# Rapport annuel

Activité



### TABLE DES MATIÈRES

	Samusocial en voie de refondationrci à	
	rci à Samusocial : missions, principes et méthodes	6
Α.	LA MISSION "SANS-ABRI"	8
1	Fonctionnement et bilan des activités menées en 2017	
	1.1 Les missions	8
	1.1.1 La permanence téléphonique	
	1.1.2 La maraude des équipes mobiles	
	1.1.3 L'hébergement	
	1.1.4 L'accompagnement social	
	1.1.5 Les consultations médicales et infirmières	
	1.2 Les dispositifs d'hébergement	
	1.2.1 Les centres d'accueil d'urgence	
	1.2.2 Le centre Familles	
	1.2.4 Step Forward: un programme Housing First	
	1.2.5 Le Plan Hiver 2016-2017	
2	Observations globales sur le public accueilli en 2017	43
	2.1 L'hébergement selon les catégories de personnes (hors hiver)	4.6
	2.2 Répartition du public selon la nationalité	46
	2.3 Pyramide des âges	
	2.4 Causes de rupture	48
	2.5 Situation financière lors du premier accueil	49
	<ul> <li>2.4 Causes de rupture</li> <li>2.5 Situation financière lors du premier accueil</li> <li>2.6 Première sollicitation du Samusocial par le public sans abri</li> </ul>	49
3	Constats: toujours plus d'exclusion	50
	3.1 Une problématique à l'ampleur croissante	50
	3.2 Difficultés d'orientation pour les nombreuses personnes « multi- carencées »	54
В.	LA MISSION "DEMANDEURS D'ASILE"	55
1	Fonctionnement et bilan des activités 2017	57
	1.1 Le Centre Toussaint à Ixelles	57
	1.1.1 Activités organisées au Centre Toussaint	58
	1.1.2 Observations quant au public accueilli	
	1.1.3 Constats	60
	1.2 Le Centre Béjar à Neder-over-Heembeek	
	1.2.1 Activités organisées au Centre Béjar	61
	1.2.2 Observations quant au public accueilli	
	1.2.3 Constats sur l'activité 2017 – Centre Béjar	62
C.	INTERPELLATIONS ET RECOMMANDATIONS	63
D	TEMOIGNAGES D'ANCIENS HÉRERGÉS	60

### Un Samusocial en voie de refondation

2017 restera une année tourmentée dans l'histoire du Samusocial. Et 2018 sera une année de reconstruction. Nous ne reviendrons pas sur les regrettables pratiques qui ont mené à la démission de l'ensemble de l'ancien conseil d'administration. Nous avons fait le choix de nous concentrer sur l'avenir et sur la continuité de l'association. Destiné à devenir un organisme public régional, le Samusocial se trouve aujourd'hui dans une phase de transition. Notre association est désormais dirigée par un conseil d'administration pluraliste, présidé par Christophe Happe, le Directeur Général du centre hospitalier Jean Titeca, et constitué d'administrateurs issus d'organisations aussi diverses que la Fédération des Maisons d'accueil et des services d'aide aux sans-abri (AMA), Médecins du Monde, la Vrije Universiteit Brussel (VUB) ou encore le Forum Bruxelles contre les inégalités.

Aujourd'hui, notre priorité est de restaurer la confiance auprès des équipes, des partenaires, des institutions, des donateurs et, bien entendu, des personnes que nous aidons chaque jour. Pour cela, plusieurs mesures de bonne gouvernance ont déjà été actées par des modifications de statuts : le principe de non rémunération des membres du conseil d'administration, le principe de double signature pour tous les actes afin d'éviter une trop grande concentration de pouvoir auprès d'une seule personne, la suppression au sein du conseil d'administration de l'instance du Bureau et de la fonction d'Administrateur/trice délégué(e) et enfin la nomination d'Aurélien Doffigny comme Directeur Général. Ce dernier fait preuve des compétences de gestion indispensables pour diriger une association de la taille du Samusocial. Il dispose en outre de la connaissance des enjeux et défis actuels auxquels est confrontée l'association. Grégory Polus, reste lui bien entendu à son poste de Directeur Opérationnel et poursuit ce travail de gestion des opérations terrain qu'il mène avec expertise depuis de nombreuses années.

Indépendamment des difficultés liées à la pression médiatique qu'a connue l'association, les équipes de terrain ne se sont à aucun moment détournées de l'essentiel : le travail terrain d'aide aux personnes sans abri et l'accueil des demandeurs d'asile.

En un an, le Samusocial a ainsi offert **268.472 nuitées à 8.172 personnes sans abri** différentes et a hébergé **7.302 demandeurs d'asile** dans ses centres ouverts sous mandat de l'agence Fedasil.

En un an, ce sont plus de **600.000 repas** qui ont été offerts dans nos centres d'hébergement pour personnes sans abri. Nos **équipes mobiles d'aide** maintiennent tant que possible le lien avec les personnes qui ne peuvent ou ne veulent dormir dans nos centres et leur apportent un soutien médico-psycho-social in-situ, directement en rue. En 2017, elles ont ainsi assuré **7.945 rencontres en rue** auprès des personnes les plus désocialisées.

Enfin, et c'est ici un volet majeur de notre action, **692 orientations de sortie de rue** ont été réalisées par nos services d'accompagnement social. **L'orientation vers la sortie de rue, voilà l'objectif ultime de l'action du Samusocial.** 

A l'heure d'écrire ces lignes, le Samusocial accueille, soigne et accompagne près de 1.000 personnes sans abri chaque soir dans les centres du Plan hiver pour lequel il est mandaté par les autorités régionales.

En dehors du Plan hiver et de sa capacité élargie, les équipes du Samusocial doivent cependant se résoudre à ne pouvoir accueillir des centaines de personnes, dont de nombreuses familles avec enfants qui doivent malheureusement souvent rester en rue par manque de places... Triste record, le nombre de familles et d'enfants accueillis n'a jamais été aussi élevé dans l'histoire du Samusocial. Parmi elles, un nombre touiours plus important de familles dites «roms», en provenance des pays de l'Est et pour lesquelles les possibilités d'accompagnement et de sortie de rue restent limitées. La situation des familles roms en errance concerne la plupart des grandes villes d'Europe de l'Ouest. Elle dépasse de loin les capacités d'intervention du Samusocial et de la Région bruxelloise. C'est au niveau fédéral et européen que des solutions peuvent être dégagées pour traiter la problématique des familles roms sur la durée.

Cette réalité ne doit pas occulter l'augmentation des moyens publics dans l'aide aux sans-abri en Région bruxelloise, notamment le doublement de la capacité d'accueil d'urgence qui est à l'œuvre depuis le 2 mai 2017. En effet, à l'initiative des Ministres de la Commission communautaire commune (COCOM), Céline Fremault et Pascal Smet, ce sont 220 places d'accueil d'urgence qui sont désormais ouvertes toute l'année pour accueillir les personnes les plus vulnérables. Le financement du centre pour familles de Woluwé-St-Lambert (120 places) est quant à lui renouvelé année après année par les mêmes ministres de la COCOM.

Autre événement marquant de l'année 2017: la situation de centaines de migrants en provenance du Soudan, d'Érythrée, de Syrie, d'Irak et d'Afghanistan qui transitent par Bruxelles dans l'espoir de rejoindre ensuite la Grande-Bretagne. La condition de ces personnes a mobilisé des milliers de citoyens au sein de la désormais célèbre Plateforme citoyenne de soutien aux réfugiés. Chaque soir, ce sont des centaines de citoyens qui ont hébergé chez eux, et qui hébergent encore à l'heure d'écrire ces lignes, ces «trans-migrants» donnant ainsi lieu à une mobilisation inédite en Belgique. Le Samusocial a pour sa part accueilli certaines de ces personnes dans le cadre du Plan hiver 2017-2018, l'inconditionnalité de l'accueil étant un principe fondateur de notre action d'aide par températures froides.

Par ailleurs, le Samusocial continue à jouer un rôle clé dans l'hébergement d'autres migrants, ceux qui ont choisi de poser leurs valises en Belgique et d'y demander l'asile. C'est en effet depuis 2010 que le Samusocial est mandaté par l'agence Fedasil pour l'hébergement de demandeurs d'asile, le Samusocial gère encore aujourd'hui deux centres d'accueil et de transit pouvant héberger chaque jour jusqu'à 500 demandeurs d'asile en région bruxelloise.

### « L'URGENCE » N'EMPÊCHE PAS LES ACCOMPAGNEMENTS AU LONG COURS

La tempête médiatique de cette année a fait surgir de nombreuses questions et réactions sur les budgets publics consacrés au Samusocial, certains allant jusqu'à remettre en question l'utilité et l'efficacité de dispositifs comme le nôtre dans l'aide aux personnes sans abri. Plus particulièrement, ce qu'on appelle «l'urgence» est désormais pointé du doigt et opposé aux approches dites plus qualitatives, qui seraient davantage axées sur le long terme.

Il convient au préalable de s'entendre sur l'acception et la définition de l'urgence. En effet, l'urgence de notre intervention est ici à comprendre dans le sens de l'immédiateté possible de l'aide et de l'accessibilité 24h/24 de l'offre de service du Samusocial. Elle n'exclut pas pour autant l'accompagnement social au (parfois très) long cours. Au contraire, dans de nombreux cas, l'urgence - la réponse immédiate aux besoins primaires - constitue précisément une amorce qui permet ensuite d'initier des accompagnements avec des personnes qui ne s'inscriraient pas autrement dans une démarche de réinsertion. Si elle reste essentielle pour abriter les gens, elle n'est souvent qu'un prétexte pour saisir certaines personnes parfois extrêmement désocialisées et/ou chronicisées dans l'errance, présentant parfois des troubles psychologiques ou psychiatriques lourds, et pour lesquelles, un long travail médico-psycho-social doit être mené.

Affirmer que l'urgence n'apporte aucune solution au sansabrisme sur base du fait que la problématique n'a fait qu'augmenter est un raccourci émotionnel. Si le sans-abrisme augmente à Bruxelles, c'est avant tout car l'exclusion augmente, à Bruxelles comme dans les autres villes d'Europe occidentale.

Rappelons également que si les moyens alloués au Samusocial sont importants, c'est avant tout car **nos services sont 100% gratuits et doivent le rester pour garder leur dimension «humanitaire»**, ce qui n'est pas le cas de la grande majorité des autres dispositifs qui parviennent à réduire leurs coûts par la tarification du service à leurs usagers.

La problématique des sans-papiers est par ailleurs totalement occultée de certains discours qui prônent le basculement des budgets de l'hébergement d'urgence vers d'autres programmes exclusivement tournés vers l'insertion. Les questions suivantes méritent d'être posées aujourd'hui: reconnaît-on que les personnes sans papiers en errance (qui concernent plus de 50% du public accueilli en hiver) sont également des personnes sans abri et, qu'à ce titre, elles doivent également être aidées ? Reconnaît-on que le statut illégal de ces personnes rend impossible leur inscription dans une démarche d'insertion ? Reconnait-on enfin qu'il est inimaginable de ne pas affecter les moyens nécessaires à des dispositifs opérationnels de réponse gratuite aux besoins primaires ? Nous le pensons, les approches dites « d'urgence » et « d'insertion » ne doivent pas être opposées mais au contraire envisagées dans leur complémentarité. Et les dispositifs dits « d'urgence » doivent pouvoir intégrer un pôle d'accompagnement au sein même de leur offre de service.

On l'aura compris, de nombreux défis nous attendent pour 2018, qui sera sans nul doute une année de profonde refondation pour le Samusocial et l'aide aux grands exclus de notre capitale. L'enjeu est de taille, particulièrement dans le contexte de l'adoption de la nouvelle ordonnance qui régira l'aide aux sans-abri en Région bruxelloise.

Il s'agit pour nous de rappeler à chacun la nécessité de pouvoir garantir à Bruxelles une aide immédiate, inconditionnelle et gratuite aux personnes sans abri tout en leur offrant la possibilité de s'inscrire dans un plan d'accompagnement multidisciplinaire vers des solutions de sortie de rue.

services comme les équipes mobiles d'aide et la MediHalte - le centre d'hébergement médicalisé du Samusocial - dont l'ensemble du secteur socio-sanitaire bruxellois reconnaît aujourd'hui le caractère essentiel dans l'offre de service existante. La chute des dons privés liée à «la crise» compromet

Il s'agit pour nous d'assurer l'avenir et la consolidation de

tante. La chute des dons privés liée à «la crise» compromet en effet sérieusement la poursuite des activités de ces deux dispositifs qui ne pourraient fonctionner sans le soutien du secteur privé et des particuliers.

Enfin, nous tenons à rappeler l'importance fondamentale de la collaboration mais également du soutien des acteurs et partenaires qui tout comme nous, agissent au quotidien afin de soulager et remédier aux souffrances des personnes en détresse sociale. Nous remercions chaleureusement chacun d'entre eux

#### Merci à...

#### **NOS PARTENAIRES PUBLICS:**

La Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale (COCOM), BRAVVO, le SPP Intégration Sociale, le SPF Santé publique, La Loterie Nationale, l'INAMI, les CPAS de Bruxelles, Anderlecht, Auderghem, Forest, Ixelles, Schaerbeek, Saint-Gilles et Woluwe-Saint-Lambert, la Ville de Bruxelles, les communes d'Anderlecht, Bruxelles, Ixelles, Molenbeek, Schaerbeek, Saint-Josse, Woluwe-Saint-Lambert, Fedasil, les services de prévention de Forest et Ixelles, la Police de Bruxelles-Capitale-Ixelles et les autres services de Police locale bruxellois, CityDev, le SIAMU, l'hôpital Saint-Pierre et l'ensemble des hôpitaux IRIS et de la Région de Bruxelles-Capitale, le Service du Linge du CPAS de Bruxelles, les Cuisines bruxelloises, les Régies, fédérale et régionale, des bâtiments, l'ONE, le Délégué général aux droits de l'enfant, le Service d'Aide à la Jeunesse et le Service de Protection de la Jeunesse, le Service des propriétés de la commune de Molenbeek St Jean, la Protection civile, Citydev, la STIB, la SNCB, la TEC et DE LIJN, Viva for Life.

#### NOS PARTENAIRES ASSOCIATIFS:

Abaka, l'Accueil Montfort, l'ADDE, L'AMA, les Amis d'Accompagner, Aquarelle, l'Arbre de vie, Arc-en-ciel, Ariane, Article 27, @ HOME18-24 la Banque Alimentaire, la bibliothèque d'Ixelles, La bibliothèque Saint-Henri, le Home Baudouin, Caritas, le CAW, la cellule Herscham, la cellule Hestia, CEMôme, le Centre de consultations familiales et sexologiques, le Centre de Prévention des Violences Conjugales et Familiales, le Centre Social Protestant, CETIM, le Chant d'Oiseau Chèvrefeuille, Chez Nous/Bij Ons, CIG Vogelzang, le CIRE, CLIP (Dune ASBL), le Clos, Clowns sans frontières, Consigne Article 23, Convivial, la Croix-Rouge, Diogènes, Doucheflux, L'école internationale allemande de Bruxelles, les Educateurs de rue de la commune de Saint-Gilles, ESA St Luc, l'Escale, Espace Social Télé-Service, Exil, le Fonds Européen d'Aide aux plus Démunis (FEAD), le FARES et VRGT, La Fontaine, Le Foyer, les Foyers d'Accueil, les Gastrosophes, le GAMS-Belgique, Globe-Aroma, les Grains Noirs, Graphoui, HERMESplus, Het huis van het Nederlands, Hiver 86.400, le Home du Pré, Huis Van De Mens, L'Ilot, Infirmiers de rue, International School Brussels, Jamais Sans Toit, Latitude Nord, la Maison de l'Amérique latine, la Maison de la Mère et de l'Enfant, la Maison des Aveugles, la Maison des femmes de Schaerbeek, la MASS, la Maison Médicale des Primeurs, Couleur Santé et l'ensemble des maisons médicales bruxelloises, Maison le Gué, la Maison Rue Verte, Médecins du Monde, Medimmigrant, Meeting, MSF, les Missionnaires de la Charité, NASCI, Nativitas, Le Nouveau 150, Opération Thermos, la PAC, le PAC et les Écrivains publics, PAG-ASA, Le Parc Parmentier, la maison d'accueil des Petits Riens, les Petites sœurs des pauvres, Pharmacie Andromède, Pierre d'Angle, piscine d'Ixelles, la Plate-forme de Concertation pour la Santé mentale en Région de Bruxelles-Capitale, la Plateforme citoyenne de soutien aux réfugiés, Porte Ouverte, Poverello, le projet Lama, le Relais, Resto Jet, les Restos du Cœur, Rom En Rom, les Samaritains, Samusocial International, le SAS, le Service droits des jeunes (SDJ), Serve the City, le Service jeunesse de Woluwe-Saint-Lambert (JJJY), le Service Social Juif, Sétis, Seuil, Siréas, le SMES-B, les Sœurs de Mère Téresa, SolidarCité, Solidarité Grands Froids, SOS Jeunes - Quartier Libre, Source - La Rencontre, Source - The Red pencil, La Rive, les Scouts de Belgique, l'ensemble des Services de Santé Mentale, St Paul's Tervuren, le Stade Fallon, Stardust Park, La Strada, Talita, Théâtre et Réconciliation, Transit, les Trois Pommiers, Ulysse, Visa Santé, Wolubilis, Wolu Services, Wopsy ASBL

... ainsi qu'à chacun des services qui a collaboré à la prise en charge des personnes en détresse au quotidien.

#### **NOS PARTENAIRES PRIVÉS:**

AHI-IHH, les Ateliers des Tanneurs, Beface, Belfius, BNP Paribas Foundation, Carrefour, la Clinique Ste-Anne St-Remi, Cora de Woluwe-Saint-Lambert, Danone, Decathlon Mons, Duo Catering, Éclairs et gourmandises, l'École Européenne, Emergences ASBL, Eurocontrol, Evian, Exki, la Fondation Roi Baudouin, G4S, Goods to Give, Google, le Brussels Marriott Hotel Grand Place, Thon Hotel Bristol Stephanie, Brussels Hotels Association (BHA) et les hôtels bruxellois, Hu-Bu, Human Business, ING, Interparking, IVG Europe, Jika, KBC, Nestlé, Ocatex, Orange, L'Oréal, Le Pain Quotidien, Paul, Proximus, Rotaract, Le Saint-Aulaye, Shoes in the box, Solucious, Les Tartes de Françoise, Tradestone.

... 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 et de renforcer son action face à des besoins qui ne cessent de croître.

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

#### Le Samusocial : missions, principes et méthodes



Dispositif urbain d'urgence sociale et de lutte contre l'exclusion, le Samusocial a pour mission d'apporter une aide immédiate aux personnes sans abri en situation de détresse psycho-sociale par un travail de rencontre, d'écoute, de réponse aux besoins primaires (dormir, manger, se soigner) et d'accompagnement.

Son action se déploie sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale et dans les communes limitrophes.

#### **UNE CHAÎNE DE RÉPONSES ADAPTÉES**

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

L'urgence renvoie aux dangers que court la personne en restant dans la rue endéans les heures, les jours à venir, aussi bien dans le domaine médical que psychiatrique ou social. Dès le premier contact, nos équipes dressent un bilan et tentent d'établir le degré de détresse et de vulnérabilité de la personne pour déterminer ensuite une éventuelle orientation vers l'un de nos centres ou vers une autre structure (hôpital, maison médicale, maison d'accueil, ...).

La post-urgence consiste en une phase de mise à l'abri de la personne : il s'agit d'analyser sa situation en détail, de tenter de la « remettre debout » par le biais du travail de dialogue effectué en entretien individuel. Cette étape d'échange et d'analyse est essentielle, notamment en tant que sas de décompression mais également pour les accompagner vers le recouvrement de leurs droits communs et, in fine, vers la réinsertion.

Cette séquence ne doit cependant pas se concevoir comme une trajectoire linéaire. L'urgence et la post-urgence peuvent représenter des étapes longues et répétitives avant que les personnes accueillies ne puissent reformuler leurs demandes et amorcer des projets de réinsertion.

La solution offerte par le Samusocial est **provisoire**, elle permet de dégager les personnes de la détresse immédiate ; il s'agit ensuite de dépasser le cadre de la survie au jour le jour et de dégager des solutions à plus long terme.

#### « ALLER VERS »: INTERVENIR HORS DES CADRES EXISTANTS

Le Samusocial travaille dans une logique de complémentarité et veille à intervenir hors des cadres existants, en occupant les **espaces spatio-temporels peu investis** par les structures d'aide.

Cette préoccupation est notamment incarnée par le travail des **équipes mobiles d'aide** qui parcourent la ville à la rencontre des personnes en situation de grande précarité le jour, mais aussi le **soir** et la **nuit**, lorsque les possibilités d'aide sont restreintes, accentuant encore le sentiment de dénuement chez les personnes sans abri.

#### **UNE APPROCHE GLOBALE DE L'INDIVIDU**

Le terme « sans-abrisme » dissimule une multitude de phénomènes. Les facteurs conduisant à la **rupture** sont bien souvent **multiples et interconnectés**, c'est pourquoi le souci de développer une approche et une prise en charge globale de l'individu est au centre de la démarche du Samusocial.

Concrètement, ceci se traduit par la composition d'équipes pluridisciplinaires dont les compétences transversales permettent de prendre en compte tant les aspects médicaux, sociaux que psychologiques ou psychiatriques afin d'envisager et de traiter la situation de chacun dans sa globalité.

#### MIEUX CONNAÎTRE UNE POPULATION « INVISIBLE »

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, situation médico-psycho-sociale,...) et de tenter de rendre compte de la **réalité sociodémographique** qu'elles constituent.

Le Samusocial organise dans ce but un échange statistique en partenariat avec le Samusocial International au sein de l'Observatoire des Samusociaux. L'échange s'accompagne d'une analyse comparative des publics et des problématiques dans différentes entités urbaines d'Europe et du monde.

