

20
16

Rapport annuel

Activité



TABLE DES MATIÈRES

2016 : toujours plus d'exclusion et de détresse sociales	3
Remerciements	4
Le Samusocial : missions, principes et méthodes	5
A. LA MISSION « SANS-ABRI »	8
1 Fonctionnement et bilan des activités menées en 2016	8
1.1 Les missions	8
1.1.1 La permanence téléphonique	8
1.1.2 La maraude des équipes mobiles	9
1.1.3 L'hébergement	14
1.1.4 L'accompagnement psychosocial	17
1.1.5 Les consultations médicales et infirmières	24
1.2 Les dispositifs d'hébergement	28
1.2.1 Le centre d'accueil d'urgence	28
1.2.2 Le centre Familles	30
1.2.3 La MediHalte	39
1.2.4 Step Forward : un programme Housing First	46
1.2.5 Le Plan Hiver 2015-2016	52
1.3 En résumé pour les activités 2016	55
2 Observations globales sur le public accueilli en 2016	56
2.1 L'hébergement selon les catégories de personnes (hors hiver)	57
2.2 Répartition du public selon la nationalité	59
2.3 Pyramide des âges	60
2.4 Causes de rupture	61
2.5 Situation financière et suivi lors du premier accueil	62
2.6 Durée d'errance	63
3 Constats : toujours plus d'exclusion	64
3.1 Une problématique à l'ampleur croissante	65
3.2 Difficulté d'orientation pour les nombreuses personnes « multi-carencées »	69
B. LA MISSION « DEMANDEURS D'ASILE »	70
1 Fonctionnement et bilan des activités 2016	72
1.1 Le centre Toussaint à Ixelles	72
1.2 Le centre Béjar à Neder-over-Heembeek	77
C. INTERPELLATIONS ET RECOMMANDATIONS	79
D. PERSPECTIVES 2017	83

2016 : toujours plus d'exclusion et de détresse sociales

17^{ème} année d'activité pour le Samusocial de Bruxelles. Une année marquée par une activité toujours plus importante et qui cristallise l'ampleur de l'exclusion sociale dans nos grandes villes et plus particulièrement en Région bruxelloise.

En 2016, le Samusocial a ainsi offert **220.126 nuitées à 6.296 personnes** sans-abri différentes dont **776 enfants**.

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 toujours 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. Ce sont aux niveaux fédéral et européen que des solutions peuvent être dégagées pour traiter la problématique des familles roms sur la durée.

Autre événement marquant de l'année 2016 et de ce début 2017 : **la situation de centaines de migrants en provenance du Soudan, d'Érythrée, de Syrie, d'Irak et d'Afghanistan. Certains souhaitent poser leurs valises en Belgique pour de bon et y demander l'asile**. Depuis la sortie de la crise de l'asile fin 2015, tous les candidats réfugiés sont hébergés dans les centres pour demandeurs d'asile. **Mandaté par Fedasil depuis 2010, le Samusocial gère à Bruxelles deux de ces dispositifs d'accueil et de transit pour une capacité totale de 500 places. D'autres migrants ne font que passer par Bruxelles pour se rendre vers l'Angleterre**. Parmi eux, des Soudanais, des Érythréens, des Syriens qui ne veulent pas demander l'asile en Belgique. Nombreux sont ceux qui refusent notre aide malgré le froid, préférant demeurer en rue dans l'attente d'un passeur qui les approchera de leur destination. Mais ce sont chaque soir des dizaines d'entre eux qui auront été convaincus de s'abriter dans les centres du Plan Hiver 2016-2017.

À l'heure d'écrire ces lignes, **le Samusocial accueille, soigne et accompagne plus de 1.350 personnes sans-abri chaque soir dans les centres du Plan Hiver** pour lequel il est mandaté par les autorités régionales et fédérales.

En dehors du Plan Hiver et de sa capacité élargie, les équipes du Samusocial doivent cependant se résoudre à refuser l'hébergement à des centaines de personnes, dont de nombreuses familles avec enfants qui doivent malheureusement être refusées par manque de places...

Cette réalité ne doit pas occulter l'énorme travail abattu par nos équipes en 2016.

En un an, ce sont plus de **400.000 repas** qui ont été offerts dans nos centres d'hébergement. 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 2016, elles ont ainsi assuré **12.258 rencontres en rue**, soit deux fois plus que l'an passé. **L'activation d'une équipe mobile de jour** explique cette augmentation. Il était temps de mettre en place un dispositif de jour prenant le relais du travail initié en soirée et de nuit, notamment pour accompagner les personnes dans leurs démarches (CPAS, hôpital, maisons médicales, maisons d'accueil, ...)

Enfin, et c'est ici un volet majeur de notre action, **1.067 orientations de sortie de rue** ont été réalisées par nos services d'accompagnement psychosocial. L'orientation vers la sortie de rue, voilà l'objectif ultime de l'action du Samusocial.

Cette 17^{ème} année est également celle de la **consolidation des trois nouveaux dispositifs et programmes lancés en 2015** :

Le MediHalte, le premier centre belge d'hébergement médicalisé pour personnes sans-abri malades, a maintenant passé le cap de sa première année de programme pilote et est sur les rails. En un an, **la MediHalte a permis d'héberger et de soigner 476 personnes dont 276 sur demande d'autres organismes que le Samusocial**.

Le programme Housing First a lui aussi atteint sa vitesse de croisière. Depuis fin 2015, 20 jeunes sans-abri de 18 à 25 ans ont été relogés en appartement et bénéficient aujourd'hui d'un accompagnement pluridisciplinaire de soutien afin de les maintenir sur la voie de la réinsertion et de l'autonomie. Des démarches sont en cours pour examiner la possibilité d'obtenir un financement régional permettant d'augmenter de 20 à 30 le nombre de bénéficiaires du programme.

Le centre Familles de Woluwe-Saint-Lambert permet d'offrir un accueil spécifique dans un centre distinct aux familles avec enfants. Le maintien d'un tel dispositif s'avère essentiel pour libérer la capacité de notre centre d'accueil d'urgence situé à Bruxelles-Ville, centre qui accueille également chaque soir de nombreuses familles. Au plus fort du Plan Hiver, jusqu'à 100 familles – plus de 400 personnes dont 200 enfants – ont été hébergées chaque nuit dans l'ensemble des centres du Samusocial.

L'objectif du Samusocial est aujourd'hui **de pérenniser le financement de ces dispositifs qui ont marqué un tournant dans notre mode opératoire**. En effet, si le Samusocial doit s'agrandir pour répondre à une exclusion croissante et en constante évolution, nos dispositifs et programmes doivent pouvoir intégrer ces changements et se spécialiser dans leur offre de services.

Le Samusocial semble aujourd'hui entendu. Les ministres compétents à la Région bruxelloise pour l'aide à la personne, Céline Frémault et Pascal Smet, prolongent année après année le financement du centre Familles. Un accord avec la Région est également à l'œuvre afin **d'organiser l'augmentation de la capacité structurelle d'hébergement d'urgence dès que possible**. À terme, ce sont 220 places d'accueil d'urgence qui devraient pouvoir rester ouvertes toute l'année pour accueillir les personnes les plus vulnérables.

Concernant la **MediHalte**, si le secteur socio-sanitaire de Bruxelles semble aujourd'hui considérer ce nouvel outil comme incontournable, rappelons que **sans les dons privés des donateurs mensuels, il ne pourrait être maintenu en activité**.

Enfin, nous tenons à rappeler l'importance fondamentale de la collaboration et de l'investissement des acteurs et partenaires qui participent au quotidien à notre action de secours et d'accompagnement auprès des personnes en détresse sociale.

Merci donc à...

NOS PARTENAIRES PUBLICS :

La Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale (COCOM), BRAVVO, le SPP Intégration Sociale, le SPF Santé publique, le Ministère de la Culture et de la Santé de la Communauté française, 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, 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, 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, la Protection civile, la Croix-Rouge, la STIB, la SNCB, la TEC et DE LIJN, Viva for Life.

NOS PARTENAIRES ASSOCIATIFS :

Abaka, l'Accueil Montfort, l'ADDE, L'AMA, Aquarelle, Ariane, Article 27, @HOME18-24, la Banque Alimentaire, les Amis d'Accompagner, le Home Baudouin, la Bibliothèque d'Ixelles, 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, Consigne Article 23, Convivial, D.R.E.A.M, Diogènes, DoucheFlux, les Educateurs de rue de la commune de Saint-Gilles, l'Escalé,

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, Globe-Aroma, les Grains Noirs, HERMESplus, Het huis van het Nederlands, le Home du Pré, Huis Van De Mens, L'Ilot, Infirmiers de rue, 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 Jeunes Le Gué, la MASS, la Maison Médicale des Primeurs, Couleur Santé et l'ensemble des maisons médicales bruxelloises, la Maison Rue Verte, Médecins du Monde, Medimmigrant, Meeting, MSF, les Missionnaires de la Charité, NASCI, Nativitas, Le Nouveau 150, Opération Thermos, PAG-ASA, la maison d'accueil des Petits Riens, les Petites sœurs des pauvres, Pierre d'Angle, 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, 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 Teresa, Solidarité Grands Froids, SOS Jeunes - Quartier Libre, Source - La Rencontre, Source - La Rive, l'ensemble des Service de Santé Mentale, St Paul's Tervuren, le Stade Fallon, La Strada, Talita, Transit, les Trois Pommiers, Ulysse, Wolu Jeunes, Wopsy ASBL, les Gastrosophes, Hiver 86.400, le PAC et les Écrivains publics, Rom En Rom, le GAMS-Belgique

... 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, Danone, Decathlon Mons, Éclairs et gourmandises, l'École Européenne, Émergences 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, la Clinique Ste-Anne St-Remi, Les Tartes de Française.

... et à 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, aux 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 et d'accompagnement.

Son action se déploie sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale et dans les communes limitrophes. **Son objectif ?** Répondre à une série de manques qui, faute de solutions adaptées, pénalisent la personne sans-abri :

- le manque de « lieux ouverts » à bas seuil d'exigence pour accueillir les personnes sans-abri la nuit ;
- les insuffisances en matière d'accueil d'urgence psychiatrique, d'habitations protégées et de psychiatrie ambulatoire ;
- la rareté des places d'hébergement d'urgence disponibles pour les femmes et les familles avec enfants ;
- la difficulté d'orienter une personne vers un service adapté à sa situation en dehors des horaires de bureau ;
- le besoin de services décloisonnant l'action des différents opérateurs (médicaux, sociaux, et « psy ») ;
- la difficulté d'assurer la continuité des soins médicaux pour les plus démunis et le coût de l'hébergement en structure hospitalière des patients dits « sociaux », autrement dit ceux dont le séjour en hôpital est prolongé faute de logement où effectuer leur convalescence ;
- le manque de pistes quant à la question spécifique des personnes en situation illégale ;
- l'impossibilité, pour les personnes en situation de régularisation en droit de rester sur le territoire, de bénéficier d'allocations sociales.

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 en attendant 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.



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 effectué en entretien. Cette étape d'échange et d'analyse est essentielle, notamment en tant que sas de décompression, pour préparer la troisième étape, celle de **l'insertion** et de l'émancipation.

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.

L'URGENCE POUR MÉTHODE

Premier chaînon de la voie vers la réinsertion, l'aide d'urgence constitue aussi **une méthode par laquelle atteindre les victimes de l'exclusion**, les accompagner vers le recouvrement de leurs droits communs et, in fine, vers la 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'aides 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 globales 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 »

Il existe peu de données sur les grands exclus. L'un des objectifs du Samusocial est donc de jouer un rôle d'**observatoire des phénomènes d'errance** afin de mieux connaître le public sans-abri.

Les personnes rencontrées par le Samusocial font l'objet d'un suivi, ce qui permet de dresser régulièrement une description de leurs caractéristiques (nombre, sexe, âge, 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 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.

Cette connaissance rigoureuse du terrain est utilisée comme levier lorsqu'il s'agit de convaincre les autorités de la nécessité de transformer les institutions, d'adapter les réponses apportées, mais aussi de faire évoluer la représentation des personnes sans-abri dans l'imaginaire collectif.

Le Samusocial est donc un dispositif de sauvetage, d'urgence, 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 2016

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 psychosocial** ;
- 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 2016, la permanence téléphonique du Samusocial a enregistré 151.345 appels, soit une moyenne de 415 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 ?

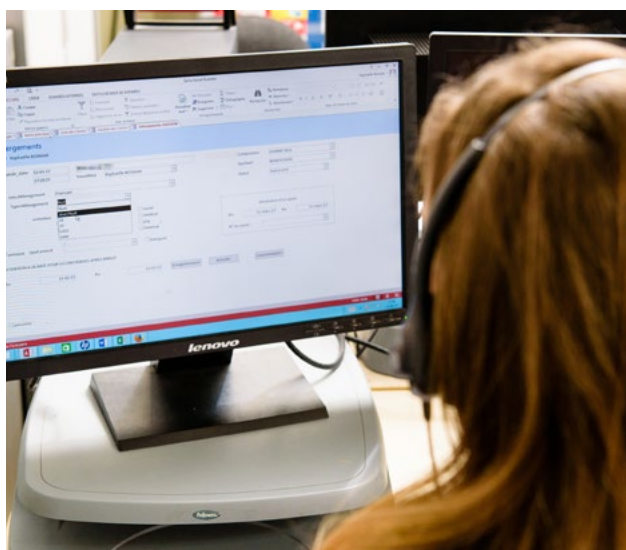
- des **personnes en demande d'aide** (hébergement, informations, intervention des équipes mobiles, ...);
- les services sociaux, de police, les pompiers, les services d'urgences hospitalières et autres **acteurs socio-sanitaires** ;
- des **particuliers** souhaitant signaler une personne en détresse.

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.

En période hivernale, nous constatons que nos lignes téléphoniques sont régulièrement saturées durant les heures de pics d'activité. Nous étudions des pistes qui permettraient de fluidifier le trafic téléphonique et de réduire le temps d'attente en ligne.



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, chroniciées 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 LA MARAUDE DES ÉQUIPES MOBILES

2016: 12.258 rencontres individuelles auprès de 2.243 personnes différentes, 30.466 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 là 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.**



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 la 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 LA MARAUDE DE JOUR

Depuis mai 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.



1.1.2.3 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).

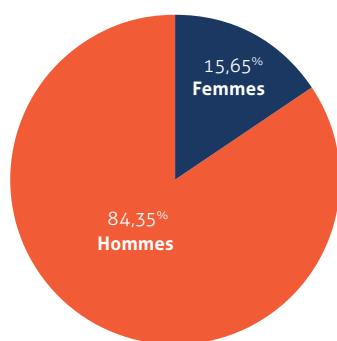
Deux à trois soirs par semaine, elles peuvent par ailleurs bénéficier de l'appui d'un **psychologue**. Celui-ci intervient principalement dans le suivi des personnes présentant des troubles psychiques, très désocialisées et/ou susceptibles de présenter un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. La restauration 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.

1.1.2.4 L'ACTION DES ÉQUIPES MOBILES EN 2016

Au cours de l'année 2016, nos équipes mobiles ont effectué 12.258 rencontres auprès de 2.243 personnes différentes.

Personnes rencontrées par les équipes mobiles



Ces chiffres sont **plus de deux fois plus élevés qu'en 2015**, notamment en raison de l'activation de l'équipe mobile de jour. La grande majorité des personnes rencontrées (84,35 %) sont des hommes.

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.

Notons également que si les équipes mobiles d'aide mènent avant tout leur action auprès des personnes sans-abri, nos travailleurs ont également été amenés à effectuer un travail de prévention auprès de personnes mal logées ou au seuil de la rupture du lien social.

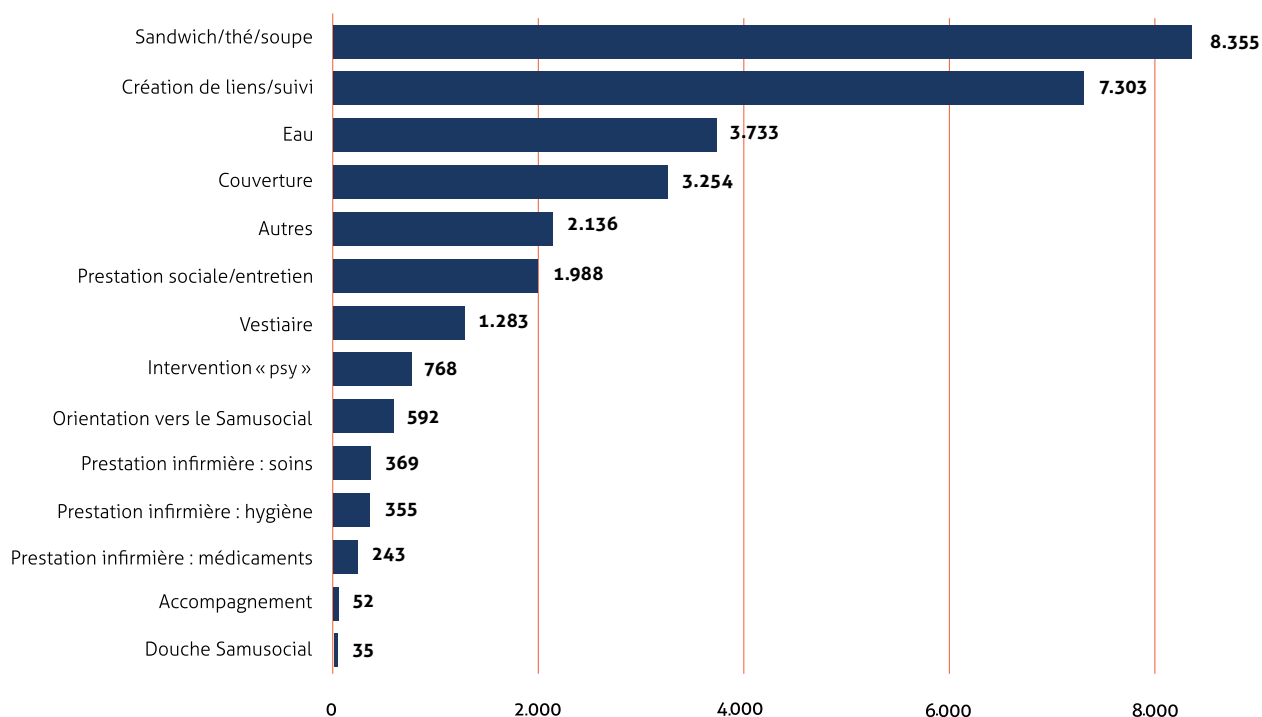
PRESTATIONS EFFECTUÉES

En 2016, le dispositif mobile d'aide de jour et de nuit a réalisé 30.466 prestations, dont :

- 8.355 prestations d'écoute et de suivi ;
- 7.303 distributions de sandwiches/thé/soupe/ chocolat chaud ;
- 3.733 distributions de bouteilles d'eau ;
- 3.254 distributions de couvertures ;
- 1.988 entretiens sociaux ;
- 967 prestations infirmières (soins, distribution de médicaments, ...);
- 768 entretiens « psy » ;
- 592 orientations vers un centre d'hébergement d'urgence du Samusocial.



Prestations des équipes mobiles



Avec l'activation d'une équipe mobile de jour en 2016, nous observons **plusieurs tendances à la hausse** dans les prestations réalisées par nos équipes de maraude :

- le nombre prestations de lien-suivi-entretiens sociaux ;
- le nombre d'orientations vers nos centres d'hébergement ;
- le nombre de prestations infirmières en rue (soins, médicaments, hygiène) ;
- le nombre de couvertures distribuées : notons que de nombreuses couvertures sont également distribuées à la porte de nos centres ;
- le nombre de bouteilles d'eau distribuées : le plan canicule a été activé à plusieurs reprises durant cet été 2016 et dans ce cadre de nombreuses maraudes cyclistes ont été organisées afin de faciliter la mobilité de nos équipes dans le périmètre piétonnier de la Ville de Bruxelles.

Seules les prestations « psy » ont diminué par rapport à 2015. Cette diminution s'explique par le besoin prioritaire d'une permanence « psy » dans nos centres d'hébergement. **Le renforcement de la présence « psy » dans les équipes mobiles d'aide et les centres d'hébergement est à l'agenda des priorités pour les années à venir.** Une des fonctions essentielles des équipes mobiles d'aide est, autant que faire se peut, d'orienter le public

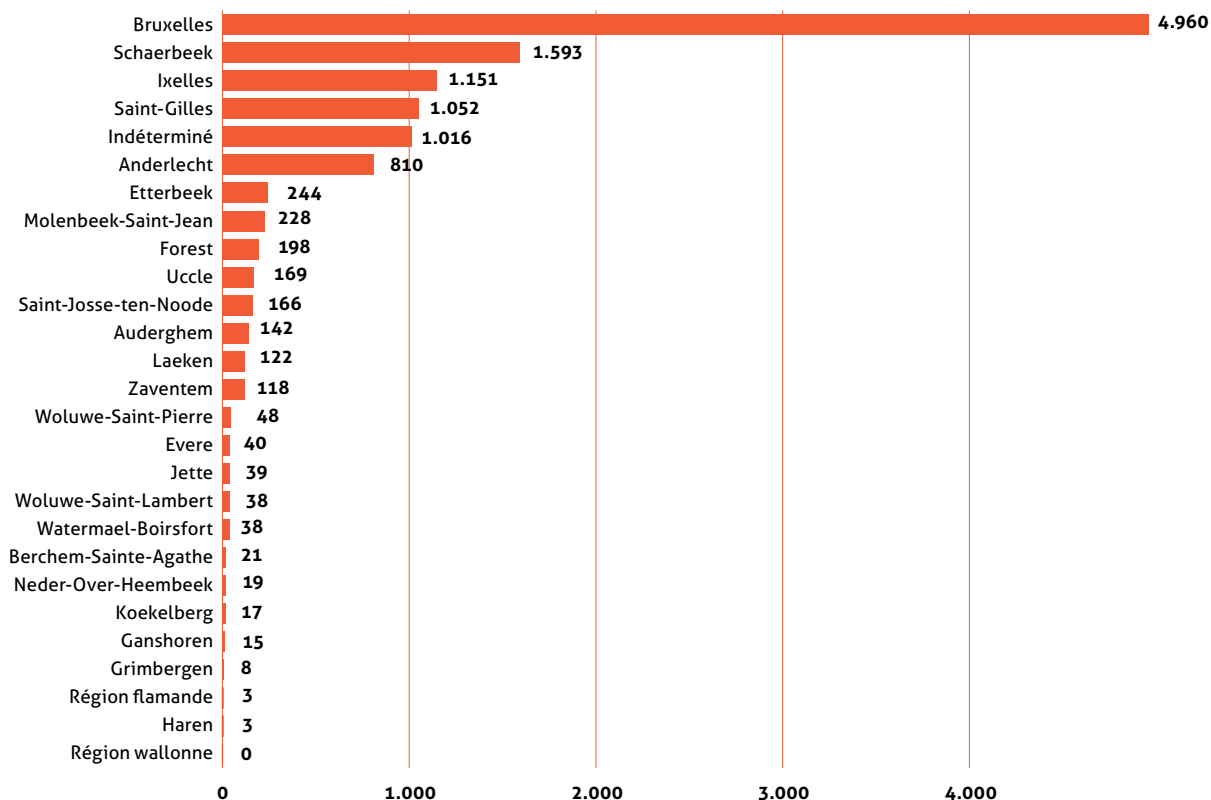
rencontré vers des services adaptés à sa situation, à ses besoins. Le manque d'infrastructures adaptées aux personnes présentant un cumul de problématiques croisées limite cependant fortement les possibilités d'orientation.¹



1 À ce sujet, voir le point « Difficulté/impossibilité d'orientation de sortie de rue pour les personnes « multi-carencées », p.69.

