UCLouvain

Faculté de santé publique

État des lieux de la population sans-abris fréquentant le bassin de soins d'un service d'urgence bruxellois dans le but de poser les pistes d'une future coordination intégrée des soins.

Mémoire réalisé par :

Mme Anaïs Mizéra

Promoteurs :

Mr Frédéric THYS
Mme Séverine WEINGAERTNER

Année académique 2022-2023

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

UCLouvain

Faculté de santé publique

État des lieux de la population sans-abris fréquentant le bassin de soins d'un service d'urgence bruxellois dans le but de poser les pistes d'une future coordination intégrée des soins.

Mémoire réalisé par :

Mme Anaïs Mizéra

Promoteurs :

Mr Frédéric THYS
Mme Séverine WEINGAERTNER

Année académique 2022-2023

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Je tiens à remercier mon promoteur, Pr Thys, de m'avoir orienté judicieusement à des moments stratégiques de ce projet incroyable et enrichissant.

Je remercie tout particulièrement ma co-promotrice Séverine Weingaertner qui a été à mes côtés tout au long de ce mémoire et sans elle, ce travail n'aurait pas été aussi abouti.

Je remercie les personnes qui m'ont aidé dans la réalisation de ce mémoire notamment Dany Lefèvre qui m'a permis de récupérer toutes les données de la population sans-abris. Merci pour sa disponibilité face à mes nombreuses questions.

Je remercie Serge Lisen qui m'a aidé à répondre à toutes mes interrogations pour coder au mieux mes données avec le logiciel Excel.

Je remercie le Dr Castro pour avoir répondu à toutes mes questions cette année à propos de la réalisation de ce mémoire.

Je remercie le CHU Brugmann qui m'a permis de réaliser ce mémoire et tout particulièrement mes collègues du service de l'angiographie cardiaque, les assistants sociaux des deux sites, la cheffe administrative des urgences du site Horta, mon ancien chef infirmier des urgences qui croyait en ma réussite et qui m'a poussé à continuer ce master.

Je remercie également ma famille, tout particulièrement mon père et ma belle-mère qui m'ont donné la volonté de me dépasser, ma cousine, mon beau-père et ma mère qui m'ont soutenu inlassablement dans ce projet laborieux. Et bien sûr, je remercie mon compagnon qui a dû me supporter et m'encourager dans cette épreuve tout au long de cette année.

Et bien entendu, je remercie également mes amies qui m'ont soutenue pour la réalisation de ce mémoire, en particulier Margarita qui m'a donné la force de poursuivre, mais aussi Hasna, Nezhaa et Elmiza qui ont égayé ces années de master.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présente dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citation et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des matières

Remerciements……....4

Le plagiat……5

Liste des abréviations……..8

Introduction……9-10

1 Cadre Théorique 11

A. Partie 1 : le sans-abrisme 11

1. Évolution du sans-abrisme 11

2. Définition du sans-abrisme 12

3. Les différents profils de sans-abris 15

4. La politique d'aide face au sans-abrisme 16

5. Le dénombrement des personnes sans-abris 19

B. Partie 2 : les pathologies des personnes sans-abris 21

1. Les urgences, une terre d'accueil pour les populations les plus précarisées 21

2. Les pathologies les plus fréquentes chez les sans-abris 22

3. L'approche des sans-abris face à la maladie 25

C. Partie 3 : la coordination des soins 27

D. Partie 4 : la commune de Schaerbeek : la logique territoire 30

1. Démographie 30

2. Bassin de soins Schaerbeekois pouvant accueillir la population sans-abris 33

3. Centres d'hébergement frontaliers à Schaerbeek accueillant la population sans-abris 34

4. La Coordination de l'action sociale 35

5. Focus sur la population majoritaire des centres d'hébergement au sein du bassin de soins de Schaerbeek et de son territoire limitrophe : les migrants 35