Le Samusocial est donc un dispositif portant secours à des personnes qui ne demandent souvent 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 et d'aboutir, par une relation humaniste et avec le temps, à des solutions de sortie de rue.



## A. LA MISSION "SANS-ABRI"

# 1 Fonctionnement et bilan des activités menées en 2017

#### 1.1 Les missions

Les activités du Samusocial à destination des personnes sans abri s'articulent autour de **cinq missions fondamentales** :

- la permanence téléphonique
- Les maraudes des équipes mobiles
- l'hébergement
- l'accompagnement social
- les consultations médicales et paramédicales

Pour accomplir ses missions, le Samusocial propose plusieurs **dispositifs d'hébergement** offrant une prise en charge spécifique selon la situation de la personne aidée :

- les centres d'accueil d'urgence
- le centre d'hébergement pour les familles
- MediHalte : le centre d'hébergement médicalisé
- Step Forward: le programme Housing First

#### 1.1.1 LA PERMANENCE TÉLÉPHONIQUE

En 2017, la permanence téléphonique du Samusocial a enregistré 144.112 appels, soit une moyenne de 394 appels par jour.

Le Samusocial assure une permanence téléphonique via son **numéro central** (02/551.12.20) et son **numéro vert** (0800/99.340) **accessible toute l'année, de jour comme de nuit**.



#### **QUI APPELLE LE SAMUSOCIAL?**

- des personnes en demande d'aide (hébergement, informations, intervention des équipes mobiles,...).
- les services sociaux, de police, les pompiers, les services d'urgences hospitalières et autres **acteurs socio-sanitaires**.
- des particuliers souhaitant signaler une personne en détresse.

Centre névralgique de l'ensemble des dispositifs composant le Samusocial, la permanence téléphonique remplit plusieurs fonctions :

- enregistrer les demandes d'hébergement (via le numéro vert) et les orientations entrantes d'autres services (CPAS, structures hospitalières, police, associations,...);
- effectuer une première écoute afin d'évaluer le mode d'intervention le plus approprié à la situation de la personne en détresse (hébergement d'urgence, informations, envoi d'une équipe mobile, orientation vers un autre service,...);
- enregistrer les signalements et les demandes d'intervention des équipes mobiles et récolter les informations nécessaires à l'appréhension adéquate de la situation de la personne;
- assurer la coordination entre les centres.

#### 1.1.2 LA MARAUDE DES ÉQUIPES MOBILES



2017 : 7.945 rencontres individuelles auprès de 2.503 personnes différentes 33.803 prestations effectuées en rue

Malgré l'existence des centres d'hébergement, certaines personnes demeurent en rue pour des raisons multiples. Certains ne connaissent pas l'existence des centres d'urgence ou n'ont pu s'y procurer de place; d'autres s'accommodent mal du cadre réglementaire imposé par ceux-ci; d'autres encore, en couple, ne souhaitent pas être séparés,.... C'est ici qu'interviennent les équipes mobiles d'aide, communément appelées « maraudes ». Leur mission s'organise autour de trois grands axes: le travail de rencontre, la réponse aux signalements et la prospection.

Se porter à la rencontre des personnes sans abri : le dispositif d'aide mobile se fonde sur l'idée qu'il est indispensable d'aller à la rencontre de ceux dont la situation d'exclusion constitue un obstacle à une demande d'assistance. Ainsi, les équipes mobiles cheminent sur l'ensemble du territoire de la Région bruxelloise pour apporter une aide aux personnes sans abri.

**Répondre aux signalements** de particuliers préoccupés par la situation de personnes sans abri qu'ils rencontrent sur leur chemin.

**Prospecter et cartographier** les lieux occupés par les personnes sans abri en guise de refuge. Nombreux sont ceux qui s'isolent dans des lieux reculés, voire inaccessibles, se rendant ainsi invisibles.

Des personnes rencontrées émergent deux grands types de profils :

 Les personnes sans abri de longue durée, chronicisées dans l'errance. Avec elles, les équipes tentent d'établir et de maintenir sur le long terme un lien basé sur l'écoute, l'assistance et l'accompagnement.  Les personnes dont la détresse physique ou sociale relève davantage de l'urgence sociale ponctuelle et qu'il s'agit d'informer, de mettre à l'abri, d'orienter vers un service adapté,...

### 1.1.2.1 QUE PROPOSENT LES ÉQUIPES MOBILES D'AIDE ?

Elles mènent leur travail autour de deux aspects principaux : l'aspect humain et l'aspect matériel. Concrètement, leurs interventions consistent à :

- engager le dialogue, développer un lien de confiance réciproque avec la personne par l'écoute, l'empathie, la disponibilité;
- pourvoir aux besoins de première nécessité (nourriture, eau, vêtements, couvertures, kits d'hygiène, soins médicaux de base);
- réaliser un diagnostic des problèmes rencontrés par la personne (santé physique, santé mentale, assuétudes, problèmes administratifs);
- sur base de ce diagnostic, et si la personne le souhaite, l'orienter ou l'accompagner vers un service adapté à ses demandes et à ses besoins (centre d'hébergement d'urgence, hôpital, maison d'accueil, centres d'hébergement pour mineurs, instances administratives, services de prévention,...).

Il s'agit avant tout de réduire au mieux les souffrances de la personne, de la soutenir et, si elle le désire, de l'accompagner vers des solutions de sortie de rue en utilisant ses ressources personnelles et en recréant des ponts avec le monde institutionnel.



#### 1.1.2.2 DES ÉQUIPES PLURIDISCIPLINAIRES

En accord avec l'approche globale prônée par le Samusocial, les équipes mobiles réunissent des compétences médico-psycho-sociales. Chaque équipe comprend ainsi un **chauffeur**, un **infirmier** ou un **aide-soignant** et un **travailleur social** (éducateur ou assistant social).

Deux à trois soirs par semaine, elles peuvent par ailleurs bénéficier de l'appui d'un **psychologue affecté par la Cellule 107**<sup>1</sup>. Celui-ci intervient principalement dans le suivi des personnes présentant des troubles psychiques, très désocialisées et/ou susceptibles de présenter un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. La restauration et le maintien de liens sont essentiels dans la mesure où ceux-ci sont facilitateurs de mobilité sociale.

Les équipes de jour consignent les informations récoltées, les relaient aux équipes de nuit et inversement, instaurant un suivi continu des personnes et des interventions menées. Un coordinateur est chargé d'organiser l'action des différentes équipes et veille au bon déroulement des interventions.

#### 1.1.2.3 LA MARAUDE DE JOUR

**Depuis 2016, le dispositif mobile d'aide est complété par un service de jour.** Celui-ci permet une meilleure réactivité aux signalements effectués en journée. La maraude de jour permet en outre de mener plusieurs actions :

- relayer le suivi initié par les équipes de nuit (dans les centres d'accueil, mais également lors des maraudes) et accompagner les personnes les moins autonomes dans leurs démarches auprès des services extérieurs (CPAS, centres de santé mentale, médiations, consultations médicales,...);
- maintenir le contact avec les personnes qui se réfugient dans des squats difficilement accessibles et qu'elles préfèrent maintenir secrets une fois la nuit tombée;
- maintenir le contact et l'accompagnement avec les personnes pour qui le soir et/ou la nuit sont synonymes d'influence (alcool, drogues,...) et qui seront plus susceptibles d'accepter les propositions d'aide en journée.



 $1\quad \hbox{Plus d'informations, voir Point} \times 1.1.4.3. \ L'accompagnement psy par la Cellule 107 », p.19$ 

#### 1.1.2.4 L'ACTION DES ÉQUIPES MOBILES EN 2017

Au cours de l'année 2017, nos équipes mobiles ont effectué 7.945 rencontres auprès de 2.503 personnes différentes.

Le nombre d'interventions est nettement moindre qu'en 2016 (12.258 rencontres), certaines maraudes du soir n'ayant pu être assurées faute de financement suffisant. La grande majorité des personnes rencontrées (83,7%) sont des hommes. Les femmes occupent cependant une proportion croissante du public rencontré par nos équipes mobiles d'aide.

### Répartition selon le genre des 2.503 personnes rencontrées par les équipes mobiles d'aide



Parmi les personnes rencontrées par nos équipes mobiles, on retrouve :

- des personnes en situation régulière (belges, étrangers avec carte de séjour)
- des personnes en situation irrégulière. Nous avons constaté une augmentation d'interventions avec des personnes migrantes et majoritairement d'origine soudanaise, syrienne et érythréenne.

Nous avons de même constaté une affluence du public provenant d'Europe de l'Est, pour une grande partie des familles.

Depuis quelques années, nous avons fait le choix de **concentrer une grande partie du temps d'intervention 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, de soutien psychologique et de dispensation de soins.

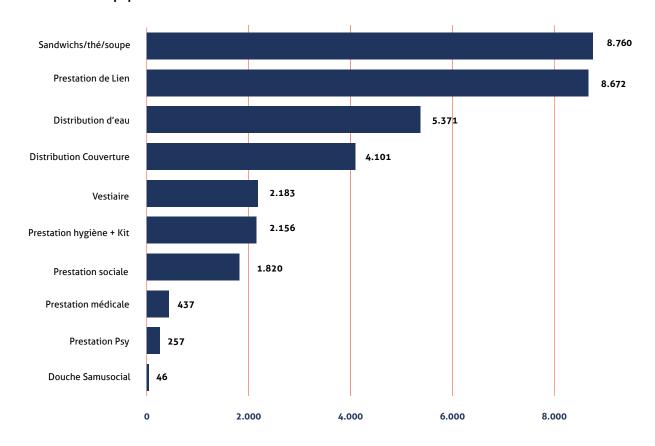


#### **PRESTATIONS EFFECTUÉES**

En 2017, le dispositif mobile d'aide de jour et de nuit a réalisé 33.803 prestations, dont :

- 8.760 distributions de sandwichs/thé/soupe/ chocolat chaud
- 8.672 prestations d'écoute et de suivi
- 5.371 distributions de bouteilles d'eau
- 4.101 distributions de couvertures
- 2.183 distributions de vêtements
- 2.156 prestations hygiène et/ou distributions de kits hygiène
- 1.820 entretiens sociaux
- 437 prestations infirmières (soins, distribution de médicaments,...)
- 257 entretiens « psy »
- 396 orientations vers un centre d'hébergement d'urgence du Samusocial

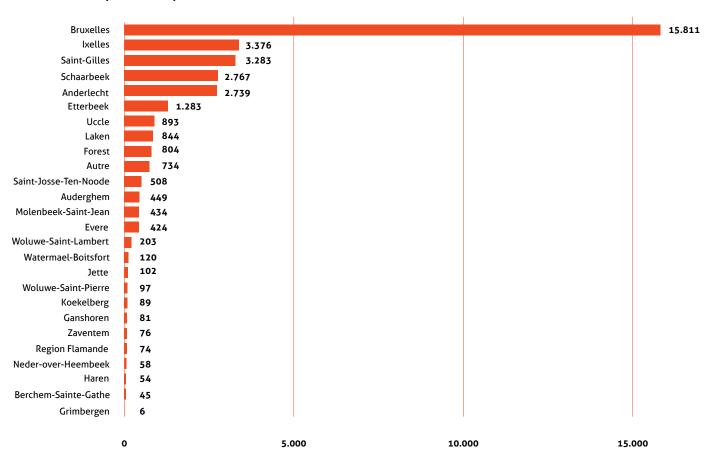
#### Prestations des équipes mobiles





#### ZONES D'INTERVENTION DES ÉQUIPES MOBILES

#### Nombre de prestations par commune



La commune de **Bruxelles et ses communes limitrophes** (Ixelles, Saint-Gilles, Schaerbeek, Anderlecht...) restent sans surprise la zone où les équipes mobiles interviennent le plus fréquemment.

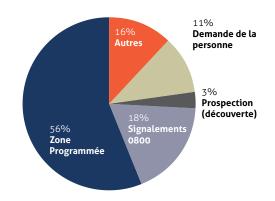
#### **CIRCONSTANCES D'INTERVENTION**

**56% des prestations ont été effectuées dans le cadre** de « zones programmées », autrement dit des **lieux connus** pour être fréquentés par une ou plusieurs personne(s) sans abri.

**18%** ont été menées suite à un **signalement** effectué auprès de notre permanence téléphonique par un particulier ou des services sociaux.

**11% ont eu lieu suite à une demande directe de la personne** en détresse (soit 2 fois plus qu'en 2016) et **3%** dans le cadre d'une **prospection.** 

### Circonstances d'intervention des équipes mobiles d'aide





#### 1.1.2.5 PERSPECTIVES

Si le volet « hébergement » du Samusocial a toujours bénéficié d'un agrément régional garantissant son financement structurel, le dispositif mobile d'aide dépend pour sa part partiellement de fonds privés. Le programme fédéral de financement «Politique des Grandes Villes» (PGV) a permis de couvrir une partie réduite des coûts liés à l'action mobile du Samusocial, mais ce programme a été définitivement fermé en juin 2017. Un autre programme régional, Politique des Villes (PDV), ne finance aujourd'hui que très partiellement l'action de nos équipes mobiles d'aide, ce qui renforce encore la dépendance aux dons et soutiens émanant des particuliers et du secteur privé. La chute des dons privés liée à la crise traversée par le Samusocial en 2017 renforce encore les incertitudes de financement de notre action mobile. Les réflexions actuellement menées autour de la nouvelle ordonnance «sans-abri» sont cependant encourageantes et témoignent de la volonté apparente de reconnaître et consacrer le rôle essentiel des équipes mobiles du Samusocial dans l'aide aux sans-abri en région bruxelloise.

#### 1.1.3 L'HÉBERGEMENT

En 2017, le Samusocial a offert 268.472 nuitées à 8.172 personnes différentes, dont 958 enfants, soit une moyenne de 736 hébergements par jour pour l'ensemble de ses centres.

L'hébergement constitue une réponse :

- aux situations de crise ponctuelle ne trouvant pas de solution immédiate: expulsion du logement, problèmes familiaux, violences conjugales,...;
- aux situations d'errance chronique: certaines personnes sans abri de longue durée, ne sont pas en mesure de suivre les règles de fonctionnement appliquées dans les centres d'hébergement de deuxième ligne de type « maison d'accueil ».

Outre le gîte, les personnes hébergées par le Samusocial ont accès :

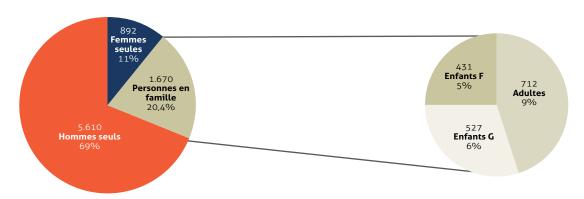
- à un **repas** chaud le soir et à un petit déjeuner ;
- à des **sanitaires** (douches, toilettes);
- à des **vêtements** de rechange via un service vestiaire géré par l'ASBL Solidarité Grands Froids;
- à une permanence sociale : entretiens et suivis individuels, soutien dans la poursuite des démarches sociales (notamment l'ouverture des droits) et orientations vers d'autres services (CPAS, services communaux, restaurants sociaux, maisons d'accueil, maisons de repos,...);
- à des **consultations médicales et infirmières** en partenariat avec Médecins du Monde ;
- à Internet.

L'ensemble des personnes hébergées par le Samusocial y entrent par le centre d'accueil d'urgence situé rue du Petit Rempart, au centre de Bruxelles. Selon leur profil et leur situation (personne seule, famille, personne souffrante), elles seront éventuellement orientées vers d'autres dispositifs du Samusocial tels que le Centre Familles, la MediHalte ou le programme Housing First.<sup>2</sup>



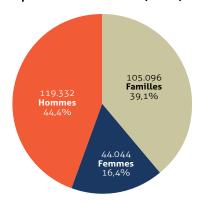
#### 1.1.3.1 PUBLIC ACCUEILLI

### Répartition des 8.172 personnes hébergées selon la composition



#### Répartition des nuitées offertes selon la composition

Le nombre de personnes accueillies (8.172) tout comme



le **nombre de nuitées offertes (268.472)** ont sensiblement augmenté par rapport à l'an passé. Le doublement de la capacité structurelle d'accueil d'urgence (de 110 à 220 places), avec l'ouverture des 110 places structurelles dans le centre Poincaré à partir du 2 mai 2017, explique cette augmentation.

L'ouverture du centre Poincaré et de ses 110 places additionnelles a permis de réorganiser la ventilation de l'accueil. La capacité d'accueil d'urgence pour familles a pu être augmentée, la plus grande partie des 110 places du centre de la rue du Petit Rempart étant désormais affectée à ce public particulièrement vulnérable, le centre Poincaré n'accueillant que des personnes seules (hommes et femmes).

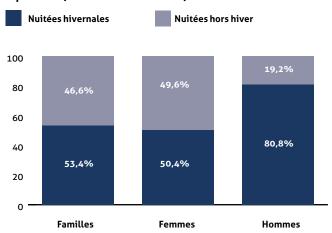
Les hommes seuls composent toujours la catégorie la plus représentée avec 69% du public accueilli (contre 65,8% en 2016) et 44,4% des nuitées offertes (contre 46,2% en 2016).

Les familles représentent 20,4% du public hébergé (contre 20,1% en 2016) et 39,1% des nuitées offertes (contre 36,5% en 2016).

Les **femmes seules** sont la catégorie la moins représentée, elles constituent **11% du public accueilli** (contre 13,3% en 2016) et **16,4% des nuitées offertes**.

### Répartition des nuitées selon la composition et la période (hivernale vs estivale)

16



Les proportions hiver/hors hiver sont équilibrées en ce qui concerne les familles (55% contre 45%) et les femmes seules (49% contre 51%), mais on constate en revanche que **89% des nuitées offertes aux hommes seuls en 2017 l'ont été durant la période hivernale**. Ceci s'explique par le fait que les hommes seuls, qui constituent la grande majorité des personnes sans abri, ne trouvent que rarement une place dans les centres en dehors du Plan hiver, la capacité d'accueil étant réduite et la priorité donnée aux familles et aux femmes seules, considérées comme plus vulnérables.

Jusqu'à ce jour, le Samusocial a pu appliquer une politique d'accueil inconditionnel pour les femmes isolées. Le nombre croissant de femmes en demande d'hébergement (jusqu'à 140 femmes accueillies chaque nuit durant l'hiver 2017-2018) menace pourtant aujourd'hui la poursuite de cette politique.

#### 1.1.4 L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

Le **soutien et l'accompagnement social** ont pour objectif d'affiner et d'approfondir le premier 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 amorce dans un premier temps un processus **de recouvrement de ses droits communs** pour ensuite élaborer avec elle un **projet** qui lui permette de gagner l'élan nécessaire pour **rebondir**, la rendant sujet actif de son émancipation.

L'approche, la durée et la méthode d'accompagnement sont adaptées selon que la personne se trouve dans une situation d'errance chronique ou d'urgence ponctuelle.

#### L'accompagnement vise cinq objectifs principaux :

- Orienter la personne vers une solution de logement adaptée à sa situation (logement privé, maison d'accueil, structure médicale, centre de cure, institution psychiatrique, maison de repos, etc.).
- Soutenir et guider la personne dans le recouvrement de ses droits (Revenu d'intégration (RI), chômage, allocations d'invalidité, réouverture de dossiers fermés pour cause de non réponse aux convocations,...)
- Activer l'aide médicale urgente pour les personnes malades ne disposant pas de couverture santé.
- Assurer l'accès à une éventuelle aide matérielle urgente (colis alimentaires, bons-repas pour les restaurants sociaux, avances sur les allocations du mois à venir,...).
- Fournir des informations ou les explications complémentaires nécessaires au décodage des procédures administratives et autres démarches.

### 1.1.4.1 ORIENTATIONS MENÉES PAR NOTRE SERVICE SOCIAL EN 2017

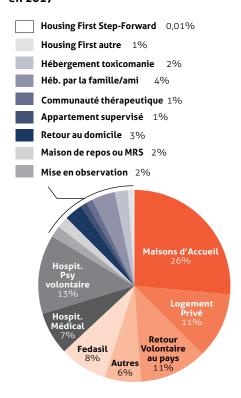
En 2017, sur plus de 2000 projets d'orientation activés, le service social a effectué 692 orientations de personnes vers des solutions de sortie de l'urgence et/ou de rue, soit plus d'une orientation de personnes par jour.

La recherche de **solutions de sortie de rue** est l'**objectif ultime** des actions menées par les équipes du Samusocial. Ainsi, l'hébergement n'est parfois qu'une première amorce d'aide pour proposer un plan d'accompagnement vers la sortie de rue.

L'accompagnement social reste essentiel, particulièrement pour le public moins chronicisé. C'est pourquoi les équipes veillent à ce que les personnes frappées par une situation d'urgence ponctuelle bénéficient d'un soutien immédiat et appuyé, notamment via 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,...



### Orientations sortantes menées par le service social en 2017



Les **orientations les plus fréquemment menées** par les équipes d'accompagnement sont :

- une structure de deuxième ligne de type « maison d'accueil » (26%)
- l'hospitalisation psychiatrique volontaire (13%)
- le logement privé (11%)
- le **retour volontaire** vers le pays d'origine (11%)
- le réseau d'hébergement Fedasil pour les candidats demandeurs d'asile (8%)
- l'hospitalisation médicale (7%)

Notons que les règles d'admission en maison d'accueil sont souvent trop strictes pour accueillir un public parfois fortement destructuré 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.<sup>3</sup>

### 1.1.4.2 FOCUS SUR L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL DES FAMILLES<sup>4</sup>

En 2017, le Samusocial a accueilli et accompagné 496 familles (1.670 personnes différentes, dont 958 enfants).

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.