ZONES D'INTERVENTION DES ÉQUIPES MOBILES

Nombre d'interventions par commune



La commune de **Bruxelles et ses communes limitrophes** (Schaerbeek, Ixelles, Saint-Gilles, ...) restent sans surprise la zone où les équipes mobiles interviennent le plus fréquemment. Zaventem est moins représentée qu'en 2015, principalement en raison des contrôles d'accès accrus mis en place depuis les attentats terroristes de mars 2016.

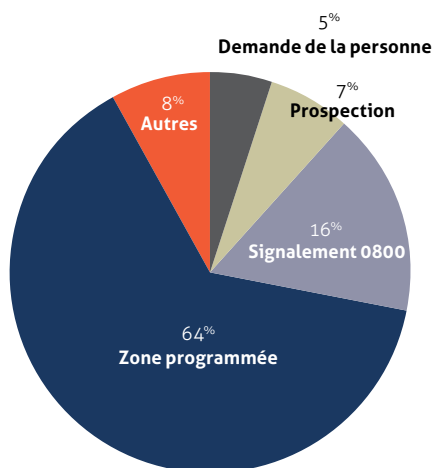
64 % des rencontres ont été réalisées au sein de « zones programmées », autrement dit des **lieux connus** pour être fréquentés par une ou plusieurs personnes sans-abri.

16 % ont été menées à la suite d'un **signalement** effectué auprès de notre permanence téléphonique par un particulier ou des services sociaux.

7 % ont eu lieu dans le cadre d'une **prospection** et **5 %** à la suite d'une **demande directe** de la personne en détresse, soit deux fois plus qu'en 2015 dans un cas comme dans l'autre.

CIRCONSTANCES D'INTERVENTION

Circonstances d'intervention des équipes mobiles d'aide





1.1.2.5 PERSPECTIVES

Depuis la création du piétonnier, il est plus difficile pour nos équipes mobiles de se déplacer dans le centre-ville, lieu pourtant crucial lorsqu'il s'agit de l'aide aux personnes sans-abri. Pour dépasser cet obstacle, nous avons expérimenté quelques **maraudes à vélo** durant l'été 2016. Ce type de maraude s'est révélé très efficace, notamment pendant le plan canicule, car il permet à nos équipes mobiles de circuler plus facilement et donc d'augmenter le nombre de rencontres. Pour l'année 2017, nous tenterons donc de généraliser, du moins quand les conditions météorologiques le permettent, les maraudes à vélo.

D'autre part, dès janvier 2017, **des maraudes « psy »** seront organisées de façon plus spécifique avec la constitution de l'équipe **mobile « 107 Précarité »**. Fruit d'une association avec les ASBL SMES-B et Source, cette équipe mobile pluridisciplinaire sera composée d'un coordinateur, d'un psychiatre, de psychologues et d'une infirmière. Elle interviendra dans la prise en charge des personnes sans-abri en détresse sur le plan de la santé mentale et s'intégrera notamment au dispositif des équipes mobiles d'aide du Samusocial, en collaboration étroite avec un réseau de services de santé mentale spécialisé dans la grande exclusion.

Ses objectifs seront multiples : proposer un soutien psychologique individualisé le temps de la crise, réinscrire la personne dans un réseau de soins adapté, soutenir un projet personnel de sortie de rue ou, à minima, proposer des alternatives visant l'amélioration de son cadre de vie. L'équipe « 107 Précarité » interviendra également à la demande de tiers (police, CPAS, associations, citoyens, ...) et répondra aux situations d'urgence qui lui seront signalées.²

² Pour plus d'informations sur le projet « 107 Précarité », voir le point « L'accompagnement proposé par la cellule « psy » p. 20.

1.1.3 L'HÉBERGEMENT

En 2016, le Samusocial a offert 220.126 nuitées à 6.296 personnes différentes, soit une moyenne de 603 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 :

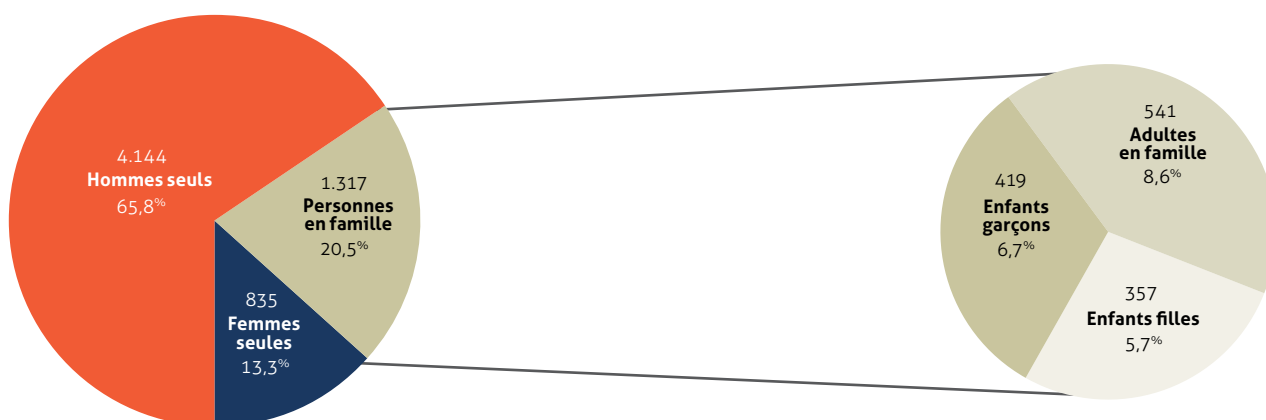
- à un **repas** chaud le soir et à un petit-déjeuner ;
- à des **sanitaires** (douches, toilettes) ;
- à des **vêtements** de rechange via un service vestiaire géré par l'ASBL Solidarité Grands Froids ;
- à une **permanence psychosociale** : entretiens et suivi individuels, soutien dans la poursuite des démarches sociales (notamment l'ouverture des droits) et orientation 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.³

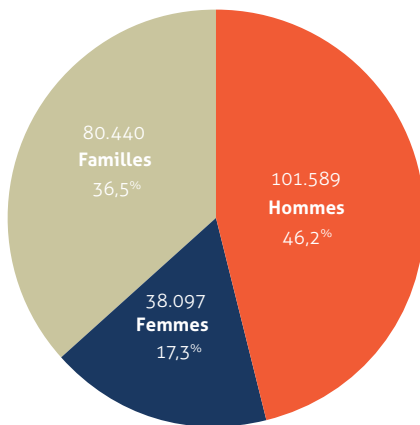
1.1.3.1 OBSERVATIONS QUANT AU PUBLIC ACCUEILLI

Répartition des personnes hébergées selon la composition



3 À ce sujet, voir le point « Les dispositifs d'hébergement », p. 28.

Répartition des nuitées offertes selon la composition



Le nombre de **personnes accueillies (6.296)** tout comme le **nombre de nuitées offertes (220.126)** ont sensiblement augmenté par rapport à l'an passé. La prolongation du Plan Hiver jusqu'au 1^{er} juin pour les familles ainsi que l'ouverture du centre MediHalte depuis juin 2015 expliquent partiellement cette augmentation.

Comme toujours, ce sont les **hommes seuls** qui composent la catégorie la plus représentée. Ils constituent en effet **65,8 % du public accueilli** et **46,2 % des nuitées offertes**.

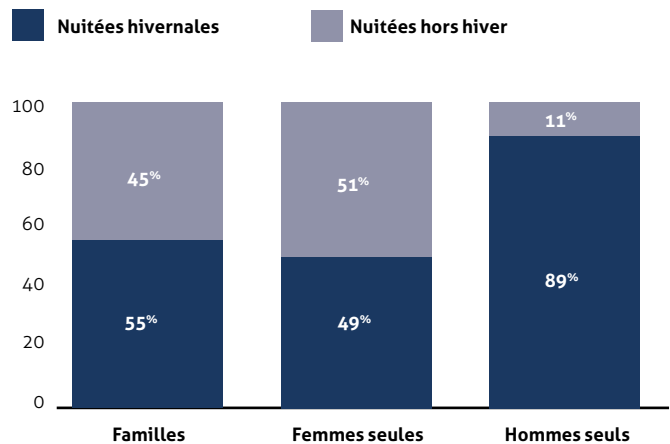
Les **familles** représentent **20,9 % du public hébergé** et **36,5 % des nuitées offertes**.

Les **femmes seules** sont la catégorie la moins représentée, elles constituent **13,3 % du public accueilli** et **17,3 % des nuitées offertes**.

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 2016 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 2016-2017) menace pourtant aujourd'hui la poursuite de cette politique.

Répartition des nuitées offertes selon la composition et la période d'hébergement (%)



1.1.4 L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOSOCIAL

70 % des personnes accueillies en 2016 (4.407) ont bénéficié d'un accompagnement social durant leur séjour au Samusocial.

En 2016, 1.067 orientations de sortie de l'urgence ont été réalisées par nos services, soit une moyenne de 3 personnes orientées par jour.

Le **soutien et l'accompagnement sociaux** ont pour objectif d'affiner et d'approfondir le premier diagnostic social posé de 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 psychosocial 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.). Le manque de places d'hébergement d'urgence de nuit, l'inadéquation du profil d'une partie des personnes accueillies par rapport aux exigences des services existants, la fermeture de l'accueil durant la nuit dans la plupart des maisons d'accueil et leur saturation, l'absence de projets adaptés aux besoins psycho-médico-sociaux de certains types de publics sont autant de **difficultés à notre mission d'orientation**.
- **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 NOS SERVICES D'ACCOMPAGNEMENT EN 2016

Sur 1.905 projets d'orientation activés, 1.067 ont abouti à une solution effective de sortie de l'urgence, soit une moyenne d'environ 3 orientations de personnes par jour.



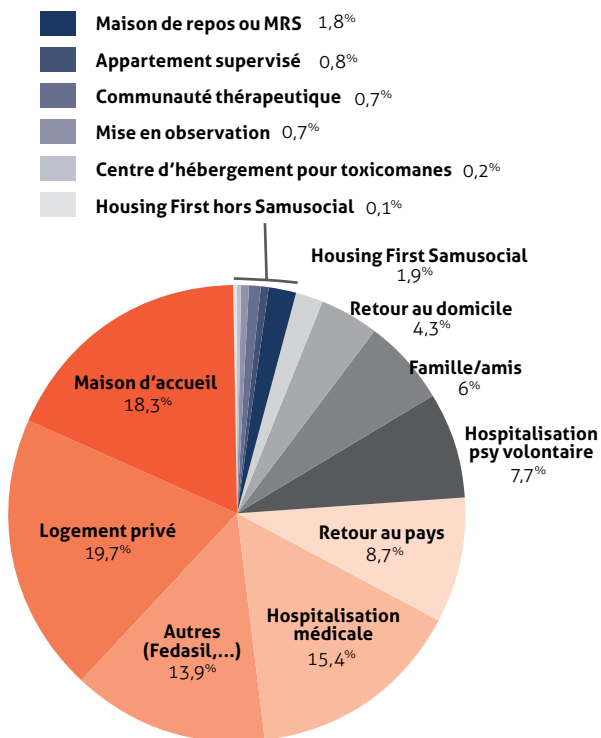
Les **orientations les plus fréquemment menées** par les équipes d'accompagnement sont l'intégration d'un **logement privé (19,7 %)**, d'une structure de deuxième ligne de type « maison d'accueil » (**18,3 %**) et les **hospitalisations médicales (15,4 %)**.

Notons que les règles d'admission en maison d'accueil sont souvent trop strictes pour accueillir un public parfois fortement déstructuré et/ou présentant souvent un cumul de problématiques (troubles « psy », santé, assuétudes, inaptitude au travail, ...) compliquant son orientation vers une structure d'accueil de deuxième ligne.⁴

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 psychosocial est effet 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, ...

1.067 orientations sortantes en 2016



1.1.4.2 FOCUS SUR L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL DES FAMILLES⁵

Sur les 397 familles accueillies en 2016 (1.307 personnes dont 776 enfants), 357 familles ont été orientées par notre service social vers une solution de sortie de rue.

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

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 ;

⁴ À ce sujet, voir le point « Difficulté/impossibilité d'orientation de sortie de rue pour les personnes « multi-carencées » », p. 69.

⁵ 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. 30.

- les femmes toxicomanes avec enfants ;
- les familles présentant des troubles mentaux ou une maladie ;
- les familles exclues du réseau de 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 **expulsées de leur logement**, une orientation en maison d'accueil (Ariane, l'Ilot, 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 d'Anderlecht 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 pour femmes battues, 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.

En 2016, la collaboration avec le réseau dans l'accompagnement des familles pour réactiver du « lien social » implique ainsi plus de 20 acteurs.



1.1.4.3 FOCUS SUR L'ACCOMPAGNEMENT PAR LA CELLULE « PSY »

428 personnes ont été accompagnées par la cellule « psy » durant leur séjour au Samusocial.

La cellule « psy » du Samusocial opère entre la sphère de l'aide sociale et celle de l'aide psychiatrique. Actuellement, elle se compose de deux **psychologues**, d'une **éducatrice**, d'une **infirmière** spécialisée en santé communautaire, d'un **psychiatre** et d'un **médecin généraliste** à temps partiel.

OBJECTIFS

La cellule « psy » vise principalement à :

- **créer un lien** de confiance avec la personne précarisée, tenter d'**atténuer sa souffrance psychique et son sentiment d'exclusion** par des rencontres régulières et une écoute active et empathique ;
- **offrir une réponse** permettant de surmonter les obstacles rencontrés dans l'aide aux **personnes précarisées en souffrance mentale**, celles-ci cumulant souvent plusieurs problématiques (médicales, psychiatriques et/ou sociales) ;
- **renforcer les collaborations** entre le réseau de prise en charge psychiatrique (hospitalier et ambulatoire) et les services de première ligne d'aide aux sans-abri ;
- **proposer une prise en charge adaptée**, spécifique à ce public, mobile, gratuite et rapide dans son intervention ;
- **lutter contre la stigmatisation** des personnes défavorisées en souffrance psychique en évitant (ou limitant) leur psychiatriation (hospitalisations systématiques) ;
- **soutenir les professionnels** dans leur accompagnement des personnes.

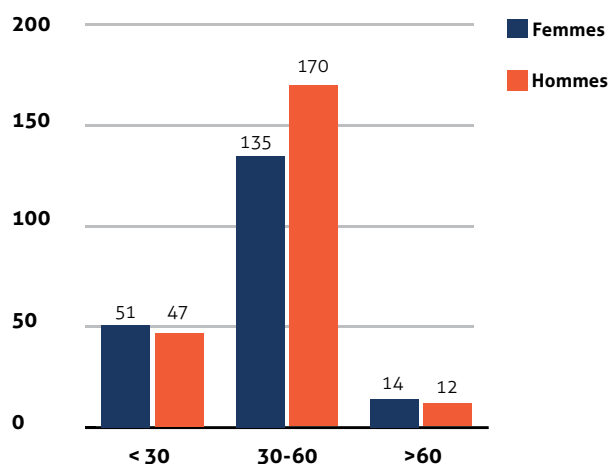
PUBLIC AIDÉ

Cette année, **428 personnes** ont fait l'objet d'une intervention par la cellule « psy » (soutien ponctuel en période de crise, suivi plus régulier s'étalant sur la durée, ...)

53 % des personnes suivies par le pôle « psy » en 2016 étaient des hommes (228), une proportion légèrement plus importante que celle des femmes, qui constituent quant à elles 47 % du

public (200). En effet, bien que la proportion d'hommes seuls en rue soit largement supérieure à celle des femmes seules, ces dernières font l'objet d'un soutien plus intensif. Nous constatons par ailleurs que les troubles psychiatriques constituent une cause de rupture majeure parmi le public des femmes seules chronicisées dans l'errance.

Catégories d'âge des personnes aidées par la cellule « psy »



Conformément aux années précédentes, l'âge des personnes rencontrées oscille principalement entre **30 ans et 60 ans**.

En ce qui concerne le statut administratif, nous observons qu'**une majorité des personnes suivies sont en ordre de séjour en Belgique (64 %)**, c'est-à-dire belges ou assimilées et porteuses d'un titre de séjour valable.

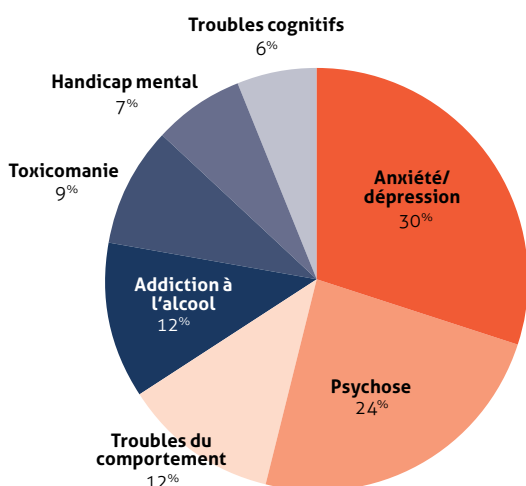


DESCRIPTIF DES PROFILS PSYCHIATRIQUES DES PERSONNES

AIDÉES

Pour rappel, le Samusocial ne dispose pas d'un centre d'expertise psychiatrique, il est avant tout un lieu d'hébergement d'urgence et de transit. Les données suivantes sont donc à envisager à titre illustratif.

Prévalence des troubles psychiatriques observés



Les symptomatologies les plus fréquemment rencontrées chez les personnes suivies sont **l'anxiété/dépression (30 %)**, **les troubles psychotiques (24 %)** et **les problématiques d'addiction (21 %)**. Cependant, et bien que ces affections soient moins présentes, nous relevons une forte prévalence des troubles du comportement d'origines diverses et de personnes présentant des troubles cognitifs.

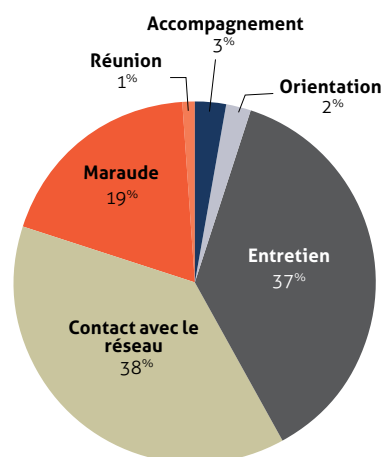
Rappelons cependant que ces traits pathologiques ne sont pas forcément présents de manière exclusive chez un même individu. Au contraire, une personne peut présenter plusieurs de ces affections de façon concomitante.

ACTIVITÉS MENÉES ET ORIENTATIONS

En 2016, la cellule « psy » a mené 4.082 interventions auprès de 428 personnes.

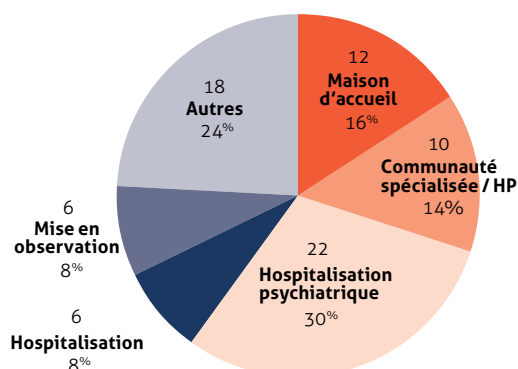
Parmi celles-ci, notons l'importante proportion d'**entretiens (37 %)** et de **contacts avec le réseau de la personne (38 %)**. Les **maraudes (19 %)** constituent également une part importante de nos prestations. Les 5 % restants regroupent les accompagnements, les réunions et les orientations.

Prestations menées par la cellule « psy »



Sur 428 personnes suivies par la cellule « psy » en 2016, **74 orientations vers des solutions d'hébergement plus adaptées** ont pu être trouvées :

Nature des orientations menées



- Les **orientations en psychiatrie** constituent **38 % des orientations** totales (en comptant les hospitalisations volontaires (30 %) et contraintes (8 %)). Bien qu'il soit en baisse, le pourcentage d'hospitalisation sous contrainte (mises en observation ou MEO) reste relativement constant et significatif d'une réelle problématique sociétale de santé mentale. En effet, malgré notre volonté d'éviter la « psychiatisation » des personnes en souffrance psychique et notre souci de privilégier les prises en charge consenties, nous sommes régulièrement amenés à prendre ce type de décision violente, dans le but de protéger la personne (d'elle-même et/ou (de) son entourage. Dans la plupart des cas, cette décision de MEO a été lancée en concertation avec l'ensemble de l'équipe « psy », mais aussi en collaboration avec nos partenaires du réseau associatif (Infirmières de rue, Diogènes, SMES-B, ...).



- **L'orientation en maison d'accueil (16 %)** reste une solution couramment mise en place. Cette option offre l'avantage d'un accès relativement rapide à un lieu de vie stable (combiné, si nécessaire, à un suivi psychologique et/ou psychiatrique ambulatoire) et constitue un intermédiaire (à court ou moyen terme) intéressant entre la rue et le logement. Nous devons cependant constater que cette option est souvent inadaptée à la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiatriques (notamment en raison du cadre strict que ce type d'institution impose). Par ailleurs, nous observons également de nombreuses réticences et appréhensions de la part de certaines de ces structures quant à l'accueil de ce public fragile, même lorsqu'il est tout à fait stabilisé sur le plan psychiatrique.
- Les **24 % d'orientations vers la catégorie « Autres »** comprennent les retours au domicile conjugal ou familial, les retours au pays d'origine et l'accès à un logement (11 %). Ce dernier résultat est directement lié à l'activation du projet Housing First mis en place en juin 2015.⁶ Nous soulignerons cependant le manque d'accès au logement pour notre public précarisé au sens large.

