéficiaires relogés à construire un projet de vie, à remédier aux problèmes qui les touchent (santé mentale, assuétudes ou désaffiliation) et à se réinsérer progressivement**.

Le CPAS de la Ville de Bruxelles et le Samusocial co-pilotent ce dispositif en partenariat avec plusieurs associations et institutions (HermesPlus, CHU St-Pierre, Transit, La Rencontre/Source, Jamais Sans Toit), afin de traiter et suivre dans leur globalité (médico-psycho-sociale) les problématiques qui touchent les jeunes ciblés par le projet.

2.7.3.1 OBJECTIFS

- Permettre à une vingtaine de jeunes sans-abri de bénéficier d'une entrée directe dans un appartement personnel et d'un accompagnement pluridisciplinaire.
- Aider le jeune à construire un nouveau projet de vie et à développer une nouvelle estime de soi par un accompagnement psychosocial personnalisé afin de l'aider à résoudre les problèmes qui l'ont amené en rue (assuétudes, santé mentale et désaffiliation).
- Soutenir le jeune dans ses démarches liées à la gestion de son logement, la recherche d'un emploi et l'accompagner vers son autonomisation.

Les logements alloués au programme sont entièrement rénovés et en parfait état.

2.7.3.2 INFRASTRUCTURE ET OFFRE DE SERVICE

Des appartements sont loués aux jeunes par plusieurs partenaires du programme : le Service Propriétés du CPAS de Bruxelles, l'Agence Immobilière Sociale (AIS) de Bruxelles, l'AIS Iris, Le Logement Bruxellois et la Régie Foncière de la Ville de Bruxelles. Le bail est établi au nom du jeune qui est ainsi responsabilisé dans la gestion de son nouveau logement.

L'OFFRE DE SERVICE

Un Comité de sélection composé des membres de l'équipe (Coordinateur, Assistant social, Psychologue et le Coordinateur de la cellule logement du CPAS de Bruxelles) se réunit une fois par mois pour sélectionner les candidats qui leur ont été envoyé suite à l'établissement d'un dossier de candidature. Les membres partenaires du projet et qui font partie du Comité d'Accompagnement (Hermèsplus, La Rencontre, Transit, Jamais Sans Toi, CHU St-Pierre) peuvent être pourvoyeur de candidats.

Par un accompagnement régulier et soutenu, nos travailleurs sociaux et notre psychologue mettent tout en œuvre pour faciliter la conclusion du bail, l'emménagement et la gestion au quotidien des tâches et démarches liées à la vie en appartement.

- **Au point de vue administratif** : Régularisation au niveau de l'ouverture des droits, récupération des papiers d'identité,
- **Au niveau financier** : Introduction des demandes de prime d'installation ou d'allocation de relogement, guidance dans sa gestion quotidienne des factures, mise en place d'un suivi au niveau de la médiation de dettes (via le service de médiation du CPAS.).
- **Aide à l'emménagement** : Des kits de démarrage (2 caisses : contenant vaisselle et essuies) sont offert par notre partenaire, l'asbl Solidarité Grands Froids. Grâce à notre réseau hôtelier et aux dons de particuliers, le projet peut offrir la literie et le matériel y afférent. Utilisation du service « Les compagnons déménageurs » ainsi que le projet Duo du CPAS de la ville de Bruxelles pour l'achat de meuble à moindre prix.
- **Au niveau du suivi psycho-médical** : Après l'emménagement nous identifions la maison médicale la plus proche, et si nécessaire nous accompagnons la personne au premier rendez-vous.

2.7.3.3 PUBLIC AIDÉ

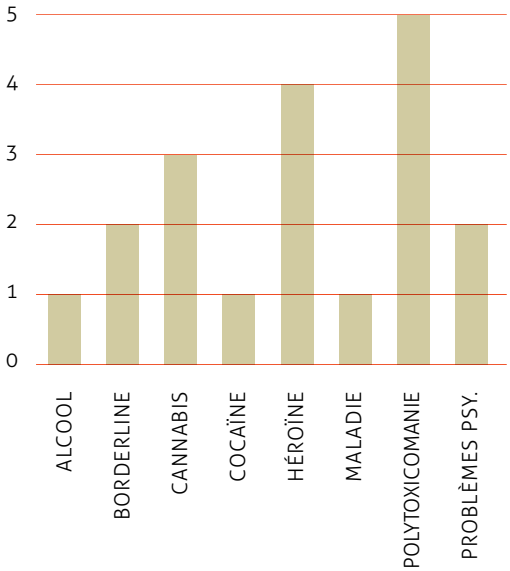
19 jeunes sont à ce jour suivis par l'équipe du programme :

- 10 personnes ont déjà intégré un appartement. Une personne est sortie du projet pour entamer une cure de désintoxication.
- 9 autres personnes sont en attente ou en recherche active de logement avec l'aide de notre équipe, 3 d'entre-elles pouvant très prochainement emménager, les signatures de baux étant en cours.

Plusieurs jeunes n'ont pas été retenus pour le programme, leur autonomie étant insuffisante pour pouvoir vivre seuls. Leur situation relève davantage des projets d'habitation protégée ou supervisée où ils pourraient bénéficier d'un suivi plus adapté.

L'ensemble des personnes aidées connaissent des problématiques liées à la toxicomanie ou aux troubles psychiques.

Problématiques rencontrées



2.7.3.4 PRESTATIONS ET PREMIERS RÉSULTATS DU PROGRAMME

PREMIERS RÉSULTATS OBSERVÉS

- Régularisation administrative (mutuelle / documents d'identité / allocations etc).
- Amélioration du suivi médical et de leur état de santé.
- Amélioration du suivi psychologique.
- Renforcement du sentiment de sécurité et de valorisation.
- Possibilité de se consacrer à "autre chose" qu'à l'urgence (démarche d'épanouissement).
- Renouement progressif des liens familiaux.
- Fierté de nous montrer l'amélioration du logement (l'évolution de la décoration etc).
- Fierté d'être « comme tout le monde » et de posséder un chez soi.
- Motivation à rechercher une formation / un emploi.
- Acquisition d'une meilleure estime de soi.

Pour certains, le seul fait d'être accepté par le Comité de sélection devient une motivation à réduire leur consommation éventuelle de drogues afin d'être présent aux visites d'appartement. Le programme est vu comme une réelle opportunité d'enfin sortir de la rue.

Dès lors que les jeunes prennent possession de leur lieu de vie, ils font très vite le constat que d'autres démarches doivent être mises en place. Afin de maintenir et d'améliorer leur condition de vie. L'inactivité sociale qui les touche devient alors une évidence et ils formulent la demande de pouvoir accéder à une formation ou un travail. L'activité professionnelle est devenue un point essentiel pour une réinsertion durable du jeune, afin qu'il s'inscrive dans un processus d'autonomisation.

Au-delà du relogement, c'est toute la question de l'affirmation et de l'estime de soi qui s'impose, et c'est par le chemin de la reconstruction identitaire que le travail doit se poursuivre. Cependant, pour les jeunes qui continuent à consommer quotidiennement, l'évolution est plus lente. Certains sont moins enclins à accepter l'aide en matière de soins. Le travail de l'équipe se fera alors au rythme du jeune, de façon commune, afin de travailler la question de la demande, des envies, et d'amener vers une prise de conscience progressive.

Obstacles rencontrés :

- Au niveau financier, la difficulté de gérer son budget avec un revenu très bas (le plus souvent équivalent au Revenu d'Intégration). Cette difficulté est souvent renforcée par la réapparition des huissiers une fois que la personne retrouve une adresse officielle. Une médiation de dettes doit alors être rapidement organisée.
- Lorsque les personnes sont parents d'enfants qui sont placés par le SPJ, nous constatons que les enfants réintègrent très vite le lieu de vie du parent et ce même si le logement est inadéquat (car trop petit). Même si nous constatons que c'est positif pour la personne, des complications s'ajoutent par rapport au confort de vie et à l'aspect financier. Des échanges préalables doivent être faits entre les services.
- Les problématiques d'addiction ont une incidence au niveau du suivi des démarches : déconnexion de la réalité-perte des repères temporels-marginalisation, dynamique d'auto destruction. Le lien et le suivi des démarches deviennent alors plus compliqués à travailler.
- La présence d'un conjoint ou d'une conjointe peut parfois être un obstacle au bien-être du jeune. En effet, nous constatons que très souvent cette présence dans leur vie est une source de tracas supplémentaires et se transforme en relation toxique. Les conjoints sont eux-mêmes dans une situation de sans-abri et vivent dans une situation instable.

CONCLUSION

Ces 6 premiers mois d'activités sont encourageants. Le retour des jeunes est positif. Ils ont bien conscience que le logement est la première étape indispensable à leur réinsertion sociale mais qu'elle n'est pas suffisante. Ils reconnaissent avoir besoin de soutien et d'aides ponctuelles dans la gestion de leur quotidien. Ils expriment l'envie et le besoin de vivre comme tout le monde, loin des stigmates que la société leur renvoie depuis longtemps.