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 des maisons d'accueil;
- les familles victimes d'un incendie ou d'un logement insalubre.



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

- Pour les familles explusées de leur logement, une orien-
- 3 A ce sujet, voir le point « Difficultés d'orientation de sortie de rue pour les personnes «multi-carencées» », p. 54.
- 4 Pour des informations plus détaillées concernant l'accompagnement des familles au sein du dispositif d'hébergement qui leur est spécifiquement destiné, voir le point « Le Centre Familles », p. 24.

tation en maison d'accueil (Ariane, l'Ilôt,Talita,...) ou en logement privé via les associations d'aide à la recherche de logement (service logement du CPAS de Bruxelles, le CAFA à Saint-Gilles, les AIS dAnderlecht et de Forest,...) 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 amorcé 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, Bureau 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,...) est encouragée.
- Pour les familles présentant des troubles comportementaux, une collaboration avec les services « psy », de santé mentale (cellule « psy » du Samusocial, « Nulle part ailleurs », l'équipe « SOS enfants » de l'hôpital Saint-Pierre) 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 équipes pédagogiques, les centres PMS et 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, diverses portes de sortie sont envisagées: une orientation vers la police, les hôpitaux, les foyers, les maisons d'accueil, le retour au domicile, vers l'entourage familial, ou vers un nouveau logement.
- Pour tous les enfants (de 2 ans et demi à 13 ans) des familles qui le souhaitent, une orientation vers les activités parascolaires du CEMôme est organisée pendant les vacances scolaires durant leur hébergement au Samusocial.

#### 1.1.4.3 L'ACCOMPAGNEMENT PAR LA CELLULE 107

Depuis le 1er janvier 2017, le Samusocial appuie activement l'équipe «107 Précarité» en intégrant sa permanence au sein de notre centre d'accueil d'urgence de la rue du Petit Rempart. Cette cellule s'inscrit dans l'actuelle réforme des soins de santé mentale (Projet 107). Elle est composée de trois psychologues, une infirmière sociale, une travailleuse sociale et un psychiatre.

Le travail mené par cette équipe est le fruit de la collaboration de différents services orientés dans le réseau ambulatoire, spécifiquement orienté sur la thématique de la « grande précarité » (SMES-B, Samusocial, Source et la rencontre).

Afin de faciliter leurs échanges et de créer pour eux un espace de rencontre spécifique, le Samusocial met à leur disposition un local dans son centre d'accueil d'urgence de la rue du Petit Rempart.

Étant donné le nombre croissant de demandes et de signalements concernant des personnes en détresse sur le plan de la santé mentale, l'équipe «107 Précarité» implantée au Samusocial déploie son action autour de quatre grands axes:

- assurer des permanences en journée et soirée au sein des différents dispositifs d'hébergement d'urgence;
- poursuivre l'activité des maraudes « psy », à la rencontre des personnes en souffrance mentale ;
- soutenir les équipes dans l'accompagnement de ces personnes;
- initier des concertations et des relais dans le réseau de soins et renforcer les collaborations.

Plus spécifiquement, une attention particulière est portée aux personnes sans abri souffrant de pathologies psychiatriques décompensées et refusant toute forme d'aide. C'est en général via les signalements de tiers ou via nos équipes mobiles d'aide que nous sommes informés de leur existence. Ce public est particulièrement vulnérable parce qu'il ne dispose pas des ressources psychiques nécessaires pour évaluer ses besoins de base et y répondre (se nourrir, boire, se mettre en lieu sûr, se soigner). En allant vers ces personnes et en créant avec elles une relation de confiance, le Samusocial et le projet 107 tentent d'éviter dans la mesure du possible l'activation des mesures de mise à l'abri et de soins sous contrainte, toujours vécues comme particulièrement traumatisantes par la personne.

# 1.1.4.4 BITUME: UN RÉSEAU D'INTERVENANTS INTER-ASSOCIATIFS POUR UN ACCOMPAGNEMENT EFFICIENT

2017 et les années à venir sont marquées par la poursuite du **projet « Bitume »**. Le projet Bitume est un **réseau d'intervenants psycho-médico-sociaux** actifs en Région bruxelloise, développé à l'initiative du Samusocial, des ASBL Source et Transit. Aujourd'hui, son champ de collaborations s'est étendu à de nouveaux partenaires : la Porte Ouverte, les Petits Riens, le CHU St Pierre et le foyer Georges Motte.

L'objectif du projet Bitume? **Définir des trajectoires innovantes d'accompagnement et de prise en charge** pour les personnes sans abri. Il s'adresse particulièrement aux usagers présentant une (ou plusieurs) problématique(s) complexe(s) et/ou chronique(s), avec lesquels le travail d'accompagnement est le plus « complexe », notamment parce qu'ils ne répondent pas, ou plus, aux critères classiques du secteur.<sup>5</sup>

Ce dispositif, issu d'une transposition du modèle WaB<sup>6</sup>, fonctionne de façon intégrée, le réseau étant préexistant. Il vise principalement à optimiser le travail entre opérateurs et la continuité de suivi des bénéficiaires. Il tente d'améliorer la qualité de prise en charge, d'anticiper les risques de « rechute » et les orientations inadéquates, le tout dans une logique de prise en charge « sur-mesure », de réactivité et de souplesse. Il s'agit également d'identifier les facteurs d'échec et de chronicisation et de mettre en place des trajectoires d'orientation originales, en complémentarité avec les autres réseaux (dont « WaB ») et projets.

Pour l'année 2017, ce sont ainsi 36 personnes présentant un cumul de problématiques (médico-psycho-sociales) qui ont fait l'objet d'un suivi transversal par les acteurs impliqués dans le projet Bitume.



### 1.1.5 LES CONSULTATIONS MÉDICALES ET INFIRMIÈRES

Les personnes accueillies en 2017 ont pu bénéficier de 98.720 prestations<sup>7</sup> médicales et infirmières, soit :

- 41.956 dans nos centres d'hébergement d'urgence, soit une moyenne de 115 prestations par jour;
- 56.764 dans notre centre médicalisé, la MédiHalte.

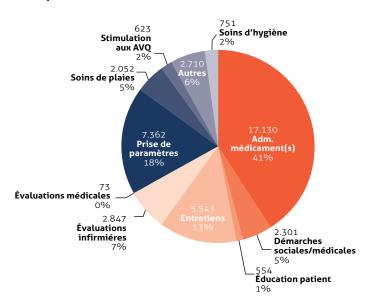
Les personnes hébergées dans les centres du Samusocial peuvent bénéficier chaque soir de consultations infirmières. La permanence médicale et infirmière de jour des centres d'accueil permanents complète l'action de soins initiée en nuit dans les différents centres. Les médecins et infirmiers bénévoles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

Le Samusocial dispose par ailleurs d'un **centre d'hébergement médicalisé** spécifiquement destiné aux personnes sans abri dont l'état de santé demande une période de convalescence et/ou des soins médicaux spécifiques, la MediHalte.<sup>8</sup>

- 5 A ce sujet, consulter le point « Difficultés d'orientation de sortie de rue pour les personnes « multi-carencées» », p.54.
- 6 L'objet du réseau WaB est de donner lieu à une concertation qui travaille à l'élaboration d'un réseau de soins pour des personnes présentant une problématique relative aux assuétudes en Wallonie et à Bruxelles. Celui-ci constitue une approche nouvelle qui vise à faciliter et à optimaliser la prise en charge des bénéficiaires, dans le but de promouvoir les soins et d'assurer leur continuité. L'accent est mis sur les clients qui se perdent dans les différentes institutions d'aide, qui formulent des demandes d'aides multiples ou qui ne trouvent pas/plus une réponse satisfaisante à leurs besoins.
- 7 Plusieurs prestations peuvent être assurées au sein d'une même consultation.
- 8 Pour plus d'informations sur le sujet, consulter le point « Le centre MediHalte », p. 29

### 1.1.5.1 PRESTATIONS MÉDICALES ET INFIRMIÈRES MENÉES EN 2017

Répartition des 41.956 prestations infirmières et médicales dans l'ensemble des centres d'accueil pour personnes sans abri du Samusocial



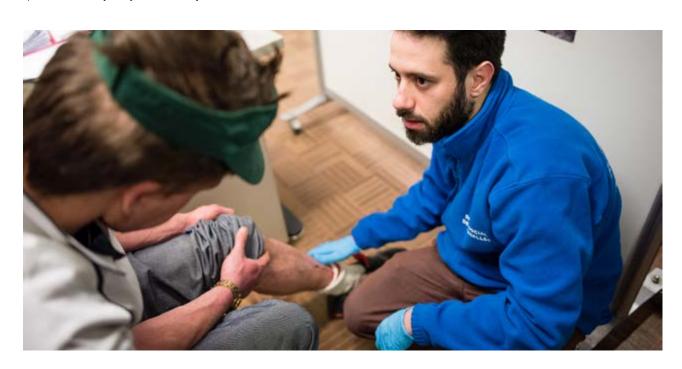
Les prestations détaillées ci-dessus regroupent les activités de nos aides-soignants, infirmiers et médecin.

Nous constatons que les prestations les plus importantes en termes de nombre sont **l'administration de traitements** (traitements médicamenteux, aérosols, injections, gouttes ophtalmologiques et auriculaires, « dépannage » de médicaments), qui constituent **presque 41% des prestations (17.130)**.

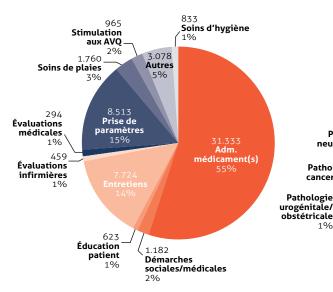
17,5% (7.362) des prestations sont consacrées à la prise de paramètres (tension, pouls,...), 13% (5.543) aux entretiens (écoute, informations), 5,9% aux soins (plaies, soins d'hygiène) et 5,5% aux démarches médicales diverses (prise de contact avec les hôpitaux et les médecins, accès à l'aide médicale urgente, mutuelle,...).

Nous réalisons également un certain nombre d'accompagnements physiques pour des rendez-vous médicaux afin d'expliquer la situation et de faciliter les échanges entre le consultant et la personne hébergée, et de pouvoir, dans un deuxième temps, réexpliquer les conclusions de cette consultation à l'équipe et au patient.

57,50% des 98.720 prestations médicales et infirmières menées par le Samusocial en 2017 l'ont été dans le centre MediHalte, qui a effectué 56.764 prestations contre 42.009 prestations réalisées dans les autres centres d'hébergement. Cette plus grande concentration des prestations à la MediHalte est logique, l'ensemble des personnes accueillies ayant recours à nos services médicaux. De plus, le centre offre un accueil 24h/24, ce qui n'est pas le cas de tous les autres centres du Samusocial.



### Répartition des 56.764 prestations médicales et infirmières pour le centre MediHalte



Nous observons que l'administration de traitements occupe 55% des prestations à la MediHalte contre 41% des prestations dans les autres centres d'hébergement (centres d'accueil d'urgence, centres hivernaux, Centre Familles). Ceci nous rappelle un des objectifs fondamentaux de la MediHalte : offrir un encadrement qui permet d'aller au bout des traitements et des soins.

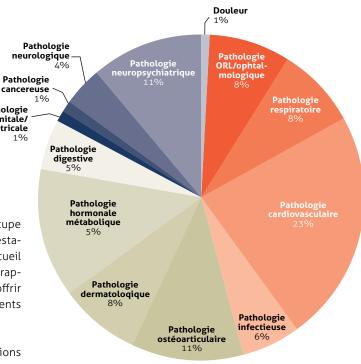
Nous observons également que le nombre de prestations infirmières et médicales a diminué en 2017 (56.764), en comparaison avec 2016 (116.125). Cela s'explique par un sous-effectif récurrent pour les infirmiers (nombreux arrêts maladies parfois prolongés) et l'absence d'un médecin pendant près de 4 mois pour congé maternité (et l'impossibilité de trouver un remplaçant).



22

# 1.1.5.2 PATHOLOGIES RENCONTRÉES DANS LES PERMANENCES MÉDICALES DU CENTRE D'HÉBERGEMENT D'URGENCE

### Nouvelles pathologies rencontrées dans les centres d'hébergement d'urgence



Les données exposées ci-dessus reprennent les codes pathologiques posés lors des consultations médicales (médecin ou infirmier) dispensées dans les centres d'hébergement d'urgence. Un code pathologique est posé lorsqu'il s'agit d'une première évaluation pour le problème médical en question; il ne sera pas repris lors des éventuelles évaluations ultérieures pour ce même problème médical. Ainsi ces codes pathologiques sont dénommés «nouvelles pathologies rencontrées».

Pour cette année nous notons une augmentation des pathologies cardiovasculaires (23%) et hormonales-métaboliques (13%) représentées essentiellement par le diabète. Les autres pathologies ont une répartition similaire à 2016, à noter toutefois une diminution des pathologies digestives (5% en 2017 contre 10% en 2016).

# 1.2 Les dispositifs d'hébergement

Le Samusocial a développé différents dispositifs d'hébergement pour offrir l'encadrement et l'accompagnement le plus adapté possible à la situation de la personne aidée :

- les centres d'accueil d'urgence;
- le Centre Familles ;
- la MediHalte;
- le programme Housing First;
- le Plan Hiver 2016-2017.

#### 1.2.1 LES CENTRES D'ACCUEIL D'URGENCE

En 2017, les centres d'accueil d'urgence du Samusocial ont offert 83.960 nuitées à 3.758 personnes différentes, soit une moyenne de 230 hébergements par jour.

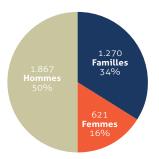
Situés au cœur de Bruxelles, les centres d'accueil d'urgence de la rue du Petit Rempart et du Boulevard Poincaré constituent la porte d'entrée pour toutes les personnes accueillies dans les différents dispositifs développés par le Samusocial (le Centre Familles, la MediHalte, le programme Housing First). C'est ici que transitent toutes les catégories de public accueillies : hommes, femmes et familles avec enfants, personnes dont la perte de logement relève de la crise ponctuelle et individus chronicisés dans l'errance.

Les centres d'hébergement d'urgence offrent un **accueil 7j/7** et, dans certaines situations, **24h/24** au sein d'espaces collectifs et 220 lits organisés en trois départements distincts (familles, femmes, hommes).

Les services proposés par le Samusocial aux personnes accueillies dans les centres d'hébergement d'urgence **hivernaux** en complément des centres<sup>9</sup>:

- une **permanence sociale**: des entretiens individuels en soirée donnant lieu à des orientations vers les services de jour du Samusocial et d'autres services sociaux pour l'accompagnement dans les démarches sociales, notamment l'ouverture des droits;
- des consultations médicales et infirmières ;
- un service vestiaire géré par l'ASBL Solidarité Grands Froids avec des vêtements propres;
- des repas chauds le soir, le midi et un petit déjeuner le matin;
- l'accès à des sanitaires adaptés aux personnes à mobilité réduite (douches, WC);
- · l'accès à Internet.

### Répartition des personnes hébergées - Centres d'accueil d'urgence









#### 1.2.2 LE CENTRE FAMILLES

En 2017, le centre Familles a accueilli 68 familles, soit 238 personnes dont 149 enfants.

Devant le constat d'une augmentation continue du nombre de familles hébergées dans ses centres, le Samusocial s'est doté en 2015 d'un site exclusivement destiné à héberger les familles avec enfant(s), le centre Familles. Situé à Woluwe-Saint-Lambert, ce centre de 120 places poursuit différents objectifs:

- L'accueil, la mise à l'abri et l'hébergement de familles sans abri au sein d'un lieu chaleureux et sécurisant, adapté à leurs besoins spécifiques.
- La mise à disposition d'un lieu de vie répondant aux besoins fondamentaux et au respect de la dignité humaine. Les infrastructures du centre garantissent l'accès à trois repas et à un goûter par jour, à des équipements sanitaires et à des vêtements de rechange.
- Un accès aux soins et à des consultations médicales et infirmières.
- Un suivi social intensif et rapproché effectué par une équipe pluridisciplinaire dans une dynamique de responsabilisation et d'autonomisation des bénéficiaires. In fine, il s'agit d'orienter la famille vers des structures plus adaptées au long terme ou vers un logement privé.

### 1.2.2.1 UN CADRE ALLIANT INTIMITÉ ET ESPACES DE VIE COLLECTIVE CONVIVIAUX

Le centre Familles offre une capacité d'accueil de **120 places**. Si chacune des **40 chambres** est **distinctement privatisée** afin de garantir l'intimité à chaque famille, la configuration du bâtiment est propice à la cohésion sociale et dispose d'**espaces de vie collective** variés et adaptés au public accueilli : une salle de restauration, une salle des devoirs, un salon TV, une salle informatique, une bibliothèque, une salle de jeu pour les jeunes enfants, un « espace ados » et un jardin offrant aux enfants la possibilité de prendre l'air,...

Le centre bénéficie par ailleurs de bureaux où mener les entretiens individuels dans le cadre de l'accompagnement social et d'un cabinet pour les consultations médicales et paramédicales.

#### 1.2.2.2 OFFRE DE SERVICE

Pour atteindre les objectifs qu'il s'est fixés, le centre Familles assure différents services articulés autour de trois volets principaux : le **volet social**, le **volet éducatif** et le **volet médical**.

#### LE VOLET SOCIAL

Dès leur arrivée, les familles sont reçues en entretien par les **assistants sociaux**. Ceux-ci assurent une permanence sociale et les suivent tout au long de leur séjour au centre, leur apportant soutien et conseils dans la poursuite de leurs démarches. Les **principales missions des travailleurs sociaux** s'organisent comme suit:



- accueillir les familles, évaluer leurs besoins et leurs attentes, chercher des solutions aux causes de rupture et travailler à la (ré)activation de leurs projets;
- évaluer et suivre l'évolution de la situation administrative des familles ;
- (r)ouvrir les droits sociaux, juridiques et à l'accès aux soins;
- apporter un soutien dans les démarches de régularisation, de regroupement familial, de mesures de séparation urgentes et provisoires,...
- accompagner dans les démarches extérieures ;
- orienter vers des structures adaptées;
- aider à la recherche de logement et à l'insertion socio-professionnelle (CV, recherche d'emploi et/ou de formations);
- collaborer avec le réseau familial et social (CPAS, services juridiques, agences immobilières sociales, services de médiation de dettes, avocats, instances communales, Famifed, Woluwe Psycho Social, Service droits des jeunes, Service d'aide à la jeunesse,...).

#### LE VOLET ÉDUCATIF

Les tâches incombant aux **éducateurs** sont multiples. Elles consistent entre autres à :

- Accueillir les familles ; expliquer les règles et veiller à leur respect.
- Prendre en charge le soutien scolaire en collaboration avec les bénévoles responsables de l'aide aux devoirs, gérer la mise à disposition de la salle des devoirs ainsi que celle de la salle informatique, de la bibliothèque, de la salle TV, de l'espace ados,...;
- Veiller aux questions relatives à la scolarisation des enfants et des adolescents en âge d'obligation scolaire;
- Organiser des activités pédagogiques (école des devoirs, cours de français et néerlandais), culturelles, ludiques, sportives (cinéma, musée, théâtre, retransmission de matches, soirées jeux vidéo, football, escalade,...).

Des partenaires comme l'ASBL Solidarité Grands Froids et son équipe de bénévoles offrent des **animations extraordinaires** (Noël, Nouvel an, carnaval,...) pour les enfants hébergés par le Samusocial.



Depuis août 2015, le Centre Familles bénéficie en outre des services d'une cellule « Petite enfance et soutien à la parentalité » financée grâce à l'action Viva for life de Cap 48. Cette cellule vient renforcer le travail des éducateurs et est composée d'une psychologue et d'une puéricultrice engagées à temps plein.

La cellule « Petite enfance et soutien à la parentalité » a comme **missions principales** :

- le soutien matériel (distribution de langes, biberons, tétines...) et le soutien psychologique (écoute, accompagnement, conseils);
- le suivi régulier, formel et/ou informel, des enfants afin d'identifier d'éventuels comportements questionnants ou inappropriés et d'en assurer le suivi;
- la mise à disposition d'une salle de puériculture dotée de jouets, tapis de jeux, espaces de change, baignoires,...) où 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,...;
- la garde d'enfants lorsque les parents s'absentent pour effectuer des démarches administratives à l'extérieur.

La cellule se charge par ailleurs de l'organisation de **trois activités** proposées sur base régulière :

Les « jeudis de la femme » : ce rendez-vous hebdomadaire, développé par notre psychologue et notre infirmière, permet aux mamans de prendre du recul par rapport à leur quotidien, de se retrouver entre elles et d'échanger sur des questions touchant à la féminité, dans un espace où règnent la confidentialité et la liberté d'expression.

- Les repas des nourrissons: trois matinées par semaine, la puéricultrice prépare avec l'aide des parents qui le souhaitent des repas adaptés aux besoins nutritionnels des enfants en bas âge (fruits/légumes/protéines/ féculents), l'occasion d'échanger des conseils et de partager autour de la culture culinaire.
- L'atelier de lecture active en famille: la bibliothèque du centre dispose d'un large choix de livres pour tous les âges. Petits et grands peuvent consulter les livres sur place et un atelier de lecture active en famille subventionné par la Fondation Roi Baudouin est organisé toutes les semaines.
- **Bébés en vadrouille** : nouvelle activité, 1x/mois, sortie avec les mamans et les bébés.