- **14 % de personnes sont orientées dans des structures spécialisées** de type « communauté thérapeutique » principalement à destination des usagers de drogues.
- Enfin, **8 %** des orientations se font **vers le secteur hospitalier** pour raisons somatiques.

1.1.4.4 PERSPECTIVES

L'année à venir sera notamment marquée par la poursuite du **projet « Bitume »**, une collaboration entre le Samusocial et les ASBL Source et Transit.

Consistant en un réseau d'intervenants psycho-médico-sociaux actifs en Région bruxelloise, le projet Bitume a pour objectif de définir des trajectoires innovantes d'accompagnement et de prise en charge pour 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.⁷

⁶ À ce sujet, consulter le point « Le programme Housing First », p. 46.

⁷ À ce sujet, consulter le point « Difficulté/impossibilité d'orientation de sortie de rue pour les personnes « multi-carencées », p.69.

Ce dispositif, issu d'une transposition du modèle WaB⁸, fonctionne de façon intégrée, le réseau étant préexistant. Il vise principalement à optimiser le travail entre opérateurs et la continuité de suivies bénéficiaires. Il tente d'améliorer de la qualité de prise en charge, d'anticiper des 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.

En ce qui concerne l'**accompagnement psychologique**, 2016 fut une période charnière pour l'équipe mobile « psy » du Samusocial. Dans un contexte général de réforme en matière de soins et de santé mentale, le Samusocial a perdu pour 2017 le financement de sa cellule mobile spécialisée, cette mission ayant été confiée à un autre opérateur, le Centre Hospitalier Jean Titeca (CHJT). Craignant la perte des bonnes pratiques et le suivi de ce public sans abri hautement vulnérable, le Samusocial, en association avec les ASBL SMES-B et Source, a proposé au CHJT la création d'une « équipe mobile précarité ».

Dès janvier 2017, le Samusocial soutiendra donc activement **le Projet « 107 Précarité »** en intégrant au sein de ses équipes quatre membres de cette équipe mobile : la coordination, les deux psychologues et une infirmière. Cette équipe profitera de l'expertise et des ressources de l'institution, tant humaines que logistiques. Afin de faciliter leurs échanges et de leur créer un espace de rencontre spécifique, le Samusocial leur mettra à disposition un local de réunion aménagé à cet effet.

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 déploiera son action autour de quatre grands axes :

- assurer des permanences en journée et soirée au sein des différents dispositifs d'hébergements 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 sera 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 tente 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 pour la personne.



8 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 optimiser la prise en charge des bénéficiaires, dans le but de promouvoir les soins et d'assurer leurs continuités. L'accent est mis sur les clients qui se perdent dans les différentes institutions d'aide, qui formulent des demandes d'aide multiples ou qui ne trouvent pas/plus de réponse satisfaisante à leurs besoins.

1.1.5 LES CONSULTATIONS MÉDICALES ET INFIRMIÈRES

39 % des personnes accueillies en 2016, soit 2.455 personnes, ont été vues par le service médical et infirmier durant leur séjour au Samusocial. Elles ont pu bénéficier de 132.960 prestations⁹ médicales et infirmières, soit :

- **16.835 prestations dans nos centres d'hébergement d'urgence, soit une moyenne de 46 prestations par jour ;**
- **116.125 prestations dans notre centre d'hébergement médicalisé, la MediHalte.**

Les personnes hébergées dans les centres d'hébergement du Samusocial peuvent bénéficier chaque soir de consultations infirmières. La **permanence médicale et infirmière de jour du centre d'accueil permanent** complète l'action de soins initiée de 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.¹⁰

Le nombre de consultations médicales et infirmières a considérablement augmenté au cours des dernières années. Deux raisons expliquent cette croissance :

- L'ouverture de deux centres supplémentaires, le centre Familles et la MediHalte, le centre d'hébergement médicalisé du Samusocial.
- Le fait que les personnes malades, blessées ou nécessitant des soins sont accueillies en priorité dans les centres d'hébergement. Ceci permet de traiter des pathologies chroniques et d'éviter le recours aux urgences hospitalières de nuit pour des traitements souvent possibles en ambulatoire. Les personnes blessées ou souffrant d'affections respiratoires aiguës sont également mises à l'abri pour un court séjour au Samusocial. Quant aux personnes en attente d'hospitalisation (chirurgie programmée) ou sortant de l'hôpital nécessitant une période de convalescence, elles pourront être admises au centre MediHalte

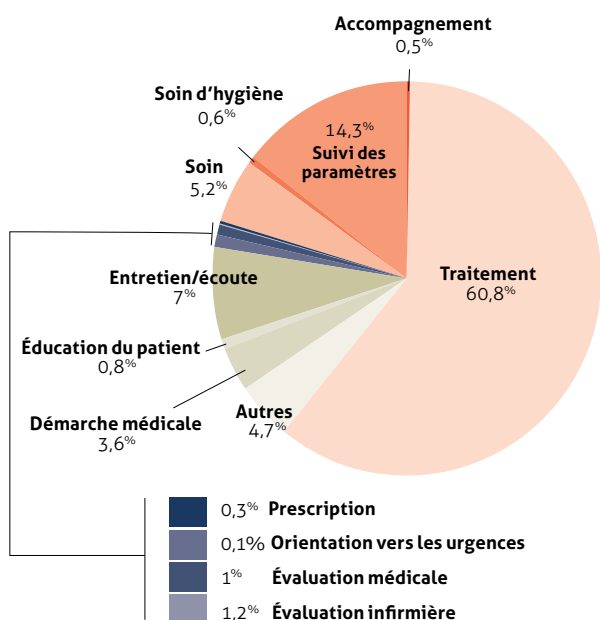


⁹ Plusieurs prestations peuvent être assurées au sein d'une même consultation.

¹⁰ Pour plus d'informations sur le sujet, consulter le point « Le centre MediHalte », p. 39.

1.1.5.1 PRESTATIONS MÉDICALES ET INFIRMIÈRES MENÉES EN 2016

Prestations médicales et infirmières effectuées dans l'ensemble des centres d'accueil du Samusocial



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

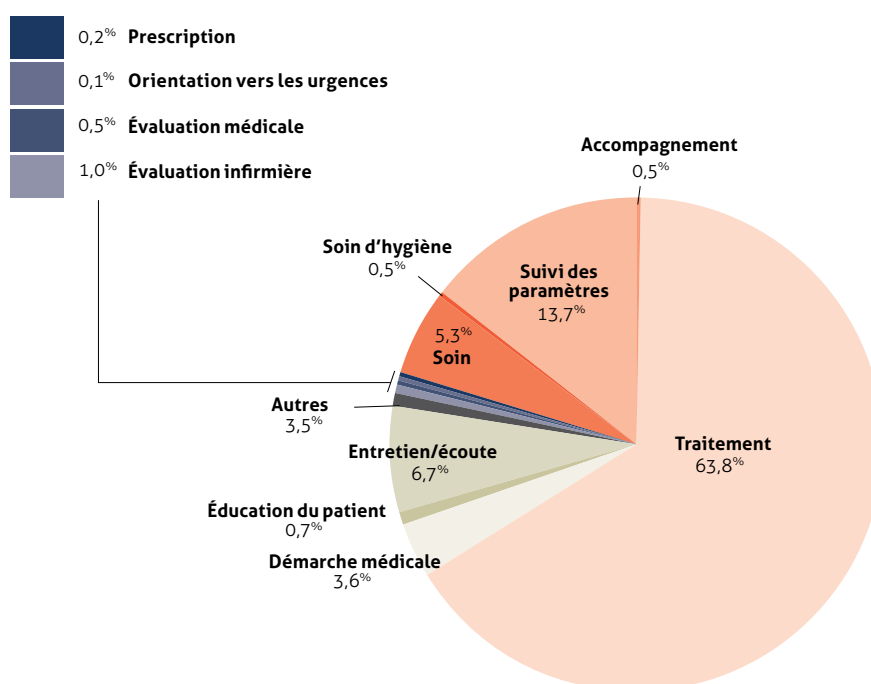
Nous constatons que les prestations les plus importantes en termes de nombre sont **l'administration de traitements** (traitements médicamenteux, aérosols, injections, gouttes ophtalmologiques et auriculaires, « dépannage » de médicaments) qui constitue **60,8 % des prestations (80.822)**.

14,3 % (18.953) des prestations sont consacrées au suivi des paramètres (tension, pouls,...), **7 % (9.272) aux entretiens** (écoute, informations), **5,2 % (6.942) aux soins** (plaies, soins d'hygiène) et **3,6 % (4.765) aux démarches médicales** (prise de contact avec les hôpitaux et les médecins, accès à l'aide médicale urgente, mutuelle,...).

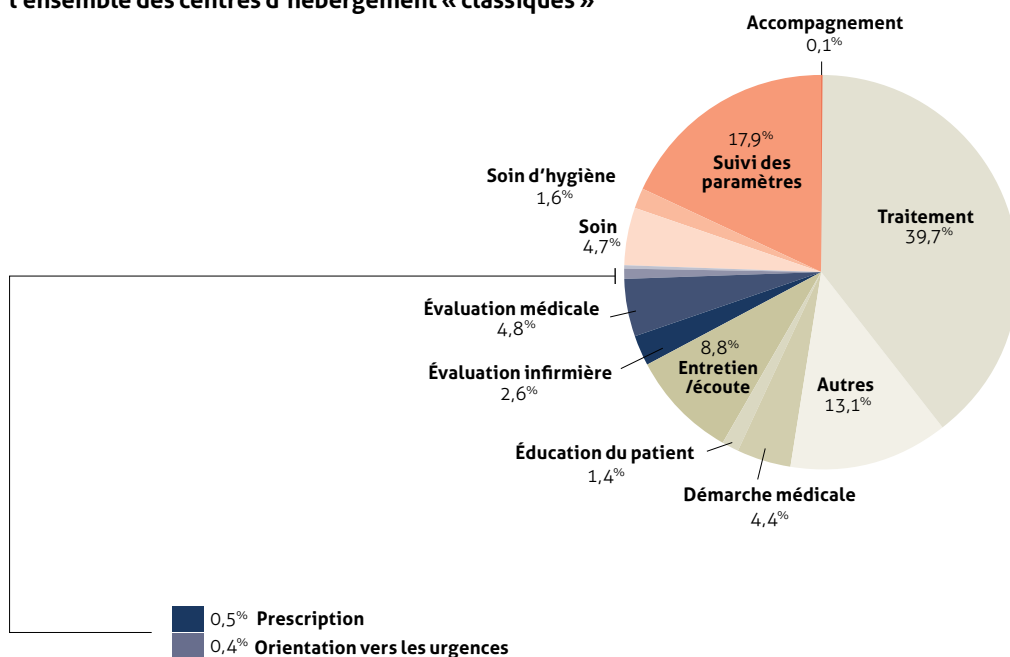
Nous réalisons également un certain nombre **d'accompagnements physiques** (616) pour des rendez-vous médicaux afin d'expliquer la situation et de faciliter les échanges entre le consultant et la personne hébergée, et de pouvoir, dans un deuxième temps, réexpliquer les conclusions de cette consultation à l'équipe et au patient.

Notons encore que le faible nombre de prescriptions s'explique par le fait que de nombreux patients n'ont pas de mutuelle en ordre ou n'ont pas les moyens de payer.

Prestations médicales et infirmières effectuées à la MediHalte



Prestations médicales et infirmières effectuées dans l'ensemble des centres d'hébergement « classiques »



87,3 % des 132.960 prestations médicales et infirmières menées par le Samusocial en 2016 l'ont été dans le centre MediHalte, qui a effectué 116.125 prestations contre 16.835 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.

Nous observons que l'administration de traitements occupe 64 % des prestations à la MediHalte, contre 40 % 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.



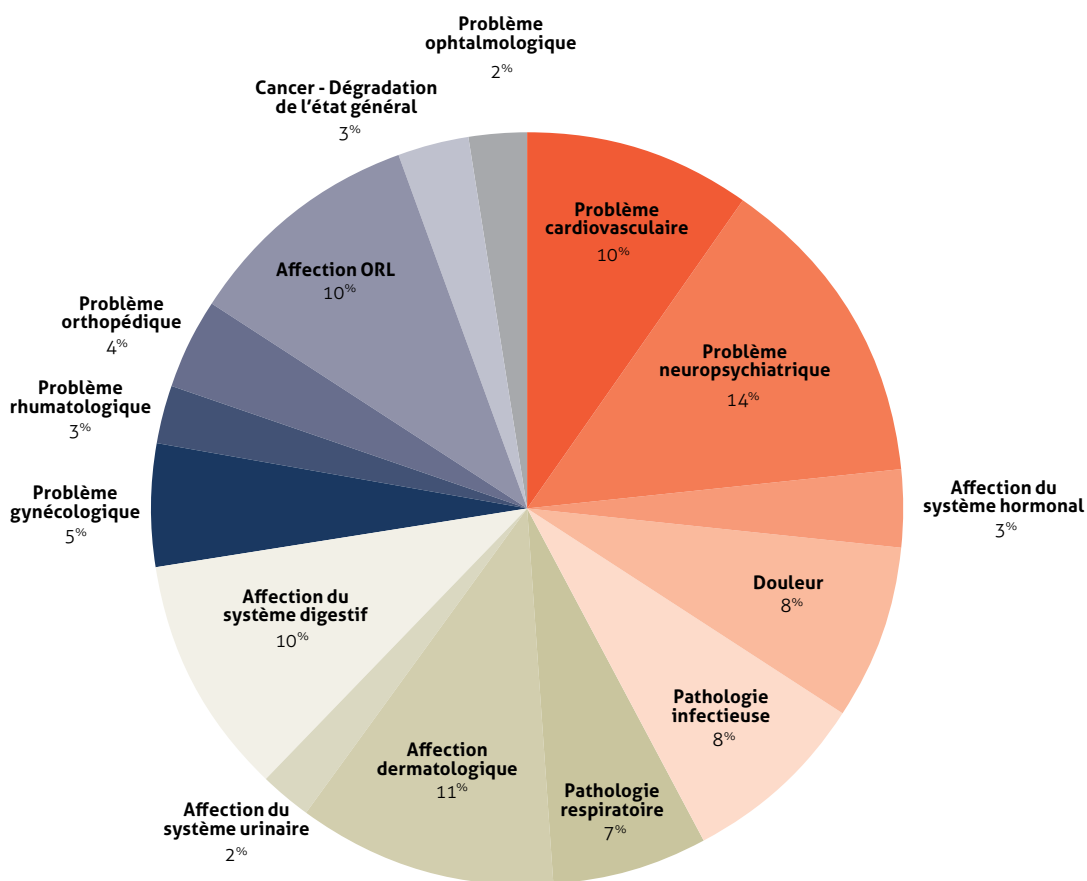
1.1.5.2 PATHOLOGIES RENCONTRÉES DANS LES PERMANENCES MÉDICALES DU CENTRE D'HÉBERGEMENT D'URGENCE

Les données exposées ci-dessous reprennent les pathologies observées lors des consultations médicales du centre d'hébergement d'urgence de la rue du Petit Rempart, la « porte d'entrée » du Samusocial, par laquelle transitent l'ensemble des personnes hébergées.

Cette année encore, les principales affections rencontrées sont les **affections neuropsychiatriques (14 %)**, les **affections**

dermatologiques (11 %), les **atteintes du système digestif (10 %)** et les **pathologies cardiovasculaires (10 %)** qui sont et restent des affections courantes parmi la population sans-abri. Les **atteintes ORL** sont également particulièrement importantes (10 %) et s'expliquent par l'**augmentation du nombre d'enfants hébergés**, mais aussi par une meilleure catégorisation de ces affections qui, les années précédentes, étaient comptabilisées comme « douleur/inflammation ».

Pathologies rencontrées dans les permanences médicales du centre d'hébergement d'urgence



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 :

- le centre d'accueil d'urgence ;
- le centre Familles ;
- la MediHalte ;
- le programme Housing First ;
- le Plan Hiver 2015-2016.



1.2.1 LE CENTRE D'ACCUEIL D'URGENCE

En 2016, le centre d'accueil d'urgence du Samusocial a offert 51.527 nuitées à 2.876 personnes différentes, soit une moyenne de 141 hébergements par jour.

Situé au cœur de Bruxelles, **le centre d'accueil d'urgence de la rue du Petit Rempart constitue 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.

Le centre d'hébergement d'urgence offre un **accueil 7j/7 et 24h/24** au sein d'espaces collectifs et de 32 chambres pour 110 lits organisés en trois départements distincts (familles, femmes, hommes).

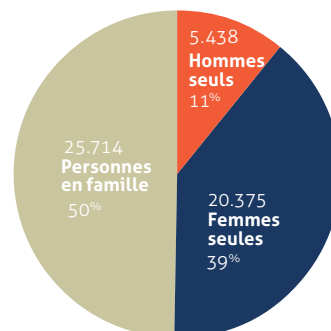
Les services proposés par le Samusocial aux personnes accueillies dans le centre d'hébergement d'urgence :

- une **permanence psychosociale** : 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 psychosociales, notamment l'ouverture des droits ;
- des **consultations médicales et infirmières** ;
- un **service vestiaire** géré par l'ASBL Solidarité Grands Froids avec des vêtements propres ;

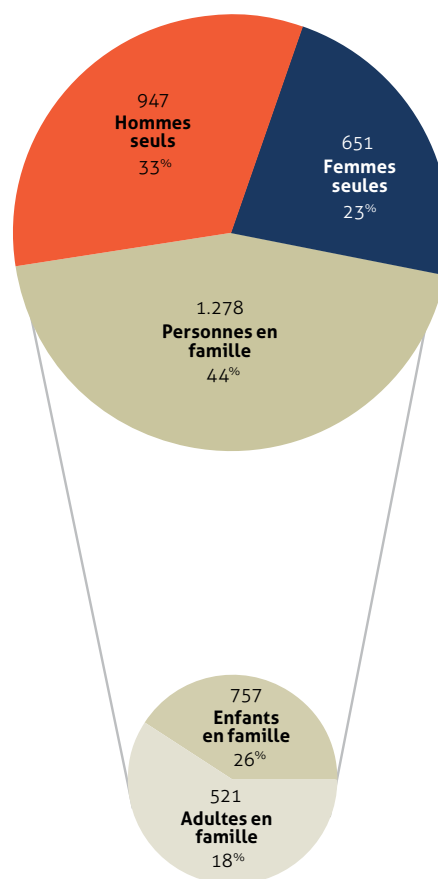




Répartition des nuitées offertes - Centre d'accueil d'urgence



Répartition des personnes hébergées - Centre d'accueil d'urgence



- des **repas** chauds le soir, le midi et un petit déjeuner le matin ;
- l'accès à des **sanitaires** adaptés pour les personnes à mobilité réduite (douches, WC) ;
- l'accès à Internet.

Il s'agit de répondre aux **besoins primaires** de la personne (soigner, nourrir, loger), de la soulager et de lui permettre de se poser. Chaque personne hébergée est invitée à rencontrer un assistant social. À l'issue d'**un diagnostic et d'un travail psychosocial** plus approfondis, les personnes accueillies pourront ensuite être réorientées vers des structures de plus long terme davantage adaptées à leur situation et gérées par le Samusocial, vers d'autres institutions (maison d'accueil, centre de revalidation, centre de cure, maison de repos, ...) ou vers des solutions privées (logement personnel, famille, amis) en fonction de leur profil et de leur situation.

En hiver, la mission d'accueil d'urgence voit sa capacité d'hébergement renforcée par l'ouverture de centres hivernaux (jusqu'à quatre centres supplémentaires pour ce dernier hiver 2016-2017) en complément du centre permanent de la rue du Petit Rempart.¹¹

11 Pour plus d'informations sur le plan hivernal de l'année écoulée, voir le point « Le Plan Hiver 2015-2016 », p. 52.

1.2.2 LE CENTRE FAMILLES

En 2016, le centre Familles a accueilli 96 familles, soit 344 personnes dont 215 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 **130 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 durée d'hébergement n'est pas limitée dans le temps et varie, mais reste généralement de courte ou de moyenne durée, le centre restant avant tout un dispositif d'urgence.
- 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 psychosocial 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. Un **travail en réseau** efficace impliquant tous les acteurs est à cette fin primordial (structures publiques, sociales, médicales, écoles, services d'aide pour l'accès au logement, soutien psychologique, services juridiques, ...).



1.2.2.1 UN CADRE ALLIANT INTIMITÉ ET ESPACES DE VIE COLLECTIVE CONVIVIAUX

Le centre Familles offre une capacité d'accueil de **130 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 psychosocial et d'un cabinet pour les consultations médicales et paramédicales.

1.2.2.2 OFFRE DE SERVICE

L'équipe pluridisciplinaire de 36 travailleurs assure une présence continue. Elle est notamment composée de **travailleurs sociaux** (assistants sociaux, éducateurs, accompagnatrices et aides à la vie journalière), d'une **infirmière**, d'une **psychologue** et d'une **puéricultrice**. Nuit et jour, l'équipe fait vivre le centre et veille conjointement au bon déroulement de ses missions.

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 activités intra et extra-muros ont lieu environ cinq fois par semaine et réunissent 15 participants en moyenne. Durant les vacances scolaires, les enfants ont par ailleurs la possibilité de participer à des stages.

Des partenaires comme l'ASBL Solidarité Grand Froid 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 »**. En effet, les familles qui intègrent le centre se trouvent souvent fragilisées : le stress, l'anxiété, l'incertitude et la perte de repères découlant de la privation de logement sont autant de facteurs susceptibles de peser sur les rapports parent(s)/enfant(s), sur l'équilibre général de la famille ainsi que sur celui de ses membres. C'est pourquoi cette cellule, subsidiée par Viva for Life et composée d'une **psychologue** et d'une **puéricultrice** engagées à temps plein, vient renforcer le travail des éducateurs :

- La **psychologue** assure le suivi psychologique des familles et leur offre un temps d'arrêt, de parole et de structure. Les échanges se déroulent essentiellement de manière informelle, afin d'effacer les barrières organisationnelles et favoriser l'échange. Lorsqu'une situation le nécessite, un entretien est programmé.
- La **puéricultrice** renforce l'équipe par ses connaissances en matière de petite enfance. Elle conseille et propose des activités favorisant les liens entre les parents et les enfants, lien souvent fragilisé en raison de la situation traversée par les familles.