Le projet a reçu également quelques commentaires positifs de la part de certains partenaires tels que les Administrateurs de biens. Certains observent une évolution certaine dans le parcours de vie de leur administré, pour lequel ils nourrissaient finalement peu ou plus d'espoirs. L'équipe 'StepForward' éprouve de plus en plus de satisfaction à travailler à la réinsertion sociale de ces jeunes en grande difficultés. C'est un énorme défi que cette équipe pluridisciplinaire se donne tant les obstacles sont nombreux et résistants. L'accompagnement psychologique et médical est essentiel mais la prise de conscience de cette nécessité est encore peu évidente aux yeux de certains des bénéficiaires.

2.8 Le plan humanitaire pour demandeurs d'asile

2 centres d'une capacité totale de 650 places pour les demandeurs d'asile

Depuis 2010, le Samusocial est mandaté par l'agence Fedasil pour assurer un accueil résidentiel de 250 à 400 demandeurs d'asile. Cette disposition permettait de ne pas affecter le dispositif hivernal spécifiquement prévu pour les personnes sans-abri. En effet, nombre de demandeurs d'asile ne pouvaient être directement pris en charge par le réseau Fedasil qui était saturé. Ces personnes, dont des familles avec enfants, se retrouvaient de facto en situation de « sans-abri » et étaient quotidiennement rencontrées par nos équipes mobiles.
Deux centres ont donc été ouverts sur la Commune d'Ixelles : Le centre de la rue Toussaint d'une capacité de 250 places et le centre de la Rue du Trône d'une capacité de 150 places.

Par la suite, les réformes de la politique de l'asile et les restructurations au sein du parc d'hébergement Fedasil ont réduit le besoin en capacité d'hébergement en Région bruxelloise. Une nouvelle convention a donc été signée avec Fedasil, se traduisant sur le terrain par la fermeture du centre de la rue du Trône et le maintien de 200 à 250 places ouvertes dans le centre de la rue Toussaint pour l'accueil résidentiel de demandeurs d'asile.

Août et Septembre 2015 : une crise de l'asile sans précédent frappe la Belgique. L'arrivée massive de candidats réfugiés en provenance de Syrie, d'Irak et d'Afghanistan sature l'Office des Etrangers qui ne peut traiter suffisamment rapidement toutes les demandes d'enregistrement. Résultat : **des centaines de demandeurs d'asile s'installent dans le parc Maximilien** qui se transforme en véritable camps de réfugiés en plein cœur de Bruxelles. **Le Samusocial a joué un rôle de premier plan dans l'aide apportée aux candidats réfugiés : installation d'une permanence humanitaire 24h/24, gestion du volet hygiène, screening et orientations des personnes les plus vulnérables (familles, femmes enceintes, personnes malades et fragiles) vers des structures d'hébergement.**

Avec le soutien de Carrefour, nous avons également affecté une équipe mobile spécifique assurant une veille humanitaire pour les demandeurs d'asile se retrouvant de facto en situation de sans-abri.

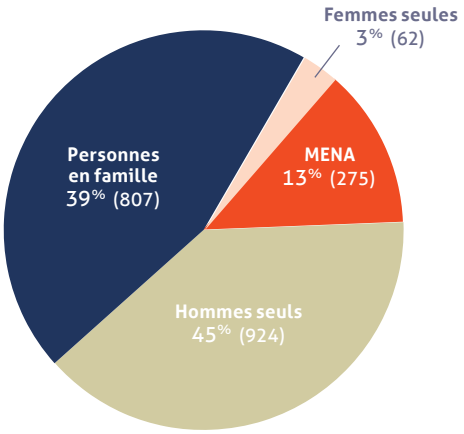
En novembre 2015, afin de répondre au besoin rapide de places pour demandeurs d'asile, le Samusocial est mandaté par l'agence Fedasil pour l'ouverture en novembre d'un centre d'hébergement de 400 lits à Neder-Over-Heembeek.

650 places d'accueil pour demandeurs d'asile sont donc aujourd'hui gérées par le Samusocial sur mandat Fedasil :
250 places dans le centre d'Ixelles
400 places dans le centre de Neder-Over-Heembeek

2.8.1 LE PUBLIC ACCUEILLI DANS LE PLAN D'ACCUEIL POUR DEMANDEURS D'ASILE

Pour l'ensemble de l'année 2015 le plan d'accueil pour demandeurs d'asile a accueilli **2.068 personnes différentes**

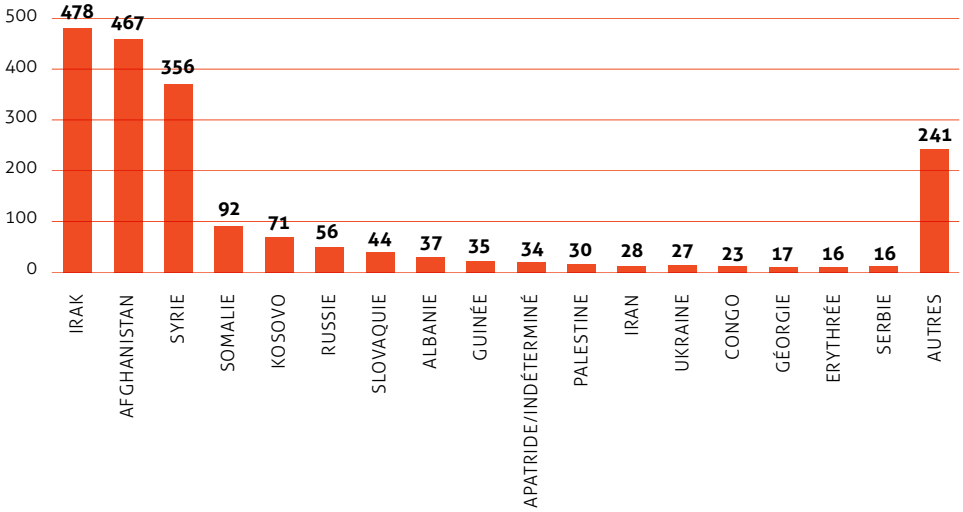
Plan d'accueil pour demandeurs d'asile: 2 068 personnes accueillies



MENA = Mineurs Etrangers Non Accompagnés

Au total, ce sont des personnes issues de **66 nationalités différentes** qui ont été accueillies en 2015 dans les centres d'hébergement pour demandeurs d'asile gérés par le Samusocial.

Nationalités les plus représentées dans le plan d'accueil pour demandeurs d'asile



2.8.2 L'offre de services dans le plan d'accueil pour demandeurs d'asile

Le public est pris en charge en **mode résidentiel 24h/24**. Outre l'hébergement, les demandeurs d'asile accueillis bénéficient des **services du Samusocial, soit :**

- **une permanence psychosociale**
- **des consultations paramédicales**
- **des activités et occupations pour les enfants** (activités pédagogiques, piscine, parc, musées, etc.) **et les adultes (cours d'alphabétisation, etc.)**
- **des repas chauds**

Les collaborations de terrain sont nombreuses avec différentes associations **l'ONE, Caritas, Abaka, Article 27 pour l'accès à la culture, Convivial, Sétis, Ulysse, la bibliothèque communale d'Ixelles, Exil, le Sireas, Globe-Aroma, Medimigrant, Centre social protestant, ...**

En complément des services d'accueil (accompagnement psychosocial, consultations médicales et psychologiques), services sont proposés aux bénéficiaires :

SERVICES DE SUIVI, D'INFORMATION ET/OU DE FORMATION

- **Consultations ONE** : Notre infirmerie maintient un contact régulier avec l'Office de la Naissance et de l'Enfance. Au sein des consultations offertes par l'ONE, les familles avec des enfants en bas âge, bénéficient de rencontres d'informations ainsi que d'un accompagnement psychosocial.
- **Exil** est une asbl dont le but est d'offrir un soutien psycho-médico-social aux personnes exilées et à leurs familles ainsi qu'aux victimes de violence organisée.
- **Les écrivains publics** : Notre structure d'accueil bénéficie en cas de demande individuelle, de la possibilité de pouvoir faire appel aux services du Réseau des écrivains publics.

LES ACTIVITÉS EXTÉRIEURES

Visite de musées, sorties culturelles

Les musées royaux étant gratuits à Bruxelles le premier mercredi du mois, de nombreuses sorties y ont été organisées avec les résidents. Nous bénéficions également de tickets articles 27 (accès à tarif réduit à la Culture), ce qui a permis à un bon nombre de nos résidents d'aller de profiter d'activités culturelles (expos, cinéma, concerts, ...)

Activités sportives et ludiques

- Activité **piscine, football, tournoi de ping-pong, pétanque, jonglage, sorties au parc, etc**.
- **La Scienthotèque** est un lieu d'éveil et d'atelier scientifique situé à La VUB auquel nous nous rendons les deuxièmes et troisièmes mercredis du mois. Il s'agit avant tout d'ateliers pour enfants mais cependant ouvert à tous.
- Plusieurs **activités « extraordinaires »** ont également pu être mises en place : une sortie au cirque Bouglione, ainsi que quelques grands barbecues organisées dans notre structure d'accueil.