#### VOLET MÉDICAL

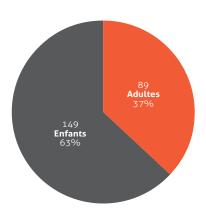
Le suivi médical des familles est assuré par une **infirmière**, assurant la permanence du lundi au vendredi dans le centre. Un **médecin** assure également ponctuellement des consultations. Chaque nouvelle personne hébergée fait l'objet d'un bref **bilan de santé** à son arrivée, de façon à être accompagnée en conséquence. Outre la mise en place d'une **permanence**, **l'administration de soins et le suivi médical**, l'infirmière se charge :

- d'éduquer à la santé communautaire ;
- de donner des conseils quant à la contraception et la prévention des maladies sexuellement transmissibles, auprès des jeunes plus particulièrement;
- d'orienter les personnes accueillies vers des structures externes (ONE, plannings familiaux,...) en cas de nécessité.

### 1.2.2.3 OBSERVATIONS QUANT AU PUBLIC ACCUEILLI – CENTRE FAMILLES

En 2017, le Centre Familles du Samusocial a accueilli **68 familles**, composées de **238 personnes (89 adultes et 149 enfants** ou jeunes adultes). Les enfants représentent près de deux tiers du public accueilli.

#### Public accueilli - Centre Familles



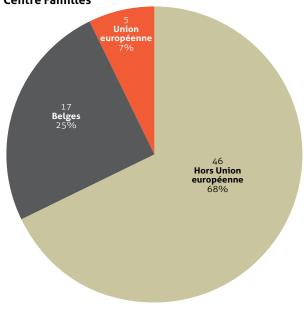
### Répartition du public selon la composition familiale des parents - Centre Familles



On constate que si les deux parents sont présents dans 24% des cas, 71% des familles sont composées selon le format « femme seule avec enfant(s) », soit plus de deux tiers des familles accueillies.

#### **NATIONALITÉS**

#### Nationalités des personnes accueillies -Centre Familles



Environ 1/3 des familles accueillies dans le centre de Woluwe sont belges (25%) ou issues de l'Union Européenne (7%). Sur les 5 familles européennes non belges, 4 sont originaires des pays de l'Est.

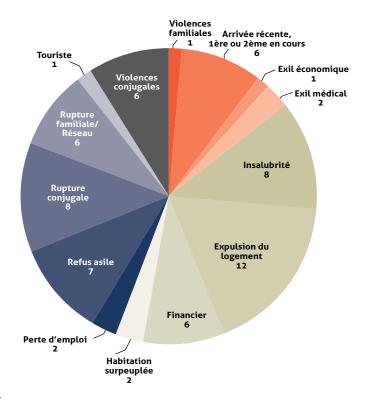
Les 2/3 restants (68%) sont originaires de pays extra-européens, notamment du Congo (18 familles), du Cameroun (10 familles), de Guinée-Conakry (5 familles) et du Maroc (4 familles).

#### STATUT ADMINISTRATIF - CENTRE FAMILLES

Régulier	Irrégulier	Régul. En cours	Total
52	14	2	68

Sur les 68 familles accueillies au centre Familles en 2017, 52 sont en situation régulière (76%), 14 sont en situation irrégulière (20,6%) et 2 ont entamé des démarches de régularisation.

#### **CAUSES DE RUPTURE**



Les raisons qui ont mené les familles hébergées à la rue sont multiples. Les questions familiales sont nettement majoritaires dans la perte du logement des familles accueillies. En effet, sur 68 familles accueillies en 2017 dans le centre de Woluwe, 21 ont perdu leur logement pour des raisons familiales ou conjugales.

La **2**ème **cause majeure** de rupture ayant provoqué la perte du logement : l'expulsion du logement et l'insalubrité. La **3**ème cause est celle de **la fin ou de l'absence de droits, c'est-à-dire la perte du droit au séjour légal sur le territoire**. Pour ces familles, le travail d'accompagnement se fera principalement avec les services d'aide aux étrangers et avec l'avocat de la famille. Les possibilités d'orientation et de recherche de solutions légales de sortie de rue sont malheureusement très limitées pour ces familles. Certaines trouveront une solution via leur réseau personnel ou communautaire, d'autres envisageront un rapatriement volontaire vers le pays d'origine.

Les **problèmes financiers** constituent la **4**ème **cause** principale de rupture pour les familles accueillies dans notre centre de Woluwe-Saint-Lambert.

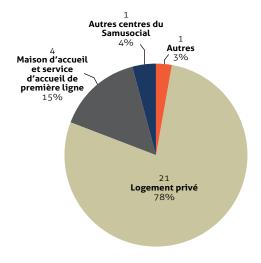
9 familles accueillies ont vécu l'exil et souhaitent demander l'asile en Belgique. Elles auront d'ailleurs ensuite été orientées par nos services vers un centre d'accueil pour demandeurs d'asile (voir graphique suivant).

#### **ORIENTATIONS SORTANTES**

Sur les 68 familles accueillies au centre en 2017, **27 ont pu** être orientées, dont **21** directement dans un logement privé, ce qui représente près de 80% des orientations sortantes menées par le centre Familles de Woluwé-St-Lambert.

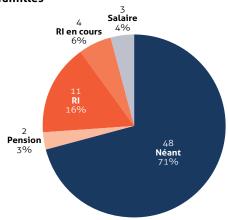
Quatre familles (15% des familles orientées) ont été orientées vers une maison d'accueil leur offrant un séjour à moyen ou à long terme.

#### **Orientations sortantes - Centre Familles**

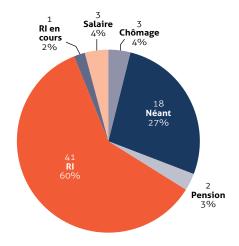


#### **REVENUS**

### Sources principales de revenus à l'entrée au centre familles



#### Sources principales de revenus fin 2017



**48 des 68 familles accueillies - 71% des familles -** sont entrées au centre **sans la moindre source de revenus**. A l'issue de l'année 2017, **ce chiffre est passé à 27%**.

11 familles (16%) bénéficiaient du Revenu d'Intégration (RI) à leur arrivée. A la fin de l'année 2017, elles étaient 41 (60%).

Ces chiffres témoignent d'un travail d'accompagnement essentiel dans nos centres d'hébergement d'urgence, particulièrement soutenu au sein du centre Familles. C'est cet accompagnement, établi sur la durée et adapté à la situation de chacun qui permet ensuite de trouver des solutions pérennes de sortie de rue.<sup>10</sup>



10 Pour plus d'informations quant à la mission de soutien et d'accompagnement du Samusocial, voir le point « L'accompagnement social », p. 16.

#### 1.2.2.4 CONCLUSION

La raison d'être du Centre Familles n'est plus à questionner. Un nombre non-négligeable de familles se retrouve à la rue chaque année et une telle structure représente pour elles une aide précieuse. Au cours des dernières années, le projet a muri, et propose une aide et un accompagnement de plus en plus diversifiés.

L'accompagnement social intensif combiné à un suivi médical et psychologique sont autant d'outils mis en œuvre pour progresser, pas à pas, vers des solutions de sortie de rue.

Il est essentiel que cet accompagnement continue à porter ses fruits après la sortie du centre d'hébergement. Il s'agit donc d'inciter et d'armer les familles hébergées à poursuivre, au-delà de leur séjour au Samusocial, la gestion saine et régulière de leurs démarches administratives, de l'éducation de leurs enfants et de ce qui contribue à leur épanouissement personnel.

#### 1.2.3 LA MEDIHALTE

La question de la continuité des soins représente un problème épineux chez les personnes sans abri atteintes de problèmes de santé. Leurs préoccupations principales sont de manger, s'abriter, se protéger du froid,... Dépourvues de structures adaptées, elles renoncent bien souvent à entamer ou à poursuivre un traitement et multiplient parfois les interventions médicales via les services d'urgence lorsque la situation redevient critique.

Lancée en juin 2015 à Laeken, juste en face de l'hôpital Brugmann, la MediHalte est un centre d'hébergement médicalisé destiné aux personnes sans abri dont l'état de santé requiert une période de convalescence et/ou des soins médicaux spécifiques.

#### 1.2.3.1 OBJECTIFS DE LA MEDIHALTE

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'allers-retours vers l'hôpital.
- Accompagner le patient dans ses démarches médicales, sociales et administratives afin de dégager des solutions de sortie de rue.

Le dispositif mis en place au sein de la MediHalte s'inscrit dans une volonté de **prise en charge globale de la personne** (médico-sociale). L'équipe veille ainsi à répondre aux besoins de base de l'hébergé (alimentation, hygiène, habillement,...) et l'accompagne dans ses démarches médicales, mais aussi sociales et administratives.

Au-delà de la volonté d'offrir une aide spécifique et ponctuelle, il s'agit d'encourager l'autonomie de la personne hébergée et de tisser autour d'elle un réseau d'aide, tout en favorisant son inscription active dans l'élaboration d'un projet de sortie de rue.





#### 1.2.3.2 QUE PROPOSE LA MEDIHALTE?

La MediHalte offre un accueil résidentiel accessible 7j/7 et 24h/24 assorti d'infrastructures médicales, paramédicales et d'un service social. L'équipe se compose notamment de médecins, d'infirmiers, d'aides-soignants, d'assistants sociaux et d'éducateurs.

La capacité d'accueil actuelle du centre est de **38 lits** répartis dans des chambres comptant un à trois lits :

- 30 lits « court séjour » pour les personnes sans abri touchées par des affections médicales aiguës réclamant un hébergement temporaire (de 5 jours à 2 mois), sans pour autant nécessiter d'hospitalisation.
- 8 lits « long séjour » destinés à l'accueil à plus long terme des personnes sans abri souffrant de pathologies chroniques au pronostic plus ou moins pessimiste et incapables de se prendre en charge dans l'immédiat; celles-ci nécessitent parfois un lourd traitement et un soutien psychologique.

L'état de santé de la personne et sa vulnérabilité déterminent la priorité de l'accueil. La durée du séjour de la personne est estimée lors de son admission par le médecin et la coordination du centre. Dans le cas des courts séjours, on procède à une réévaluation à mi-parcours de la sortie présumée ainsi que juste avant la sortie. En ce qui concerne les longs séjours, la durée d'hébergement est réévaluée au moins une fois par mois.

#### 1.2.3.3 OBSERVATIONS QUANT AU PUBLIC ACCUEILLI

#### PROFIL DES PERSONNES HÉBERGÉES

Au cours de l'année 2017, la MediHalte a enregistré **441 admissions**, ce qui représente **un turn-over soutenu de 1,76 entrées par jour ouvrable**.

- 410 personnes ont été admises en court séjour pour une durée moyenne de 3 semaines et demie ;
- 31 personnes ont été admises en long séjour pour une durée moyenne de 10 semaines et demie ;

Le profil des personnes reste identique aux années précédentes : il s'agit essentiellement d'hommes d'environ 50 ans avec une répartition équivalente entre personnes en séjour régulier ou irrégulier sur le territoire.

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

	<b>Court séjour</b> (n=479)		Long séjour (n=40)	
Sехе	Homme	331	80,7%	26
	Femme	79	19,3%	5
Âge (années)	Moyenne	47		50,9
Statut	Belge/CS	149	36,3%	6
	UE > 3 mois	11	2,7%	0
	UE < 3 mois	102	24,9%	10
	Non UE	148	36,1 %	15
Durée séjour	Moyenne	24,3		73,2
(nuits)	Médiane/EC	24,9 / 17,5	5	50/86

CS: carte de séjour; UE: Union européenne; EC: écart-type

#### **COUVERTURE SANTÉ**

#### Couverture santé des hébergés (n=441)

	Entrée		Sortie	
Mutuelle	112	25,4%	98	22,2 %
Carte médicale	5	1,1 %	7	1,6 %
Mutuelle + Carte médicale	44	10 %	60	13,6 %
Carte d'aide médicale urgente	168	38,1 %	231	52,4 %
Fedasil	7	1,6 %	6	1,4 %
Aucune	105	23,8 %	39	8,8 %

A l'entrée, 105 personnes (23,8%) n'avaient pas d'assurabilité. Le séjour à la MediHalte a permis de la (re)mettre en place pour 66 d'entre elles, seules 39 personnes sont ressorties sans prise en charge médicale. Cela s'explique par la durée de l'hébergement parfois trop courte due aux personnes perdues de vue (les personnes qui ne reviennent pas au centre) ou exclues pour problème de comportement, mais aussi aux quelques personnes issues de l'union européenne et présentes sur le territoire belge depuis moins de 3 mois (considérées alors comme touristes).

Nous pouvons constater que 112 personnes sont arrivées en ordre de mutuelle. Dans ces cas-là, la difficulté de la prise en charge médicale résulte du fait que beaucoup n'ont pas les moyens de payer leurs soins de santé suite à des pertes de revenus consécutives à : radiation du domicile, rendez-vous administratifs ratés, perte d'accès à leur courrier ou perte des documents, hospitalisations à répétition, ... Pour ces personnes, lorsque le service social les aide dans l'ouverture de leurs droits au CPAS (demande de revenus, d'avance de revenus, d'adresse de référence), une demande de carte médicale est également introduite afin de pouvoir bénéficier d'une réduction du coût – voire la gratuité – de l'accès aux soins (consultations, examens, pharmacie). Carte médicale et mutuelle peuvent se cumuler pour les personnes légales les plus précaires.

168 patients avaient déjà une carte d'aide médicale urgente à l'entrée ou un dossier ouvert au CPAS. Pour ces personnes, le personnel de la MediHalte se charge de la prolongation de la carte

Enfin, 7 personnes bénéficiaient de la couverture médicale par Fedasil. Une d'entre elles est régularisée et en attente de mutuelle.

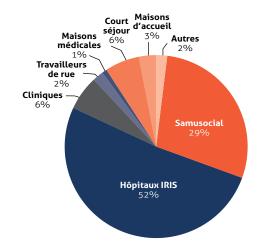
#### **ORIENTATIONS ENTRANTES**

La majorité des personnes hébergées à la MediHalte l'ont été suite à une demande émanant d'une structure hospitalière (52% du réseau IRIS, 6% des cliniques). L'importance d'une structure comme MediHalte pour les hôpitaux se confirme donc en 2017 avec des demandes en nette augmentation (en 2015, les structures hospitalières étaient à l'origine de 36,6% des orientations entrantes).

Les consultations médicales du centre d'hébergement d'urgence du Samusocial et les orientations des équipes mobiles d'aide sont à l'origine de 29% des admissions.

6% des admissions sont le résultat de transferts du court séjour vers le long séjour. Il est en effet difficile de refuser de prendre en charge une personne sous chimiothérapie, une personne victime d'un polytraumatisme ou polypathologique physiquement fortement dégradée, faute de place en long séjour. Lorsqu'une telle situation se présente, nous acceptons les patients en court séjour et les transférons en long séjour dès qu'une place se libère.

#### Répartition (%) des orientations entrantes (2017)

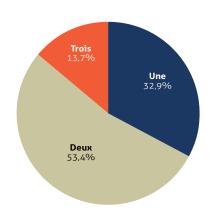




#### **PATHOLOGIES RENCONTRÉES**

 Pathologies rencontrées en court séjour (410 admissions)

#### Répartition des personnes hébergées (%) en court séjour selon le nombre de pathologies (n=410)

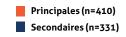


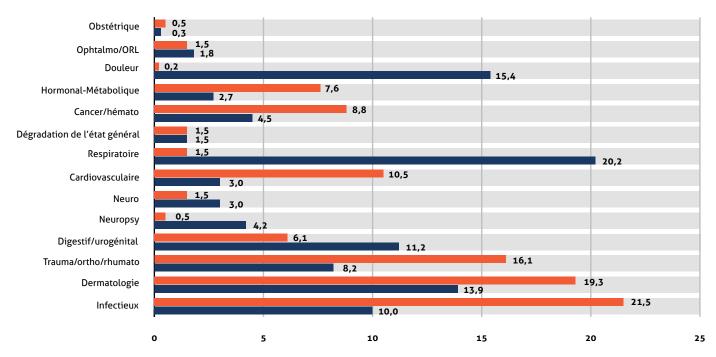
Plus de la moitié (53,4%) des personnes admises en court séjour l'ont été pour la prise en charge de deux pathologies différentes, 32,9% pour une seule pathologie et 13,7% pour trois. Pour les personnes admises pour la prise en charge de plus d'une affection aiguë, nous avons distingué le motif principal d'admission (« pathologie principale ») des motifs secondaires (« pathologies secondaires »).

Les principaux motifs d'admission parmi les « pathologies principales » diffèrent quelque peu avec une augmentation des pathologies infectieuses qui dépassent désormais les affections dermatologiques, soit : les **pathologies infectieuses** (21,5%), les **affections dermatologiques** (19,3%), les **affections ostéoarticulaires** (16,1%) (qu'elles soient traumatologiques ou surpoussées d'une pathologie chronique) et les **pathologies cardiovasculaires** (10,5%).

Par contre, les « pathologies secondaires » diffèrent en 2017. Les problèmes **respiratoires** (20,2%) sont en sensible augmentation (20,2% contre 15,3% en 2016). Ils sont suivis des **syndromes douloureux** (15,4%), des **affections dermatologiques** (13,9%) et **digestives ou urogénitales** (11,2%). Enfin, si les problématiques **neuropsychiatriques** représentent encore 4,2% des affections observées, elles sont bien moins importantes qu'en 2015 (17,9%) et 2016 (9,2%)

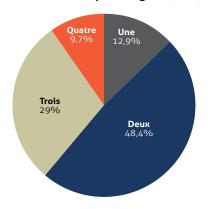
### Pathologies principales et secondaires (%) en court séjour





Pathologies rencontrées en long séjour (31 admissions)

### Répartition des personnes hébergées (%) en long séjour selon le nombre de pathologies (n=31)



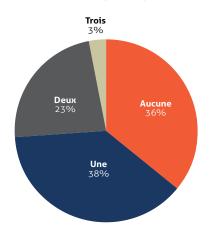
Les personnes admises en long séjour sont cette année encore majoritairement polypathologiques.

Les **pathologies cancéreuses** restent le motif principal d'admission en long séjour. Les autres principaux motifs sont des **problèmes infectieux**, notamment la tuberculose, et des **affections dermatologiques**.

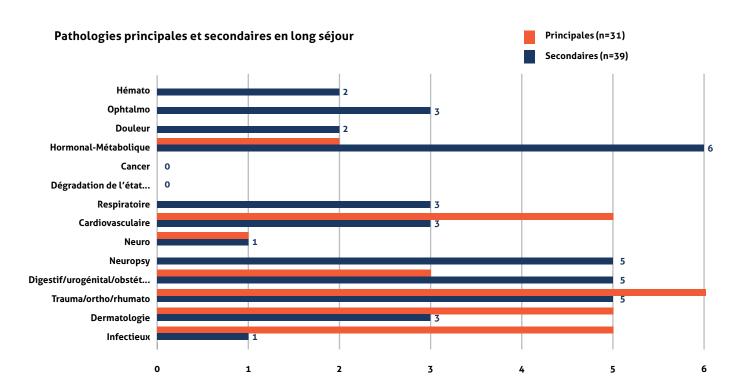
Les pathologies secondaires découlent de ceux-ci: syndromes douloureux, troubles neuropsychiatriques, pathologies digestives ou urogénitales, et affections respiratoires.

#### **COMORBIDITÉS DES HÉBERGÉS**

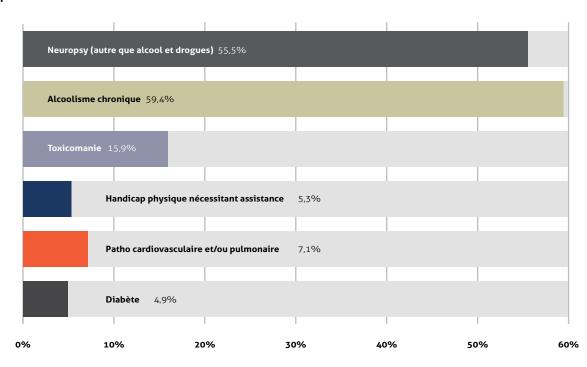
Répartition des personnes hébergées (%) selon le nombre de comorbidités (n=441)



Outre la/les pathologie(s) motivant l'admission, près de deux tiers des personnes hébergées présentent des problématiques médicales supplémentaires appelées « comorbidités ». Celles-ci ne font pas partie du soutien médical en tant que tel, mais nos équipes en tiendront compte dans la prise en charge globale. Par exemple, si une personne diabétique est admise suite à une fracture de la jambe et que son diabète est suivi et équilibré, celui-ci ne fera pas l'objet d'une démarche médicale additionnelle, mais sera contrôlé régulièrement durant sa période de convalescence.



#### Fréquence des comorbidités



**64%** des 449 personnes admises en 2017 présentaient au moins une comorbidité en plus de leur motif d'admission. Sans surprise, ces comorbidités sont semblables aux années précédentes: les **dépendances toxicologiques**, l'alcool en tête (59,4%), des **problèmes neuropsychiatriques** (55,5%) tels que trouble bipolaire, 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, représentent 7,1% des comorbidités; le diabète 1,9% et un handicap physique requérant une assis-

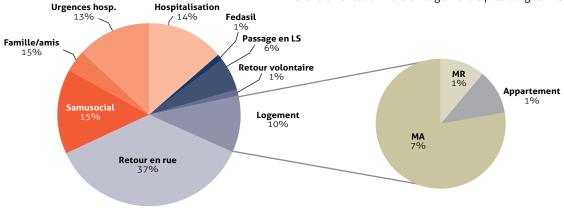
ORIENTATIONS SORTANTES

tance 5,3%.

Sur l'année 2017, 407 personnes sont sorties de la MediHalte. Seulement la moitié de ces sorties ont pu être planifiées, chiffre stable comparé à 2016. Sur les 407 personnes sorties de la MediHalte, **un peu plus** de la moitié sont retournées en rue ou dans un centre d'hébergement du Samusocial. Qui sont ces personnes ? Des personnes en situation irrégulière pour lesquels les possibilités d'orientation vers des solutions légales de sortie de rue sont très limitées, les personnes « perdues de vue » qui ont quitté le centre sans donner de nouvelles et les personnes exclues pour raisons de comportement ou de non-respect des règles.