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 (19 séances en 2016 et 14 participants en moyenne)** : partant du constat que les femmes hébergées dans le centre évoluaient, pour la plupart, en dehors de toute vie sociale, un projet d'activité entre femmes a été développé par notre psychologue et notre infirmière. Ce rendez-vous permet aux mamans de prendre du recul par rapport à leur quotidien, de se retrouver entre elles et d'échanger sur des questions touchant à la féminité dans un espace où règnent la confidentialité et la liberté d'expression.
- **Les repas des nourrissons (144 séances sur l'année accueillant 8 participants en moyenne)** : 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/féculeux), l'occasion d'échanger des conseils et de partager autour de la culture culinaire.

- **L'atelier de lecture active en famille (19 séances sur l'année accueillant 14 participants en moyenne):** la bibliothèque du centre dispose d'un large choix de livres pour tout âge. 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.
- 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.

Renouvelée une première fois en 2016, elle fait actuellement l'objet d'une évaluation en vue d'un nouveau financement.

VOLET MÉDICAL

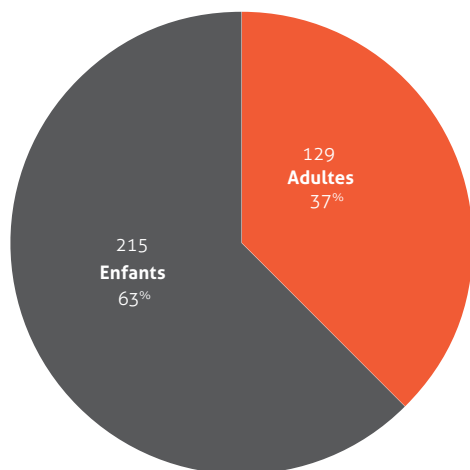
Le suivi médical des familles est assuré par une **infirmière**, assurant la permanence du lundi au vendredi dans le centre. Elle est épaulée par un **médecin** qui assure ponctuellement des consultations. Chaque nouvelle personne hébergée fait l'objet d'un bref **bilan de santé** à son arrivée, de façon 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 :



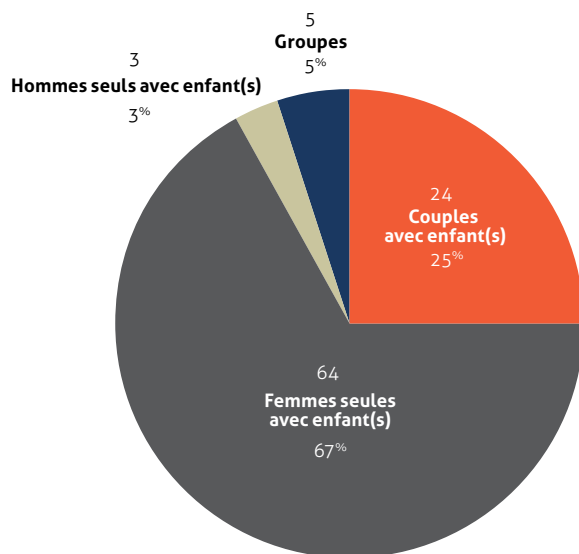
1.2.2.3 OBSERVATIONS QUANT AU PUBLIC ACCUEILLI

Entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 décembre 2016, le centre Familles du Samusocial a accueilli **96 familles**, composées de **344 personnes (129 adultes et 215 enfants** ou jeunes adultes). Les enfants représentent ainsi deux tiers du public accueilli.

Public accueilli - Centre Familles

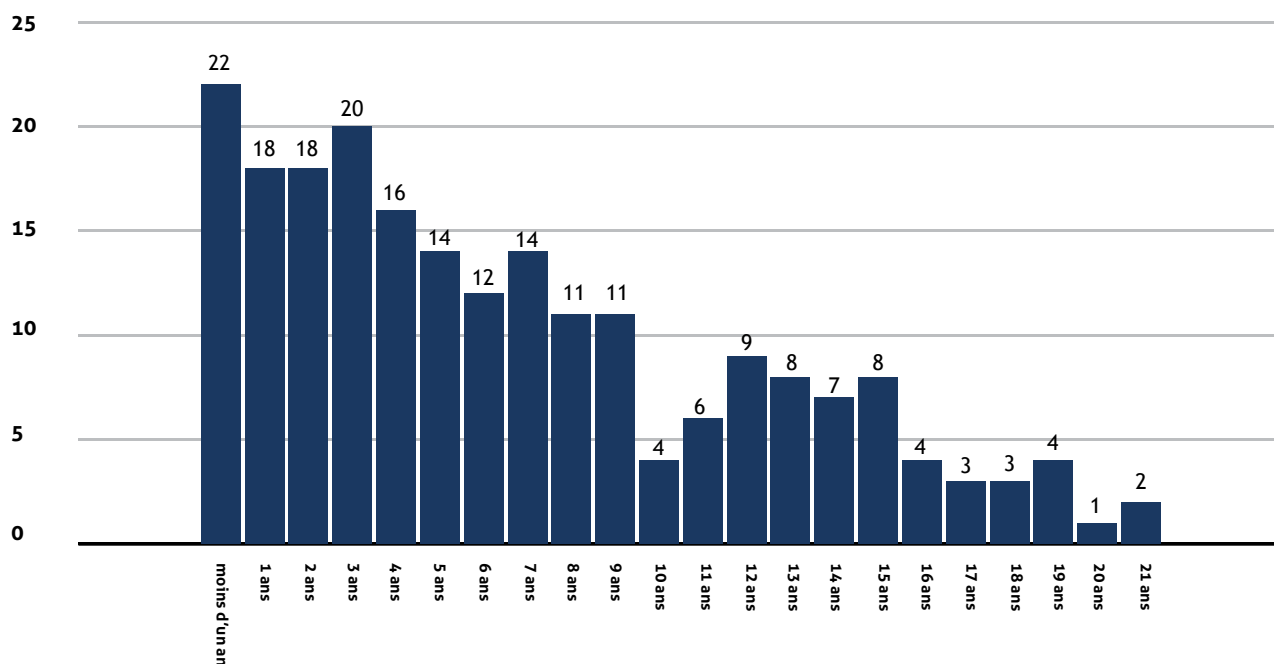


Répartition du public selon la composition familiale - Centre Familles



On constate par ailleurs que si les deux parents sont présents dans 25 % des cas, **67 % des familles sont composées selon le format « femme seule avec enfant(s) »**, soit plus de deux tiers des familles accueillies.

Répartition des enfants selon l'âge - Centre Familles

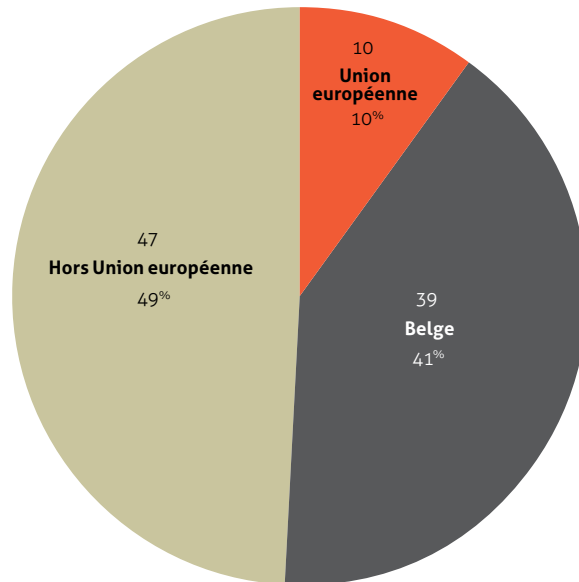


La moitié des enfants accueillis ont entre 0 et 5 ans, d'où la pertinence de développer des initiatives telles que la cellule « Petite enfance et soutien à la maternité ».



NATIONALITÉS

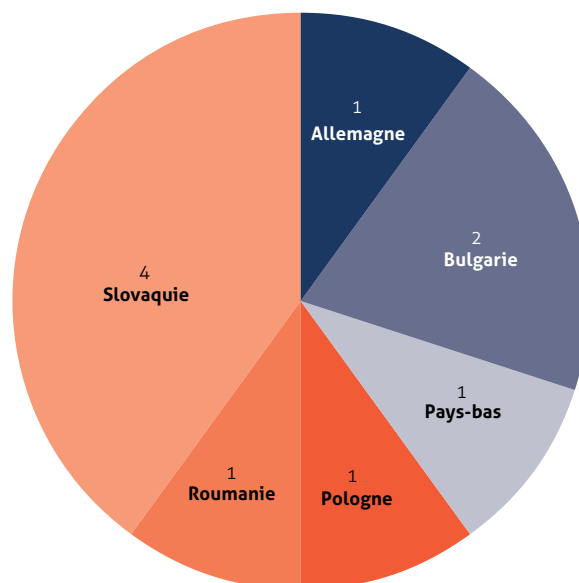
Nationalités des personnes accueillies - Centre Familles



La moitié des familles accueillies dans le centre de Woluwe sont belges (41 %) ou issues de l'Union Européenne (10 %).

La moitié restante (47 %) est originaire de **pays extra-européens**, notamment du Congo (13 familles), de Guinée-Conakry (8 familles) et du Cameroun (5 familles).

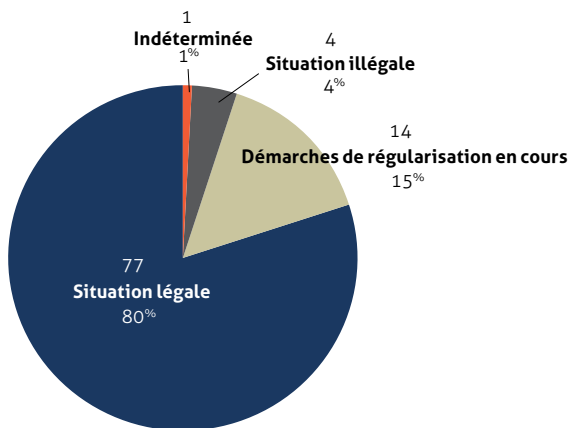
Nationalités des familles européennes accueillies - Centre Familles



Sur 10 familles européennes accueillies dans le centre Familles en 2016, 8 proviennent des pays de l'Est.

STATUT ADMINISTRATIF

Situation administrative des familles hébergées - Centre Familles



Sur les 96 familles accueillies au centre Familles en 2016, 80 % sont en situation légale (77), 15 % ont entamé des démarches de régularisation (14) et 4 % sont en situation illégale (4).

CAUSES DE RUPTURE

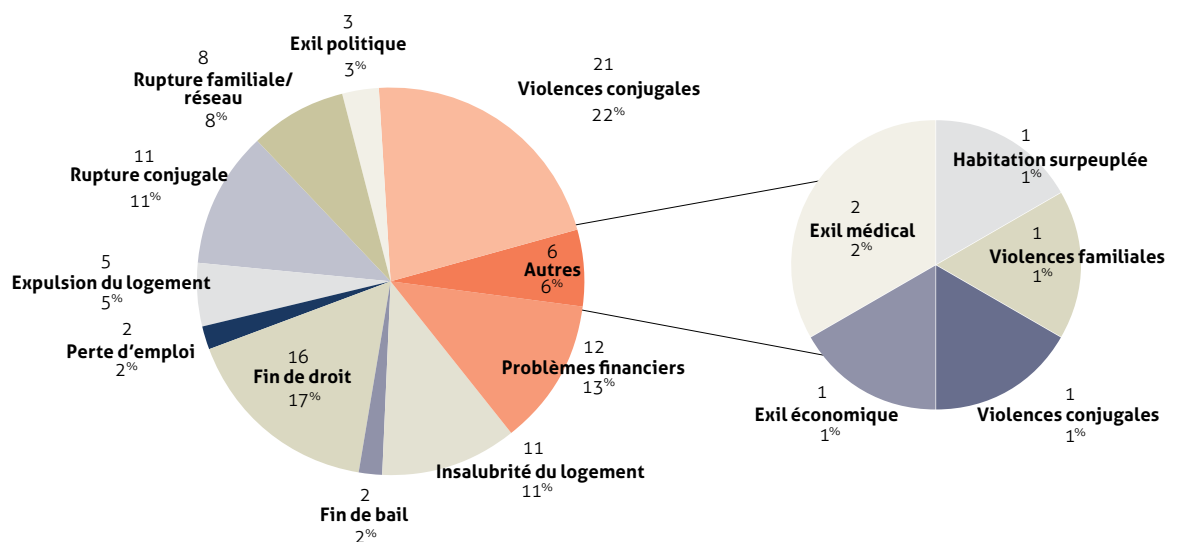
Les causes de rupture, autrement dit les raisons qui ont mené les familles hébergées à la rue, sont multiples. Les questions familiales sont nettement majoritaires dans la perte du logement des familles accueillies. En effet, sur 96 familles accueillies en 2016 dans le centre de Woluwe, 41 familles ont perdu leur logement pour des raisons familiales : 21 sont victimes de violences conjugales, 11 ont vécu une rupture conjugale ayant provoqué la perte du logement, 8 sont en rupture familiale et 1 est victime de violences familiales.

La 2^{ème} cause majeure de rupture ayant provoqué la perte du logement est la **fin de droit, 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 3^{ème} cause principale de rupture pour les familles accueillies dans notre centre de Woluwe-Saint-Lambert.

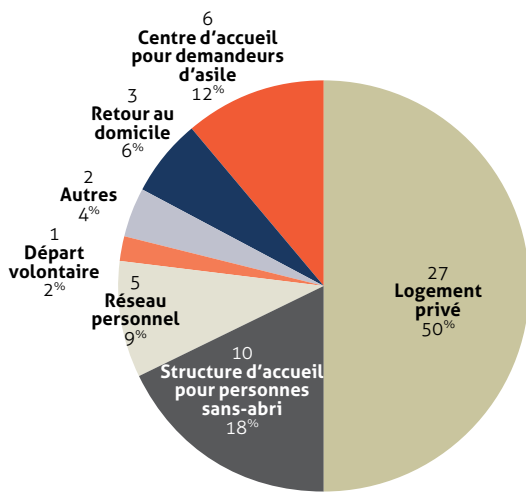
6 familles accueillies ont vécu l'exil et souhaitent demander l'asile en Belgique. Elles auront d'ailleurs ensuite été orientées par nos services vers un centre d'accueil pour demandeurs d'asile (voir graphique suivant).

Causes de rupture - Centre Familles



ORIENTATIONS

Orientations sortantes des familles - Centre Familles



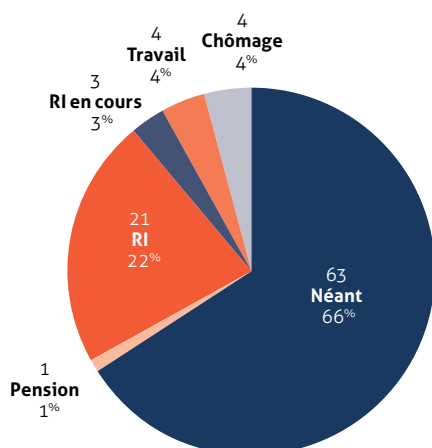
Sur les 96 familles accueillies au centre en 2016, **54 ont pu être orientées.**

La moitié des familles a pu s'installer dans un **logement privé**, trois d'entre elles (6 %) ont pu regagner leur **domicile** et cinq (9 %) ont trouvé une solution de logement grâce à leur réseau personnel.

Dix familles (18 %) ont intégré une **structure d'accueil pour personnes sans-abri** et six (11 %) ont été orientées vers un centre pour demandeurs d'asile. Une famille a spontanément quitté le centre et ne fait actuellement plus l'objet de suivi.

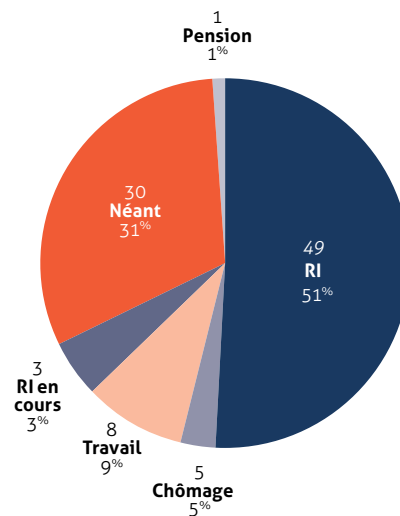
REVENUS

Sources de revenus à l'entrée au centre Familles



¹² Pour plus d'informations quant à la mission de soutien et d'accompagnement du Samusocial, voir le point « L'accompagnement psychosocial », p. 17.

Sources de revenus à la fin de l'année 2016 - Centre Familles



63 des 96 familles accueillies (66 %) sont entrées au centre **sans la moindre source de revenus**. À l'issue de l'année 2016, ce chiffre avait diminué de moitié.

21 familles (22 %) bénéficiaient du **RI** (revenu d'intégration) à leur arrivée. Fin de l'année 2016, elles étaient **49 (51 %)** et trois autres en avaient introduit la demande.

4 familles (4 %) percevaient un **salair**e à leur arrivée au centre. Elles étaient **8 (9 %)** à la fin de l'année 2016.

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 ce travail, établi sur la durée et adapté à la situation de chacun, qui permet ensuite de trouver des solutions pérennes de sortie de rue.¹²

1.2.2.4 PERSPECTIVES

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 mûri, et propose **une aide et un accompagnement de plus en plus diversifiés**. 2016 a vu naître **de nouveaux projets** (l'atelier de préparation de repas des nourrissons, l'atelier de lecture active en famille) et les activités se multiplier. Il s'agit de persévérer dans ce sens.



L'équipe pluridisciplinaire travaille sans relâche à l'orientation des familles vers des solutions adaptées. L'accompagnement psychosocial intensif combiné à un suivi médical et psychologique de qualité sont autant d'outils mis en œuvre pour progresser, pas à pas, vers des solutions de sortie de rue. Cela implique aussi, en filigrane, de renforcer l'estime de soi des familles afin de les faire tendre vers une meilleure autonomie.

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, mais également de l'éducation de leurs enfants et tout ce qui contribue à leur épanouissement personnel. **La gestion de la vie après le Samusocial et la préparation au post-hébergement figurent parmi nos priorités dans l'accompagnement offert en 2017.**



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 UNE MISSION EN TROIS TEMPS

L'action de la MediHalte s'articule autour de **trois missions principales** :

- la mise à disposition **d'un hébergement temporaire** dont les personnes sans-abri pourront bénéficier jour et nuit, le temps de **leur rétablissement ou de leur orientation** vers d'autres services ;
- une **prise en charge médicale et paramédicale** qui permette le **suivi des soins et des traitements**, limitant ainsi les risques de rechute et d'aggravation.
- l'accompagnement du 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**. L'équipe médico-sociale 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 2016, la MediHalte a enregistré **519 admissions**, ce qui représente un turn-over soutenu et semblable à 2015.



- **479 personnes ont été admises en court séjour** pour une durée moyenne de 3 semaines et demie ;
- **40 personnes ont été admises en long séjour** pour une durée moyenne de 10 semaines et demie.

Le profil des personnes reste identique: il s'agit essentiellement d'**hommes d'environ 50 ans** avec une répartition équivalente entre personnes légales et illégales sur le territoire.

		Court séjour (n=479)		Long séjour (n=40)
Sexe	Homme	394	82,3%	35
	Femme	85	17,7%	5
Âge (années)	Moyenne	48,3		49,0
Statut	Belge/CS	225	47%	6
	UE > 3 mois	9	1,9%	1
	UE < 3 mois	108	22,5%	16
	Non UE	137	28,6%	17
Durée séjour (nuits)	Moyenne	24,3		73,7

CS : carte de séjour ; UE : Union européenne

COUVERTURE SANTÉ

- Couverture santé en court séjour (479 hébergements)

	À l'entrée	À la sortie
Mutuelle	204	207
Carte médicale	48	71
Carte d'aide médicale urgente	130	219
Fedasil	7	6
Aucune assurabilité (ni mutuelle ni carte d'aide médicale urgente)	129	34

Nous constatons que **204 des 479 personnes admises à la MediHalte en court séjour (43 %) étaient en ordre de mutuelle.** Beaucoup n'ont cependant pas les moyens de payer leurs soins de santé et ce pour plusieurs raisons : certains n'ont plus d'adresse de référence, condition essentielle à l'accès aux allocations, d'autres ont manqué des rendez-vous ou fait l'objet d'hospitalisations à répétition, d'autres encore n'ont tout simplement plus la force ou la capacité physique et/ou psychique de régler leurs problèmes sociaux et médicaux sans assistance.

Les personnes qui introduisent une demande d'ouverture de droits auprès du CPAS reçoivent parfois une carte médicale leur permettant d'être suivies par un médecin traitant et de bénéficier de prix réduits pour l'achat de leurs médicaments, et ce même si elles sont en ordre de mutuelle.

Sur les 129 personnes arrivées sans aucune assurabilité, seules 34 personnes (26 %) ressortent du centre sans prise en charge médicale. Parmi elles, des patients dont le séjour était trop court pour faire aboutir les démarches, d'autres qui ont spontanément quitté le centre avant la fin de leur séjour et d'autres encore qui ont été exclus de la structure pour des problèmes de comportement.

95 personnes arrivées sans aucune prise en charge sortent de la MediHalte soit avec une carte médicale, soit, pour les personnes illégales sur le territoire, avec une carte d'aide médicale urgente.

130 patients avaient déjà une carte d'aide médicale urgente à leur entrée ou un dossier ouvert au CPAS. Pour ceux-ci, le travail consiste à assurer de la prolongation de la carte ou, en cas de perte, à prendre rendez-vous avec un assistant social afin d'en demander le renouvellement. **89 hébergés ont ainsi pu accéder à une carte d'aide médicale urgente.**

- Couverture santé en long séjour (40 hébergements)

	À l'entrée	À la sortie
Mutuelle	6	7
Carte médicale	2	3
Carte d'aide médicale urgente	26	30
Fedasil	2	3
Aucune assurabilité (ni mutuelle ni carte d'aide médicale urgente)	6	1

Étant donné les pathologies chroniques auxquelles ils sont sujets, les hébergés en long séjour arrivent souvent en ordre de prise en charge médicale. Sur les 6 personnes qui n'avaient aucune assurabilité à l'entrée, 5 ont pu se mettre en ordre de cours de leur séjour.



LE RÉSEAU DE PARTENAIRES

La **majorité des personnes hébergées en court séjour** à la MediHalte l'ont été suite à une **demande émanant d'une structure hospitalière** (45,5 % du réseau IRIS, 6,9 % des cliniques). L'importance d'une structure comme MediHalte pour les hôpitaux se confirme donc en 2016 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 d'un peu plus d'un tiers (36,7 %) des admissions en court séjour.