LES ACTIVITÉS À L'INTÉRIEUR DES CENTRES

Outre les activités extérieures, notre équipe organise tout un panel d'activités à l'intérieur de la structure. Ces activités se déroulant sur place, nous jouissons de davantage de flexibilité pour organiser spontanément un évènement lorsqu'une plage horaire se libère dans notre travail quotidien.

Des **formations et animations** visant à favoriser l'insertion future des demandeurs d'asile ont été développées. Ces cours ont lieu dans la salle de classe : cette salle est utilisée presque quotidiennement en journée, que ce soit par nos bénévoles ou par les travailleurs.

La majorité des enfants accueillis courant 2015 au sein de la structure ont été scolarisés. Contrairement aux années précédentes, nous n'avons donc pas eu à organisé de « classe » pour les enfants. En 2015, nous avons eu la chance d'accueillir, à plusieurs reprises, « Clown sans frontière ».

Au fil du temps, nous avons aussi, dans le but de permettre aux résidents de pouvoir s'occuper par eux-mêmes, crée des espaces leur permettant la réalisation de différentes activités. Ainsi, on retrouve parmi les salles de vie qui ont pu être créées depuis l'ouverture du centre :

- **Le grand salon :** C'est la salle polyvalente dans laquelle les activités de détente ont lieu : projections grand-écran, tournois de ping-pong, de billard, de fléchettes, soirées dansantes, visite de Saint-Nicolas, atelier d'information sur la demande d'asile, etc....
- **La salle de jeux pour les enfants** : Celle-ci est assez prisée par les familles, surtout lorsqu'elles comptent des enfants en bas âge. Nous l'alimentons régulièrement de nouveaux jeux et jouets que nous recevons en donation.
- **La salle bricolage et d'atelier** : Utilisée pour les animations avec les enfants, nous y proposons divers ateliers créatifs tels le coloriage et le dessin, des pliages, des bricolages etc. Cette salle est essentiellement utilisée durant l'hiver alors que des ateliers du même type ont lieu au réfectoire ou dans la cour durant les mois plus cléments. Nous y avons à titre d'exemple conçus les vêtements d'Halloween pour ensuite se rendre avec les enfants au « Carnaval des sorcières de Tarkham »
- **La salle TV** : nous rendons cet espace disponible en soirée et avons créé des tranches horaires par groupes d'âge : les enfants d'abord, suivis des adolescents et, enfin, en soirée, la salle est rendue accessible aux adultes.
- **La bibliothèque** : nous disposons désormais d'une bibliothèque très fournie et aménagée de manière « cosy ».

2.9 En résumé pour les activités 2015

LA PERMANENCE TELEPHONIQUE - LE NUMERO VERT :
Un total **de 156.738** appels pour une moyenne de **429** appels/jour

LES MARAUDES DES EQUIPES MOBILES D'AIDE :
5.528 rencontres individuelles avec 1.236 personnes différentes.
12.044 prestations de nuit réalisées, dont notamment :
-3.207 prestations de lien et d'écoute
-1.458 entretiens psy
-537 prestations de soins
-990 distributions de couvertures
-430 orientations vers le centre d'hébergement du Samusocial

L'HEBERGEMENT :
180.898 nuitées offertes à **5.450 personnes différentes dont 671 enfants**

L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOSOCIAL
soit une moyenne de 495 hébergements/jour
1.113 orientations de sortie de l'urgence par nos services.
Soit une moyenne de 3 orientations/jour.

LES CONSULTATIONS MEDICALES ET PARAMEDICALES
49.688 prestations médicales et paramédicales assurées par les médecins et infirmiers du Samusocial.
Des consultations médicales complémentaires assurées 2 à 3 soirs par les médecins et infirmiers bénévoles de Médecins du Monde

LE DISPOSITIF HIVERNAL 2014-2015 :
161.802 hébergements offerts à 3.522 personnes différentes qui ont pu profiter de l'ensemble des services du Samusocial (accompagnement psychosocial, consultations médicales, **service vestiaire, repas chauds, ...)**

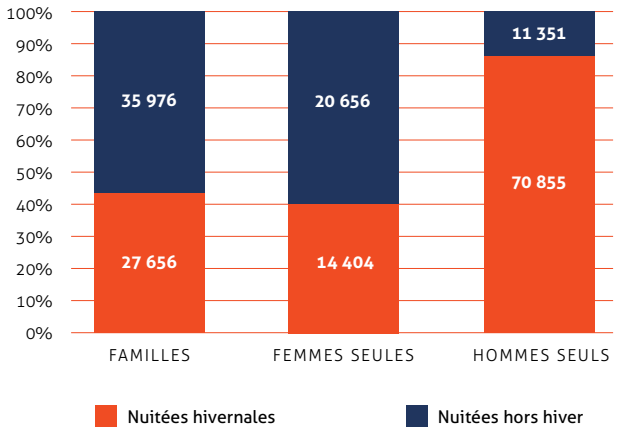
LE PLAN D'ACCUEIL POUR DEMANDEURS D'ASILE :
2 centres d'une capacité totale de 650 places.
2.068 personnes de 66 nationalités différentes hébergées, nourries, soignées, formées et animées.

3 Observations sur le public accueilli

Dans ce chapitre, nous avons décidé de mener une analyse distincte des données relatives à l'action permanente - qui constitue l'essence de l'intervention du Samusocial - à l'activité spécifiquement hivernale. Une observation exclusivement annuelle du public suivi biaise en effet les données qui sont nettement déterminées par le Plan hiver durant lequel nos moyens d'action sont considérablement augmentés, la capacité d'accueil passant de 110 à plus de 1.000 places.

Sur les 180.898 nuitées offertes en 2015, 112.915 nuitées ont été occupées durant la période hivernale, soit 62,4% de l'hébergement annuel. Or, les données hivernales ne sont pas toujours représentatives du format d'intervention développé et du public soutenu tout au long de l'année par le Samusocial.

Répartition des nuitées réalisées par catégories de public, selon la période d'hébergement



Ce graphique met en lumière le poids écrasant des nuitées offertes aux hommes seuls durant le Plan hiver par rapport aux nuitées offertes aux hommes durant toute l'année : **86,2% des nuitées offertes aux hommes seuls en 2015 l'ont été durant les 5 mois et demi du Plan hiver.** Près de la moitié de l'hébergement offert en 2015, tous publics confondus, concerne les hommes seuls durant le Plan hiver. Ces chiffres soulignent 2 réalités :

- Les hommes seuls constituent la grande majorité des personnes sans-abri en région bruxelloise.
- En dehors de l'hiver, très peu d'hommes trouvent une place dans les centres du Samusocial, la capacité d'accueil étant nettement réduite.

3.1 L'hébergement selon les catégories de personnes

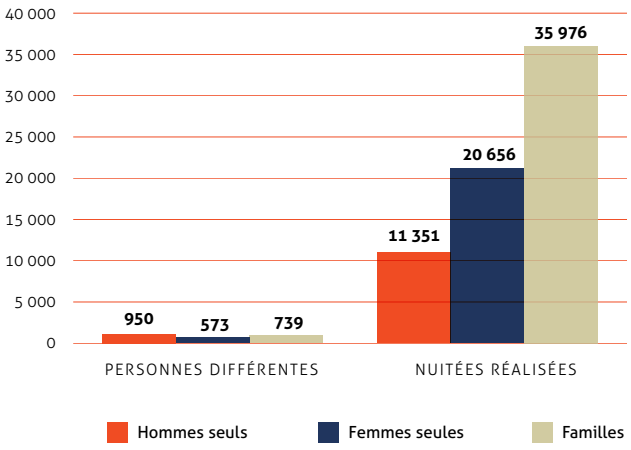
5.450 personnes ont été accueillies en 2015, dont :

- **3.552 hommes seuls**
  = 65,2 % du public accueilli pour 45,4% des nuitées
- **775 femmes seules**
  = 14.2 % du public accueilli pour 19,4% des nuitées
- **284 familles (1.123 personnes)**
  = 20,6 % du public accueilli pour 35,2% des nuitées

Sur l'ensemble de l'année 2015, les hommes seuls constituent donc la catégorie qui absorbe la plus grande partie des nuitées offertes.