Les **hospitalisations** (13,5%) sont essentiellement programmées, notamment en psychiatrie. Toutefois, 11,8% des patients ont été hospitalisés via les urgences. Ces chiffres soulignent la fragilité physique et psychique du public accueilli à la MediHalte.

Enfin, **37 personnes ont pu regagner un logement à leur sortie du centre médicalisé**, c'est à dire une de plus qu'en 2016 et quatre de plus qu'en 2015. Ceci confirme que ce type de dispositif représente une opportunité dans la perspective d'une orientation vers un logement à plus long terme.



#### 1.2.3.4 CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

Après un an et demi d'activité, la MediHalte s'est installée dans le paysage institutionnel socio-sanitaire de Bruxelles, en témoigne le nombre croissant de personnes orientées par les hôpitaux de la région. Si notre service est désormais connu de nos partenaires de terrain (travailleurs de rue, maisons médicales, Médecins du Monde, ...), nous renforçons chaque année encore davantage notre collaboration en réseau afin d'offrir à notre public la prise en charge la plus complémentaire possible.

La MediHalte reste fidèle à ses principes fondateurs : durée de séjour limitée aux traitements et soins et turn-over élevé. Contrat rempli en 2017, qui comptabilise 441 admissions!

Une tendance générale qui peut être dégagée au terme de près de trois années d'activité: la fragilité physique de la population sans abri (reflétée par le nombre d'hébergés hospitalisés en urgence, soit 12,8% des personnes admises en 2017) et les difficultés de prises en charge liées aux affections neuropsychiatriques (pourcentage élevé de personnes avec conduites addictives - 56,7% dont en premier lieu à l'alcool - et/ou atteintes d'une affection neuropsychiatrique autre - 55,1%).

La prévalence de ces problématiques requiert de la part du personnel une grande patience et flexibilité et confirme encore la nécessité d'intégrer un psychologue à l'équipe, d'augmenter la présence du médecin à un équivalent temps plein ainsi que d'augmenter le nombre de places de long séjour à 12 au lieu de 8.

### 1.2.4 STEP FORWARD : UN PROGRAMME HOUSING FIRST

Face à l'augmentation préoccupante du nombre de jeunes sans abri dans les rues bruxelloises, le Samusocial et le CPAS de Bruxelles ont lancé en juin 2015 le programme **Step Forward à destination des jeunes de 18 à 25 ans** souffrant d'assuétudes et/ou de fragilité psychique. Fondé sur le modèle «Housing First», ce projet bouscule les modèles linéaires en **faisant de l'entrée en logement le point de départ de la reconstruction de la personne**. On part ici du principe que s'attaquer aux causes de rupture est plus facile dès lors que la question du logement est résolue.

Le CPAS de la Ville de Bruxelles et le Samusocial copilotent ce dispositif en coopération avec plusieurs associations et institutions (HERMESplus, le CHU Saint-Pierre, Transit, Source/La Rencontre, Jamais Sans Toit,...), de façon à traiter les problématiques complexes qui touchent les jeunes ciblés par le projet dans leur globalité (médico-psycho-sociale).





#### 1.2.4.1 LES OBJECTIFS DU PROGRAMME

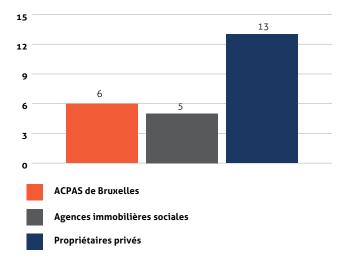
Le projet poursuit essentiellement quatre objectifs :

- Permettre aux jeunes sans abri de bénéficier d'une entrée directe dans un appartement personnel et d'un accompagnement pluridisciplinaire;
- Les aider à remédier aux problèmes qui les ont menés à la rue (assuétudes, affections mentales, désaffiliation,...) et à élaborer un nouveau projet de vie tout en les soutenant dans la reconquête d'une image positive de soi par un accompagnement social adapté;
- Les soutenir dans les démarches relatives à l'accès aux droits communs, à la gestion de leur logement, à la recherche d'un emploi; les accompagner vers l'autonomie;
- Développer, au gré de l'évolution de leurs besoins et de leurs désirs, des projets et des activités qui permettront d'abord la (re)construction d'une existence, le développement de liens sociaux et, à terme, l'intégration socioprofessionnelle.

#### 1.2.4.2 CE QU'OFFRE LE PROGRAMME

Le jeune se voit proposer **l'entrée immédiate en appartement individuel**. Plusieurs partenaires louent des appartements aux jeunes : le Département des Propriétés du CPAS de la Ville de Bruxelles, les Agences Immobilières Sociales (AIS de Bruxelles, AIS Iris), le Logement Bruxellois et la Régie Foncière de la Ville de Bruxelles. Le **bail est établi au nom du jeune**, ainsi responsabilisé dans la gestion de son nouveau logement.

#### Provenance des unités locatives Programme StepForward



Nous voyons que plus de la moitié des appartements sont mis à disposition par des propriétaires privés.

Afin de rencontrer les objectifs multidisciplinaires du projet, l'équipe est constituée de travailleurs issus du Samusocial et du CPAS de Bruxelles offrant des profils différents et des expertises complémentaires au bénéfice des jeunes.

Ce sont désormais deux **éducateurs** qui accompagnent et soutiennent les jeunes dans leurs démarches administratives et médicales et dans leur vie quotidienne (lessive, maintien de l'appartement, accès à la culture,...). Une **assistante sociale** est chargée de les aider à monter leurs dossiers pour l'obtention d'allocations de relogement, d'aides financières, de primes d'installation, la constitution d'une garantie locative,... Elle intervient également pour (r)ouvrir le droit à la sécurité sociale et planifie avec les jeunes la gestion de leur budget. Une **psychologue** est chargée de réaliser des entretiens psychologiques à domicile et suit l'évolution de l'état de santé mentale du jeune en collaboration avec son psychiatre référent. Une **coordinatrice** issue du Samusocial veille à la cohérence du projet, au respect du cahier des charges et de la déontologie.

Le travail au sein du projet Housing First s'opère **en réseau avec différents organismes d'aide et de soutien à Bruxelles**. Il tend à une appropriation optimale du logement, l'ouverture ou la réouverture des droits sociaux, la mise en place d'un support médical au sens large du terme et l'aide à la mise en place de projets de vie (études, formation, mise à l'emploi,...).



Les missions du projet s'organisent autour de six grands axes :

- Administratif: les travailleurs sociaux aident les jeunes dans la poursuite des démarches administratives, les accompagnent physiquement si besoin. De plus, l'assistante sociale de l'équipe permet un contact direct avec les différentes formules d'aide proposées par le CPAS.
- Locatif: l'équipe favorise l'appropriation optimale du logement par le jeune. Elle met à leur disposition des biens (meubles, literie, électroménager...), pourvoie une aide au déménagement et s'occupe si nécessaire de petites réparations et ajustements permettant d'améliorer les conditions de vie du jeune.
- Médical: l'équipe effectue un travail de relai entre le jeune et le secteur de l'aide médicale à Bruxelles (octroi de cartes médicales, lien avec les institutions médicales compétentes, travail de réseau avec les centres d'aide aux toxicomanes,...) En cas d'urgence, et si le jeune en manifeste le besoin, l'équipe peut aussi l'accompagner à ses entretiens médicaux.
- Psychologique et psychiatrique: l'équipe met en place un suivi psychologique en accord avec les bénéficiaires. Au besoin, la psychologue peut recommander une intervention ou un suivi et traitement psychiatrique, en passant soit par les services d'aide psychiatrique partenaires, soit par le service psychiatrique du Samusocial.
- Social et culturel: le programme se donne pour mission de sortir le jeune d'un possible isolement social. Pour ce faire, l'équipe incite le bénéficiaire à s'inscrire activement dans son environnement direct (commerces locaux, centres d'activités et lieux de rencontre de quartier,...) et l'informe quant aux institutions favorisant la création de liens. L'Article 27 permet aux jeunes d'accéder à des évènements culturels gratuits ou à faibles coûts à Bruxelles.
- Formatif et professionnel: l'équipe aide le jeune à entrer dans une dynamique de mise en formation ou de reprise d'études et le soutient dans ses démarches à cette fin. Elle fait le lien entre le jeune et les partenaires du projet pourvoyeur d'emploi, notamment par l'intermédiaire des contrats « article 60 ».

Des **visites de suivi au domicile** de chacun des jeunes sont effectuées tous les 15 jours en moyenne. C'est l'occasion pour les travailleurs de mesurer l'état du logement (lequel constitue souvent un indice de l'état psychologique du jeune), de prendre de ses nouvelles et de discuter éventuellement d'une problématique particulière. Des contacts téléphoniques sont par ailleurs effectués régulièrement.

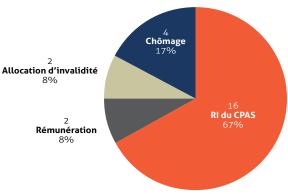
En cas d'urgence, les jeunes savent qu'ils peuvent trouver un membre de l'équipe à la permanence Step Forward, dans les locaux du Samusocial.

#### 1.2.4.3 OBSERVATIONS QUANT AU PUBLIC SUIVI



#### **REVENUS**

#### Sources de revenus des personnes suivies par le programme StepForward



Un **comité de sélection** composé des membres de l'équipe (la coordinatrice, l'assistante sociale, la psychologue et le coordinateur de la Cellule Logement du CPAS de Bruxelles) se réunit une fois par mois pour sélectionner les candidats au relogement par notre programme. Les membres partenaires du projet qui font partie du Comité d'Accompagnement (HERMESplus, La Rencontre, Transit, Jamais Sans Toit, le CHU Saint-Pierre) peuvent également être pourvoyeurs de candidats.

Au total de l'année 2017, l'équipe de Stepforward a suivi 34 jeunes, 22 hommes et 12 femmes :

- En janvier 2017, 16 jeunes étaient en logement. Durant l'année, 8 jeunes ont pu intégrer une location d'appartement à leur nom et pour lesquels un suivi personnalisé a été mis en place afin d'accompagner le jeune dans sa réinsertion. 2 jeunes ont quitté leur logement, leur autonomie s'étant avérée insuffisante.<sup>11</sup> Au 31 décembre 2017, 22 jeunes étaient donc toujours suivis par l'équipe.
- 10 jeunes (7 hommes et 3 femmes) sont en attente de trouver un logement. Nous les voyons régulièrement pour la recherche d'un appartement ou studio ainsi que la mise en place d'un suivi psycho-médico social. Certains jeunes (5) bénéficient de l'hébergement d'urgence via le Samusocial, 2 jeunes vivent en squat et 2 jeunes sont en Maison d'Accueil; 1 jeune est en cure de désintoxication.

La majorité des jeunes (16) bénéficient du revenu d'intégration (RI). Les 4 personnes qui avaient trouvé un travail l'an dernier sont actuellement bénéficiaires d'allocations de chômage. 2 jeunes bénéficient d'un revenu via les allocations pour la personne handicapée et deux autres sont actuellement sous contrat de travail. Des demandes d'allocation pour personne handicapée ont été introduites pour 2 jeunes (un jeune est atteint d'une maladie dégénérative des muscles et le second souffre de troubles psychotiques).

#### AFFECTIONS RENCONTRÉES

Step Forward ne dispose pas d'un centre d'expertise permettant d'affiner les diagnostics de pathologies mentales dont souffrent les jeunes suivis. La psychologue de l'équipe se met néanmoins régulièrement en contact avec les psychiatres des personnes suivies, sous réserve de leur accord préalable. Bien qu'il y ait une volonté d'éviter autant que possible de réduire les bénéficiaires à une pathologie ou à une affection, une évaluation peut être mise en avant sur les traits symptomatiques principaux et les affections « visibles » telles qu'elles apparaissent dans le travail au quotidien. Nous estimons que les données quantitatives ici présentées sont représentatives de notre réalité quotidienne, mais qu'elles doivent être utilisées avec prudence, à titre illustratif et non-exhaustif.

Notons également que **l'ensemble des participants au projet sont sujets soit à une ou plusieurs addictions, soit à des troubles psychologiques, soit à une combinaison des deux**. Les catégories présentées ici ne doivent donc pas être envisagées comme exclusives.

<sup>11</sup> Un travail de réorientation a été effectué : retour vers une hospitalisation de longue durée pour le premier ; pour le second, une orientation vers une habitation protégée est toujours en cours. L'entrée du jeune est prévue pour février 2018.

#### Troubles psychologiques

Plus de la moitié des jeunes (16) sont touchés par des troubles anxieux/dépressifs et 9 d'entre eux par des problèmes comportementaux. Souvent placés en institution dès leur plus jeune âge, ils ont subi des traumatismes aux répercussions considérables sur les pré-adultes qu'ils sont devenus: généralement, ils gèrent mal leurs émotions. Ils n'ont pas conscience de leur capacité à contrôler leur vie et leur estime d'eux-mêmes ainsi que leur bien-être général s'en voient fortement mis à mal. Le travail pluridisciplinaire prend ici tout son sens et c'est avec le temps que nous pourrons faire en sorte qu'ils s'épanouissent et trouvent leur voie.

Enfin, **trois jeunes souffrent de troubles psychotiques**. Seul l'un d'entre eux évolue favorablement sans besoin de médication. Les deux autres jeunes vivent régulièrement des périodes de décompensation qui doivent faire l'objet d'un suivi plus soutenu.

Assuétudes

Seuls 2 jeunes sur les 22 relogés par le programme ne consomment aucune drogue. Trois quart d'entre eux (16) consomment du cannabis, certains de façon modérée mais régulière, d'autres plus intensivement. Pour tous, il s'agit d'une façon d'échapper aux problèmes du quotidien et d'oublier les souffrances plus profondes. Un peu plus d'un tiers (7) des jeunes consomment de l'alcool, la même proportion consomme des drogues dites « dures », entraînant une dépendance très forte. Pour ces derniers, nous tentons de mettre en place un maximum de prévention en mettant à leur disposition du matériel stérile et en les orientant vers le réseau spécialisé dans la prise en charge de la toxicomanie.

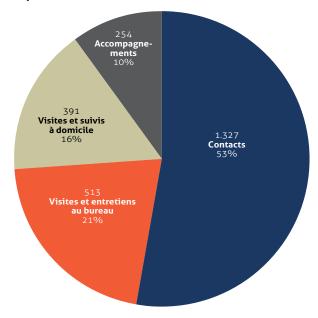
Nous observons que l'entrée en logement tend à mettre les jeunes face à leurs responsabilités. Pour certains, le seul fait d'être accepté par le Comité de sélection constitue une motivation à réduire leur consommation, afin d'être présent aux visites d'appartements. Aussi, près de la moitié d'entre eux a diminué, voire à mis un terme à ses assuétudes au fil de son séjour.

Pour les jeunes qui continuent à consommer quotidiennement, l'évolution est plus lente, ils sont moins enclins à accepter l'aide en matière de soins. Le travail de l'équipe se fera alors au rythme du jeune, d'un commun accord, afin de travailler la question de la dépendance, de ses désirs, et de l'amener vers une prise de conscience progressive.

## 1.2.4.4 PRESTATIONS RÉALISÉES ET RÉSULTATS OBSERVÉS

Au cours de l'année 2017, l'équipe Step Forward a effectué 2.485 prestations auprès des 34 jeunes encadrés par le projet.

#### 2.485 Prestations réalisées en 2017 - Programme Step Forward

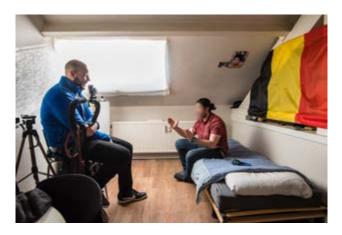


Ces prestations regroupent :

- les contacts téléphoniques (53%);
- les visites des jeunes et les entretiens à la permanence Step Forward (21%);
- les visites des équipes à domicile (16%);
- les accompagnements physiques pour les démarches (10%).

L'ensemble des prestations permet d'initier des démarches qui comprennent la mise en place d'une adresse de référence, d'un budget pour l'achat d'appareils électroménagers, d'un Revenu d'intégration (RI), d'une carte santé ou encore l'avance d'une garantie locative, l'octroi d'une prime d'installation par le CPAS, d'une cagnotte<sup>12</sup>, ...

Cette année, nous avons organisé deux permanences hebdomadaires au bureau. Cette manière de fonctionner a permis de pouvoir réaliser davantage de visites à domicile durant le reste de la semaine. Les accompagnements visent à appuyer le jeune dans l'accomplissement de ses démarches. Il s'agit bien souvent d'accompagnements vers la cellule de médiation de dettes, la maison de Justice, les maisons pour enfants placés par le juge, les maisons communales, les audiences au tribunal, les rendez-vous chez les administrateurs de bien, les visites d'appartements, les maisons médicales, les visites lors des hospitalisations, les rendez-vous au département emploi, etc.



De la même façon qu'en 2015 et 2016, nous observons plusieurs résultats concrets, autant d'indicateurs que les jeunes se projettent sur la voie de la réinsertion:

- la régularisation de la situation administrative des jeunes (mutuelle, documents d'identité, allocations,...);
- l'amélioration du suivi médical et de l'état de santé;
- l'amélioration du suivi psychologique ;
- la possibilité pour les jeunes de se consacrer à autre chose qu'à l'urgence et de s'épanouir, notamment en cherchant un emploi ou une formation;
- le renouement progressif avec les membres de la famille;
- le renforcement de l'estime de soi, la fierté d'être « comme tout le monde » et de posséder un chez soi.

Lorsque les jeunes intègrent leur lieu de vie, ils constatent rapidement que d'autres démarches sont indispensables au maintien ou à l'amélioration de leurs conditions de vie. L'inactivité sociale qui les touche devient une évidence et ils se montrent désireux d'accéder à une formation ou à un emploi. L'activité professionnelle devient un facteur essentiel de la 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.

#### 1.2.4.5 OBSTACLES RENCONTRÉS

Nous constatons une certaine constance par rapport à 2016 en ce qui concerne les obstacles rencontrés :

- La difficulté pour les jeunes de gérer leur budget, leurs revenus étant généralement très bas. 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 jeunes sont parents d'un ou plusieurs
  enfants placés par le SAJ ou le SPJ, nous constatons que
  ceux-ci réintègrent rapidement le domicile du parent, et
  ce, même si le logement est inadéquat. Si cette situation
  comporte une dimension positive, elle apporte avec
  elle des complications liées au confort et à l'aspect
  financier. Des échanges préalables entre les services
  concernés se révèlent ainsi indispensables.
- La relation avec un(e) conjoint(e) peut également être un obstacle au bien-être du jeune, lorsque ce/cette conjoint(e) est lui/elle-même sans abri et vit dans une situation instable.
- Les questions d'addiction influencent le suivi des démarches; les assuétudes provoquent en effet une déconnexion de la réalité, la perte des repères temporels, une forme de marginalisation et une dynamique d'auto-destruction. Le lien avec le jeune et le suivi des démarches deviennent alors plus compliqués à travailler.
- La principale difficulté rencontrée dans le cadre de projet Housing First réside dans la recherche de logements.
   De nouvelles conventions de partenariat sont prévues pour le début d'année avec de nouvelles agences immobilières sociales. Nous continuons par ailleurs à prospecter le domaine immobilier privé.

#### 1.2.4.6 PERSPECTIVES

Le Step souhaite pouvoir renforcer l'équipe avec une infirmière sociale: la vie à la rue a déjà bien affecté la plupart des bénéficiaires du projet qui, malgré leur jeune âge, nécessitent des interventions régulières. Elle permettrait en outre d'accompagner les jeunes au terme de leur traitements et suivis médicaux.

Au vu des difficultés rencontrées par certains jeunes pour se nourrir de façon équilibrée, nous avons mis en place un partenariat avec l'épicerie sociale « les Capucines » située dans la commune de Bruxelles-Ville. Le projet Step Forward travaille à mettre en place davantage de partenariats avec des épiceries situées dans d'autres communes.

Le Step poursuit les échanges de bonnes pratiques dans le cadre des intervisions mensuelles organisées par la Fondation Roi Baudouin, qui rassemblent l'ensemble des associations développant des programmes de type « housing first ».

1.2.5 LE PLAN HIVER 2016-2017<sup>13</sup>

Durant le Plan hiver 2016-2017, le Samusocial a pu offrir 169.735 hébergements à 5.454 personnes différentes, soit :

- 3.871 hommes seuls;
- 557 femmes seules;
- et 1.026 personnes en familles dont 573 enfants.

Depuis 2006, le Samusocial est mandaté chaque année par les ministres de la Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale pour orchestrer la mise en œuvre du Plan Hiver régional. Depuis l'hiver 2011-2012, le Samusocial est également chargé de l'organisation d'un Plan Hiver au niveau fédéral et de dégager 300 places supplémentaires pour répondre à l'augmentation du public sans abri, toutes situations confondues.

Il s'agit 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 dispositif hivernal 2016-2017 du Samusocial s'est décliné en 3 plans permettant à la fois de renforcer son action mobile d'aide et d'offrir près de 1.100 places supplémentaires aux 378 places actuellement disponibles toute l'année dans l'ensemble du dispositif Samusocial.<sup>14</sup>

- Le plan d'action mobile d'aide ou « maraudes » : grâce à un subside émanant du SPP Intégration sociale, le dispositif mobile médico-psycho-social a été renforcé par la mise en service d'une équipe supplémentaire. Chaque soir, dès 17 heures, ce sont ainsi deux à trois équipes mobiles d'aide qui intervenaient dans l'ensemble de la Région de Bruxelles-Capitale pour porter secours aux personnes les plus fragiles.
- Le plan régional d'hébergement d'urgence (du 14 novembre au 2 mai) à l'initiative des Ministres des Affaires Sociales de la Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale. Plus de 720 places d'accueil ont ainsi été ouvertes dans trois centres (Rue Royale, Boulevard Poincaré et rue Van Volxem).
- Le plan fédéral d'hébergement d'urgence (du 9 janvier au 7 mars), à l'initiative de la Secrétaire d'État à la Lutte contre la pauvreté, qui s'est ouvert en complément du plan régional et qui a offert jusqu'à 300 places supplémentaires dans un bâtiment situé chaussée de Haecht à Haren.