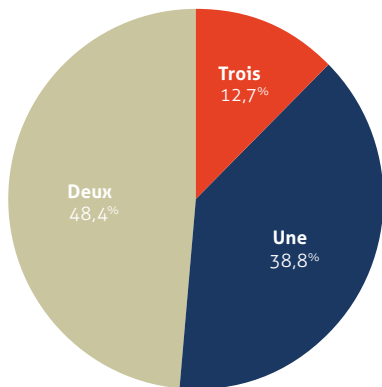
Pour le long séjour, 32 entrées sur 40 sont le résultat de transferts du court séjour vers le long séjour. Il est en effet difficile de refuser de prendre en charge une personne sous chimiothérapie, une personne victime d'un polytraumatisme ou polypathologique physiquement fortement dégradée, faute de 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.

	Court séjour (n=479)	Long séjour (n=40)
Samusocial	176 36,7%	4
Hôpital IRIS	218 45,5%	4
Cliniques	33 6,9%	0
Travailleur de rue	4 0,8%	0
Maison médicale	22 4,6%	0
Court séjour	10 2,1%	32
Maison d'accueil	11 2,3%	0
Autres	5 1,0%	0

PATHOLOGIES RENCONTRÉES

- Pathologies rencontrées en court séjour (479 admissions)

Répartition des personnes hébergées en court séjour selon le nombre de pathologies

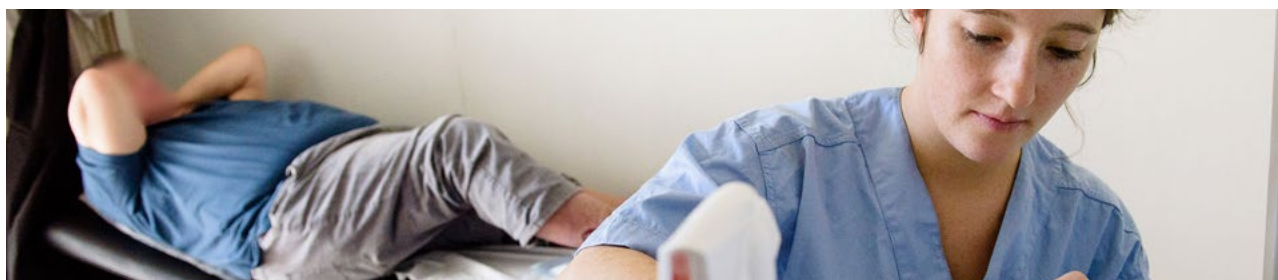
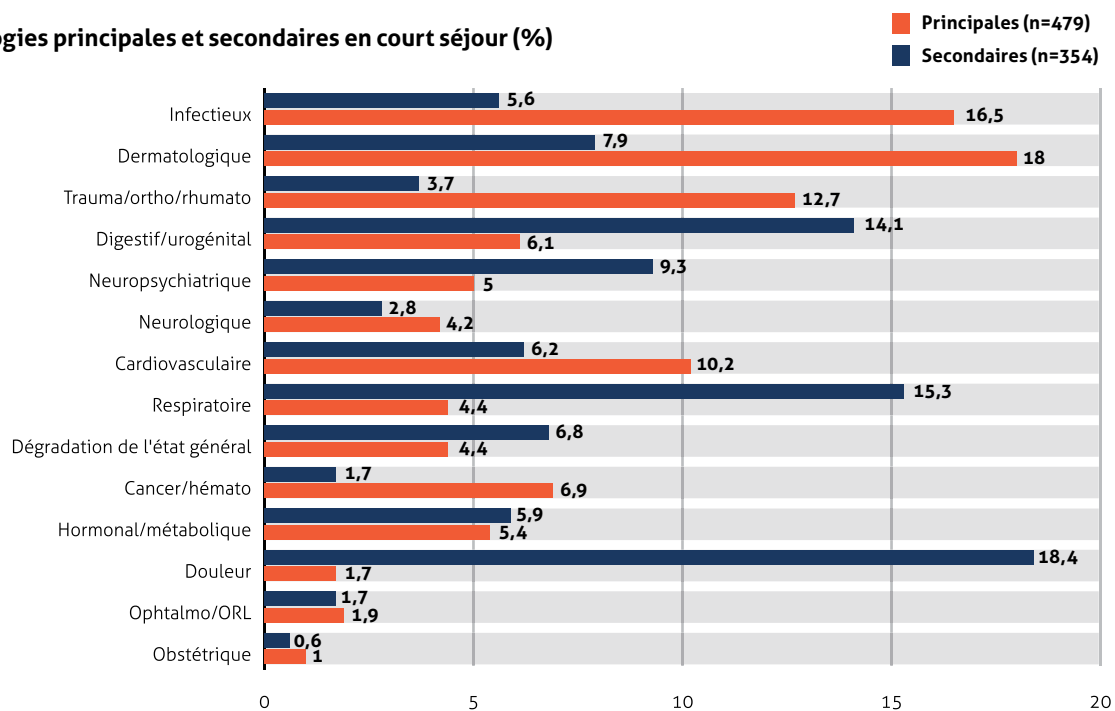


La moitié (48,4 %) des personnes admises en court séjour l'ont été pour prise en charge de deux pathologies différentes, 38,8 % pour une seule pathologie et 12,7 % pour trois. Pour les personnes admises pour prise en charge de plus d'une affection aiguë, nous avons distingué le motif principal d'admission (« pathologie principale ») des motifs secondaires (« pathologies secondaires »).

Les principaux motifs d'admission parmi les « pathologies principales » sont les mêmes qu'en 2015, à savoir : les **affections dermatologiques** (18 %), les **pathologies infectieuses** (16,5 %), les **affections ostéoarticulaires** (12,7 %) (qu'elles soient traumatologiques ou surpoussées d'une pathologie chronique) et les **pathologies cardiovasculaires** (10,2 %).

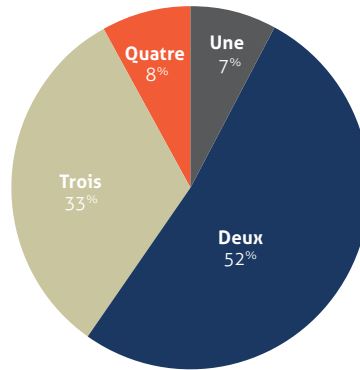
Par contre, les « pathologies secondaires » diffèrent en 2016. Les **syndromes douloureux** restent nombreux et en sensible augmentation (18,4 % contre 14,4 % en 2015). Ils sont suivis des problèmes **respiratoires** (15,3 %) puis **digestifs ou urogénitaux** (14,1 %), beaucoup moins représentés en 2015 (respectivement 7,1 % et 8,5 %). Enfin, si les problématiques **neuropsychiatriques** représentent encore 9,2 % des affections observées, elles sont bien moins importantes qu'en 2015 (17,9 %).

Pathologies principales et secondaires en court séjour (%)



- Pathologies rencontrées en long séjour (40 admissions)

Répartition des hébergés en long séjour selon le nombre de pathologies



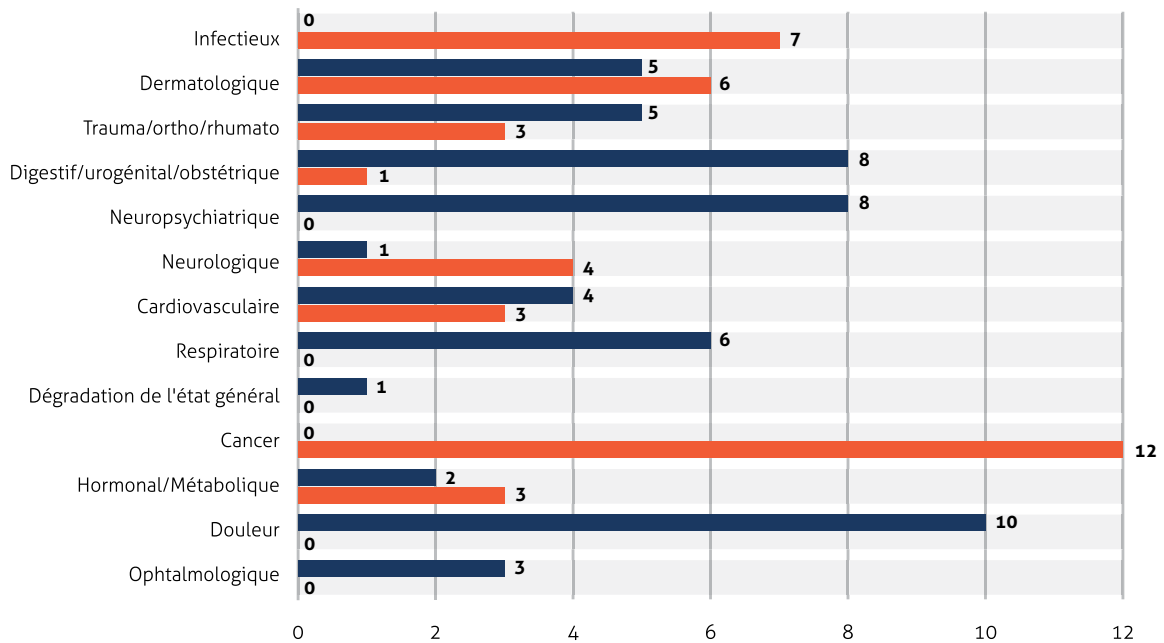
Les personnes admises en long séjour sont cette année encore majoritairement polypathologiques.

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

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**.

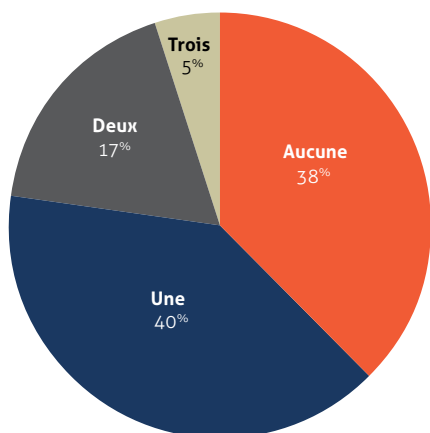
Pathologies principales et secondaires en long séjour

- Principales (n=40)
- Secondaires (n=55)



COMORBIDITÉS DES HÉBERGÉS

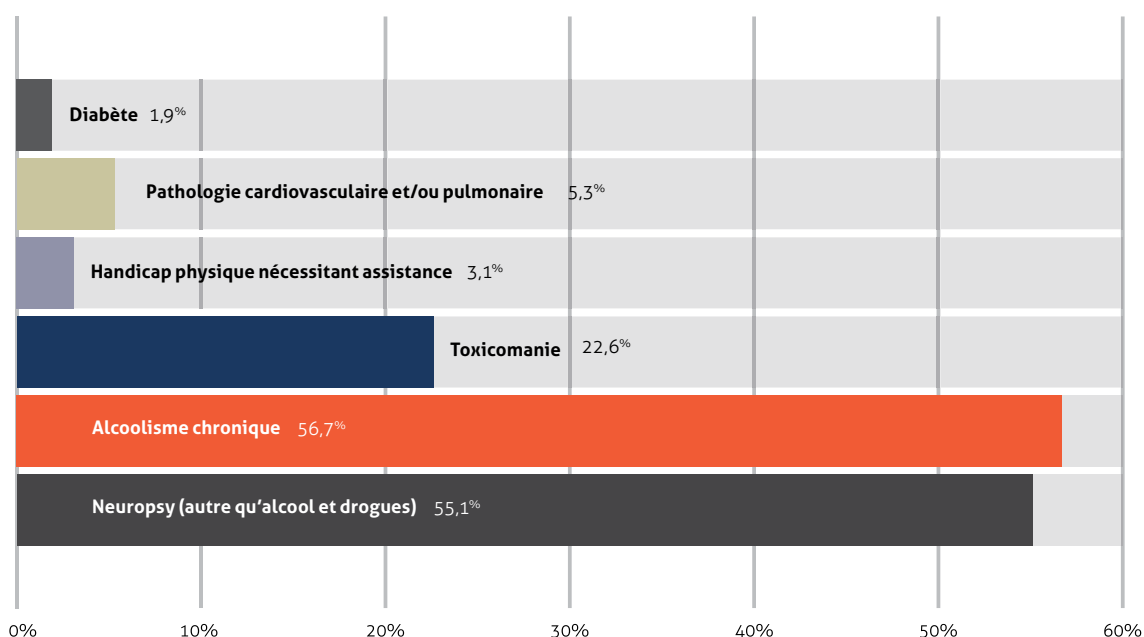
Répartition des personnes hébergées selon le nombre de comorbidités



Outre la/les pathologie(s) motivant l'admission, **près de deux tiers des hébergés 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 à la suite d'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.

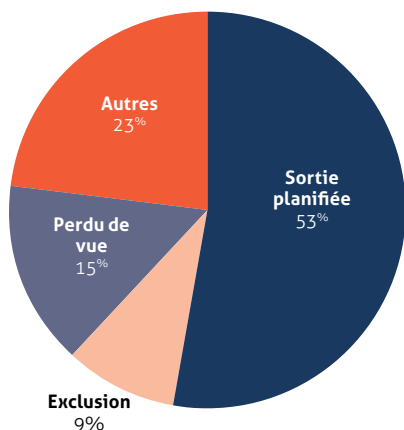
Sur les 519 personnes admises en 2016, 323 (62 %) présentaient au moins une comorbidité en plus de leur motif d'admission. Sans surprise, ces comorbidités sont semblables à 2015 : les **dépandances toxicologiques**, l'alcool en tête (56,7 %), des **problèmes neuropsychiatriques** (55,1 %) tels que trouble bipolaire, schizophrénie, syndrome de Korsakoff, ... Les pathologies cardiovasculaires et/ou pulmonaires lourdes, c'est-à-dire entraînant un handicap physique chez la personne et nécessitant un suivi, représentent 5,3 % des comorbidités ; le diabète 1,9 % ; et un handicap physique requérant une assistance 3,1 %.

Fréquence des comorbidités



ORIENTATIONS SORTANTES

Orientations des 480 personnes ayant quitté la MediHalte en 2016

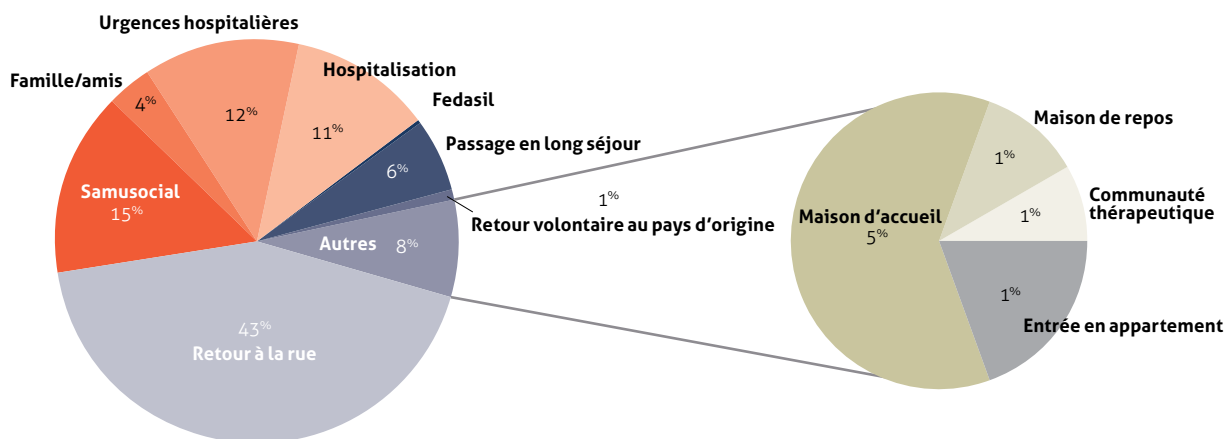


Sur l'année 2016, 480 personnes sont sorties de la MediHalte. Seulement un peu plus de la moitié (53 %) de ces sorties ont pu être planifiées.

La catégorie des orientations «Autres» (21 %) inclut toutes les personnes sorties de la MediHalte avant la fin de leurs soins ou traitement. 66 personnes ont été hospitalisées de façon imprévue (60 via les urgences et 6 à la suite d'une consultation), 27 ont préféré retourner en rue et 8 chez leur entourage. Enfin, comme nous l'avons déjà mentionné, certains hébergés ont été perdus de vue (15 %) et d'autres ont été exclus pour problème de comportement (9 %).

Ces données sont comparables à celles de 2015. Elles reflètent les nombreuses problématiques neuropsychiatriques rencontrées au sein du public sans-abri.

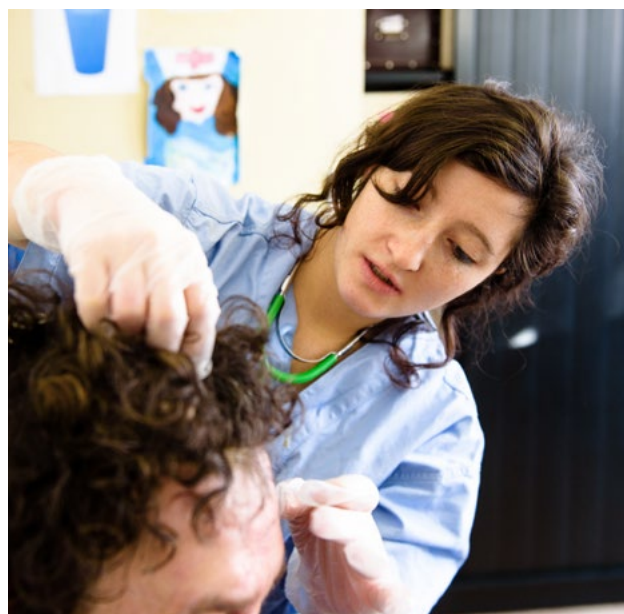
Répartition des orientations sortantes - MediHalte



Sur les 480 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 lesquelles 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** (11,1 %) sont essentiellement programmées, notamment en psychiatrie. Toutefois, 12,3 % des patients ont été hospitalisés via les urgences. Ces chiffres soulignent la fragilité du public accueilli à la MediHalte.

Enfin, **36 personnes ont pu regagner un logement à leur sortie du centre médicalisé**, c'est-à-dire 4 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 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, ...), il est primordial que nous renforçons encore notre collaboration en réseau afin d'offrir à notre public la prise en charge la plus complémentaire possible.

L'expérience de l'année 2016 aura confirmé les besoins présents en 2015, à savoir **la nécessité d'intégrer un psychologue à l'équipe** et celle d'augmenter le nombre de places de long séjour de 8 à 12. La question est actuellement en réflexion.

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 psychosocial 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, l'Agence Immobilière Sociale de Bruxelles (AISB), l' 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.

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 mental 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 (étude, 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 sa 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 relais 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 événements 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

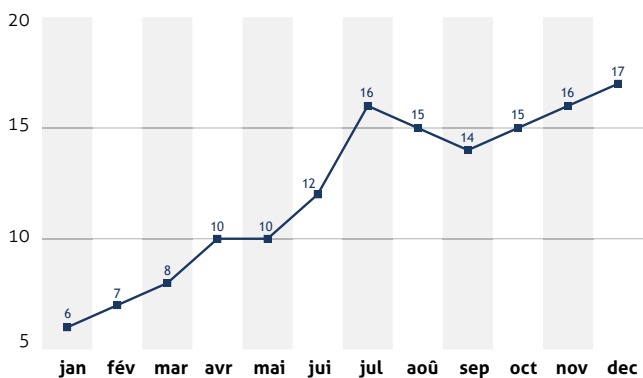
Un **comité de sélection** composé des membres de l'équipe (la coordinatrice, l'assistante sociale, la psychologue et le coordinateur de la Cellule Logement du CPAS de Bruxelles) se réunit une fois par mois pour sélectionner les candidats au relogement par notre programme. Les membres partenaires du 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.

20 jeunes ont participé au projet au cours de l'année 2016. Au 31 décembre 2016, 17 étaient toujours suivis par l'équipe.

3 ont quitté leur logement pour des raisons diverses (difficultés avec le voisinage, mauvaise gestion de l'appartement, ...). Des contacts réguliers sont néanmoins maintenus avec ceux-ci.

Début 2017, d'autres entrées en logement sont prévues et trois baux sont en cours de signature.

Nombre de personnes en logement - Housing First

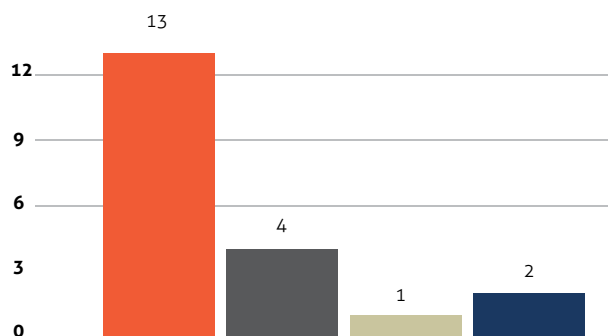


Plus de la moitié des jeunes suivis ont intégré leur logement depuis six mois ou moins. 4 personnes sont en logement depuis une année ou plus.

REVENUS

La majorité des jeunes (13) bénéficient du Revenu d'Intégration Sociale (RI). 4 jeunes ont rapidement trouvé un emploi via le CPAS de Bruxelles, un bénéficie d'allocations à la personne handicapée, et 2 perçoivent des allocations familiales et un complément RI.

Sources de revenus - Housing first



- Allocations familiales + RI CPAS
- Allocations à la personne handicapée
- Rémunération
- RI CPAS



AFFECTIONS RENCONTRÉES

Step Forward ne dispose pas d'un centre d'expertise permettant d'affiner les diagnostics de pathologies mentales dont souffrent les jeunes participant au programme. La psychologue de l'équipe se met néanmoins régulièrement en contact avec les psychiatres des personnes suivies, sous réserve de leur accord préalable. À ce jour, aucun jeune n'a refusé la collaboration entre la psychologue de l'équipe Step Forward et son psychiatre de référence. Ainsi, et 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.

- Troubles psychologiques

Plus de la moitié des jeunes (13) 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 et gèrent généralement 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 porte 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 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 20 relogés par le programme ne consomment aucune drogue. Trois quarts d'entre eux (14) 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.