2 Cadre Méthodologique 37

A. Introduction 37

B. Objectifs et hypothèses 37

C. Matériel et Méthode 38

1. Type de l'étude 38

2. Considération éthique 38

3. La collecte de données 38

4. Échantillonnage 39

5. Méthodes statistiques utilisées 42

3 Résultats 42

A. Les variables relatives aux caractéristiques sociodémographiques 42
1. L'âge du patient (en années) 42
2. Le genre 43
3. La nationalité 43
4. Répartition des patients de l'échantillon en fonction de leur environnement social (lieu de vie : centre, domiciliation au CPAS) 43
5. Statut socio-économique notifié dans l'anamnèse infirmière et/ou médicale 44
B. Les variables relatives aux caractéristiques médicales 44
1. Priorité MTS 44
2. Les diagnostics 45
3. Antécédents 46
4. Consommation de substances notifiée dans le diagnostic médical 47
5. Consommation d'alcool notifiée dans le diagnostic médical 48
6. Type de sortie 48
7. Refus de soins 49
8. Nombre de passage aux urgences au 1er trimestre 2023 49
9. Nombre de passage aux urgences en 2022 50
10. Suivis proposés à la sortie 50
C. Les variables relatives aux ressources (moyen de transport, professionnel de santé) 51
1. Moyen d'arrivée du patient 51
2. Moment d'arrivée du patient en fonction des horaires de l'équipe infirmière (Jour/Nuit) 51
3. Heure d'arrivée du patient compatible avec l'emploi du temps de l'assistant social 52
4. Patient ayant un médecin traitant encodé dans leur base de données. 53
5. Patient ayant bénéficié d'un suivi social ? 53
D. Résultats statistiques de différentes hypothèses 54
1. Hypothèse 1 : relation entre le nombre de passages aux urgences en 2022 et avoir un médecin traitant 54
2. Hypothèse 2 : relation entre le nombre de passage aux urgences en 2022 et avoir un antécédent neuropsychiatrique 55
4 Discussion 57
a. Limites de l'étude : 57
b. Analyse des résultats 59
c. Perspectives et Recommandations 62
5 Conclusion 65
6 Bibliographie 66
7 Annexes 77

Liste des abréviations

A.S. = Assistant social

ASBL = Association sans but lucratif

AMA =Fédération des maisons d'accueil et des services d'aide aux sans-abris

AMU= Aide médicale urgente

CHJT = Centre hospitalier Jean Titeca

CHUB= Centre hospitalier universitaire Brugmann

COCOM = Commission communautaire commune

CPAS = Centre public d'action sociale

EMCDDA = The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction[1]

ERIS = Équivalent du revenu d'intégration sociale

ETHOS = European typology on homelessness and housing exclusion[2]

FEANTSA = Fédération européenne des associations nationales travaillant avec les sans-abris
GRAPA = Garantie de revenu aux personnes âgées

IBSA = Institut bruxellois de statistique et d'analyse

MENA= Mineurs étrangers non accompagnés

MTS= Manchester Triage Systems

OHCHR = Office of the high commissioner for human rights[3]

OMS = Organisation mondiale de la santé

ONU= Organisme des Nations unies

PIT =Paramedical intervention team

RIS = Revenu d'intégration sociale

SHNA =Structures d'hébergement non agréées

SDF = Sans domicile fixe

SMUR = Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation

SPP = Service public fédéral de programmation

SRLB= Société du logement de la Région de Bruxelles-Capitale

UNHCR= The UN Refugee Agency[4]

[1] Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
[2] Traduction : Typologie européenne du sans-abrisme et de l'exclusion du logement.
[3] Traduction : Le Haut-Commissariat aux droits de l'homme
[4] Traduction : L'Agence des Nations Unis pour les réfugiés

Introduction

En novembre 1996, la Charte d'Ottawa définit le concept de « santé » comme le fait d'une part, de « réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci » (gouvernement du Canada, novembre 1996). Cela signifie que la personne qui n'arrive pas à assouvir tous ses besoins n'est pas en bonne santé.

Vingt-sept années plus tard, nous assistons à une augmentation du nombre de sans-abris dans un contexte actuel austère lié à une période économique difficile. L'inflation grandissante rend l'accès aux produits de première nécessité de plus en plus complexe. Il en va de même pour l'accès au logement qui coûte de plus en plus cher. Ainsi, les personnes déjà fragilisées socio-économiquement risquent de basculer vers le sans-abrisme. En 2021, «18,8% de la population belge est considérée comme à risque de pauvreté ou d'exclusion sociale (AROPE) selon l'indicateur européen de la pauvreté dans le cadre de la stratégie ''Europe 2030'' » (Statbel, septembre 2022). De plus, les conflits interétatiques sur la scène mondiale (Afghanistan, Lybie, Érythrée, Syrie, Ukraine…) entraînent l'arrivée de personnes fuyant leur pays pour venir en Europe.