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 social pour ceux qui le souhaitent en vue d'une orientation vers des solutions adaptées et, si possible, durables.





- 13 Pour une information complète, consulter le rapport « Plan Hiver 2016-2017 » accessible sur www.samusocial.be
- 14 378 places disponibles tout au long de l'année : 220 places d'accueil d'urgence dans les centres permanents du Petit Rempart et de Poincaré, 120 places dans le Centre Familles et 38 places d'hébergement médicalisé dans le centre MediHalte.

#### 1.2.5.1 LE PLAN HIVER EN QUELQUES CHIFFRES

Chaque soir durant l'hiver 2016-2017, ce sont jusqu'à 1.350 personnes qui ont pu être hébergées et bénéficier des services du Samusocial.

Du 14 novembre au 2 mai, le dispositif hivernal a offert 169.735 hébergements à 5.454 personnes différentes, soit :

- 3.871 hommes seuls (71 % du public accueilli)
- 557 femmes seules (10 % du public accueilli)
- 1.026 personnes en familles dont 573 enfants (19% du public accueilli)

### **Jusqu'à 1.350 personnes ont pu chaque soir être hébergées** et bénéficier gratuitement des services du Samusocial, soit :

- des consultations sociales, psychologiques et infirmières (bilans, suivis, accompagnements et orientations);
- une permanence médicale assurée par Médecins du Monde;
- un service vestiaire géré par l'ASBL Solidarité Grands Froids;
- un repas chaud et un petit-déjeuner ;
- un accès aux sanitaires (douches, WC).

Les équipes mobiles d'aide ont rencontré 1.847 personnes différentes et orienté 216 personnes vers les centres du Samusocial.

## 1.2.5.2 LES SEPT CENTRES D'HÉBERGEMENT ET LEUR CAPACITÉ D'ACCUEIL

### Capacité des centres permanents (ouverts toute l'année)

Capacité totale des centres permanents	278 places
MediHalte, centre d'hébergement médicalisé : rue Masoin – Laeken	38 places
Centre Familles : rue Gulledelle – Woluwe-Saint- Lambert	130 places
Centre permanent pour familles, hommes/ femmes fragiles : rue du Petit Rempart – Bruxelles-Ville	110 places

#### Capacité du complément hivernal

Centre régional pour femmes et hommes seuls : rue Royale – Bruxelles-Ville	300 à 350 places <sup>16</sup>	
Centre régional pour hommes seuls : boulevard Poincaré – Anderlecht	300 places	
Centre régional pour familles : rue Van Volxem – Forest	120 places	
Centre fédéral pour hommes seuls : chaussée de Haecht – Haren	300 places	
Capacité totale du complément hivernal	278 places	

Capacité d'accueil maximale disponible durant l'hiver

1.298 à 1.348 places

Le **choix d'orientation** dans un centre ou dans l'autre est déterminé par **le profil et la situation de la personne**.



15 Un sas supplémentaire de 50 places était activable pour optimiser la capacité d'hébergement avant l'ouverture et après la fermeture du centre boulevard Poincaré.

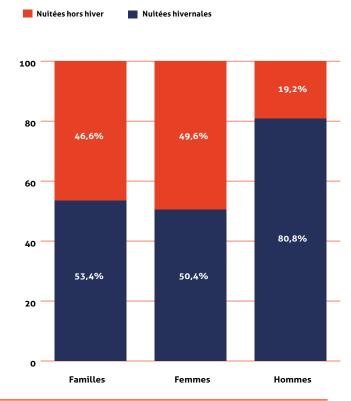
# 2 Observations globales sur le public accueilli en 2017



Afin de livrer une analyse aussi proche que possible de la réalité de terrain, nous distinguerons dans ce chapitre les données relatives à l'action permanente du Samusocial de celles correspondant à la période hivernale. Durant cette saison, les moyens d'action et la capacité d'hébergement du Samusocial sont considérablement renforcés par les mesures du Plan hiver (900 places supplémentaires au cours de l'hiver 2016-2017). Par ailleurs, la représentation des catégories de publics varie sensiblement d'une période à l'autre.

En 2017, le Samusocial a offert 268.472 nuitées à 8.172 personnes différentes. Si les proportions hiver/hors hiver sont équilibrées en ce qui concerne les familles (53,4% contre 46,6%) et les femmes seules (49,6% contre 50,4%), on constate en revanche que 80,8% des nuitées offertes aux hommes seuls en 2017 l'ont été durant la période hivernale. Ceci s'explique par le fait que les hommes seuls, qui constituent la grande majorité des personnes sans abri, ne trouvent que rarement une place dans les centres en dehors de la période hivernale, la capacité d'accueil étant réduite et la priorité donnée aux familles et aux femmes seules, considérées comme plus vulnérables.

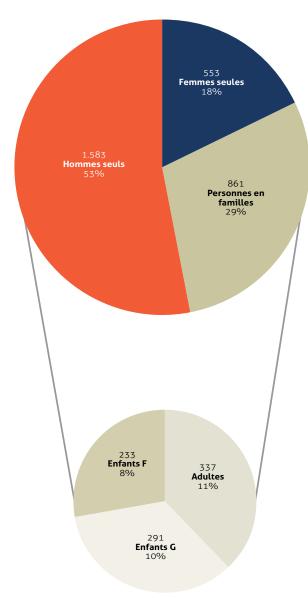
### Répartition des 268.472 nuitées selon la composition et la période (hiver vs hors hiver)



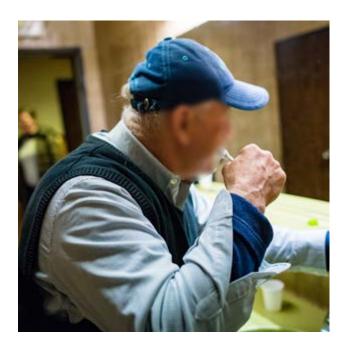
# 2.1 L'hébergement selon les catégories de personnes (hors hiver)

Au cours de la période hors-hiver de l'année 2017, 2.997 personnes ont été accueillies au sein des dispositifs d'hébergement du Samusocial : 1.583 hommes seuls (53%), 553 femmes seules (18%) et 861 personnes en famille.

Répartition des personnes hébergées selon la composition (hors hiver)

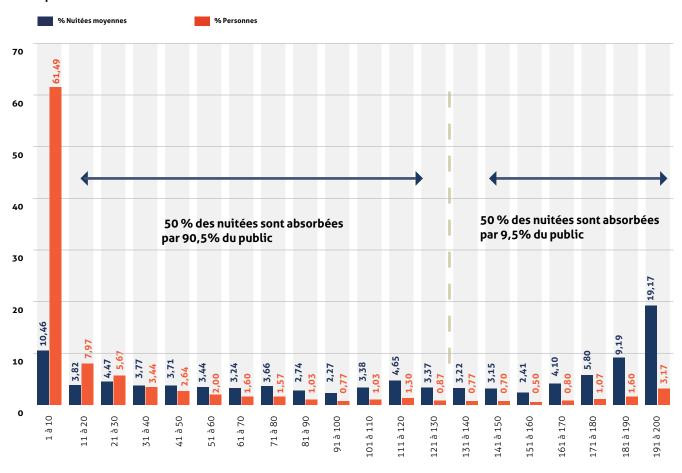


Lorsque l'on compare la répartition des nuitées offertes par catégorie de public du total de l'année à celle de la période hors hiver, on constate qu'elle diffère sensiblement. En effet, si les hommes seuls représentent la catégorie majoritaire en termes de nombre de personnes (1.583 hommes sur une population de 2.997 personnes), ceux-ci absorbent la plus petite partie (19%) des nuitées offertes en dehors du Plan Hiver (contre 71% des nuitées offertes durant le plan hiver 2016-2017). Leur nombre est 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

#### Fréquence des nuitées réalisées



Un peu plus de 60% des 2.997 personnes accueillies hors hiver ne séjournent dans les centres d'hébergement que pour une courte période (10 nuits ou moins). Cette catégorie bénéficie ainsi de 10% du total des nuitées offertes.

Ces chiffres reflètent la place importante occupée par les situations d'urgence ponctuelle. Dans de tels cas, un accompagnement psycho-médico-social direct et appuyé doit permettre une sortie de rue rapide, coupant court à la spirale de l'exclusion. Il importe donc d'accorder un soutien prioritaire aux personnes en situation d'urgence ponctuelle.

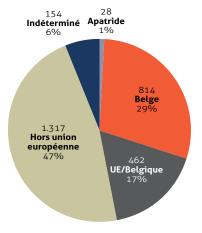
50 % des nuitées offertes sont utilisées par 90,5% du public accueilli, l'autre moitié des nuitées étant consommées par 9,5% du public accueilli.

353 personnes, soit un peu plus de 11% du public accueilli, passent plus d'une nuit sur deux dans nos centres en dehors du Plan Hiver et consomme ainsi plus de 50% des nuitées offertes. Inversement, un peu moins de 90% du public réalise moins de la moitié des nuitées offertes en dehors du plan hiver.

4,7% du public accueilli passe de 181 à 200 nuitées au Samusocial 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 28,36 % des nuitées offertes en dehors de l'hiver en 2017.

## 2.2 Répartition du public selon la nationalité

## Répartition du public (tous les sites estivaux) hors période hivernale



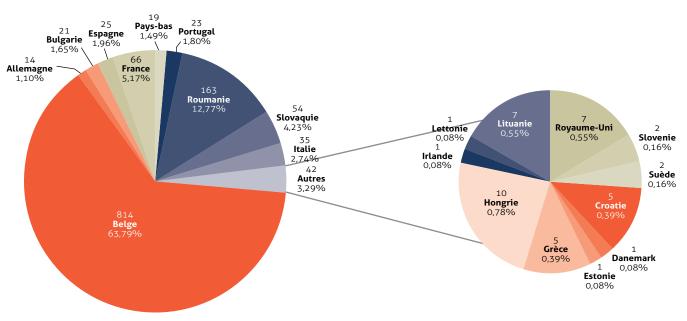
## Parmi les ressortissants de l'Union européenne accueillis en dehors de l'hiver, nous distinguons :

- Plus de 63% de personnes sont de nationalité belge.
- 20% de personnes originaires des pays de l'Est.

On observe que parmi le public accueilli en dehors de l'hiver :

- 29% des personnes hébergées sont belges
- 47% sont des personnes issues de pays extérieurs à l'Union européenne;
- 17% sont des personnes originaires de pays de l'Union européenne autres que la Belgique.

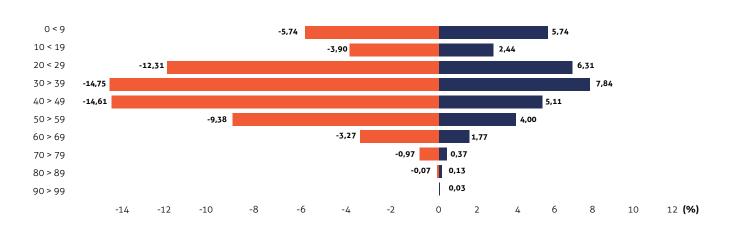
## Répartition du public selon la nationalité européenne hors période hivernale



### 2.3 Pyramide des âges

#### Pyramide des âges pour le public hors-hiver



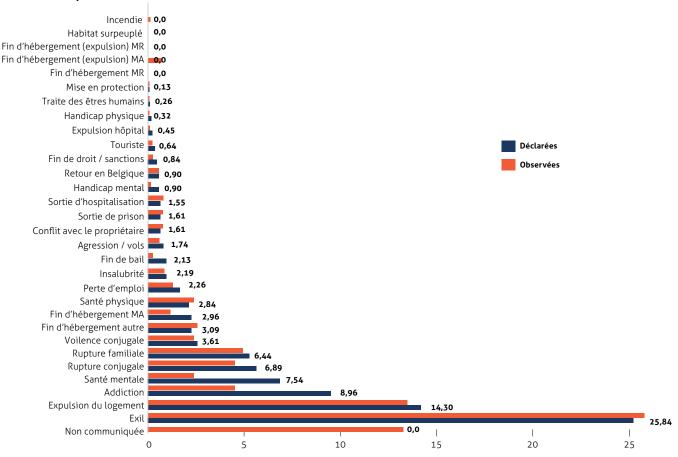


#### On constate que:

- 12,75% des personnes accueillies ont entre 0 et 9 ans.
- 19% des personnes accueillies ont moins de 20 ans.
- 41,2% des personnes accueillies sont âgées de 20 à 39 ans. Cette catégorie de population présente une moyenne de séjour relativement courte.
- 33,1% des personnes accueillies ont entre 40 et 59 ans.
- 6,61% des personnes accueillies ont plus de 60 ans.

### 2.4 Causes de rupture

#### Causes de rupture



Ce tableau souligne la diversité des causes ayant mené les personnes hébergées à la rue. Les raisons les plus fréquemment citées sont :

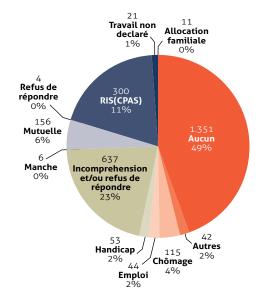
- les problèmes financiers ;
- l'exil;
- les problèmes de santé ;
- l'expulsion du logement;
- les problèmes administratifs ;
- les assuétudes.

L'influence de facteurs comme les assuétudes et les problèmes psychiatriques est nettement sous-estimée dans les déclarations des personnes concernées, tout simplement parce qu'elles ne sont pas en mesure de l'évaluer ou parce qu'elles ne veulent pas l'admettre.

Notons cependant que les catégories ne sont pas exclusives et qu'il arrive que les causes de ruptures s'accumulent et s'enchevêtrent, rendant alors plus difficile encore la réinsertion<sup>16</sup>.

## 2.5 Situation financière lors du premier accueil

Répartition du Public accueilli selon les sources de revenu 2017 lors du 1° accueil - Hors hiver

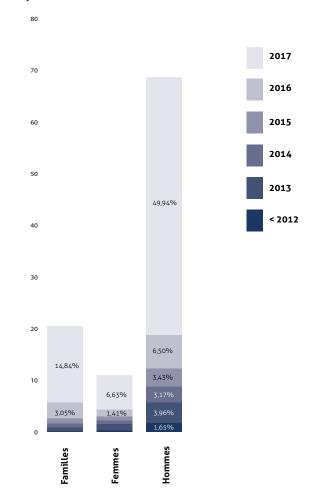


#### On constate que:

- Plus de la moitié (49%) des personnes accueillies ne disposaient d'aucune source de revenus lors de leur premier hébergement au Samusocial.
- 11% des personnes accueillies bénéficiaient du RI (Revenu d'intégration).
- Les personnes touchant des allocations de la mutuelle ou des allocations à la personne handicapée représentent 8% du public accueilli.
- 4 % du public accueilli bénéficiaient d'allocations de chômage à leur arrivée.
- 2% des personnes accueillies touchaient encore un salaire à leur arrivée au centre, soit deux fois moins qu'en 2016. Dans de telles situations, un soutien prioritaire est mis en place afin de permettre à la personne de rebondir rapidement.

## 2.6 Première sollicitation du Samusocial par le public sans abri

Répartition du Public selon l'année de la première sollicitation



Plus de 70% des personnes accueillies sur la période (5.836 personnes sur 8.172) n'avaient jamais fait appel au Samusocial avant 2017.

Ont été hébergées pour la première fois, au cours de l'inter-hiver 2017 :

- 73% des familles accueillies ;
- 61% des femmes seules accueillies ;
- 73% des hommes seuls accueillis.

On note une forte augmentation des premières sollicitations en 2017, notamment liée à la mise à disposition des 80 places « bas seuil » de mai à septembre et des 110 places permanentes (depuis le 02 mai 2017) dans le centre d'accueil d'urgence Poincaré.

# 3 Constats: toujours plus d'exclusion

L'année 2017 aura principalement été marquée par **l'augmentation manifeste du nombre de familles en errance, dont une proportion toujours plus importante de ressortissants de pays d'Europe de l'Est.** Autre tendance marquante depuis fin 2015 : le **nombre toujours plus important de migrants extra-européens,** fuyant la guerre, et n'ayant qu'un seul objectif, rejoindre l'Angleterre.

En outre, le Samusocial ne peut que constater le renforcement de l'exclusion année après année : augmentation de la population sans-abri dans son ensemble, augmentation du nombre des familles en rue, augmentation du nombre de femmes et d'hommes seuls, augmentation du nombre de migrants et de sans-papiers...

Parallèlement, nos équipes, les services sociaux dans leur ensemble et les autorités des communes de la Région de Bruxelles-Capitale sont confrontées à un **nombre grandissant de squats**, organisés ou non, abritant ces publics qui ne peuvent être hébergés dans les services d'accueil déjà saturés.

Evolution du nombre de sans-abri aidés par le CPAS de Bruxelles							
Année	Sans-abri héber- gés en maison d'accueil	Sans-abri ayant une adresse de référence	Sans-abri en loge- ment de transit	Sans-abri vivant à la rue	Total		
2011	357	413	28	1243	2041		
2012	285	428	29	1359	2101		
2013	298	594	44	1390	2326		
2014	421	565	45	1605	2636		
2015	358	472	61	1742	2633		
2016	531	420	123	2020	3094		
2017	622	126	2599	368	3715		

## 3.1 Une problématique à l'ampleur croissante

#### 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-abris par type d'aide » confirment cette tendance avec un nombre qui passe de 2.041 personnes sans abri aidées par le CPAS (dont 357 en maison d'accueil) en 2011 à 3.715 (dont seulement 622 en maison d'accueil) en 2017.

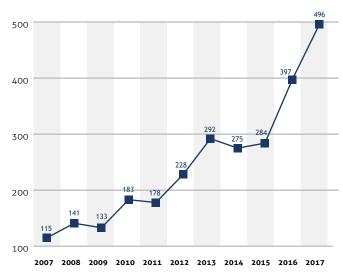
Précision importante : ces chiffres ne constituent qu'une indication qui se situe nettement en deçà de la réalité du « sansabrisme » dans la Région de Bruxelles-Capitale : ils n'incluent pas les personnes suivies par les CPAS des 18 autres communes et, surtout, ils ne prennent pas en compte les chômeurs,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

#### ACCROISSEMENT GLOBAL DU NOMBRE DE FAMILLES EN RUE



Le **public des familles** hébergées est également en **nette augmentation** : il a plus que triplé entre 2007 et 2017, passant de 115 à **496 familles accueillies**.

#### Evolution du nombre de familles hébergées 2007-2017



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, 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.

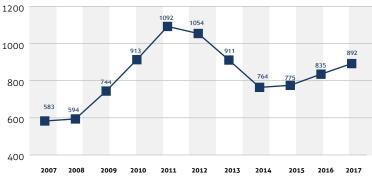
Parmi les familles aidées en 2017, nous retrouvons une proportion importante de familles monoparentales victimes de violences conjugales, des familles père-mère-enfants à revenus de type « minimum social » et de familles en provenance de pays extra-européens (Afrique et Moyen-Orient principalement) et de pays de l'Est. Notons l'augmentation année après année de la proportion de familles en provenance des pays d'Europe de l'Est (Slovaquie, mais aussi et surtout Roumanie et Bulgarie) en 2017. Parmi elles, une majorité de familles dites « roms » qui affirment faire l'objet de discriminations dans leur pays d'origine. Les possibilités d'accompagnement pour ces familles restent très limitées : bien qu'européennes, elles ne peuvent prétendre à un travail ou à une quelconque aide sociale tant qu'elles ne disposent pas d'une adresse légale de résidence.

#### ACCROISSEMENT DU NOMBRE DE FEMMES ISOLÉES CHRONICISÉES DANS L'ERRANCE



Sur 18 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.

#### Evolution du nombre de femmes hébergées



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 2017-2018 indiquent une occupation record allant jusqu'à 140 femmes par nuit.

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). L'orientation de ces personnes vers des structures de deuxième ligne aux critères d'admissions plus stricts (dont l'autonomie complète) est rendue difficile pour plusieurs raisons :

- elles ne représentent pas un danger aigu pour ellesmêmes 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 deuxième ligne de type « maisons d'accueil »;
- elles ont, pour la plupart, un long passé de vie en rue et sont chronicisées dans l'errance;
- la majorité d'entre elles sont en rupture totale avec leur famille et le monde qui les entoure.

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



Le nombre croissant de personnes sans papiers est constaté quotidiennement par nos équipes mobiles d'aide. En dehors des personnes en séjour irrégulier sur le territoire, nous rencontrons de nombreuses situations de personnes au statut précaire : des 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 ; des citoyens européens en situation régulière sur le territoire, titulaire d'une carte E, qui n'ont qu'un accès limité à l'aide sociale ; des personnes en ordre de séjour (visa étudiant, travail) mais qui n'ont aucun accès à l'aide sociale de l'Etat.

#### L'ERRANCE DES MIGRANTS « EN TRANSIT »

Depuis fin 2015, nous observons l'arrivée de nombreux migrants se déclarant « en transit », Bruxelles ne constituant qu'une étape vers leur destination finale : l'Angleterre. Ceux-ci ne souhaitent en effet pas s'installer en Belgique et ne veulent donc pas entamer une procédure de demande d'asile, qui, si elle offrait une solution temporaire de sortie de rue, les empêcherait d'introduire une demande d'asile en Angleterre, le règlement de Dublin interdisant aux candidats réfugiés de demander l'asile dans deux États Membres de l'Union européenne.