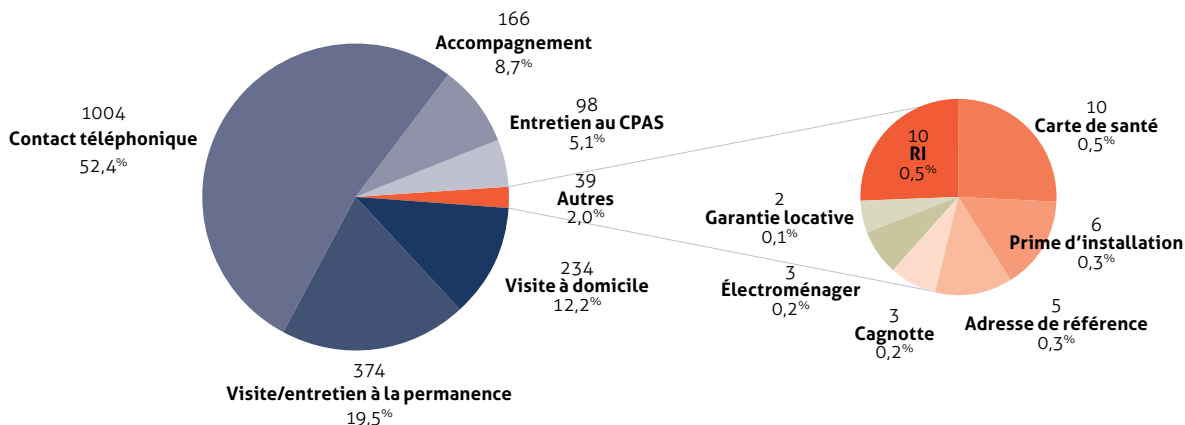
Nous observons que l'entrée en logement tend à mettre les jeunes face à leurs responsabilités. Pour certains, le seul fait d'être accepté par le Comité de sélection constitue une motivation à réduire leur consommation, afin d'être présents aux visites d'appartements. Aussi, **près de la moitié d'entre eux ont diminué, voire mis un terme à leurs assuétudes au fil de leur 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 demande, des désirs, et d'amener vers une prise de conscience progressive.

1.2.4.4 PRESTATIONS RÉALISÉES ET RÉSULTATS OBSERVÉS

Au cours de l'année 2016, l'équipe Step Forward a effectué 1.915 prestations auprès des 20 jeunes encadrés par le projet.

Prestations réalisées - Housing first



Ces prestations regroupent :

- les contacts téléphoniques (52 %) ;
- les visites des jeunes et les entretiens à la permanence Step Forward (20 %) ;
- les visites des équipes à domicile (12 %) ;
- les entretiens au CPAS (5 %) ;
- les accompagnements physiques pour les démarches (9 %).

Les autres types de prestations (2 %) comprennent la mise en place d'une adresse de référence, l'octroi d'une prime d'installation par le CPAS, d'une cagnotte¹³, 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.

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

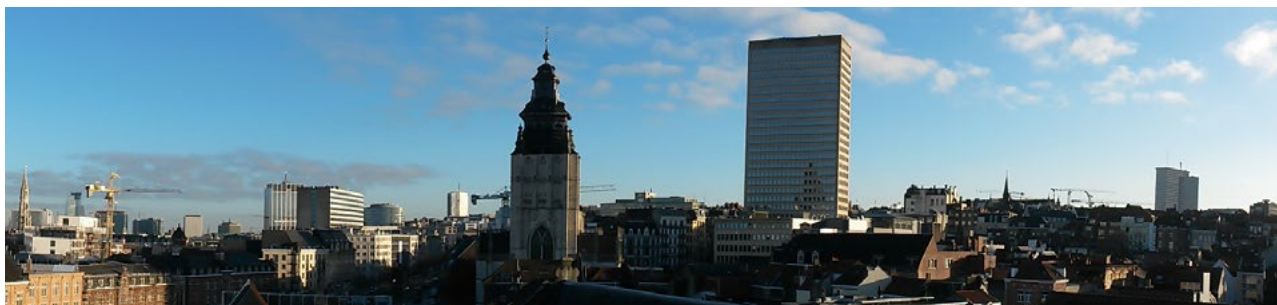
- la régularisation de la situation administrative des jeunes (mutuelle, documents d'identité, allocations, ...);
- l'amélioration du suivi médical et de l'état de santé ;

- 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 renouvellement progressif des liens familiaux ;
- 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.

¹³ Budget débloqué une fois par an par le CPAS pour des vêtements, du matériel scolaire, ...



1.2.4.5 OBSTACLES RENCONTRÉS

Nous constatons une certaine constance par rapport à 2015 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. C'est pourquoi des échanges préalables entre les services concernés se révèlent indispensables.
- La **relation** avec un(e) conjoint(e) peut également être un obstacle au bien-être du jeune, lorsque ceux-ci sont eux-mêmes sans-abri et vivent dans une situation instable. Nous observons qu'une telle relation peut prendre une dimension toxique et représenter une source de tracasseries supplémentaires.
- 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 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**. Il nous semblerait pertinent que chaque projet Housing First puisse disposer de facto de logements mis à la disposition du projet via des sociétés immobilières sociales ou via les Régies Foncières Communales. La coordination participe à un groupe de travail sur le logement dans ce sens. De nouvelles conventions de partenariat sont prévues pour le début d'année 2017 avec des nouvelles agences immobilières sociales. Nous continuons par ailleurs à prospecter le domaine immobilier privé.

1.2.4.6 PERSPECTIVES

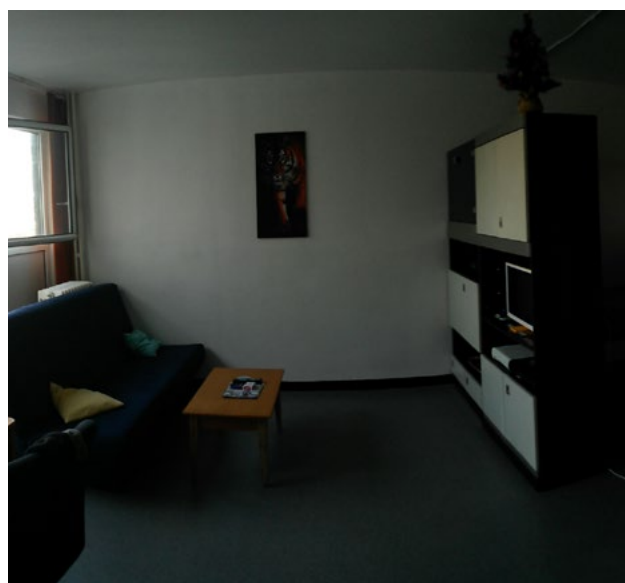
Pour l'année 2017, nous espérons élever le nombre de personnes relogées à trente.

Nous souhaiterions que l'équipe puisse s'appuyer sur le travail d'un(e) assistant(e) social(e) et d'un(e) psychologue supplémentaires. L'accompagnement psychologique est essentiel, mais la prise de conscience de cette nécessité est pourtant encore peu évidente aux yeux de certains jeunes.

En ce qui concerne la santé, le soutien d'une infirmière additionnelle serait salutaire : la vie à la rue a déjà bien affecté la plupart des bénéficiaires du projet qui, malgré leur jeune âge, nécessitent des interventions régulières.

Au vu des difficultés rencontrées par notre public pour se nourrir correctement, nous envisageons également de mettre en place des partenariats avec des épiceries sociales.

Enfin, nous souhaiterions bénéficier d'un accès abordable à des salles de sport. La possibilité d'un partenariat avec un club est actuellement à l'étude. Une activité sportive permettrait aux jeunes de se défouler, de tisser des liens pour rompre, à terme, l'isolement social.





1.2.5 LE PLAN HIVER 2015-2016¹⁴

Durant l'hiver 2015-2016, le Plan Hiver a pu offrir 153.624 hébergements à 4.890 personnes différentes, soit :

- 3.602 hommes seuls ;
- 491 femmes seules ;
- et 797 personnes en familles dont 482 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 à 400 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 2015-2016 du Samusocial s'est décliné en **3 plans permettant à la fois de renforcer son action mobile d'aide et d'offrir plus de 900 places supplémentaires aux 278 places actuellement disponibles toute l'année dans l'ensemble du dispositif Samusocial.**¹⁵

- **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 sur l'ensemble de la Région de Bruxelles-Capitale pour porter secours aux personnes les plus fragiles.
- **Le plan régional d'hébergement d'urgence** (du 16 novembre au 30 avril) à l'initiative des Ministres des Affaires Sociales de la Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale. Plus de 600 places d'accueil ont été ouvertes dans les centres de la rue Royale et du Boulevard Poincaré.
- **Le plan fédéral d'hébergement d'urgence** (du 16 novembre au 31 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 le bâtiment de la rue Kennis à Schaerbeek.

Rappelons qu'un **dispositif hivernal ne doit pas se limiter à la simple mise à l'abri**. Il s'agit d'abriter et de soulager les personnes sans-abri, certes, mais aussi **d'aller vers** elles par l'action de nos équipes mobiles d'aide, de **soigner**, de repérer et d'identifier la demande auprès des plus fragiles et de mettre en place **un accompagnement psychosocial** pour ceux qui le souhaitent en vue d'une **orientation** vers des solutions adaptées et, si possible, durables.

¹⁴ Plus d'informations dans le rapport « Plan Hiver 2015-2016 » consultable sur www.samusocial.be

¹⁵ 278 places disponibles tout au long de l'année : 110 places d'accueil d'urgence dans le centre permanent, 130 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 2015-2016, ce sont jusqu'à 1.200 personnes qui ont pu être hébergées et bénéficier des services du Samusocial.

Du 16 novembre au 30 avril, le dispositif hivernal a offert **153.624 hébergements à 4.890 personnes différentes**, soit :

- 3.602 hommes seuls (74 % du public accueilli)
- 491 femmes seules (10 % du public accueilli)
- 797 personnes en familles dont 482 enfants (16 % du public accueilli)

Jusqu'à 1.200 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 effectué 5.890 rencontres et orienté 596 personnes, dont 492 vers le Samusocial et 104 vers d'autres structures.



1.2.5.2 LES SIX CENTRES D'HÉBERGEMENT ET LEUR CAPACITÉ D'ACCUEIL



Complément hivernal	
Bruxelles-Ville – Rue Royale : hommes	300 places ¹⁶
Schaerbeek – Rue Kennis : hommes seuls et femmes seules	300 places
Anderlecht – Boulevard Poincaré : hommes seuls	300 places
Capacité totale du complément hivernal	900 places

Centres permanents (ouverts toute l'année)	
Bruxelles-Ville – Rue du Petit Rempart : Centre d'accueil d'urgence pour familles, hommes et femmes fragiles	110 places
Woluwe-Saint-Lambert – Centre Familles : Centre résidentiel pour familles	130 places
Laeken – MediHalte: Centre d'hébergement médicalisé	38 places
Capacité totale des centres permanents	278 places

Capacité d'accueil maximale disponible durant l'hiver	1.178 À 1.200 PLACES¹⁷
--	--

¹⁶ Un sas supplémentaire de 50 places était activable pour ajuster la capacité d'hébergement avant ouverture et après fermeture du centre du Boulevard Poincaré.

¹⁷ En fonction de la demande et des températures, des matelas supplémentaires pouvaient être utilisés pour augmenter la capacité d'accueil à 1.200 places.

1.3 En résumé pour les activités 2016

LA PERMANENCE TÉLÉPHONIQUE – LE NUMÉRO VERT :

Un total de **151.345 appels**, soit une moyenne de **415 appels par jour**.

LES MARAUDES DES ÉQUIPES MOBILES D'AIDE :

12.258 rencontres individuelles auprès de **2.243 personnes différentes**.

30.466 prestations réalisées en rue de jour et de nuit, dont :

- 8.355 prestations d'écoute et de suivi ;
- 3.733 distributions de bouteilles d'eau ;
- 3.254 distributions de couvertures ;
- 1.988 entretiens sociaux ;
- 967 prestations infirmières (soins, distribution de médicaments,...) ;
- 768 entretiens « psy » ;
- 592 orientations vers un centre d'hébergement d'urgence du Samusocial.

L'HÉBERGEMENT :

220.126 nuitées offertes à **6.296 personnes différentes** dont 4.144 hommes seuls, 835 femmes seules et 1.317 personnes en famille dont 776 enfants, soit une moyenne de **603 hébergements par jour** pour l'ensemble des centres du Samusocial.

- Le centre d'accueil d'urgence : 2.876 personnes hébergées et accompagnées ;
- Le centre Familles : 344 personnes hébergées et accompagnées dont 215 enfants ;
- La MediHalte : 519 personnes hébergées, soignées et accompagnées ;
- Step Forward : 20 jeunes de 18 à 25 ans souffrant de troubles « psy » et/ou d'assuétudes.

LE PLAN HIVER 2015-2016 :

153.624 hébergements offerts à 4.890 personnes différentes (3.602 hommes seuls, 491 femmes seules et 797 personnes en famille dont 482 enfants), ainsi que l'accès à des repas chauds, des entretiens psychosociaux, des consultations médicales et un service vestiaire,...

L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOSOCIAL :

1.067 orientations de sortie de l'urgence, soit une moyenne de **3 personnes orientées par jour**.

70 % des personnes accueillies en 2016, soit **4.407 personnes**, ont bénéficié d'un accompagnement social durant leur séjour au Samusocial

LES CONSULTATIONS MÉDICALES ET INFIRMIÈRES :

132.960 prestations médicales et infirmières, soit :

- 16.835 prestations dans nos centres d'hébergement d'urgence, soit une moyenne de 46 prestations par jour ;
- 116.125 prestations dans notre centre d'hébergement médicalisé, la MediHalte.

39 % des personnes accueillies en 2016, soit **2.455 personnes**, ont été vues par le service médical et infirmier durant leur séjour au Samusocial.

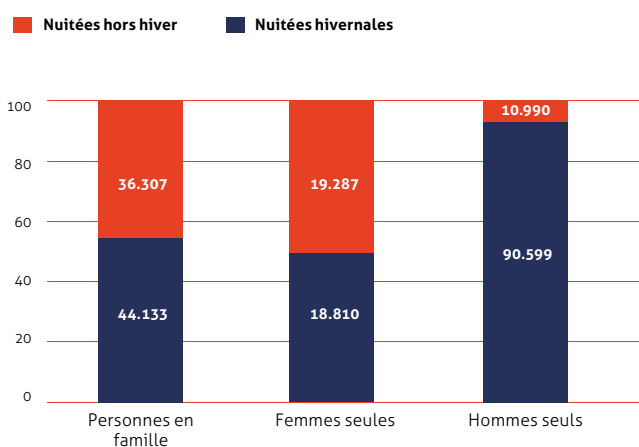
2 Observations globales sur le public accueilli en 2016



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 2015-2016). Par ailleurs, la représentation des catégories de publics varie sensiblement d'une période à l'autre.

En 2016, le Samusocial a offert 220.126 nuitées à 6.296 personnes différentes. Si les proportions hiver/hors hiver sont équilibrées en ce qui concerne les familles (55 % contre 45 %) et les femmes seules (49 % contre 51 %), on constate en revanche que 89 % des nuitées offertes aux hommes seuls en 2016 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 220.126 nuitées offertes selon la composition et la période d'hébergement (%)



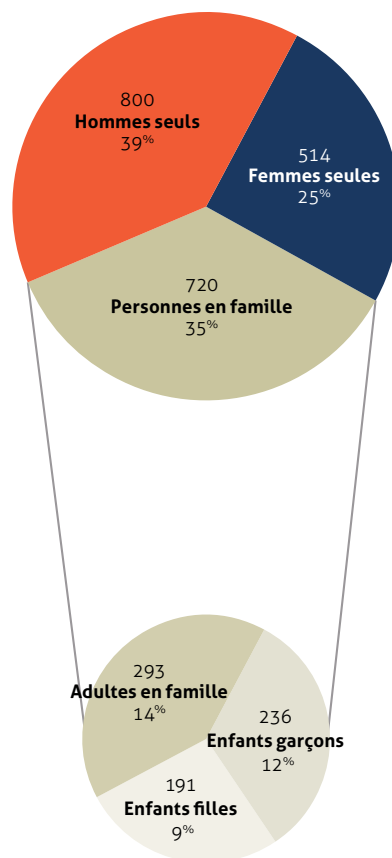
2.1 L'hébergement selon les catégories de personnes (hors hiver)

Au cours de la période hors hiver de l'année 2016, 2.034 personnes ont été accueillies au sein des dispositifs d'hébergement du Samusocial : 800 hommes seuls (39 %), 514 femmes seules (25 %) et 720 personnes en famille.

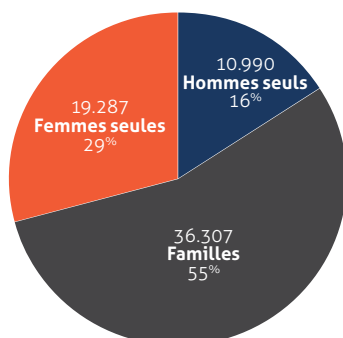
Lorsque l'on compare la répartition des nuitées offertes par catégorie de public du total de l'année à celle de la période hors hiver, on constate qu'elle diffère sensiblement. En effet, si **les hommes seuls représentent la catégorie majoritaire en termes de nombre de personnes (800 hommes sur une population de 2.034 personnes), ceux-ci absorbent la plus petite partie (16 %) des nuitées offertes en dehors du Plan Hiver** (contre 61 % des nuitées offertes durant le plan hiver 2015-2016). Leur nombre est tel que **seuls les plus fragiles peuvent être accueillis en dehors du plan hiver, lorsque la capacité d'hébergement est réduite.**

Sur les 66.584 nuitées offertes au cours de la période hors hiver, 55 % l'ont été à des familles (36.307), 29 % à des femmes seules (19.287) et 16 % à des hommes seuls. Le Samusocial applique pour les femmes seules une politique permanente de non-refus : exposées à un risque supplémentaire concernant les agressions, notamment sexuelles, elles sont considérées comme particulièrement vulnérables et donc prioritaires. Par ailleurs, elles constituent la catégorie la plus difficilement orientable, notamment parce qu'une importante partie de ce public présente des troubles psychiatriques et peut dès lors difficilement intégrer des structures de deuxième ligne de type « maison d'accueil » appliquant des règles de cohabitation strictes.

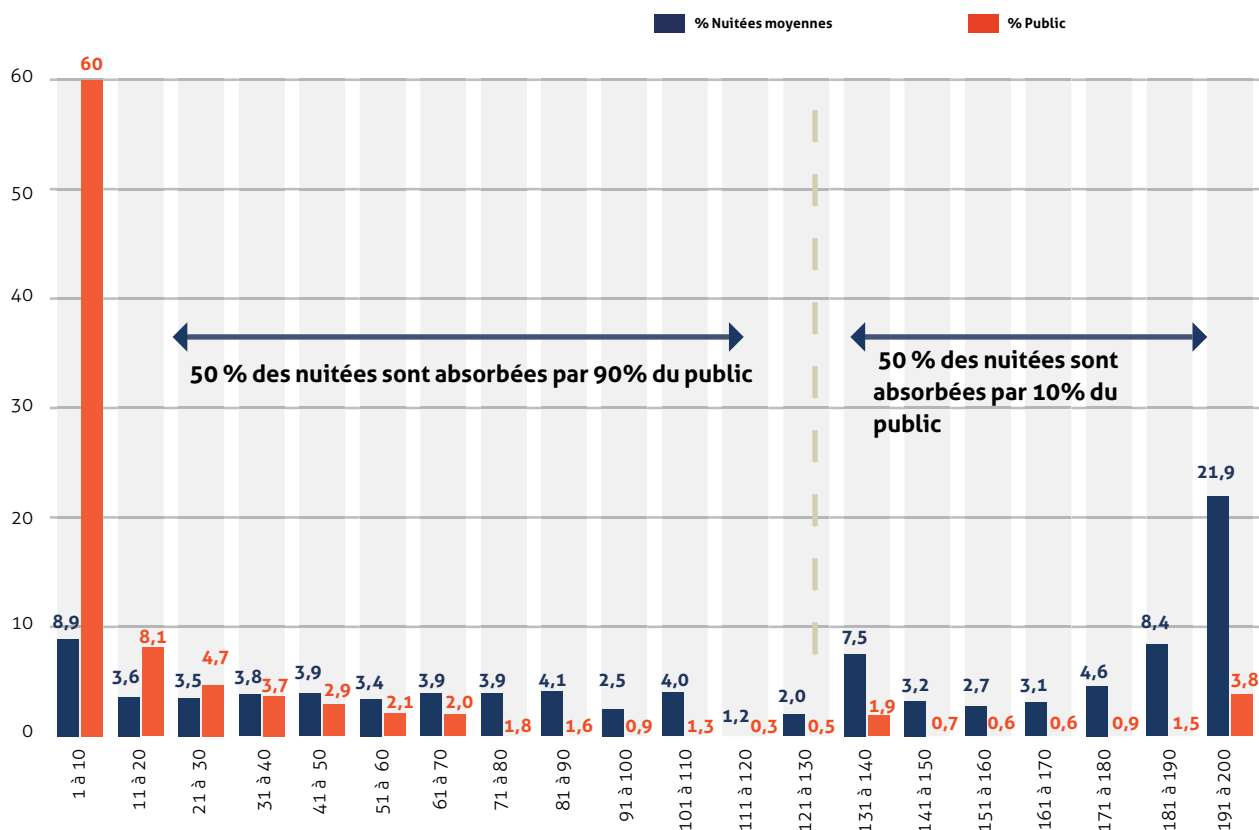
Répartition des personnes hébergées selon la composition – Hors hiver



Répartition des nuitées offertes selon la composition - Hors hiver



FRÉQUENCE DES NUITÉES RÉALISÉES



60 % des 2.034 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 9 % 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 % du public accueilli, l'autre moitié des nuitées étant consommées par 10 % du public accueilli.

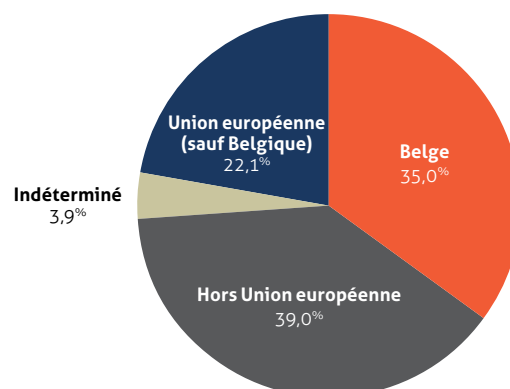
248 personnes, soit 12 % du public accueilli, passent plus d'une nuit sur deux dans nos centres en dehors du Plan Hiver et consomme ainsi plus de 50 % des nuitées offertes. Inversement, un peu moins de 90 % du public réalise moins de la moitié des nuitées offertes en dehors du plan hiver.

5,3 % 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 30,3 % des nuitées offertes en dehors de l'hiver en 2016.