Cependant, en focalisant notre analyse sur la population accueillie **en dehors du plan hiver, dans le cadre du dispositif permanent du Samusocial (110 places), on observe une ventilation tout à fait différente de l'hébergement selon les catégories, la catégorie des hommes seuls absorbant la plus petite partie des nuitées offertes** :

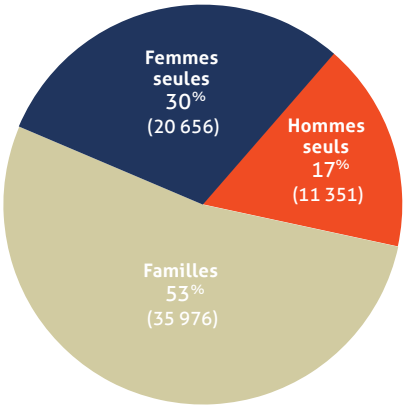
Nuitées réalisées et personnes accueillies par catégories (hors hiver)



En dehors du plan hiver, 2.262 personnes ont été hébergées en 2015, dont :
950 hommes
573 femmes
739 personnes en familles dont 440 enfants

Les hommes seuls représentent la catégorie majoritaire en termes de nombre de personnes (950 hommes sur une population de 2.262 personnes) ...
... mais nous observons que ces 950 hommes représentent la catégorie qui bénéficie du nombre le moins important de nuitées en dehors du plan hiver.

Nombre de nuitées offertes par catégories de public en % (hors hiver)



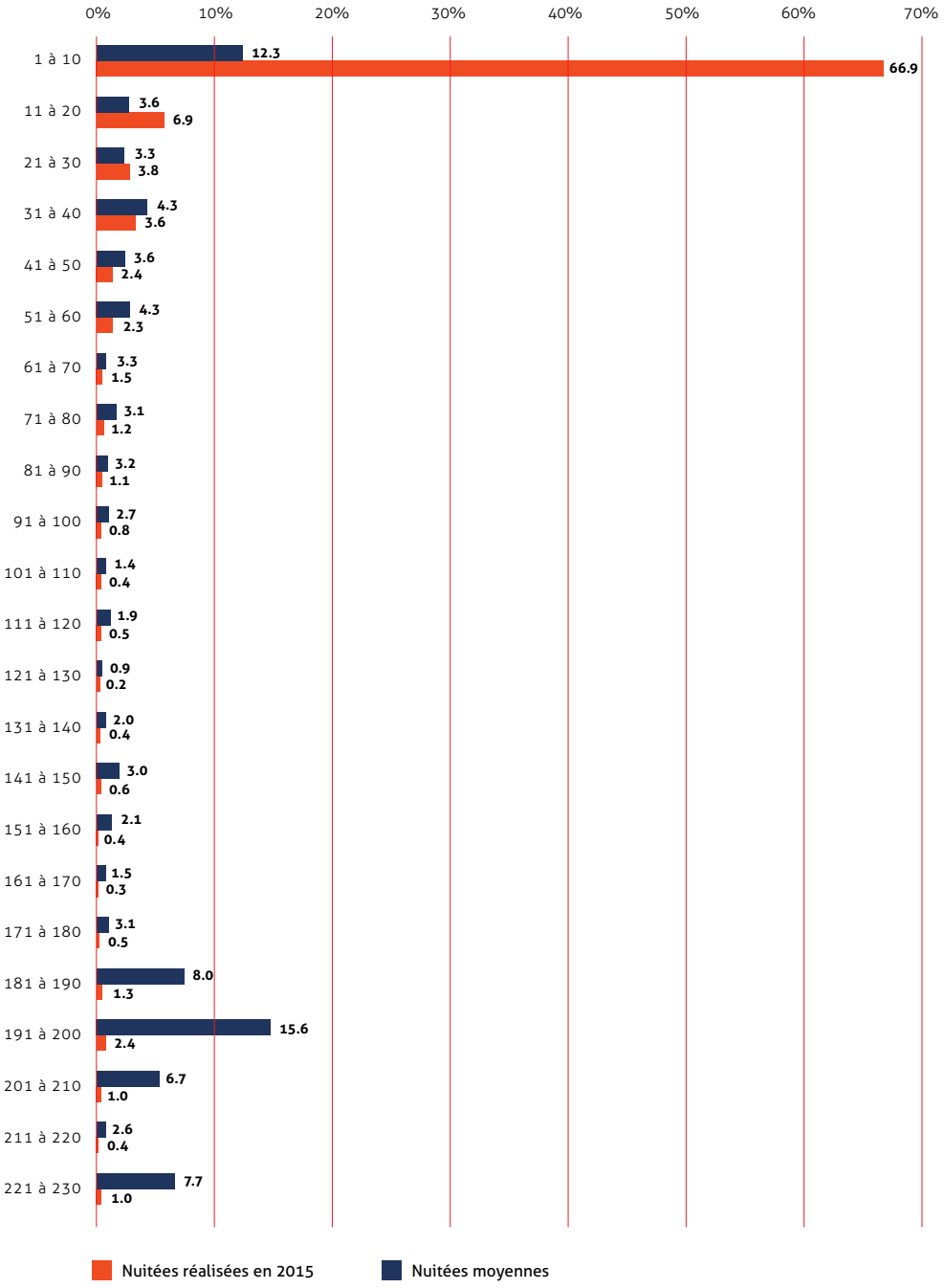
EN EFFET, EN DEHORS DE LA PÉRIODE HIVERNALE :

Les familles représentent désormais **la catégorie de personnes accueillies qui absorbe le plus de nuitées offertes (53% contre 29% en 2013).** Cette augmentation spectaculaire trouve son explication dans l'ouverture depuis le 1er avril 2014 d'un dispositif d'accueil supplémentaire de 150 places pour les familles avec enfants.
Les femmes seules représentent la deuxième catégorie avec **30% des nuitées offertes.** Les femmes en rue étant nettement moins nombreuses que les hommes, ce résultat s'explique par 2 facteurs :

- Le Samusocial applique une politique permanente de non-refus pour les femmes qui sont en nombre moindre dans la rue. D'autre part, les femmes seules sont exposées à un risque supplémentaire d'agressions, notamment sexuelles, et sont donc considérées comme particulièrement vulnérables et prioritaires dans l'accueil d'hébergement.
- Les femmes appartiennent à la catégorie la plus difficilement orientable, notamment car une part importante de ce public présente des troubles psychiatriques et n'est dès lors pas acceptée dans les structures de 2ème ligne (maisons d'accueil) qui pratiquent des règles de cohabitation très (trop) strictes.

Les hommes seuls **viennent en troisième et dernière catégorie et représentent seulement** 17% des nuitées offertes. Les hommes constituent pourtant la grande majorité des personnes sans-abri à Bruxelles (plu sde 70% du public accueilli durant le plan hiver 2014-2015). Leur nombre est cependant tel que seuls les plus fragiles peuvent être accueillis en dehors du plan hiver, lorsque la capacité d'hébergement est réduite.

FRÉQUENCE DES NUITÉES RÉALISÉES



66,9 % des 2.262 personnes accueillies en dehors de l'hiver sont hébergées pour une très courte période (moins de 10 nuits) au Samusocial. Ce public absorbe à lui seul 12,3% des nuitées offertes.

Ces chiffres témoignent donc d'une **proportion très importante de situations d'urgences ponctuelles ou de crise** pour lesquelles un soutien appuyé permet une sortie de rue rapide.

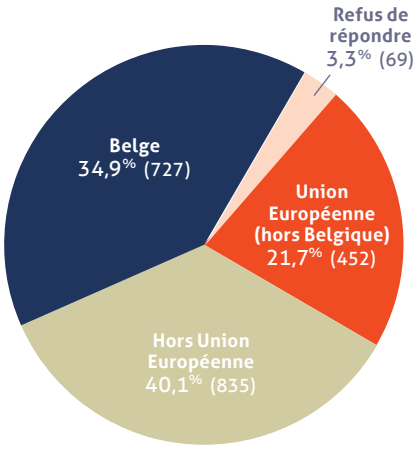
Il importe donc de **renforcer le travail psychosocial avec la catégorie des nouvelles personnes dans l'exclusion** afin de parvenir à les faire sortir de la spirale de l'exclusion.

Un peu plus de 8% du public accueilli passe plus d'une nuit sur 2 dans nos centres en dehors du Plan hiver et réalise ainsi plus de 50% des nuitées offertes. Inversément, 90% du public **réalise** un peu moins de la moitié des nuitées offertes en dehors du Plan hiver.

4,8% du public accueilli (1,7% constitué par les femmes, 2,7% par les familles, 0,4% par les hommes) passe de 191 à 230 nuitées en dehors de l'hiver, soit quasi toutes les nuits. On peut déduire que cette partie du public est chronicisée dans l'errance. Elle réalise à elle seule 32,5 % des nuitées offertes.