Fin 2017, ce sont des centaines de jeunes adultes, principalement originaires du Soudan, d'Érythrée, de Syrie, de Palestine et d'Afghanistan, qui errent ainsi dans les gares et autres espaces publics en attente d'un hypothétique « passeur » pour les aider à rejoindre leur destination. Ces migrants semblent cependant errer dans leur situation de « transit » à Bruxelles, certains étant suivis par nos équipes depuis plusieurs mois. Durant le plan hiver 2017-2018, ce sont ainsi des centaines de personnes qui ont été hébergées dans nos centres hivernaux. L'aide apportée par le Samusocial à ce public se limite cependant à une réponse immédiate aux besoins primaires (hébergement, soins, hygiène, repas). Les possibilités d'accompagnement et de recherche de solutions pour ces personnes sont en effet très limitées, voire inexistantes dans la mesure où elles ne souhaitent pas s'installer sur le territoire belge.

Notons que la plupart des groupes de migrants aidés par nos équipes cette année investissent des lieux et des zones de regroupements situés dans le quartier Nord, sa gare et ses alentours, semblant profiter des réseaux de solidarité créés durant la phase d'occupation du Parc Maximilien par les candidats réfugiés en septembre 2015. Le Samusocial reste en permanence connecté à ce public, notamment afin de pouvoir identifier les personnes les plus vulnérables et leur apporter un soutien prioritaire.

#### ACCROISSEMENT DU NOMBRE DE PERSONNES VULNÉRABLES

Devant l'accroissement du nombre de personnes sans abri toutes catégories de publics confondues, le Samusocial se retrouve devant un dilemme redoutable : 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 seules qui ne sont pas en famille), 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, vivant des situations parfois délicates (femmes atteinte de pathologies psychiatriques ou physiques, femmes enceintes, toxicomanes, jeunes filles en rupture, personnes âgées,...), plus exposées aux risques d'agressions, vols et viols;
- des hommes fragiles, malades ou âgés, présentant des problèmes psychiatriques parfois lourds (syndrome de Korsakoff, schizophrénie, sénilité) pour lesquels la perspective d'une nuit en rue représente un danger immédiat.

ACCROISSEMENT DU NOMBRE DE SQUATS ET DE CAMPEMENTS

2017 a également été marquée par l'éclosion de nombreux squats et campements en Région bruxelloise. Ils sont occupés par des femmes et des hommes seuls, mais **surtout par des familles**, des personnes sans papiers, des Roms, des ressortissants d'Europe de l'Est et de pays extra-européens, certains n'ayant pu trouver d'hébergement dans les centres du Samusocial saturés, d'autres ne souhaitant pas y séjourner, préférant rester en groupe, hors du cadre réglementaire restrictif imposé par les centres.

Le Samusocial est devenu un interlocuteur privilégié des autorités pour effectuer le suivi de ces abris de fortune et pour tenter de dégager des solutions de relogement lorsqu'ils sont démantelés.

En 2017, le Samusocial est ainsi intervenu auprès des personnes établies dans les campements du jardin du Mont des Arts au centre de Bruxelles, de la rue Destouvelles à Schaerbeek, de la place Quetelet à Saint-Josse-ten-Noode, du parc de la Ligne 28, de la station de métro Beekkant et dans les squats de l'exsite des établissements Fourcroy à la frontière de Jette et de Laeken, de la rue Saint-Georges à Ixelles et de l'ancienne maison de repos Boulevard Léopold II à Molenbeek-Saint-Jean.

En dehors du Plan Hiver<sup>17</sup>, qui permet d'élargir considérablement la capacité d'hébergement, les possibilités d'accueil sont fortement limitées. Seront dès lors relogées en priorité les personnes considérées comme les plus vulnérables (familles, femmes enceintes, hommes fragiles/malades/âgés) auxquelles on offre un soutien et un hébergement prioritaires.





17 Pour plus d'informations sur le sujet, voir le point 1.2.5. « Le Plan Hiver 2016-2017 », p. 41

# 3.2 Difficultés d'orientation pour les nombreuses personnes « multicarencées »

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 sous l'influence de l'alcool 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 :

- les femmes en situation irrégulière victimes de violences conjugales avec enfants;
- les femmes toxicomanes avec enfants en bas âge ;
- les femmes présentant des troubles psychiatriques avec ou sans enfants ne rentrant pas dans les critères d'hospitalisation psychiatrique;
- les familles suivies par le Service d'Aide à la Jeunesse et persona non-grata dans le réseau de maisons d'accueil;
- les personnes en séjour irrégulier malades (diabète, handicap,...) mais ne nécessitant pas d'hospitalisation ou de revalidation :
- les personnes âgées refusant les soins/orientations;
- les personnes avec animaux;
- les familles comptant plus 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,... 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.



# **B.** LA MISSION "DEMANDEURS D'ASILE"

En 2017, les dispositifs d'accueil et de transit pour demandeurs d'asile du Samusocial ont accueilli 7.302 personnes dont :

- 3.644 hommes seuls;
- 783 femmes seules;
- 2.875 personnes en famille dont 1.484 adultes et 1.391 enfants.

Depuis 2010, le Samusocial est mandaté par Fedasil pour assurer l'accueil résidentiel de candidats à l'asile. Nombre d'entre eux ne pouvaient en effet être pris en charge par le réseau Fedasil, dont la capacité d'accueil se trouvait saturée. Dépourvus de solution d'hébergement, beaucoup se retrouvaient à la rue, parfois en famille avec de jeunes enfants. La disposition présentait également l'avantage d'éviter que le dispositif hivernal du Samusocial, spécifiquement prévu pour les personnes sans abri, ne soit engorgé par les candidats à l'asile. C'est dans ce cadre qu'ouvrit le Centre Toussaint à lxelles.

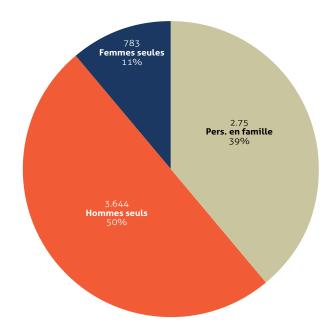
A la fin de l'été 2015, la Belgique connaît une crise de l'asile sans précédent. Devant l'intensité des flux migratoires en provenance de Syrie, d'Irak et d'Afghanistan, l'Office des étrangers se voit submergé par les demandes d'enregistrement des candidats réfugiés. A l'époque, le Samusocial joue un rôle de premier plan dans l'aide apportée aux demandeurs d'asile : installation d'une permanence humanitaire 24h/24, distribution de kits hygiène et orientations des personnes les plus vulnérables vers des structures d'hébergement. En novembre 2015, nous sommes mandatés pour ouvrir un second centre pouvant accueillir 400 demandeurs d'asile Avenue De Béjar à Neder-over-Heembeek.

Dans un premier temps, les deux sites ont fonctionné comme des centres « classiques ». Depuis juillet 2016, celui de Nederover-Heembeek a vu sa capacité réduite à 250 places et ses résidents structurels orientés vers d'autres centres d'accueil en Belgique. Le Centre Béjar consiste désormais en un centre de *transit*, autrement dit une structure destinée exclusivement à l'accueil temporaire des primo-arrivants attendant d'être convoqués à l'Office des étrangers pour y enregistrer leur demande d'asile. Ils sont ensuite réorientés vers un centre d'accueil classique où ils entament véritablement la procédure de demande d'asile. Le centre Béjar est l'unique dispositif en Belgique qui accueille des primo-arrivants avant leur convocation à l'Office des étrangers.

500 places d'hébergement sont donc actuellement gérées par le Samusocial sur mandat Fedasil :

- 250 places d'accueil dans le Centre Toussaint à Ixelles
- 250 places de transit dans le Centre Béjar à Neder-over-Heembeek

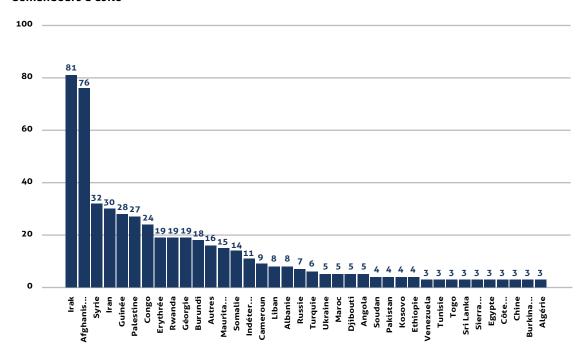
#### Repartition des personnes accueillies Mission «Demandeurs d'asile»



Au total de ses centres, le plan d'accueil pour demandeurs d'asile a accueilli des personnes issues de 95 pays différents au cours de l'année 2017.



## Nationalités les plus représentées - Plan d'accueil pour demandeurs d'asile



# 1 Fonctionnement et bilan des activités 2017

## 1.1 Le Centre Toussaint à lxelles

En 2017, le Centre Toussaint a accueilli 533 personnes dont :

- 408 hommes seuls;
- 27 femmes seules :
- 98 personnes en familles dont 57 adultes et 41 enfants.

Situé non loin de l'hôpital d'Ixelles, le Centre Toussaint peut accueillir **250 personnes 24h/24**. Outre l'hébergement, qui inclut trois repas par jour, l'accès à des sanitaires, à une laverie, à Internet,..., les demandeurs d'asile bénéficient des **services spécifiquement prévus par la « loi accueil »**:

• Un accompagnement social: le service social est chargé d'assister le résident dans le cadre de sa procédure d'asile, s'assurant notamment qu'il réceptionne bien toutes les informations en provenance de l'Office des étrangers (OE) et du CGRA, et qu'il les comprenne. En outre, les assistants sociaux soutiennent les résidents dans leurs diverses démarches administratives (obtention et renouvellement de la carte orange, obtention du permis de travail C, attestations diverses, inscriptions scolaires, orientation vers les services externes ou associations utiles,...). Une permanence sociale est assurée 7i/7;

- Des consultations paramédicales avec une coordination médicale: la permanence médicale fonctionne du lundi au vendredi de 8h30 à 17h. Elle est assurée par deux infirmières et supervisée par un médecin. Une évaluation individuelle de chaque résident est réalisée lors de son entrée au centre afin d'analyser ses besoins médicaux et psychologiques. Le centre entretient par ailleurs des collaborations avec des maisons médicales, des hôpitaux, des services de santé mentale spécialisés, ... afin d'assurer un suivi médical optimal;
- La possibilité de participer au travail communautaire et de se voir octroyer de l'argent de poche une fois par semaine :
- L'accès à des cours de langues: Nous nous efforçons d'inscrire un maximum de résidents à des cours de langue (français ou néerlandais) externes adaptés à leur niveau linguistique, tout en les sensibilisant à l'importance de la maîtrise des langues nationales.



## 1.1.1 ACTIVITÉS ORGANISÉES AU CENTRE TOUSSAINT

Depuis avril 2017, le Samusocial dispose d'un budget alloué par BNP Paribas Fortis Foundation destiné à renforcer l'équipe par la mise en place d'une **cellule pédagogique** dans le cadre de sa mission «demandeurs d'asile». D'abord basée au Centre Béjar, la cellule a été transférée au Centre Toussaint en juillet 2017, lorsque le premier est devenu un centre de transit.

La cellule pédagogique est composée de **trois éducatrices**. Si des activités étaient bien sûr déjà organisées auparavant, cette cellule a permis de les multiplier et, notamment, de travailler sur trois grands axes :

- l'intégration et l'insertion professionnelle des demandeurs d'asile, d'une part,
- l'inclusion du public féminin dans les activités, d'autre part,
- le projet d'insertion socioprofessionnelle.



Les activités menées avec les résidents s'inscrivent dans une dynamique éducative, récréative, mais aussi d'intégration et d'ouverture vers l'extérieur. Externes ou internes, elles peuvent être ludiques, sportives, culturelles (via les tickets Article 27) et s'adresser selon les cas aux adultes, aux enfants ou aux familles : sorties au cinéma, visites de musées ou d'expositions, concerts, piscine, football, basketball, bowling, ateliers de peinture et de bricolage,... Des animations sont par ailleurs quotidiennement organisées pour les enfants dans une salle d'activités prévue à cet effet.

Notons également que l'ensemble des enfants en âge d'obligation scolaire accueillis en 2017 ont été scolarisés. Tous les soirs, les animatrices et professeurs se tiennent à disposition des enfants et adolescents afin de les aider et de les encadrer dans la réalisation de leurs devoirs scolaires.

#### **QUELQUES PROJETS RÉCENTS**

- Le projet audiovisuel: mis en place afin d'initier les résidents aux techniques cinématographiques (prise de son, cadrage, montage,...) et aux techniques d'interview. L'objectif final: donner aux résidents l'occasion de raconter et d'échanger sur leur parcours par le biais d'un petit film.
- Les ateliers artistiques: depuis le mois de novembre 2017, des ateliers artistiques sont organisés en partenariat avec la section d'illustration de l'Institut Saint-Luc à Bruxelles. Deux fois par semaine, un groupe de 4-5 étudiants de Saint-Luc propose à une dizaine de résidents de se retrouver, d'échanger, de partager leur expérience, leur vision du monde et de s'exprimer grâce à l'art. Les créations s'appuient sur les photos, les récits de chacun et sur des techniques artistiques accessibles afin que les résidents puissent se les approprier. Ce projet se clôturera par une exposition au sein de l'Institut.
- Red Pencil International est une ONG offrant une aide aux victimes de conflits armés ou de catastrophes naturelles au travers de l'art-thérapie. Depuis septembre, un art-thérapeute de Red pencil mènera un cycle de 15 ateliers danse-mouvement au centre Fritz-Toussaint en collaboration avec notre cellule pédagogique. Les objectifs sont multiples: re-créer du lien social et du lien avec soi-même, réduire les symptômes d'anxiété et de dépression, renforcer la résilience des participants, etc.
- Le Rendez-vous des femmes: ce projet est né du constat que le public féminin du centre, ayant bien souvent été tenu en marge de la société par le passé, était particulièrement difficile à atteindre. Souvent déboussolées par rapport à leur rôle de mère et de femme, elles tendent à s'oublier face à leur famille. Le Rendez-vous des femmes leur propose de sortir de leur quotidien autour d'une activité ludique et ressourçante pendant deux heures chaque semaine. Il s'agit avant tout de les valoriser, de les inciter à prendre confiance en elles et en leurs compétences, tout en se tournant vers les autres. Parallèlement à cela, nous entretenons un partenariat avec la Ligue des familles d'Ixelles afin que les femmes du centre puissent disposer d'un espace où se retrouver et cuisiner.



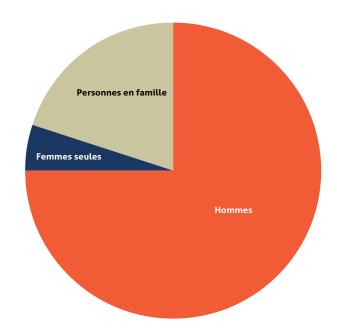
#### LES ESPACES COMMUNS

Au fil du temps, nous avons fait en sorte de créer des espaces communs propices à la détente et au divertissement :

- le grand salon: il s'agit d'une salle polyvalente où les résidents disposent d'une table de ping-pong, de divans, d'une connexion Internet,... Des activités telles que des soirées dansantes ou musicales, des concerts et des spectacles y sont également organisées;
- la salle de gymnastique équipée d'appareils de musculation et d'entraînement, offerts par BNP Paribas Fortis Foundation;
- la salle TV : accessible sur demande :
- la bibliothèque: bien achalandée en ouvrages en français, néerlandais et anglais et dotée d'un espace de lecture. Trois ordinateurs sont également mis à disposition des résidents;
- un vestiaire: amicalement fourni en vêtements de seconde main et de qualité par l'ASBL Solidarité Grands Froids;
- la salle de jeux pour enfants: très prisée par les familles, particulièrement lorsqu'elles comptent des enfants en bas âge;
- la salle d'activité destinée, selon l'heure de la journée, aux adultes ou aux enfants sous l'encadrement de la cellule pédagogique.
- le salon des femmes où est organisé "le Rendezvous des femmes"

## 1.1.2 OBSERVATIONS QUANT AU PUBLIC ACCUEILLI

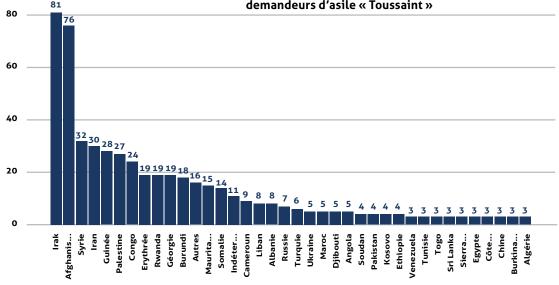
Repartition des personnes accueillies en 2017 Centre « Toussaint »



En 2017, le centre Toussaint a accueilli **533 personnes, dont 408 hommes seuls (77%), 27 femmes seules (5%) et 98 personnes en famille (18%)**<sup>18</sup> dont 57 adultes et 41 enfants.

En 2017, le Centre Toussaint a accueilli des personnes de 38 nationalités connues.

Nombre de personnes par nationalité - Centre pour demandeurs d'asile « Toussaint »



18 Dans la section consacrée à la mission «Sans-abri», la catégorie «familles» correspond exclusivement aux familles avec enfants. En revanche, dans le point consacré à la mission «Demandeurs d'asile», elle comprend également les couples.

#### 1.1.3 CONSTATS

En raison de l'augmentation du nombre de demandeurs d'asile en Belgique depuis 2015, les délais d'étude des demandes d'asile et des recours ont augmenté. En conséquence, les séjours des résidents s'allongent dans les centres et le turn-over des entrées-sorties diminue.

Etant donnée la difficulté objective de séjourner pour une longue durée dans une structure collective (parfois pendant plus d'un an, voire deux), nous n'avons eu de cesse d'améliorer l'offre de services et de proposer davantage d'activités, notamment grâce au soutien de la BNP Paribas Fortis Foundation.

Au niveau du service social également, nous avons renforcé l'offre d'accompagnement pour nos résidents.

L'axe de l'intégration par le travail et la formation des demandeurs d'asile reste essentiel vu le temps libre dont nombre d'entre eux disposent. Certains de nos résidents ont déjà pu suivre des formations qualifiantes mais intégrer davantage de résidents dans ce type de projet demeure un objectif prioritaire pour l'équipe du centre Toussaint.

### 1.2 Le Centre Béjar à Nederover-Heembeek

En 2017, le Centre Béjar a accueilli 6.769 personnes :

- 3.236 hommes seuls;
- 756 femmes seules;
- 2.777 familles dont 1.427 adultes et 1.350 enfants.

Le centre Béjar offre un **hébergement temporaire** aux primo-arrivants en attente de leur convocation à l'Office des étrangers (délai maximal de trois semaines). Ils sont ensuite réorientés vers un centre d'accueil « classique » où ils entament la procédure de demande d'asile.

Les missions du centre Béjar sont les suivantes :

- Offrir un hébergement et une aide matérielle de base aux résidents: trois repas par jour, accès à des sanitaires, accès à une laverie, espace internet...;
- Améliorer les conditions de vie des résidents, notamment en organisant des activités ludiques, en les soutenant dans les premières étapes de la procédure d'asile.
   Des séances d'information permettant de renseigner et de conseiller au mieux les résidents sur leurs droits et les procédures qui les concernent; des collaborations ont été mises en place avec des avocats et des écrivains publics pour les soutenir dans leurs démarches;
- Offrir les premiers soins médicaux et identifier les vulnérabilités éventuelles : consultations paramédicales coordonnées par un médecin du lundi au vendredi.



#### 1.2.1 ACTIVITÉS ORGANISÉES AU CENTRE BÉJAR

Outre les services de réponse aux besoins primaires et d'accompagnement dans les premières étapes de la procédure d'asile, des activités sont organisées à destination des résidents du centre. Environ une fois par semaine, des travailleurs polyvalents accompagnent les résidents pour des sorties culturelles (cinéma, musée, grâce aux tickets Article 27) ou sportives.

Des espaces communs ont également été mis en place avec l'aide de l'ASBL Solidarité Grands Froids :

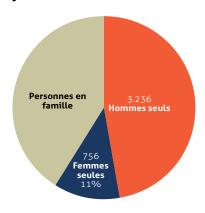
- une salle de jeux pour les enfants;
- un vestiaire accessible deux fois par semaine pour permettre aux résidents de se fournir en vêtements;
- un espace récréatif intérieur comprenant des tables de ping-pong, des kickers, un terrain de volley/badminton;
- un terrain de mini-foot et un terrain de basket et un extérieur;
- une salle de musculation;
- une **salle informatique** avec un PC. En outre, le Wi-Fi est accessible dans le réfectoire;
- un salon réservé aux femmes créé en 2017.

Par ailleurs, quelques spectacles animés par l'ASBL Clowns et Magiciens Sans Frontières ont été ponctuellement organisés dans l'enceinte du centre.

## 1.2.2 OBSERVATIONS QUANT AU PUBLIC ACCUEILLI

En 2017, le Centre Béjar a accueilli 6.769 personnes dont 3.236 hommes seuls (48%), 756 femmes seules (11%) et 2777 personnes en famille (41%) dont 1.427 adultes et 1.350 enfants.

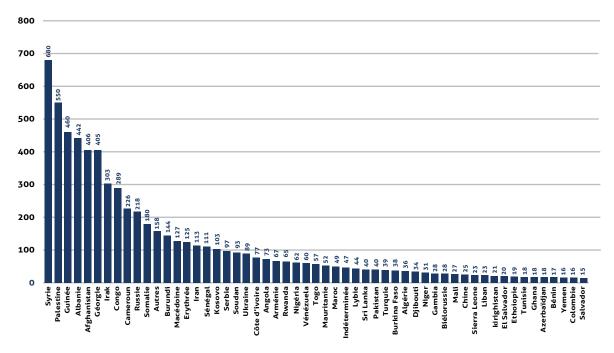
### Répartition des personnes accueillies - Centre de transit «Béjar»



Le Centre Béjar a accueilli des personnes de plus de 58 nationalités connues au cours de l'année 2017.