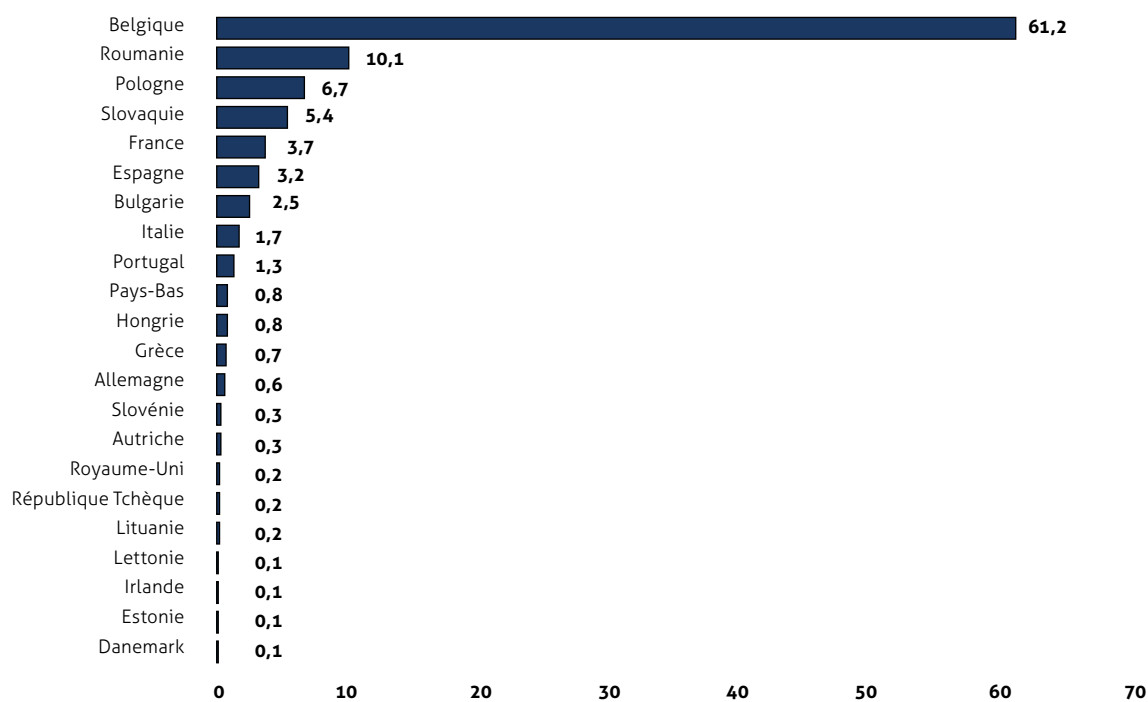
2.2 Répartition du public selon la nationalité

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

- 35 % des personnes hébergées sont belges ;
- 39 % sont des personnes issues de pays extérieurs à l'Union européenne ;
- 22,1 % sont des personnes originaires de pays de l'Union européenne autres que la Belgique.



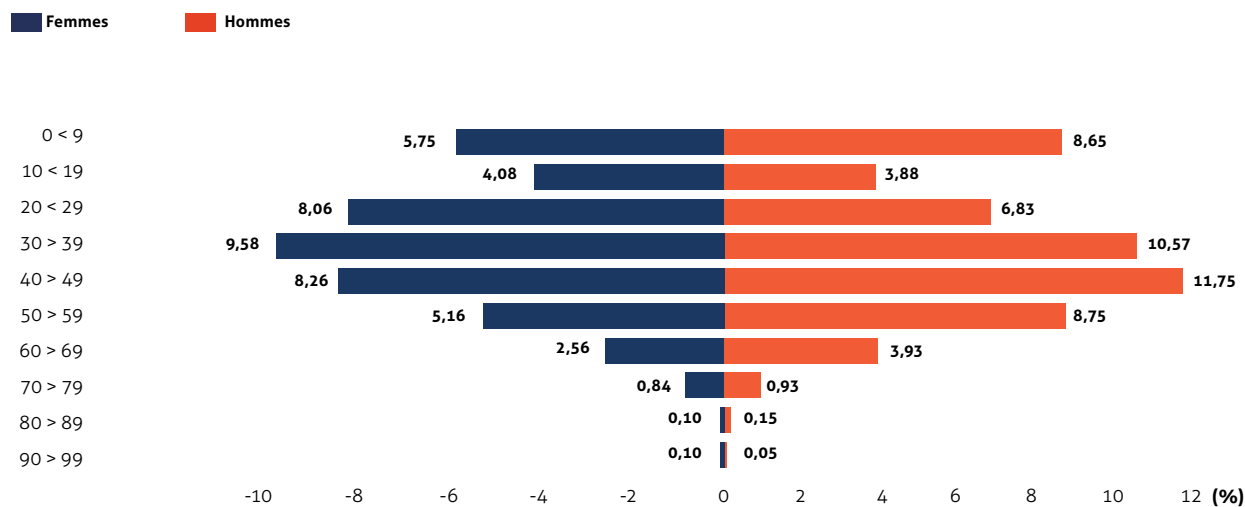
Répartition du public selon la nationalité (Focus UE) - Hors hiver (%)



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

- **61 %** de personnes de nationalité **belge**.
- 26,4 % de personnes originaires des pays de l'Est.

2.3 Pyramide des âges



On constate que :

- **14,4 %** des personnes accueillies ont **entre 0 et 9 ans**.
- **22,4 %** des personnes accueillies ont **moins de 20 ans**.
- **35,5 %** des personnes accueillies sont âgées **de 20 à 39 ans**. Cette catégorie de population présente une moyenne de séjour relativement courte.
- **33,9 %** des personnes accueillies ont **entre 40 et 59 ans**.
- **8,7 %** des personnes accueillies ont **plus de 60 ans**.

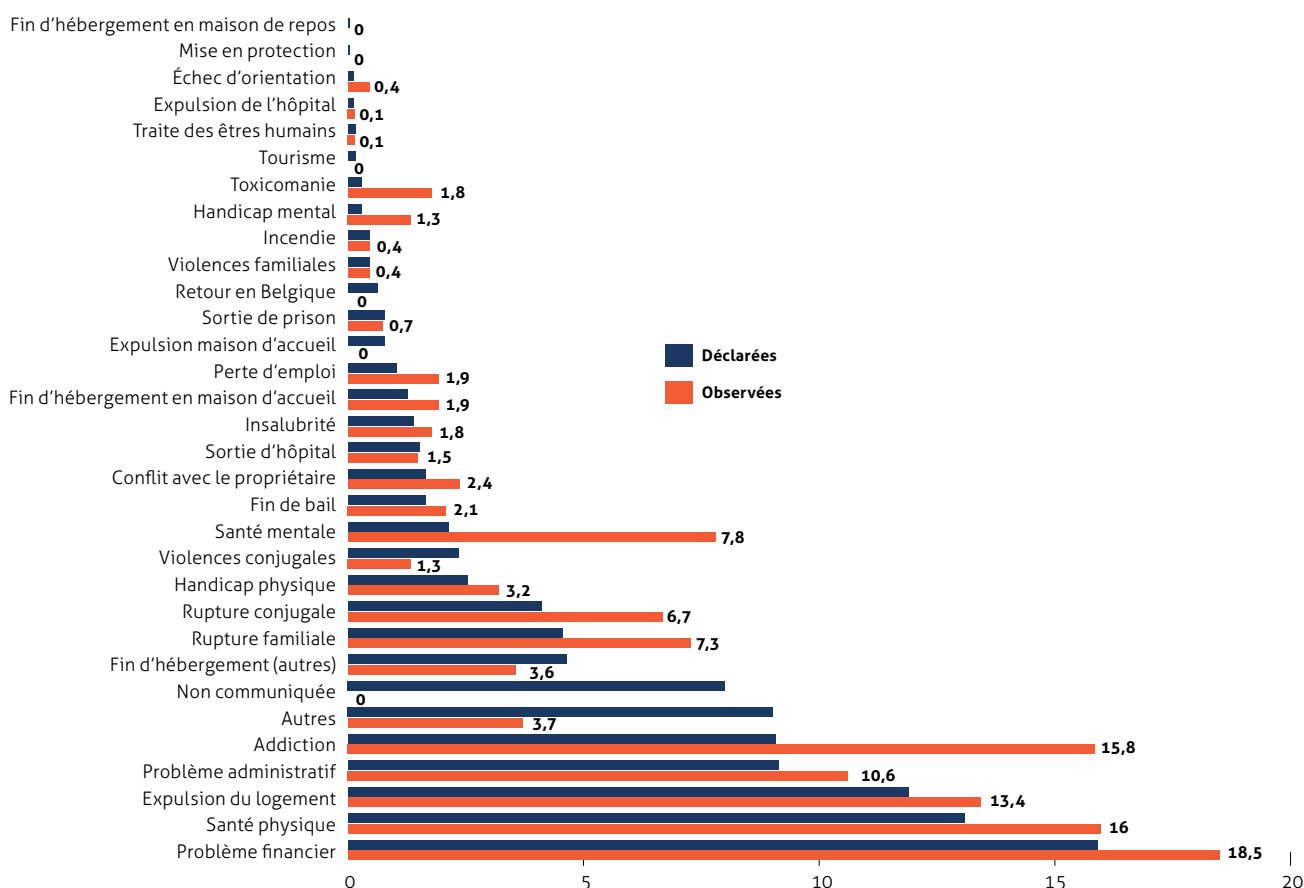
2.4 Causes de rupture

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

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



Causes de rupture (%)



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 rupture s'accumulent et s'enchevêtrent, rendant alors plus difficile encore la réinsertion¹⁸.

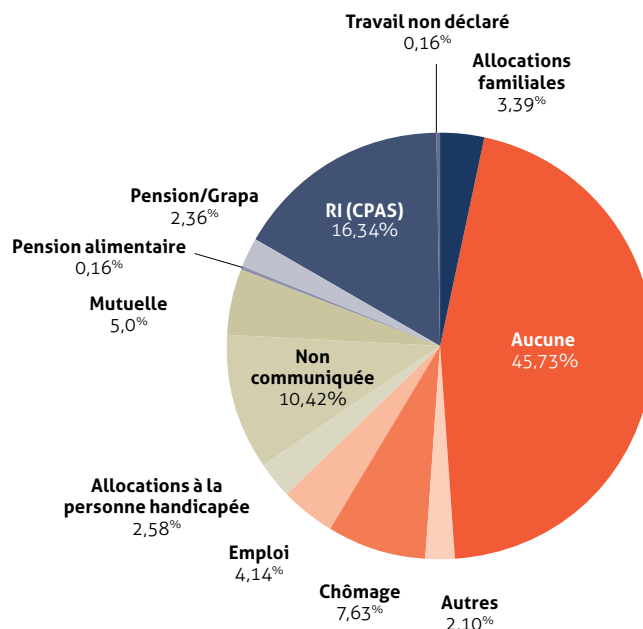
18 À ce sujet, voir le point « Difficulté/impossibilité d'orientation de sortie de rue pour les personnes « multi-carencées » », p. 69.

2.5 Situation financière et suivi lors du premier accueil

On constate que :

- Près de la moitié (45,7 %) des personnes accueillies ne disposaient d'aucune source de revenus lors de leur premier hébergement au Samusocial.
- 16,3 % 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 7,6 % du public accueilli.
- 7,6 % du public accueilli bénéficiaient d'allocations de chômage à leur arrivée.
- 4,1 % des personnes accueillies touchaient encore un salaire à leur arrivée au centre, soit deux fois plus qu'en 2015. Dans de telles situations, un soutien prioritaire est mis en place afin de permettre à la personne de rebondir rapidement.

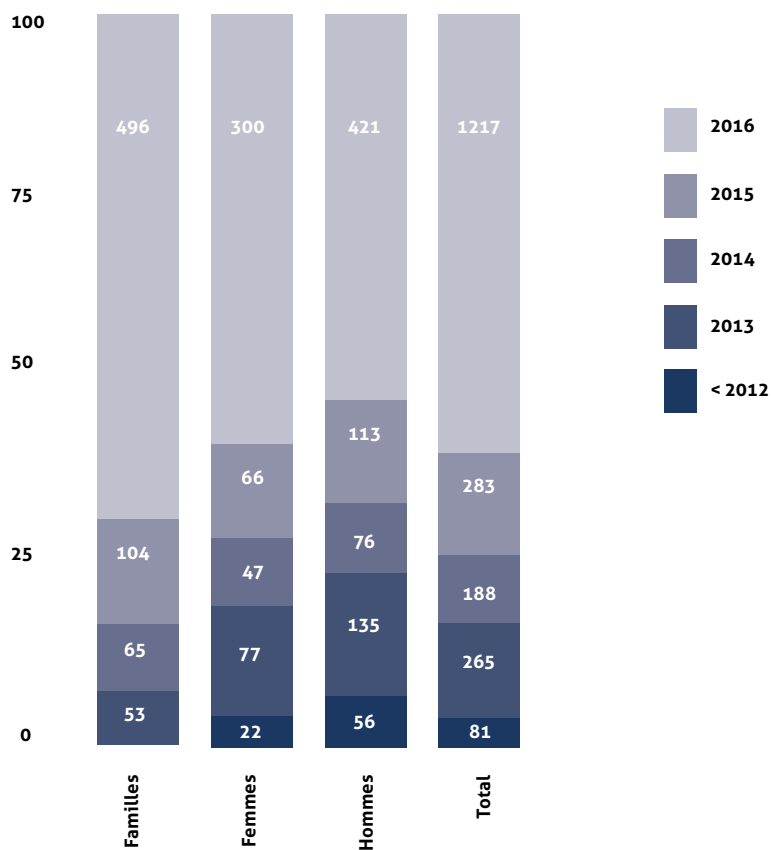
Répartition du public accueilli selon les sources de revenus lors du premier accueil - Hors hiver



2.6 Durée d'errance

Plus de 60 % des personnes accueillies sur la période (1.217 personnes sur 2.034) n'avaient jamais fait appel au Samusocial avant 2016.

Répartition du public accueilli hors hiver en 2016 selon l'année du premier hébergement (%)



Ont été hébergés pour la première fois, au cours de l'inter-hiver 2016 :

- 69 % des familles accueillies ;
- 59 % des femmes seules accueillies ;
- 52 % des hommes seuls accueillis.

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

3 Constats : toujours plus d'exclusion



L'année 2016 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. Enfin, les attentats de Paris et de Bruxelles auront également directement frappé le quotidien des personnes sans-abri. La fermeture de l'accès public à l'aéroport, le blocus des gares et des stations de métro ont ramené « en surface » tout un public qui avait pris l'habitude d'y séjourner. Le Samusocial, et plus particulièrement les équipes mobiles d'aide, ont été très sollicités par les opérateurs publics (communes, STIB, SNCB, agents de prévention) pour intervenir en soutien aux personnes évacuées des stations et autres lieux publics où les conditions d'accès ont été renforcées. Nous avons joué un rôle d'intermédiaire et de médiateur entre, d'une part, les sans-abri et leurs besoins et, d'autre part, les autorités communales, la STIB, la SNCB et leurs préoccupations sécuritaires.

Outre ces particularités propres à l'année 2016, le Samusocial ne peut que reconnaître 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 confrontés à un **nombre grandissant de squats**, organisés ou non, abritant ces publics qui ne peuvent être hébergés dans les services d'accueil déjà saturés.

3.1 Une problématique à l'ampleur croissante

ACCROISSEMENT GÉNÉRAL DE LA POPULATION SANS-ABRI EN RUE

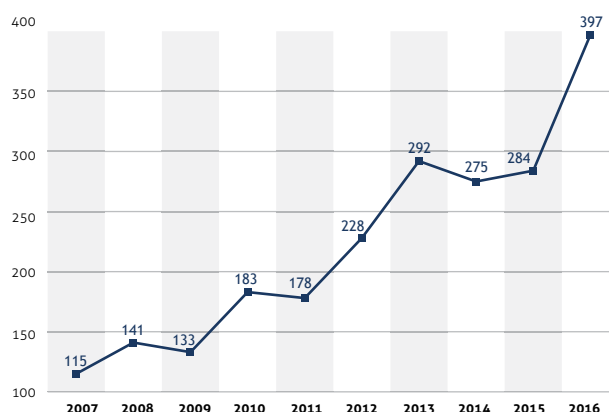
D'année en année, les CPAS observent un **phénomène d'accroissement général de la population sans-abri** dans la Région de Bruxelles-Capitale.

Les données du CPAS de Bruxelles-Ville rendant compte de « l'évolution annuelle du nombre de sans-abri 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 **3.094** (dont seulement 531 en maison d'accueil) en 2016.

Evolution du nombre des sans-abri aidés par le CPAS de Bruxelles					
Année	Sans-abri hébergés en maison d'accueil	Sans-abri ayant adresse de référence	Sans-abri en logement 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

Précision importante: **ces chiffres ne constituent qu'une indication qui se situe nettement en deçà de la réalité du « sans-abrisme » dans la Région de Bruxelles-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.

Évolution du nombre de familles hébergées



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 2016, passant de 115 à **397 familles accueillies**.

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

Parmi les familles aidées en 2016, nous retrouvons une proportion importante de **familles monoparentales victimes de violences conjugales**, de **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 2016. 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.

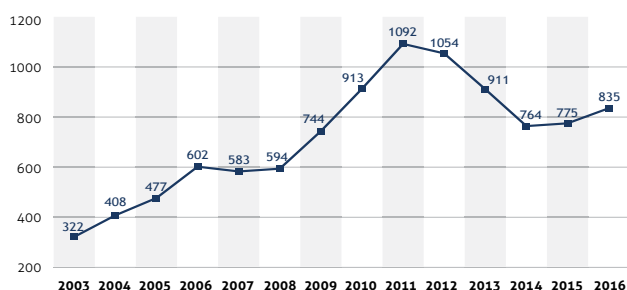


ACCROISSEMENT DU NOMBRE DE FEMMES ISOLÉES CHRONICISÉES DANS L'ERRANCE

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** ...

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 2016-2017 indiquent une occupation record allant jusqu'à 140 femmes par nuit.**

Évolution du nombre de femmes hébergées



Notons également que le Samusocial n'a jamais hébergé autant de femmes enceintes qu'en 2016.

On observe parmi les causes de rupture des femmes isolées une forte tendance de troubles psychiatriques, parfois combinés 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 elles-mêmes ou pour les autres, ce qui n'impose pas l'hospitalisation en psychiatrie ;
- elles sont dans le déni de leur maladie et refusent dès lors des soins psychiatriques ;
- elles ne sont pas aptes à vivre en collectivité et à suivre les règles de vie commune 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 illégal 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, titulaires 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'État.

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 2016, 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 2016-2017, 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 regroupement 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 atteintes 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

2016 a également été marquée par l'éclosion de nombreux squats et campements en Région bruxelloise. Des femmes et des hommes seuls, mais **surtout des familles**, sans-papiers, roms, 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 2016, 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'ex-site 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 Hiver¹⁹, 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.

¹⁹ Pour plus d'informations sur le sujet, voir le point 1.2.5. « Le Plan Hiver 2015-2016 », p. 52

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

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

On retrouve ainsi à la rue des **personnes « multi-carencées »**, des « laissés pour compte » **qui ne relèvent ni des urgences de l'hôpital somatique, ni des urgences de l'hôpital psychiatrique, ni des centres d'hébergement « classiques »** où ils ne trouveraient pas de place, parce que ceux-ci sont complets ou tenus par un règlement intérieur qui n'accepte pas de personnes 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 illégales 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 illégales 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 « psy », d'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 2016, les dispositifs d'accueil et de transit pour demandeurs d'asile du Samusocial ont accueilli 4.247 personnes dont :

- 2.139 hommes seuls ;
- 563 femmes seules ;
- 1.545 personnes en famille dont 795 adultes et 750 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 Ixelles.**

À 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. À 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

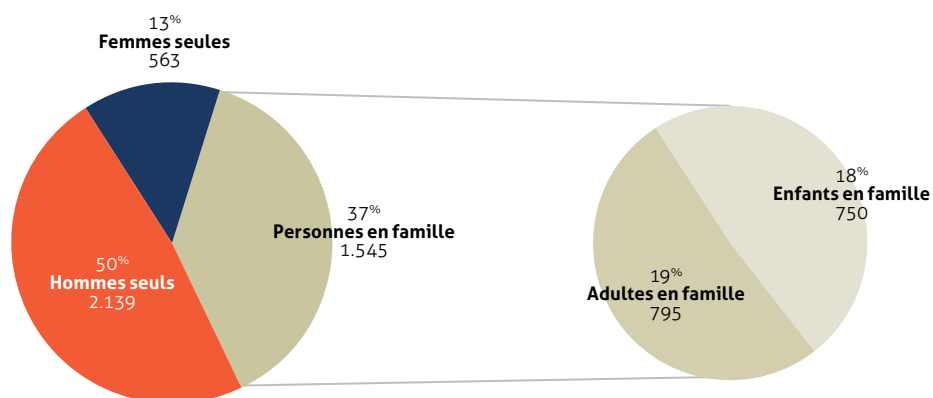
de kits hygiène et orientations des personnes les plus vulnérables vers des structures d'hébergement. **En novembre 2015, nous sommes mandatés pour ouvrir un second centre pouvant accueillir 400 demandeurs d'asile Avenue De Béjar à Neder-over-Heembeek.**

Dans un premier temps, les deux sites ont fonctionné comme des centres « classiques ». Depuis juillet 2016, celui de Neder-over-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.

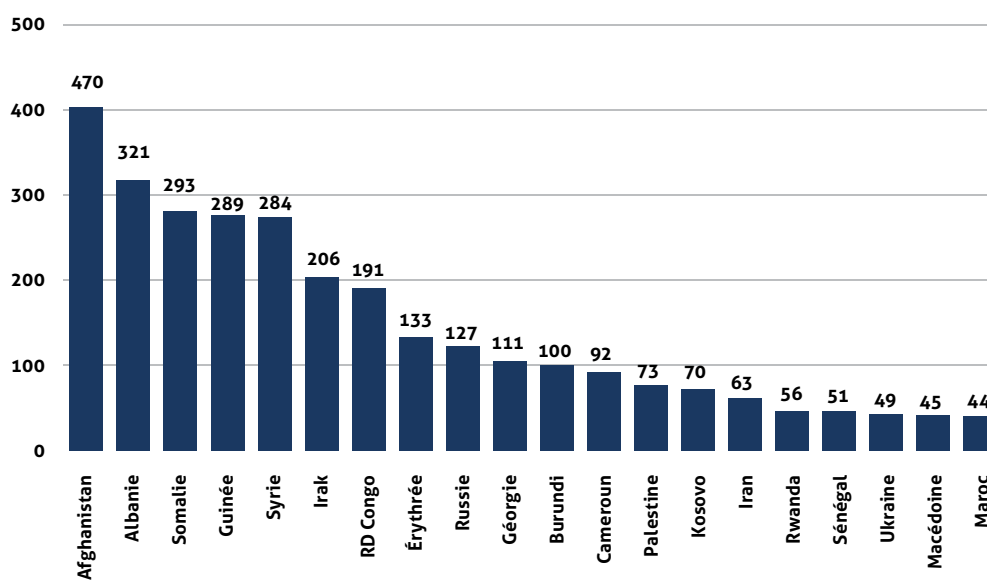
500 places d'hébergement sont donc actuellement gérées par le Samusocial sur mandat Fedasil :

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

Répartition des personnes accueillies selon la composition – Mission « Demandeurs d’asile »



Nationalités les plus représentées - Mission « Demandeurs d’asile »



Au total, le plan d’accueil pour demandeurs d’asile a accueilli des personnes issues de 86 pays différents au cours de l’année 2016.