3.2 Répartition du public hébergé selon la nationalité

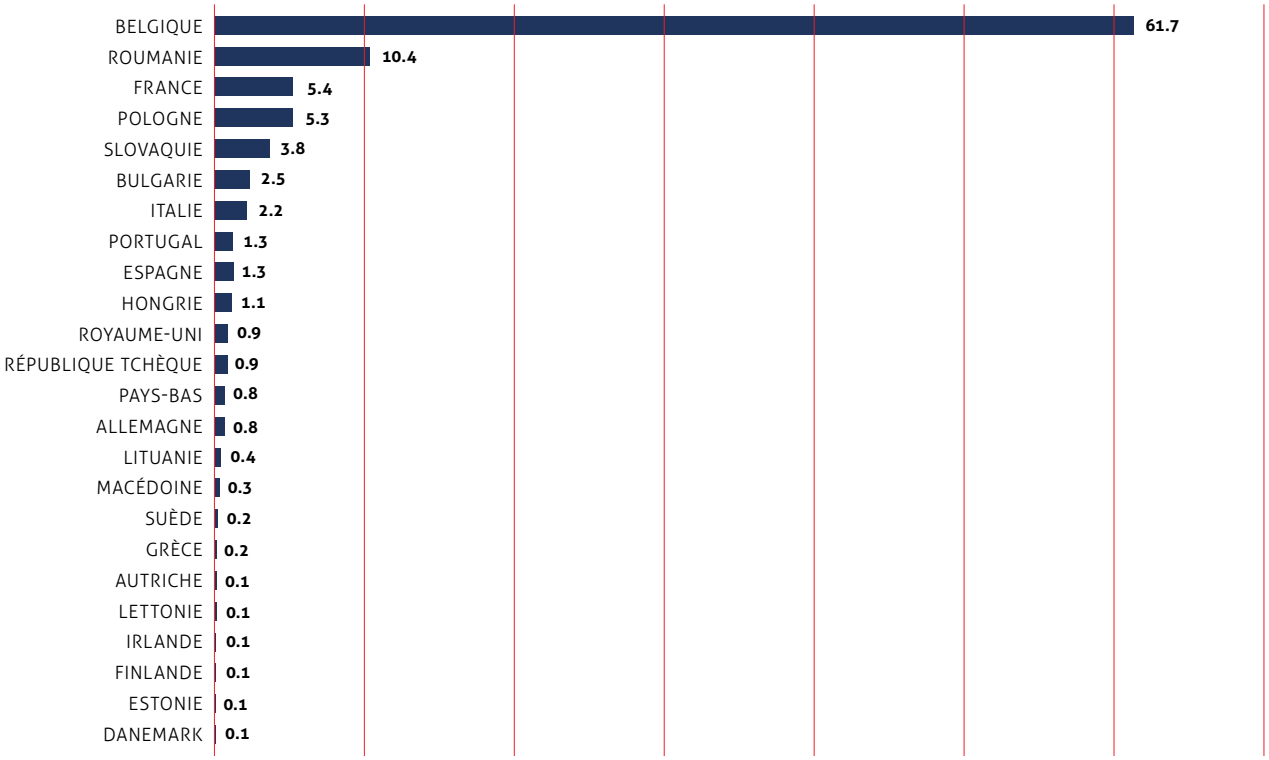
Réparition du public selon la nationalité (hors hiver)



On note que :

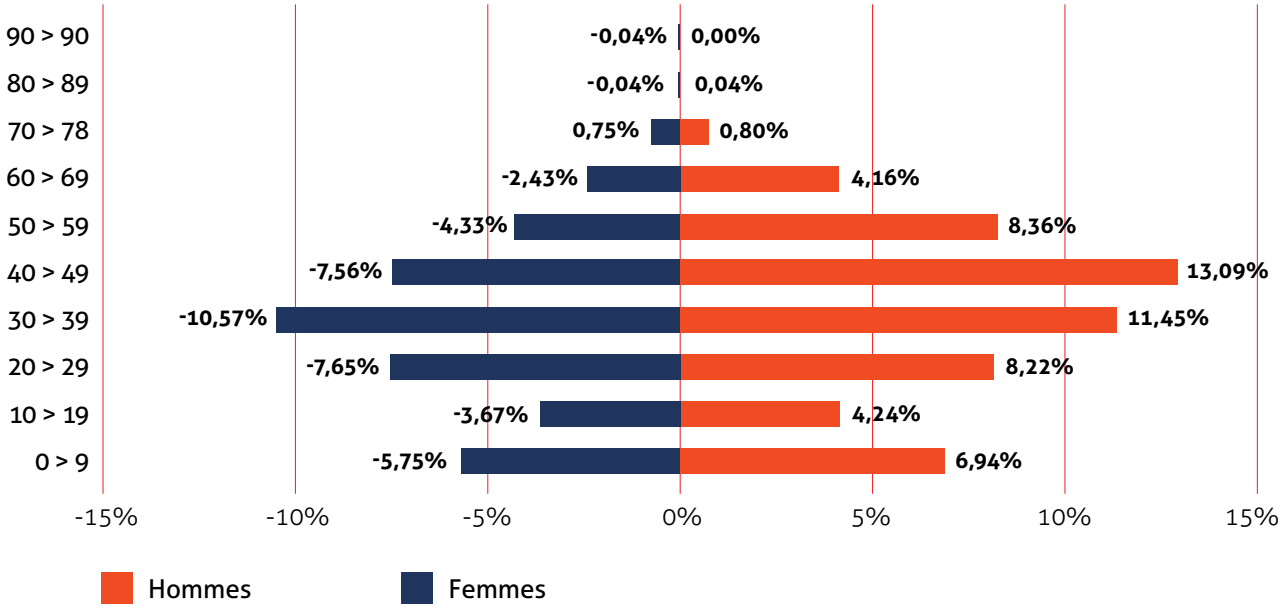
- 34,9 % des nuitées ont été occupées par des personnes belges.
- 40,1 % par des personnes originaires de pays hors Union européenne
- 21,7 % par des personnes non belges originaires de l'Union européenne

Répartition du public selon la nationalité (focus sur les ressortissants européens)



Plus de **60% des ressortissants européens accueillis en 2015, sont de nationalité belge**.

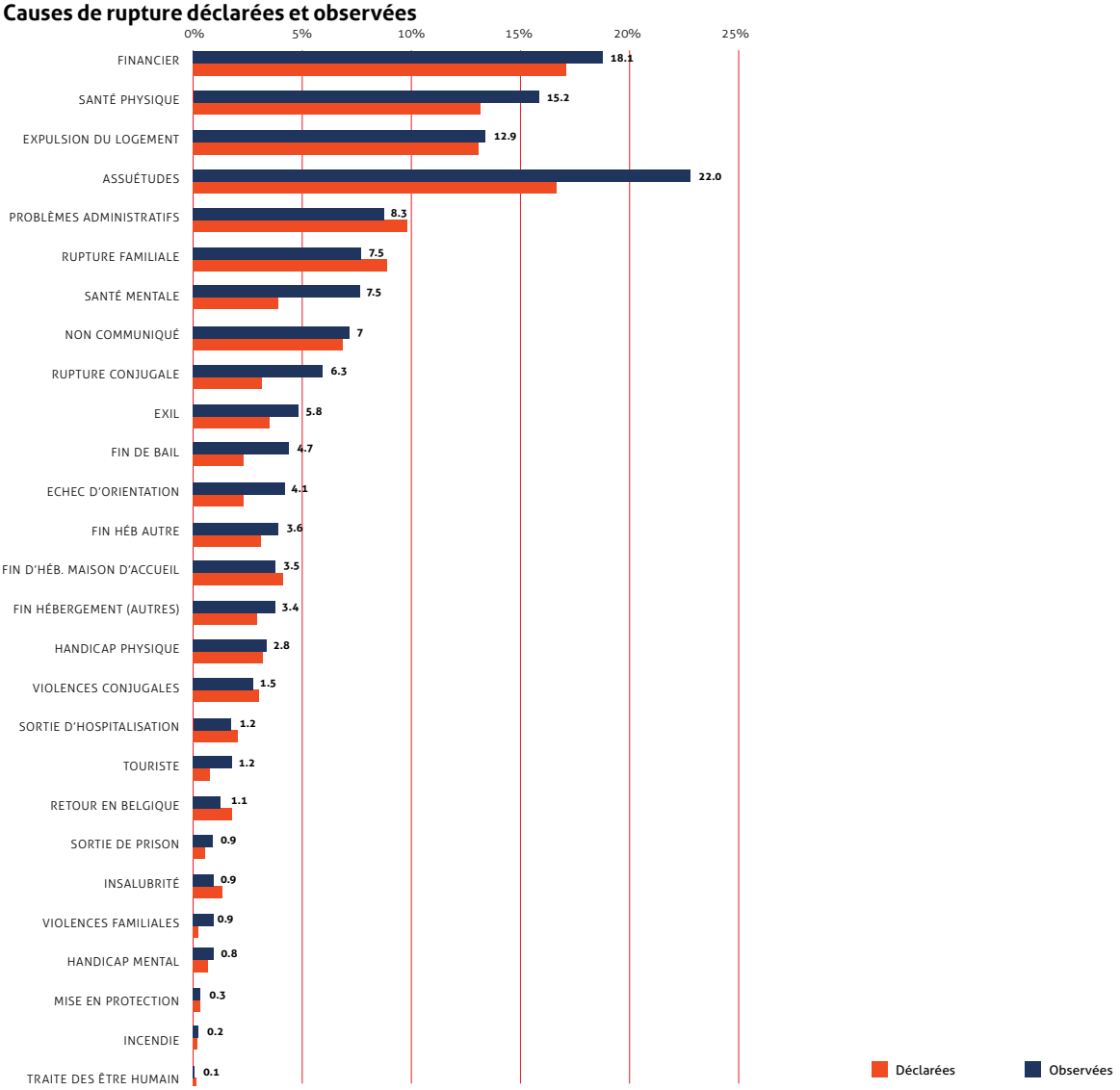
3.3 **Pyramide des âges**



- **20,6% des personnes accueillies ont moins de 20 ans**
- **37.9%** des personnes accueillies sont âgées de 20 à 39 ans. **Cette catégorie de population ne représente en contre-partie qu'une moyenne de séjour relativement courte.**
- **33,3% des personnes accueillies sont âgées de 40 à 59 ans.**
- **8,2% des personnes accueillies ont plus de 60 ans.**

3.4 Premières causes de rupture déclarées

Causes de rupture déclarées et observées



Des causes comme les assuétudes ou les problèmes psychiatriques sont nettement sous-estimées dans les déclarations des personnes exposant leur situation, celles-ci ne mesurant pas ou ne voulant pas admettre le problème qui les affecte.