## Nombre de personnes par nationalité - Centre (transit) pour demandeurs d'asile «Béjar»



#### 1.2.3 CONSTATS SUR L'ACTIVITÉ 2017 -CENTRE BÉJAR

Le centre Béjar constituant parfois la porte d'entrée dans le réseau Fedasil pour de nombreux primo-arrivants, la variété des nationalités des personnes accueillies est large. Par ailleurs, la particularité du centre de Neder-Over-Hembeek réside dans l'irrégularité du volume des flux entrants de résidents, les flux migratoires demeurant particulièrement imprévisibles. Certaines semaines ou certains mois, des arrivées massives sont observées alors que durant d'autres périodes, les arrivées se tarissent nettement. Pour l'année 2017, on peut ainsi observer que les mois de mars et avril ainsi que l'ensemble de la période estivale ont été particulièrement chargés au niveau du nombre d'arrivées et de départs dans le centre. L'hiver ainsi que les mois de mai et juin ont, en revanche, été plus calmes.

De manière plus générale, le système de pré-accueil permet de prendre en charge des personnes éligibles au droit d'asile et de préserver ainsi d'autres dispositifs pour personnes sans abri, notamment les centres d'accueil d'urgence du Samusocial.

Les travailleurs sont bien souvent un premier point d'information et d'orientation pour les primo-arrivants. C'est dans cette optique que nous menons et poursuivons notre mission, avec la conviction qu'un accueil et une prise en charge de qualité de ces personnes sont essentiels dès leur arrivée en Belgique.

# **C.** INTERPELLATIONS ET RECOMMANDATIONS

Depuis plusieurs années, le Samusocial partage certaines interpellations et recommandations: nécessaire ajustement de la capacité d'urgence à l'ampleur de la problématique, manque de structures adaptées facilitant l'orientation de personnes souvent multi-carencées depuis notre centre d'urgence, distinction de l'accueil souhaitée selon les situations,...

Face à ces besoins grandissants, le Samusocial a pris les devants, notamment en ouvrant le centre MediHalte afin d'offrir un hébergement médicalisé dans un centre distinct pour les personnes sans abri malades. De la même manière, notre Centre Familles de Woluwe-Saint-Lambert offre un accueil distinct aux familles avec enfants. Les autorités régionales ont financé l'ouverture de 110 places d'accueil d'urgence complémentaires dans le centre Poincaré et permis ainsi le doublement de la capacité structurelle d'accueil d'urgence ouverte toute l'année, ce qui constitue une reconnaissance consistante des besoins qu'il faut saluer.

Mais rappelons que certains de nos programmes d'intervention comme le centre MediHalte ou les équipes mobiles d'aide ne pourraient fonctionner avec les seuls financements publics, ce sont les fonds propres et donc le soutien des donateurs privés qui leur permettent de subsister. Dans le contexte de la crise qu'a connue le Samusocial, de la chute des dons et de la contraction financière qui en découle, le financement et la continuité de ces dispositifs constituent les enjeux actuels du Samusocial et de l'aide aux personnes sans abri dans notre région.

Ces questions et ces enjeux devront selon nous guider les réflexions à l'œuvre autour de la nouvelle ordonnance qui régira très prochainement la politique d'aide aux personnes sans abri en région bruxelloise.



#### Une capacité d'hébergement d'urgence ajustée à l'ampleur de la problématique

La problématique de l'exclusion enfle à Bruxelles tout comme dans les grandes villes d'Europe du Nord et de l'Ouest. S'il est essentiel d'encourager et soutenir d'autres programmes d'aide complémentaires à celui du Samusocial, Bruxelles et sa région doivent pouvoir offrir une réponse humanitaire immédiate aux situations de détresse sociale. Le nombre de places structurelles – ouvertes toute l'année – doit régulièrement être ajusté à l'ampleur de la problématique afin de ne pas contraindre nos équipes sociales à devoir effectuer des choix impossibles entre les personnes physiquement fragiles, les femmes isolées, les familles avec enfants et les situations d'urgence ponctuelle. Dans l'état actuel des capacités disponibles en dehors de l'hiver, le Samusocial doit refuser chaque jour de nombreuses personnes isolées et chaque semaine, des familles avec enfants...

Une capacité permanente ajustée à l'ampleur de la problématique permettrait en outre de développer un véritable accompagnement de fond continu, permettant de mener les démarches jusqu'à leur terme, été comme hiver, jusqu'à la sortie de rue.

Nous saluons l'initiative des Ministres Céline Fremault et Pascal Smet, qui a permis de doubler la capacité structurelle d'hébergement d'urgence, de 110 places à 220 places avec l'ouverture en mode structurel du centre Poincaré le 2 mai 2017.

A ce jour, la capacité d'hébergement du Samusocial en dehors de l'hiver s'élève à 378 places réparties comme suit :

- 220 places d'accueil d'urgence pour hommes/femmes/ familles: Centre Rempart (Bruxelles-Ville) et centre Poincaré (Anderlecht)
- 120 places pour familles avec enfants: Centre familles (Woluwe-Saint-Lambert)
- 38 places pour des personnes malades : Centre MediHalte (Laeken)

## Un (re)financement des équipes mobiles d'aide

Deux éléments justifient le maintien et même le renforcement des équipes mobiles d'aide :

- Une partie importante du public sans abri est trop désocialisée pour entrer dans une démarche de sollicitation d'aide.
- La capacité d'accueil permanente ouverte toute l'année ne permet d'accueillir que moins de 30% des personnes qui sont accueillies durant le Plan hiver. Plus de 1.000 personnes qui bénéficiaient d'un accueil hivernal se retrouvent donc chaque jour en rue lorsque le risque d'hypothermie est écarté. À ce public s'ajoutent les nombreux « irréductibles » qui refusent été comme hiver de faire appel à nos services.

Le dispositif mobile d'aide est donc essentiel afin de rester connecté autant que possible avec le public dans le besoin et identifier parmi celui-ci les personnes les plus vulnérables qui nécessitent un hébergement prioritaire et/ou un soutien et un suivi appuyés. A défaut de pouvoir accueillir toutes les personnes en demande d'hébergement, c'est une fonction de veille humanitaire minimale que permettent ainsi d'assurer nos équipes mobiles.

#### À ce jour, le dispositif mobile est largement sous-financé,

bénéficiant de subsides publics insuffisants pour couvrir l'ensemble de ses activités. Depuis toujours, les fonds privés agissent comme un impératif complément permettant d'assurer une couverture minimale d'intervention de deux sorties maraudes par soirée (la première de 17h à 20h, la deuxième de 21h à 1h-2h, voire plus tard en hiver) en complément de la maraude de jour.

La chute des dons liée à la crise a contraint inexorablement le Samusocial à réduire la voilure. Certaines maraudes de soirée n'ont pu être assurées lorsque les effectifs ne le permettaient pas.

Il est impératif de dégager des perspectives de financement afin de permettre au Samusocial et aux pouvoirs publics de garantir une veille humanitaire auprès des personnes qui ne peuvent être hébergées par manque de places.

## Le développement et la pérennisation des programmes spécifiques d'accueil

Les 220 lits permanents du Samusocial doivent être utilisés pour l'accueil d'urgence de première ligne seulement. Si le Centre Familles, le centre MediHalte et le programme Housing First ont fait leurs preuves en termes de réponse opérationnelle et en termes de qualité d'orientation et/ou d'insertion, il reste maintenant à sécuriser leur fonctionnement sur le long terme.

Bruxelles doit disposer **d'un centre permanent 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 1<sup>er</sup> avril 2014, le Centre Familles est maintenu en activité à coup de financements temporaires alloués par la Commission communautaire commune. Le financement de ce centre doit maintenant pouvoir dépasser la projection annuelle et être pérennisé sur la durée.

De la même façon, les équipes du Samusocial souhaitent pouvoir dégager des financements permettant d'assurer tout au long de l'année un accueil distinct pour les femmes seules. À ce jour, si nos centres sont aménagés pour isoler tant que possible le département des femmes, celle-ci sont cependant amenées à partager des espaces collectifs (restaurant, salon de jour, infirmerie,...) avec le public des hommes seuls. Cela peut générer chez certaines un sentiment aigu d'insécurité (notamment pour les nombreuses femmes victimes de violences conjugales que nous accueillons) et rendre difficile l'organisation d'activités spécifiquement destinées aux femmes. En outre, nous constatons l'inadéquation entre les offres d'hébergement proposées dans le secteur d'aide

**aux personnes sans abri et les situations des femmes**: trop âgées, trop jeunes, pas assez autonomes, pas assez valides pour intégrer les structures existantes (logement supervisés, foyers communautaires, maisons d'accueil,...).

L'ouverture d'un centre ou d'une « maison des femmes » encouragerait certaines femmes particulièrement isolées à franchir le pas pour trouver refuge dans notre structure.

Un espace spécifique faciliterait en outre la mise en place d'espaces de parole et d'ateliers thématiques comme l'hygiène et les soins du corps, la féminité, l'hygiène alimentaire, etc. Dans ce cadre bienveillant, il s'agirait de permettre à chacune de pouvoir exprimer ses sensations, ses besoins et de réinvestir la sensation de plaisir et de bien-être.

L'utilité du centre MediHalte et de l'hébergement médicalisé qu'il offre aux personnes sans abri est aujourd'hui reconnue par l'ensemble du secteur socio-sanitaire comme incontournable. Ce dispositif inédit en Belgique bénéficie de financements publics (INAMI, Loterie Nationale) qui ne sont pas garantis sur la durée. Ceux-ci ne couvrent par ailleurs que les coûts liés au personnel, les frais de fonctionnement étant couverts par les fonds propres du Samusocial. Le soutien des donateurs est plus que jamais essentiel pour nous aider à assurer la poursuite de ce dispositif. Nous espérons cependant convaincre les autorités de la nécessité de projeter ce service dans la durée.

Le programme Housing First a permis en un an le relogement en appartement de 20 jeunes souffrant de problèmes «psy» et/ou d'assuétudes. Vu les premiers résultats positifs et la forte demande, le Samusocial et le CPAS de Bruxelles, partenaire du projet, ont introduit une demande auprès de la COCOM pour augmenter de dix unités les bénéficiaires de ce programme de « logement d'abord ».



## Un réseau de deuxième ligne aux conditions d'accès plus souples et plus adaptées

Nombreuses sont les personnes sans abri pour lesquelles la recherche de pistes de sortie de rue reste difficile, voire impossible, les condamnant ainsi à rester hébergées dans nos dispositifs d'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 élevé dans la majorité des maisons d'accueil** (règles strictes d'admission et de règlement interne) complique l'accès pour une grande partie de la population suivie par les équipes du Samusocial.

# Un maintien de l'offre d'accompagnement psychosocial et un renforcement de l'offre médicale/infirmière

Nous l'avons dit, le Samusocial est un dispositif d'urgence par l'immédiateté de l'aide et de la réponse aux besoins primaires qu'il apporte. Nous ne rappellerons pourtant jamais suffisamment que l'objectif ultime de notre action est l'accompagnement vers des solutions de sortie de rue. Le maintien dans l'offre de service du Samusocial d'un pôle d'accompagnement psychosocial renforcé est essentiel. C'est la réponse aux besoins primaires que le Samusocial offre qui permet souvent d'initier des démarches de recherche de solutions dans lesquelles certaines personnes multi-carencées et/ou désocialisées ne s'inscriraient pas spontanément.

Nous l'avons vu, nombre de personnes chronicisées dans l'errance sont sujettes à des problématiques de santé qui s'enchevêtrent et complexifient l'accueil, mais également l'accompagnement vers des solutions de sortie de rue. La mise en place et le développement d'un encadrement infirmier et médical a permis d'améliorer la qualité des prises en charge et des accompagnements offerts dans nos centres et par nos équipes mobiles d'aide. Les moyens et l'effectif actuels ne permettent pas encore de garantir une permanence médicale dans chacun des centres d'hébergement du Samusocial. Nous devons encore trop souvent fonctionner avec des travailleurs volants qui se déplacent d'un centre à l'autre en fonction des besoins identifiés par les équipes en place. La systématisation dans chaque centre de permanences médicales fait partie des priorités à venir.



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

L'inconditionnalité doit être garantie dans le cadre des dispositifs hivernaux. En période de grand froid, 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 permet de payer un loyer ou une garantie locative.

L'obligation de fournir 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.

#### Le maintien structurel à Bruxelles de centres pour demandeurs d'asile gérés par le Samusocial

Cela fait plusieurs années que le Samusocial est mandaté pour gérer un dispositif, partiellement de transit, pour demandeurs d'asile à Bruxelles. Cette mesure a été prise pour éviter de voir se reproduire le scénario de demandeurs d'asile – en ce inclus des enfants – se retrouvant de facto à la rue. Le maintien sur un mode plus structurel d'une capacité d'hébergement pour demandeurs d'asile à Bruxelles nous semble à la fois judicieux et indispensable.

Pourquoi ? Parce que le dispositif apporte de la **flexibilité** au cadre d'accueil Fedasil par un système de **paliers activables** selon les besoins. Il permet ainsi d'offrir une réponse immédiate aux urgences et à tout imprévu survenant dans la question de l'asile.

## **D.** TEMOIGNAGES D'ANCIENS HÉBERGÉS

Ils sont passés par le Samusocial...aujourd'hui, ils ne sont plus sans-abri! Retrouvez ci-dessous les témoignages de Mme Annie. Julien et Amando. 19



Amando, originaire du Ghana et naturalisé belge, fut patient de la MédiHalte. Il est entré en logement privé.

Amando est arrivé en Belgique en février 2005, il obtient le statut de réfugié politique en 2006. Amando a des soucis de santé suite à une poliomyélite mal soignée au Ghana. Il travaille quelques temps en tant qu'article 60 pour le CPAS d'Ixelles. Il rentre au Ghana pour se marier et revient seul en Belgique. En 2010, il organise un regroupement familial avec son épouse. Mais le couple traverse des difficultés et divorce en 2016. «J'ai quitté l'appartement. J'étais radié de l'adresse. J'ai été directement au CPAS de Neder-Over-Hembeek pour obtenir une adresse de référence, pour pouvoir toucher le chômage. Je dormais un peu à la rue, souvent à la gare du Midi, place Bara, à Anneessens. Parfois chez des amis. J'avais un assistant social qui cherchait à m'orienter, il m'a dit d'aller dormir au Samusocial. Il m'a donné l'adresse, il a téléphoné pour moi. Mais je sentais que ma santé se dégradait. J'ai été voir l'assistant social et le médecin du Samusocial. J'avais un gros problème d'hypertension, parfois j'avais 24. Ils savaient déjà que j'avais la polyo. Ils m'ont orienté à la Médihalte le 21 février 2018.»

Amando est alors à la Médihalte en «court-séjour», pour stabiliser sa tension. «Quand je suis arrivé, ma priorité c'était ma santé. Mais c'était aussi l'occasion de travailler à mon relogement. J'allais voir les annonces. Je cherchais un appartement. J'appelais aussi les maisons d'accueil chaque jour. On me disait « non », mais je ne me décourageais pas. J'ai trouvé une maison d'accueil il y a 15 jours. Entre temps, j'ai aussi été retenu pour un appartement. C'est un studio qui me coûtera 550 euros, à Molenbeek. Le contrat commence le 1° avril. Le déclencheur de mon autonomie dans mes démarches, c'est le Samusocial, Dans la rue, je n'aurais pas eu le courage de faire ces démarches. Mais ce n'est pas tout! Grâce à la MédiHalte, je retourne voir mon médecin traitant. Le personnel m'a beaucoup aidé : ils m'ont dit des mots qui m'ont fait du bien psychologiquement. On m'a fait positiver, on m'a aidé à me reconstruire. Ils donnent une chance à tout le monde. Ils sont là, ils nous écoutent. Moralement je suis comme un nouveau-né. Je suis plus fort. Les paroles, ça soulage l'Homme »

### Julien, Belge, jeune bénéficiaire du projet « Step Forward » du Samusocial

Julien, malgré ses 25 ans, a un parcours de vie déjà bien rempli et plutôt chaotique. Ses parents ont eux-mêmes été sans abri. Dès sa plus tendre enfance, il est ballotté par les services sociaux, va d'internat en internat, croise parfois son grand frère dans les institutions, lui-même placé. A 18 ans, il est diplômé en tant que mécanicien-carrossier. Et puis commence le service militaire. A 20 ans, il est en couple, et prend un appartement à Saint-Josse. Mais tout s'effondre : « A l'armée, c'était difficile. A 22 ans, j'ai décidé d'arrêter. J'allais me marier, mais je me suis séparé de mon amie. Je n'arrivais pas à retrouver un job. Je ne voulais pas finir comme mes parents. Je suis tombé en dépression. J'étais sous certificat médical, mais je ne fournissais pas les documents demandés par le CPAS. En juillet 2016, j'ai perdu mon appartement. J'ai commencé à vivre dans la rue, avec mon père, qui était définitivement séparé de ma mère. On se lavait chez un ami qui gardait mes affaires. Je continuais à voir mon médecin traitant qui me prescrivait mon traitement contre la dépression. Malgré que mon père était sans abri, il connaissait très bien le secteur social; il était bénévole auprès de différentes associations, comme le Collectif des Morts de la Rue, ATD Quart Monde...Grâce à lui, mes droits ont été réouverts au CPAS. En mai 2017, mon assistant social au CPAS m'a fait entrer en contact avec le programme du Samusocial, Step Forward. Et puis, tout a été très vite : en juillet, le Step trouvait un appartement pour moi. En août, je signais le bail. En septembre, j'étais chez moi.

Julien vit à Bockstael, dans un studio de 25 mètres carrés, pour lequel il paye un loyer de 505€ avec les charges. «Si tu sais jouer un peu à Tétris et que tu as passé le niveau 8, tu sais tout caser dedans», plaisante-t-il. Plus sérieusement, il confie : «je suis bien installé, j'ai récupéré mes meubles, ma TV, ma console, mes draps. J'ai commencé à chercher du travail, comme carrossier, parce que j'adore ça! Avant cela, j'ai dû gérer beaucoup de choses suite au décès de ma mère.»

«Sans le Step, je serais toujours à la rue. L'équipe est très accueillante, ils sont très respectueux de mon passé, ils ne posent pas de questions indiscrètes. Je sais que si j'ai envie de parler de choses délicates, je peux. Mais je ne me sens pas forcé. Au niveau administratif, en termes de conseils et de suivi, le projet Step a tout bon. De temps en temps, ils passent chez moi pour déposer des colis alimentaires. Parfois, ce sont des trucs super sympas. Pour Noël, ils m'avaient donné de quoi faire un repas avec mes amis. J'ai eu un souci avec mes chaises, les gars du projet m'en ont ramené de nouvelles. Si j'ai la moindre question, je peux passer. »

Julien conclut: «Le sans abrisme est une mauvaise expérience, mais ce qui ne me tue pas me rend plus fort! Maintenant je me sens bien, tout ce que je veux, c'est une vie normale. D'abord le boulot!»



#### Mme Annie, originaire du Cameroun, passée par le Centre du Petit Rempart, la Médihalte et le Centre Famille, est aujourd'hui en logement privé.

Février 2015. Voilà plusieurs mois que Mme Annie loue un petit appartement dans une maison insalubre, qui sera finalement saisie et vendue aux enchères. Sans abri, fraîchement opérée, le personnel de la maison médicale en charge de sa revalidation l'accompagne au centre du Samusocial «Petit Rempart». «Le jour où je suis arrivée au Samusocial, j'ai pleuré toutes les larmes de mon corps. J'étais épuisée, encore souffrante de mon opération. J'étais en fauteuil roulant. Et puis, en octobre, alors que l'on m'avait annoncé à l'hôpital que je n'aurais jamais d'enfant, je découvre que je suis enceinte. Je pensais que c'était une nouvelle maladie, j'avais fait le deuil de la maternité. Mais c'était bien vrai. Un peu avant Noël, on m'a transférée à la MédiHalte. Au début, je voulais rentrer au Petit Rempart, où j'avais fini par prendre mes marques. Et puis, après quelques jours, ça allait mieux, alors on a commencé à mettre ma situation en ordre. J'ai vécu toute ma grossesse à la MédiHalte. Ikena est née en juin 2016. J'ai eu quelques problèmes avec le Service d'Aide à la Jeunesse, qui a d'abord estimé que je ne pouvais pas garder ma fille à cause de mon hémiplégie. Comment cela?! J'avais porté

un enfant pendant 9 mois alors que j'étais censée être stérile, et on me disait que je ne serais pas capable de la porter dans mes bras et de l'élever?! Mon avocat a tout arrangé. Et puis, en juillet 2016, je suis arrivée au Centre Familles du Samusocial. J'avais ma chambre. La puéricultrice m'a beaucoup soutenue. Tout le personnel du Samusocial m'a aidée à élever ma fille. Je ne me suis jamais sentie délaissée.

En mars 2018, plus de 3 ans après son entrée au Samusocial, Mme Annie entre en logement privé, avec sa fille. Elle repense avec émotions à ses «années Samusocial» : «j'ai été chouchoutée du début à la fin. Sans cela, je n'aurais jamais tenu. Au Samusocial, que ce soit au Petit Rempart, à la Médihalte ou au centre Familles, je me sentais chez moi. Je suis reconnaissante à tous ceux qui m'ont soutenue. Je suis entrée au Samusocial en tant que personne handicapée, en chaise roulante, sans abri et (soi-disant) stérile. Je ressors en meilleure santé, avec un enfant, un titre de séjour, et un logement social!»



## samusocial.brussels



www.samusocial.be info@samusocial.be