1 Fonctionnement et bilan des activités 2016



1.1 Le centre Toussaint à Ixelles

En 2016, le centre Toussaint a accueilli 289 personnes dont :

- 231 hommes seuls;
- 17 femmes seules;
- 41 familles dont 21 adultes et 20 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** : chaque résident bénéficie de l'accompagnement d'un assistant social référent qui l'informe, assure un suivi régulier de son dossier et le soutient dans ses démarches administratives (obtention et renouvellement de la carte orange, obtention du permis de travail C, attestations diverses, orientation vers les services externes ou associations utiles, ...). Une permanence sociale est assurée 7j/7 par six assistants

sociaux. Le service social est également 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 comprend.

- Des **consultations paramédicales avec une coordination médicale** : la permanence médicale fonctionne du lundi au vendredi de 8h à 17h. Elle est assurée par deux infirmières et supervisée par un médecin. Une évaluation individuelle de chaque résident est réalisée à l'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. Par ailleurs, des cours d'alphabétisation sont dispensés chaque semaine par nos professeurs de Français Langue Étrangère (FLE) dans le centre dans le cadre des activités de notre cellule pédagogique.

1.1.1 ACTIVITÉS ORGANISÉES AU CENTRE TOUSSAINT

Depuis avril 2016, 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 2016, lorsque le premier est devenu un centre de transit.

La cellule pédagogique est composée de **quatre éducatrices et de deux professeurs de langue** (dari/français et arabe/français). Si des activités étaient bien sûr déjà organisées auparavant, cette cellule a permis de les multiplier et, notamment, de renforcer l'apprentissage des langues au sein même du centre.

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 2016 ont été scolarisés. Tous les soirs, les animatrices et professeurs se tiennent à la disposition des enfants et adolescents afin de les aider et de les encadrer dans la réalisation de leurs travaux scolaires.

QUELQUES PROJETS RÉCENTS

- **Le projet audiovisuel** : récemment, un projet audiovisuel a été 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 2016, 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.
- **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.

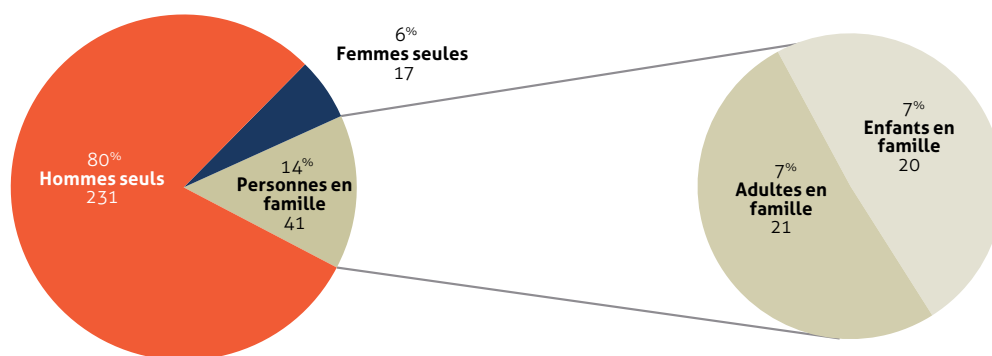


1.1.2 OBSERVATIONS QUANT AU PUBLIC ACCUEILLI

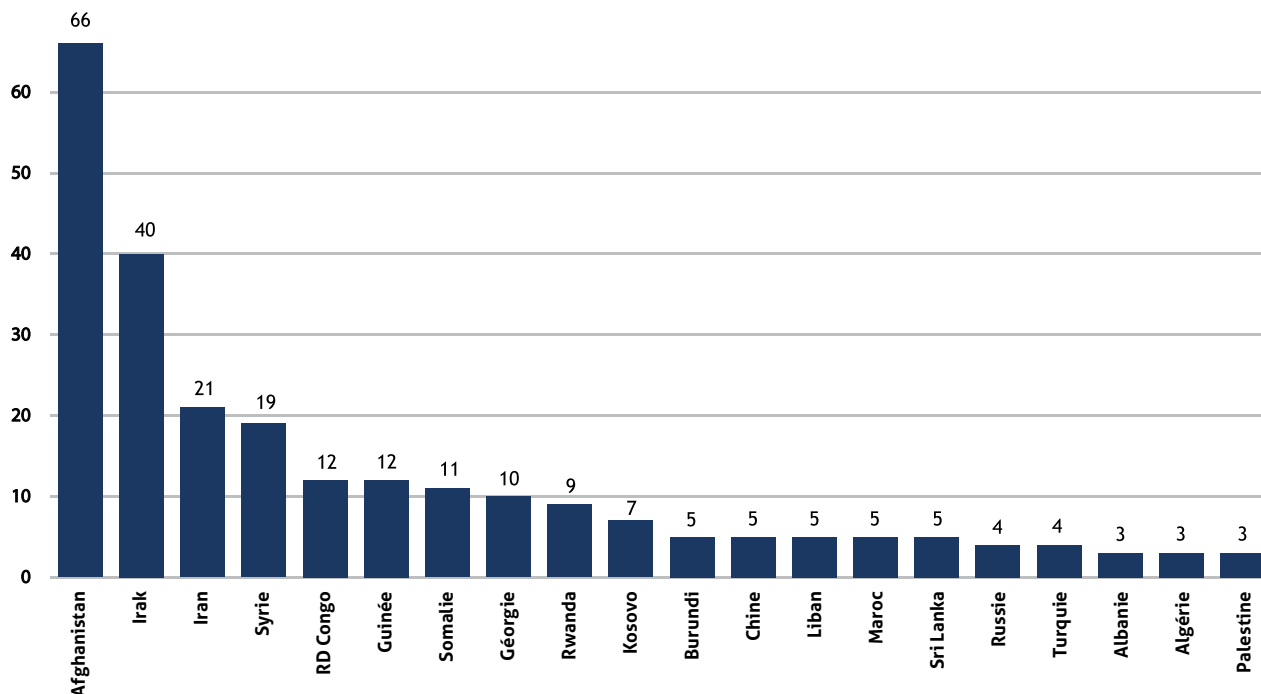
En 2016, le centre Toussaint a accueilli **289 personnes dont 80 % d'hommes seuls (231), 6 % de femmes seules (17) et 14 % de familles (41)**²⁰ avec, pour cette dernière catégorie, une répartition quasiment équivalente entre enfants (20) et adultes (21).

En 2016, le centre Toussaint a accueilli des personnes de 38 nationalités différentes.

Répartition des personnes accueillies selon la composition - Centre Toussaint



Nationalités les plus représentées - Centre Toussaint



²⁰ 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 PERSPECTIVES

VERS UN ACCOMPAGNEMENT SOCIAL PLUS CIBLÉ

Nous observons que la complexité des questions administratives de la procédure d'asile représente un obstacle majeur pour de nombreux candidats. C'est pourquoi les membres du service social vont bénéficier en la matière de formations très pratiques, de façon à ce que les **explications** qu'ils fournissent aux résidents soient pour eux **les plus intelligibles possible**.

Nous développons par ailleurs un dispositif permettant de mieux préparer les demandeurs d'asile à leurs rendez-vous avec leurs avocats.

L'INTÉGRATION DES DEMANDEURS D'ASILE

Partant du principe que le temps passé au centre est l'occasion de **favoriser l'intégration linguistique et culturelle des résidents**, nous projetons de soutenir notre effort en multipliant les projets dans ce sens.

Ainsi que nous l'avons déjà mentionné, nous essayons actuellement d'inscrire tous nos résidents à **des cours de français ou de néerlandais**, de façon à ce qu'ils manient au moins une des langues nationales au terme de leur séjour; nous avons évoqué à ce propos nos partenariats avec Lire et Écrire, Het Huis van het Nederlands, BON, ... qui proposent des cours accessibles à destination des débutants. L'objectif pour 2017 est de renforcer la formation linguistique des résidents en collaborant avec des écoles de langue organisant des cours plus avancés.

Par ailleurs, nous sommes heureux de voir le partenariat avec BNP Paribas Fortis Foundation se prolonger. Ce budget supplémentaire nous offre la possibilité de **poursuivre et de consolider l'accès des résidents à la culture** et de les faire **participer à la vie sociale et civique belge**. L'accent sera mis sur le public féminin avec le développement de thématiques les touchant plus particulièrement.

1.2 Le centre Béjar à Neder-over-Heembeek

En 2016, le centre Béjar a accueilli 3.959 personnes :

- 1.908 hommes seuls ;
- 546 femmes seules ;
- 1.504 familles dont 774 adultes et 730 enfants.

De novembre 2015 au mois de juillet 2016, le centre Béjar a accueilli les demandeurs d'asile selon les mêmes modalités que le centre Toussaint, leur offrant les services prévus par la « loi accueil » évoquée ci-dessus.

Comme nous l'avons évoqué plus haut, le centre Béjar a été réorganisé en centre de transit à partir de juillet 2016 et sa capacité d'accueil réduite de 400 à 250 places. Il s'agit désormais d'une **structure d'hébergement temporaire** au sein de laquelle les primo-arrivants sont invités à séjourner en attendant leur convocation à l'Office des étrangers, autrement dit trois semaines maximum. Ils sont ensuite réorientés vers un centre d'accueil « classique » où ils entament la procédure de demande d'asile.

L'hébergement inclut notamment :

- trois repas par jour ;
- l'accès à des sanitaires ;
- l'accès à une laverie ;
- l'accès à Internet ;
- des consultations paramédicales coordonnées par un médecin du lundi au vendredi ;
- des séances d'information permettant de renseigner et de conseiller au mieux les résidents sur leurs droits et les étapes qui les attendent au niveau procédural ; dans la même optique, des collaborations ont été mises en place avec des avocats et des écrivains publics.

1.2.1 ACTIVITÉS ORGANISÉES AU CENTRE BÉJAR

Des activités sont organisées tant que possible à destination des familles, des adultes, des enfants et des adolescents. 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 extérieurs ;
- une salle de musculation ;
- une salle informatique avec un PC. En outre, le Wi-Fi est accessible dans le réfectoire.

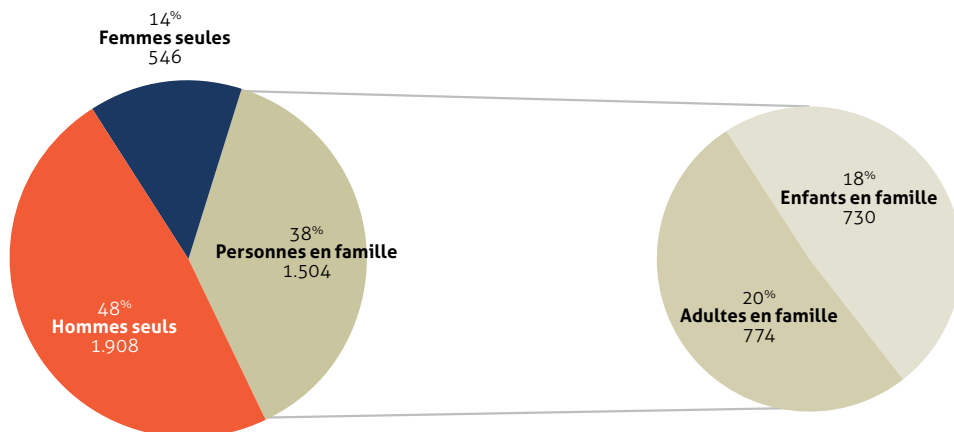
Par ailleurs, quelques spectacles animés par l'ASBL Clowns et Magiciens Sans Frontières ont été ponctuellement organisés dans l'enceinte du centre.



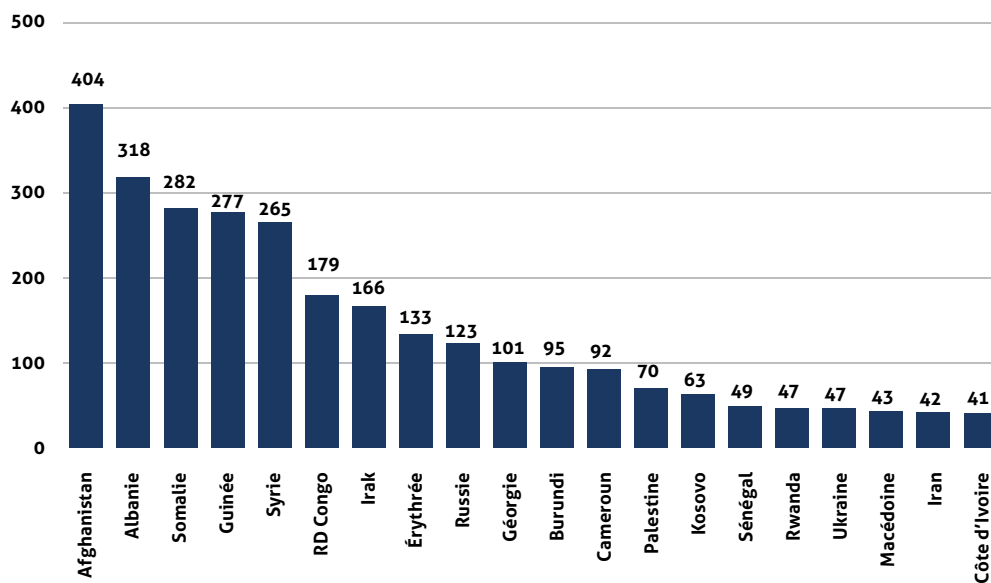
1.2.2 OBSERVATIONS QUANT AU PUBLIC ACCUEILLI

En 2016, le centre Béjar a accueilli 3.959 personnes dont 48 % d'hommes seuls (1.908), 13 % de femmes seules (546) et 38 % de personnes en famille (1.504) dont 774 adultes et 730 enfants.

Répartition des personnes accueillies selon la composition - Centre Béjar



Nationalités les plus représentées - Centre Béjar



Le centre Béjar a accueilli des personnes de 86 nationalités différentes au cours de l'année 2016.

C. INTERPELLATIONS ET RECOMMANDATIONS

Depuis plusieurs années, le Samusocial partage certaines interpellations et recommandations : augmentation nécessaire de la capacité structurelle d'hébergement, manque de structures adaptées facilitant l'orientation de personnes depuis notre centre d'urgence, distinction de l'accueil souhaitée selon les problématiques, ...

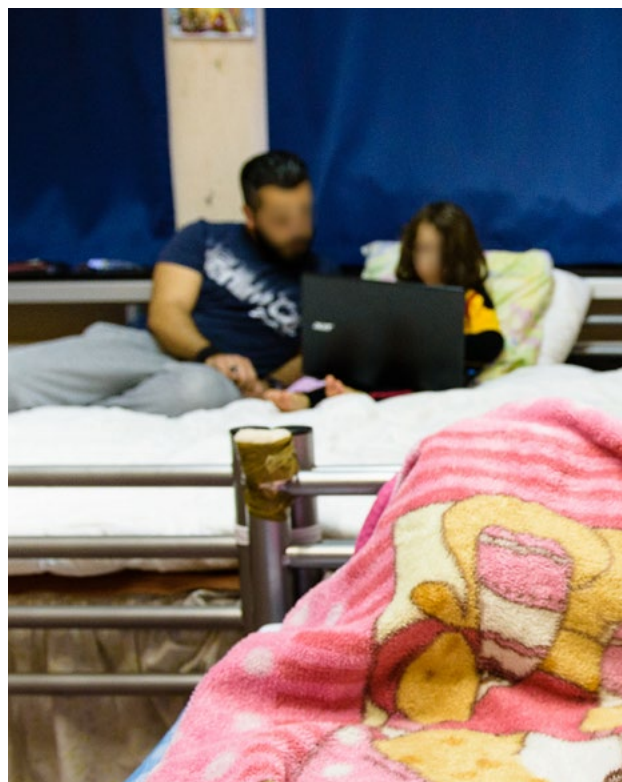
Face à ces besoins grandissants, le Samusocial a pris les devants, notamment en ouvrant le centre MediHalte afin d'offrir un hébergement médicalisé dans un centre distinct pour les personnes sans-abri malades. De la même manière, notre centre Familles de Woluwe-Saint-Lambert offre un accueil distinct aux familles avec enfants. Les choses évoluent donc. La reconnaissance de ces besoins par les autorités – notamment le financement par la Région de 110 places d'accueil d'urgence supplémentaires – constitue également un pas en avant qu'il faut saluer. Mais rappelons que certains de nos programmes d'intervention (le centre MediHalte est un exemple, la maraude des équipes mobiles d'aide également) ne pourraient fonctionner complètement avec les seuls financements publics, ce sont les fonds propres et donc le soutien des donateurs privés qui leur permettent de subsister.

Une plus grande capacité d'hébergement d'urgence

La problématique de l'exclusion enfle à Bruxelles tout comme dans les grandes villes d'Europe de l'Ouest. Pour répondre à des besoins croissants, le nombre de places structurelles – ouvertes toute l'année – doit impérativement être augmenté afin de ne pas avoir à faire de 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.**

À ce jour, la capacité d'hébergement du Samusocial en dehors de l'hiver s'élève à 278 places réparties comme suit :

- 110 places d'accueil d'urgence pour hommes/femmes/familles : Centre Rempart (Bruxelles-Ville) ;
- 130 places pour familles avec enfants : Centre Familles (Woluwe-Saint-Lambert) ;



- 38 places pour des personnes malades : Centre MediHalte (Laeken).

Un accord avec la Région bruxelloise est aujourd'hui à l'œuvre afin d'organiser l'augmentation de la capacité structurelle d'hébergement d'urgence prochainement. 110 places d'accueil d'urgence supplémentaires vont ainsi être ouvertes dans le centre du Boulevard Poincaré récemment acquis par la Région. À terme, ce sont ainsi 220 places qui devraient pouvoir rester ouvertes toute l'année dans le cadre de l'accueil d'urgence en sus des 168 places ouvertes dans le centre pour familles et le centre MediHalte.

Une capacité permanente augmentée permettra de développer un véritable accompagnement de fond continu, de sorte à aller au bout des démarches, été comme hiver, jusqu'à la sortie de rue.



Le développement et la pérennisation des programmes spécifiques d'accueil

Les 110 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 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^{er} 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, celles-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 (logements 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 cantonnées 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 en hausse 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 renforcement nécessaire de l'offre « psy » et médicale/ infirmière

Nous l'avons vu, la plupart des personnes chronicisées dans l'errance sont sujettes à des problématiques psychologiques ou psychiatriques et 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 de notre encadrement « psy », infirmier et médical depuis quelques années ont permis d'améliorer la qualité des prises en charge et des accompagnements offerts dans nos centres et par nos équipes mobiles d'aide. **L'effectif actuel ne permet cependant pas encore de systématiser les permanences « psy » et médicales 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 sociales en place. La systématisation dans chaque centre d'une permanence psy et surtout d'une permanence médicale 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 délivrer sa véritable identité ne doit pas être une condition d'accès à la prise en charge et au secours de la personne. La préservation de l'anonymat doit pouvoir être garantie au public en demande d'aide.



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** à souhait 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. PERSPECTIVES 2017



- **Doublement de la capacité structurelle d'accueil d'urgence**, passant de 110 à 220 places, et augmentation du cadre de gestion.
- Démarches auprès des autorités régionales pour **la pérennisation du centre Familles de Woluwe-Saint-Lambert**.
- Démarches auprès des autorités fédérales pour la **poursuite du centre MediHalte**, offrant un hébergement médicalisé à 38 personnes souffrant de pathologies aiguës ou chroniques.
- Reconstitution du financement régional pour le **programme Housing First** jusqu'à la fin 2017. Demande auprès de la Région d'augmenter le nombre de jeunes relogés en appartement de 10 unités, soit 30 jeunes hébergés.
- Activation sur la région bruxelloise d'une **antenne « équipe mobile précarité » dans le cadre de la réforme des soins ambulatoires 107**. Trois institutions de première ligne - Samusocial, Source et SMES - uniront leurs actions autour de la prise en charge « psy » des personnes sans-abri.
- Participation aux échanges organisés par le gouvernement fédéral dans le cadre du Comité « Livre blanc » pour la **réforme des soins de santé destinés aux personnes sans-abri**.
- Poursuite de l'activité de **la plateforme Bitume** en partenariat avec les ASBL Transit et Source. L'objectif? « Transversaliser » les suivis de terrain pour optimiser l'accompagnement des personnes aidées.
- Intensification des **campagnes de recrutement de donateurs en rue** pour assurer le développement des équipes mobiles d'aide et couvrir les frais de fonctionnement du centre MediHalte.
- Poursuite jusqu'à fin 2018 du **soutien de la BNP Paribas Fortis Foundation pour la cellule pédagogique** dans le centre pour demandeurs d'asile d'Ixelles.
- Poursuite jusqu'à fin 2017 du **soutien de Viva for Life (Cap 48) pour la cellule « Petite enfance et soutien à la parentalité »** au centre Familles de Woluwe-Saint-Lambert.
- Consolidation des **collaborations structurelles** avec :
 - le secteur associatif : centres de jour, maisons d'accueil, centres de santé mentale, maisons médicales, Plateforme Mineurs en exil);
 - les hôpitaux publics (échanges, sensibilisation, recherche);
 - les communes : formation du personnel de prévention et de proximité;
 - la police et les agents STIB : formation et sensibilisation des équipes de terrain;
 - les CPAS, notamment par la mise à disposition de personnel sous contrat « article 60 ».
- Poursuite des collaborations pour la **récolte des données sur la question des migrations** (Samusocial International, Fondation ISMU, ...).
- **Rencontres, échanges et formations** entre nos équipes et les travailleurs des différents Samusociaux au sein de la plateforme du **Samusocial International**.

samusocial.brussels



Rue du Petit Rempart 5
1000 Bruxelles
02 551 12 20

www.samusocial.be
info@samusocial.be