Ce tableau démontre cependant à suffisance la diversité des causes de rupture qui amènent les personnes à se retrouver en situation d'urgence sociale.

Parmi les causes de rupture les plus importantes et participant à la perte du logement, on retrouve :
- les problèmes d'assuétude,
- les problèmes financiers,
- les problèmes de santé,
- l'expulsion du logement,
- les troubles psychiatriques,
- les problèmes administratifs

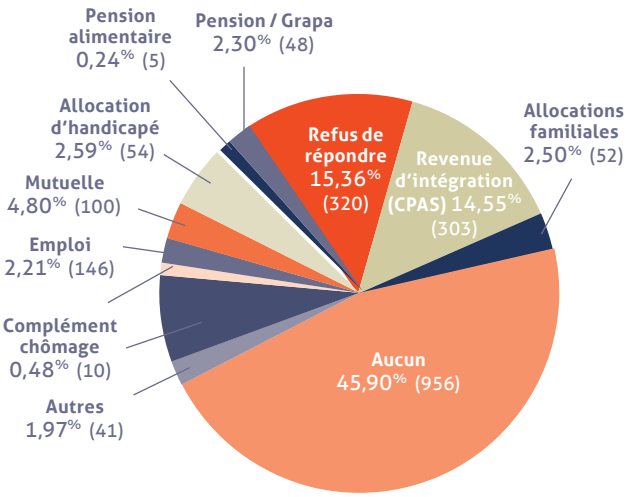
Notons cependant que **ces causes de rupture ne sont pas exclusives, elles s'enchevêtrent souvent**, la personne souffrant d'une **combinaison de problèmes** ayant provoqué la perte du logement et rendant plus difficile son insertion ou sa réinsertion11.

Ici, le mythe du « sans-abri » type est largement rattrapé par une frange de population qui se précarise et arrive en urgence sociale avec des problématiques principalement liées à l'insuffisance de ressources financières, présentant aussi souvent des troubles de santé et une carence de liens familiaux et sociaux.

11 A ce sujet, voir le point « Difficulté/impossibilité d'orientation de sortie de rue pour les personnes « multi-carencées », p. 49 de ce rapport.

3.5 Situation financière et liens de suivi

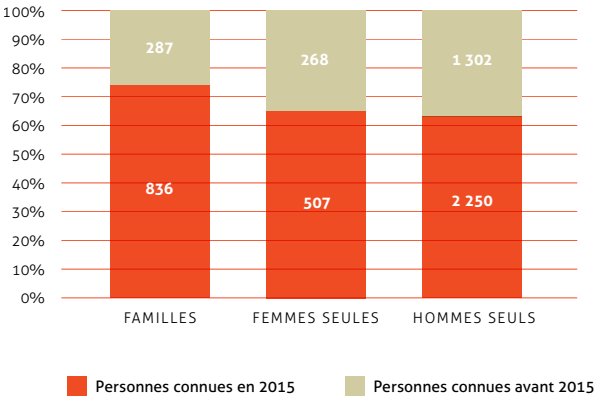
Répartition du public selon le type de ressources lors du 1er accueil



- La première catégorie de personnes accueillies en urgence sociale est constituée par les personnes sans ressources, soit 45,9% du public accueilli.
- Les personnes bénéficiaires du RI (revenu d'intégration), représentent 14,5 % des personnes accueillies.
- Les personnes touchant des allocations d'handicapé ou une allocation de mutuelle constituent 7,4% de la population accueillie.
- 2,7% du public accueilli bénéficie d'allocations de chômage à leur arrivée.
- Les personnes touchant encore un salaire constituent 2,21% du public accueilli. Notons que pour ces personnes, un soutien prioritaire est apporté afin qu'elles aient toutes les chances de rebondir rapidement.

3.6 Durée d'errance[12]

Premier accueil, pour le public annuel, en 2015 vs avant 2015



Ont été hébergés pour la première fois en 2015 :

- 74,4% des familles accueillies
- 65,4% des femmes accueillies
- 63% des hommes accueillis

Les personnes isolées ont donc davantage tendance à se chroniciser dans l'errance que les familles.

12 Ces données concernent l'accueil calculé sur base annuelle 2015, hiver compris.

4 Constats : des formes diverses d'exclusion et une croissance de la problématique

Année après année, les constats relevés par le Samusocial restent identiques et donnent lieu aux mêmes interpellations et recommandations.

4.1 Des formes diverses d'exclusion

Si les sans-abri ont ceci de commun qu'ils n'ont plus de logement, ceux-ci ne présentent toutefois pas les mêmes problématiques. On observe une évolution des comportements et des problématiques.

Les groupes cibles de l'exclusion touchent des **publics fragiles** tels des **familles monoparentales victimes de violences conjugales** ou des **familles père-mère-enfants** à revenus de type «minimum social» ou en provenance de pays de l'Est. La catégorie «**familles**» est celle qui **reste le plus longtemps** dans nos centres d'hébergement. Il existe en effet très peu de maisons d'accueil qui acceptent les familles avec deux parents. La cause principale de rupture des familles en situation légale est d'ordre financier (expulsion du logement). La mise en place d'une médiation de dettes et la recherche d'un logement à petits revenus prend un certain temps qui prolonge le séjour dans les centres d'urgence.

Autre groupe particulièrement vulnérable : les **femmes souffrant de troubles psychiatriques**. Cette catégorie reste bloquée dans les services d'urgences pour plusieurs raisons :

- elles ne représentent pas un danger aigu pour elles-mêmes ou pour les autres, ce qui n'impose pas l'hospitalisation en psychiatrie ;

- elles sont dans le déni de leur maladie et refusent dès lors des soins psychiatriques ;
- elles ne sont pas aptes à vivre en collectivité et à suivre des règles de vie communes pratiquées dans les structures de 2ème ligne de type « maisons d'accueil » ;
- elles ont pour la plupart un long passé de vie en rue et sont chronicisées dans l'errance;
- elles sont en majorité en rupture totale avec leur famille et le monde qui les entoure.

Enfin, **le public des hommes seuls reste le plus important, il constitue 69% du public accueilli** par le Samusocial en 2014. Pour cette catégorie également, les causes d'exclusion sont larges : alcoolisme, (poly)toxicomanie,, dépression, problèmes financiers mais également problèmes de santé, problèmes familiaux, problèmes psychologiques, éloignement du pays d'origine, etc.

4.2 Difficulté d'orientation pour les nombreuses personnes « multi-carencées »

L'expérience nous le montre au quotidien, **c'est souvent une combinaison de facteurs, un cumul de problématiques qui enfonce progressivement la personne dans un statut de « sans-abri » qui, si aucune réponse adaptée n'est apportée, deviendra son identité propre.**

On retrouve ainsi à la rue des **personnes « multi-carencées »** des « laissés pour compte » **qui ne relèvent ni des urgences de l'hôpital somatique ni des urgences de l'hôpital psychiatrique**, **ni des centres d'hébergement « classiques »** où ils ne trouveraient pas de place, parce que ceux-ci sont complets ou tenus par un règlement intérieur qui n'accepte pas de personnes prises de boissons ou trop atteintes psychiquement pour se retrouver dans une dynamique d'insertion.

La personne se retrouve dans une situation ingérable de « **no man's land institutionnel** » et ne sait plus à quelle institution s'adresser. La sociologie est telle que ces cas sont de plus en plus nombreux et complexes et que leur typologie est difficile à saisir : jeunes en errance, familles à l'abandon, jeunes migrants de l'Est ou du Sud, clochards ou alcooliques, personnes présentant des troubles psychiatriques, personnes âgées ...). Le fond du problème est notamment le manque de centres d'accueil adaptés mais aussi de description de ces problèmes.
Exemples de **cas inorientables/difficilement orientables au regard des critères existants** dans le cadre des maisons d'accueil :

- Femmes illégales victimes de violences conjugales avec enfants
- Femmes toxicomanes avec enfants en bas âge
- Femmes présentant des troubles psychiatriques avec ou sans enfants ne rentrant pas dans les critères d'hospitalisation psychiatrique.
- Familles suivies par le Service d'Aide à la Jeunesse et persona non-grata dans le réseau de maisons d'accueil.
- Personnes illégales malades (diabète, handicap, ...) mais ne nécessitant pas d'hospitalisation ou de revalidation.
- Personnes âgées refusant les soins/orientations
- Personnes avec animaux
- Familles avec + de 6 enfants

La population touchée par l'action du Samusocial est bel et bien en situation d'urgence, qu'il s'agisse de personnes expulsées de leur logement, de femmes battues, de personnes souffrant de troubles psychiatriques, de personnes présentant des troubles psy, des assuétudes, etc... On est ici bien loin de l'image pittoresque du «clochard philosophe». Notre expérience de terrain nous le rappelle chaque jour : personne ne choisit en toute conscience la vie à la rue.

4.3 **Une problématique en hausse**

ACCROISSEMENT GÉNÉRAL DE LA POPULATION SANS-ABRI EN RUE

D'année en année, les CPAS observent un **phénomène d'accroissement général de la population sans-abri** dans la Région de Bruxelles-Capitale. Les données du CPAS de Bruxelles-Ville rendant compte de « l'évolution annuelle du nombre de sans-abri par type d'aide» confirment cette tendance avec un nombre qui passe de 2.041 personnes sans-abri aidées par le CPAS (dont 387 en maison d'accueil) en 2011 à 2.633 (dont seulement 358 en maison d'accueil) en 2015, soit **une augmentation de 30% en seulement 4 ans...**

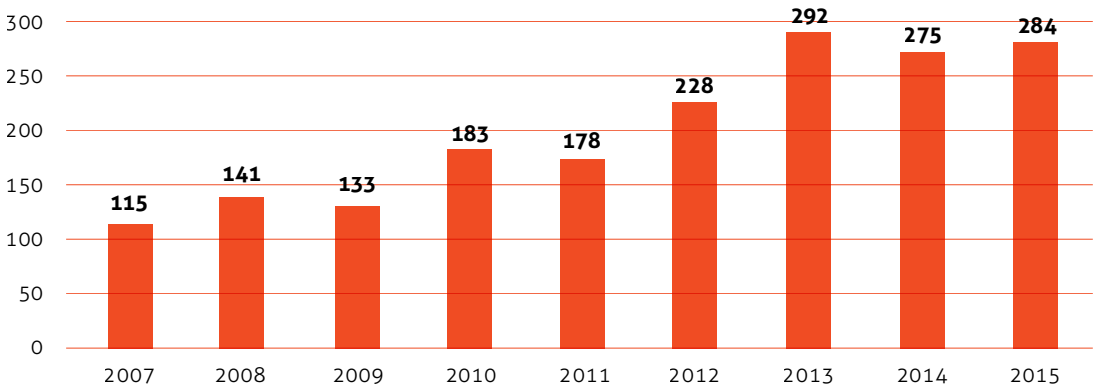
Evolution du nombre de personnes sans-abri aidées par le CPAS de Bruxelles					
Année	Sans abri hébergés en maison d'accueil	Sans abri ayant adresse de référence au CPAS	sans abri en logement de transit	Sans abri vivant à la rue	Total
2011	357	413	28	1 243	2 041
2012	285	428	29	1 359	2 101
2013	298	594	44	1 390	2 326
2014	421	565	45	1 605	2 636
2014	358	472	61	1 742	2 633

Précision importante : **ces chiffres** ne constituent qu'une indication qui se situe nettement **en deçà de la réalité du** « **sans-abrisme** » **dans la Région de Bruxelles** : ils n'incluent pas les personnes suivies par les CPAS des 18 autres communes que Bruxelles-Ville et surtout ils **ne prennent pas en compte les chômeurs, les titulaires d'autres allocations (invalidité, pension, ...) et le public qui ne fait aucune demande auprès des CPAS**.

ACCROISSEMENT GLOBAL DU NOMBRE DES FAMILLES EN RUE

Le **public des familles** hébergées est également en **augmentation**, il a plus que doublé entre 2007 et 2015, passant de 115 à 284 familles accueillies...

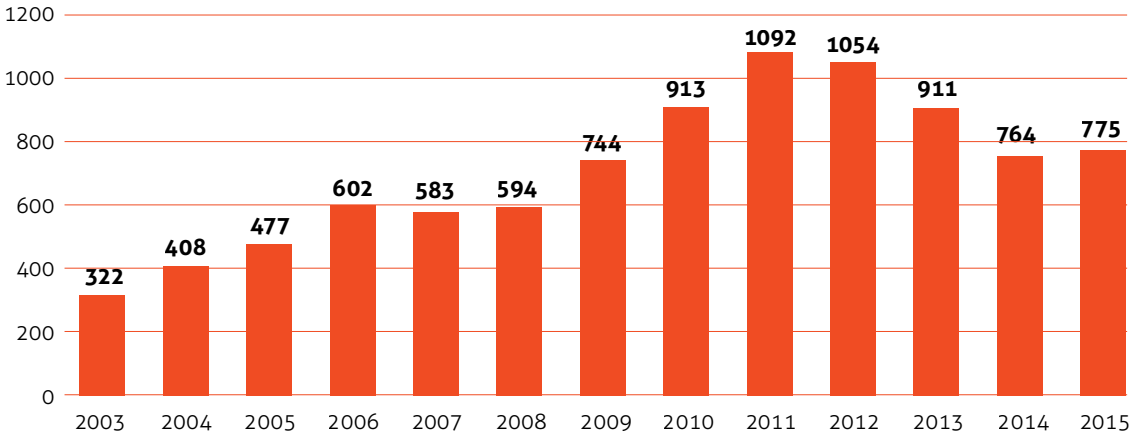
Evolution du nombre de familles hébergées



Notons que ces chiffres ne concernent que les familles effectivement hébergées au Samusocial et ne correspondent donc pas à la réalité du nombre **de familles sans-abri qui sont de plus en plus nombreuses à Bruxelles.** En effet, en dehors du Plan hiver, le Samusocial doit malheureusement **refuser de nombreuses familles en demande d'hébergement.**

ACCROISSEMENT DU NOMBRE DE FEMMES ISOLÉES CHRONICISÉES DANS L'ERRANCE

Evolution du nombre de femmes hébergées



Sur 17 années d'activité, nos équipes observent un accroissement global du nombre de femmes en demande d'aide et plus particulièrement un **accroissement du public des femmes seules qui se chronicisent dans l'errance**. L'augmentation de ce nombre n'est en aucun cas à relier avec l'augmentation de la capacité hivernale. En effet, le nombre de femmes sans-abri est nettement inférieur à celui des hommes à Bruxelles et, jusqu'à ce jour, le Samusocial a pu se permettre de ne jamais refuser l'hébergement aux femmes qui en font la demande.

Si le nombre de femmes accueillies a diminué après 2012**, le nombre de nuitées accordées à ce public a quant à lui augmenté.** Cette tendance traduit **l'augmentation du nombre de femmes chronicisées dans l'errance**, et par conséquent, l'augmentation du nombre de lits effectivement occupés chaque nuit dans les centres du Samusocial. **Les derniers chiffres du plan hiver 2015-2016 indiquent une occupation allant jusqu'à 120 femmes par nuit**, niveau jamais atteint 2014...

On observe parmi les causes de rupture des femmes isolées une forte tendance de troubles psychiatriques parfois combinée avec d'autres problématiques (alcoolisme, toxicomanie, problèmes familiaux, problèmes médicaux), ce qui complique encore davantage l'orientation de ces personnes vers des structures post-urgence aux critères d'admissions plus stricts (autonomie complète requise).

ACCROISSEMENT DU NOMBRE DE PERSONNES SANS-PAPIERS OU AU STATUT ADMINISTRATIF PRÉCAIRE

Le constat du nombre croissant de personnes sans-papiers est relevé quotidiennement par nos équipes mobiles d'aide. En dehors des personnes en séjour illégal sur le territoire, nous rencontrons de nombreuses situations de personnes au statut précaire. Il s'agit par exemple de femmes victimes de violences conjugales titulaires d'une carte F, qui risquent de perdre leur droit de séjour en cas de séparation avec le conjoint.

Par ailleurs, les citoyens européens en situation régulière sur le territoire, titulaire d'une carte E, n'ont qu'un accès limité à l'aide sociale.

Nous rencontrons également des personnes en ordre de séjour (visa étudiant, travail) mais qui n'ont aucun accès l'aide sociale de l'Etat.

ACCROISSEMENT DES PERSONNES VULNÉRABLES

Devant l'accroissement de toutes les catégories de public, le Samusocial se retrouve devant un **choix impossible** : se résoudre à **refuser des femmes et des familles** en demande de mise à l'abri la nuit ou **laisser à la rue des hommes fragiles ou malades** qui nécessitent une réelle prise en charge.

En ne considérant que les personnes isolées (personnes qui ne sont pas en familles), ce sont plusieurs centaines de personnes qui sont identifiées comme extrêmement vulnérables par nos équipes et pour lesquelles une nuit en rue représente un danger immédiat...

Parmi ces personnes, nous identifions :

- des femmes aux situations parfois très lourdes (pathologies psychiatriques ou physiques, femmes enceintes, toxicomanes, jeunes filles en rupture, personnes âgées ...) qui sont plus exposées au risque d'agressions, vols et viols ;
- des hommes fragiles, malades ou âgés, présentant des problèmes psychiatriques parfois lourds (syndrome de Korsakoff, schizophrénie, sénilité) et qui se trouvent en situation de danger immédiat s'ils doivent passer la nuit en rue.

5 Interpellations et recommandations

Les interpellations et recommandations que le Samusocial partage maintenant depuis plusieurs années renvoient à des besoins dont la nécessité se fait sentir avec davantage de force, année après année.

5.1 Une augmentation des places structurelles

La grande exclusion augmente dans la capitale alors que depuis 12 ans, le nombre de lits structurels – ouverts toute l'année - en urgence sociale est resté inchangé. Le nombre de places structurelles en urgence sociale doit impérativement être augmenté afin de ne pas avoir à faire de choix impossibles entre les personnes physiquement fragiles, les femmes isolées et les situations d'urgence ponctuelle. Un accord avec la Région est à l'œuvre afin d'organiser l'augmentation de la capacité structurelle d'hébergement d'urgence dans le courant de l'année 2016. A terme, ce sont 220 places d'accueil d'urgence qui devraient pouvoir rester ouvertes toute l'année pour accueillir les personnes les plus vulnérables.

Une capacité permanente augmentée permettrait :

- **de développer un réel accompagnement de fond, développé dans la permanence et permettant d'aller au bout des démarches, été comme hiver, jusqu'à la sortie de rue.**
- **d'endiguer l'évolution du « sans-abrisme chronique » à Bruxelles et de limiter l'augmentation constante des besoins d'hiver en hiver**.

Les 110 lits permanents du Samusocial doivent être utilisés pour la prise en charge de l'urgence seulement, et non pas pour des situations qui relèvent davantage de la stabilisation. Nombreuses sont les personnes identifiées comme vulnérables dont la situation nécessite une place en lit de revalidation. **Il manque de structures innovantes de type « centres de stabilisation ».**

Bruxelles doit disposer **d'une structure permanente permettant un hébergement d'urgence distinct et de qualité pour les familles et enfants,** ceci afin d'éviter une confrontation trop brutale entre des publics hétérogènes. Depuis le 1er avril 2014, un centre spécifique pour l'accueil des familles est maintenu en activité, à coup de financements temporaires alloués par la Commission Communautaire Commune. **Le financement de ce centre doit maintenant pouvoir être pérennisé.**

5.2 Un réseau de 2ème ligne aux conditions d'accès plus souples et plus adaptées

Afin de dégager des pistes de sorties de rue pour une partie du public sans-abri restant cantonné dans l'urgence sociale, nous préconisons **des maisons d'accueil aux critères d'admission plus souples**. Celles-ci doivent permettre **une prise en charge adaptée considérant le fait que les candidats sont souvent multi-carencés et présentent une combinaison de problèmes** (assuétudes, troubles psychiatriques, dettes, problèmes médicaux, etc.)

Le **seuil d'exigence en hausse dans la majorité des maisons d'accueil** (règles strictes d'admission et de fonctionnement interne) complique l'accès pour une grande partie de la population suivie par les équipes du Samusocial.

5.3 Davantage de logements de transit et d'insertion

Il importe de développer une politique de logements d'insertion de type logements de transit, structures de logements supervisés et dispositifs de logements en vie collective.

Les structures supervisées et les habitations protégées n'existent pas en nombre suffisant.

En 2015, le Samusocial a lancé un projet de type Housing First permettant le relogement direct en appartement pour 20 jeunes âgés de 18 à 25 ans. D'autres associations développent également ce type de programme depuis peu. C'est un premier pas mais les besoins restent importants

5.4 Davantage de relais de jour

Devant le manque manifeste de capacité d'accompagnement de jour au sein du secteur de l'aide aux personnes sans-abri, le besoin d'un service mobile de jour se fait davantage sentir au quotidien de notre action. Ceci pour mener plusieurs actions :

- Relais du suivi initié par les équipes de nuit (dans le centres d'accueil mais également lors des maraudes) et accompagnement des personnes les moins autonomes dans leurs démarches auprès des services extérieurs (CPAS, centres de santé mentale, médiations, consultations médicales, ...).
- Maintien du contact avec des personnes difficilement accessibles le soir et/ou la nuit, nombreuses sont celles qui se réfugient dans des squats qu'elles préfèrent maintenir secrets.
- Maintien du contact et accompagnement dans les démarches avec les personnes plus réceptives aux propositions d'aide en journée. Nombreuses sont les personnes prises de boisson et/ou autres substances une fois la nuit tombée.

5.5 L'inconditionnalité, la gratuité et le droit à l'anonymat

L'inconditionnalité doit être garantie dans le cadre du Plan Hiver. La question de la situation administrative du demandeur ne doit pas être posée. Cela doit rester un principe fondamental de l'aide humanitaire d'urgence.

La gratuité de l'accès aux services d'accueil d'urgence est essentielle, également pour les personnes qui bénéficient d'un revenu. En effet nombreuses sont les personnes qui n'ont plus le sens des priorités et qui préféreront passer la nuit dehors pour éviter de payer un droit à l'hébergement. De plus, la gratuité de l'hébergement permet parfois aux personnes disposant d'un revenu de rebondir plus rapidement en épargnant des frais d'hébergement, ce qui leur permettent de payer un loyer ou une garantie locative.

L'obligation de délivrer sa véritable identité ne doit pas être **une condition d'accès à la prise en charge et au secours de la personne**. La préservation de l'anonymat doit pouvoir être garantie au public en demande d'aide.

6 Perspectives 2016

- **Augmentation de la capacité structurelle d'accueil d'urgence** et du cadre de gestion.
- Recherche de financements et mise en place d'un **dispositif mobile « hygiène »** offrant un service de douche mobile aux personnes les plus désocialisées.
- Développement d'une **équipe mobile de jour** afin de pouvoir :
  - Relayer en journée le travail initié par les équipes de nuit ;
  - Faciliter l'accompagnement physique dans les démarches ;
  - Développer une relation plus qualitative avec les personnes parfois moins réceptives en soirée.
  - Intervenir immédiatement en réponse aux signalements (par les particuliers, services sociaux, police, ...) de personnes en détresse
- Soutien à la **pérennisation du dispositif spécifique d'accueil et d'accompagnement pour les familles en errance** (centre familles situé à Woluwé-St-Lambert).
- Démarches auprès des autorités fédérales pour la **pérennisation du Centre MediHalte**, offrant un hébergement médicalisé à 38 personnes souffrant de pathologies aigües ou chroniques.
- Poursuite du **projet Housing First**. Objectif : 20 jeunes relogés en appartement d'ici fin 2016.
- Développement de la **« Cellule mobile psy »**. En 2016, ce projet devrait intégrer un réseau plus large dans le cadre de la réforme de soins ambulatoires 107.
- Lancement – en partenariat avec les asbl Transit et Source – d'une **plateforme d'échanges et de collaborations en vue de constituer des groupes d'intervention transversale** pour optimiser l'accompagnement des personnes aidées.
- **Consolidation des collaborations structurelles** avec :
  - **Le secteur associatif** : centres de jour, maisons d'accueil, centres de santé mentale, maisons médicales, ...).
  - Les **hôpitaux publics** (échanges, sensibilisation, recherche) ;
  - Les **communes** : formation du personnel de prévention et de proximité ;
  - La **police et les agents STIB** : formation et sensibilisation des équipes de terrain ;
  - Les **CPAS**, notamment par la mise à disposition de personnel sous contrat « article-60 ».
- **Inscription du personnel dans des modules de formations** en santé mentale, en droit d'asile et de séjour, en prévention de la violence, en réglementation de la chaîne alimentaire, en prévention incendie, ...
- Poursuite de **l'organisation d'ateliers sur les bonnes pratiques dans le travail médico-psycho-social** mené avec les bénéficiaires.
- Rencontres, échanges et formations entre nos équipes et les travailleurs des différents Samusociaux au sein de la plateforme du Samusocial International.

samusocial.brussels

Rue du Petit Rempart 5
1000 Bruxelles
02 551 12 20

www.samusocial.be
info@samusocial.be

Design: Josworld.org