« 13,1 % de la population belge connaissait un risque de pauvreté en 2021 » (Service public fédéral Sécurité sociale, 2022). Face à une population précaire grandissante, il est parfois difficile de pouvoir fournir de l'aide à tous les individus car les ressources sont limitées. En novembre 2019, Médecin du monde publie sur son site web : « depuis plusieurs semaines, Fedasil refuse tous les jours entre 150 et 200 personnes » (Médecin du monde, novembre 2021). Dans leurs propos, il transparaît un manque criant de moyens pour pouvoir faire face à toutes les demandes d'hébergement en plein milieu du plan hivernal mobilisant déjà des moyens supplémentaires.

Chaque année à Bruxelles, on rend hommage aux personnes sans-abris qui sont décédées, « En 2018, ils étaient 67 (50 hommes et 17 femmes), c'est 5 de plus qu'en 2017 et 44 de plus qu'en 2005 » (Belgique info SDF, juin 2019). Chez nos voisins français, le collectif « les Morts de la Rue » tient une liste non exhaustive recensant chaque année les morts et l'âge moyens des personnes sans domicile fixe. Celui-ci a annoncé qu'entre le 1er janvier et le 18 juillet 2022, 245 personnes SDF sont mortes avec une moyenne d'âge de 48 ans (Collectif les morts de la rue,

2008-2022). En Belgique, en 2021, l'espérance de vie à la naissance était de 81,7 ans (Statbel, juillet 2022). L'écart avec la population générale est très significatif et interpellant.

Cet écart va être interrogé dans ce mémoire qui va se focaliser sur la population résidant à Bruxelles au niveau du bassin de soins Schaerbeekois. Face à la précarité grandissante, nous allons tenter de faire un état des lieux de la population sans-abris fréquentant le service d'urgence du CHU Brugmann site Paul Brien. Le choix de ce mémoire s'est porté à la suite de mon expérience dans un service d'urgence du secteur public bruxellois pendant plus de 12 ans. J'ai été confrontée fréquemment à la prise en charge des patients les plus démunis. Certains venant chaque jour pendant des mois voire des années pour se mettre à l'abri dans le service. Mon intérêt envers la question des sans-abris a initié ma réflexion quant à un projet pour améliorer leur prise en charge.

1 Cadre Théorique

A. Partie 1 : le sans-abrisme

Le basculement vers la précarité est favorisé par une conjoncture économique de plus en plus complexe. La COVID a amplifié une fragilité économique. Depuis quelques mois, une inflation très importante touche tous les secteurs d'activités belges (énergie, alimentation, loyer, etc.). Joseph Wrezinski, fondateur du mouvement ATD (Agir tous pour la dignité) Quart monde, stipule que la **précarité** est une résultante de plusieurs facteurs. Elle « se développe lorsque le niveau socio-économique, l'habitat, les réserves financières, le niveau culturel, d'instruction et de qualification professionnelle, les moyens de participation associative, syndicale et politique sont défavorables » (Émilie Labbé, Jean Jacques Moulin, René Guéguen, Catherine Sass, Carine Chatain, Laurent Gerbaud, 2007).

L'indicateur AROPE (Personnes à risque de pauvreté ou d'exclusion sociale) est un indicateur permettant d'évaluer la pauvreté. Il comprend 3 items qui correspondent à des situations sociales de vie : « la pauvreté monétaire, la privation matérielle et sociale sévère ou vivant dans un ménage à très faible intensité de travail » (Statbel, non daté). Selon Statbel (septembre 2022), « un individu faisant face à au moins un des trois items est décrit comme à risque de pauvreté ou d'exclusion sociale ». On estime qu'en 2021, 12,7% de la population belge est à risque de pauvreté monétaire (Statbel, septembre 2022).

Face à une population économiquement fragilisée, les aides de l'État ne sont parfois plus suffisantes pour garder son logement et c'est alors qu'on bascule vers le sans-abrisme.

1. Évolution du sans-abrisme

Au cours du 19ème siècle, les personnes démunies se déplacent de la campagne vers les villes pour tenter de subsister. La personne sans-abri est appelée « vagabond, considéré comme un délinquant qu'il fallait enfermer dans une prison » (AMA, 2017). Par la suite, la croissance urbaine a modifié « l'image du « vagabond » des campagnes à celle du « clochard » de la ville, ce dernier ayant un périmètre de déplacement resserré autour d'un territoire plus restreint » (Christelle Achard, 2016). À la fin de la période des Trente Glorieuses, le profil des sans-abris a changé. L'émergence d'une « nouvelle pauvreté » liée à la crise économique voit apparaitre

une population féminisée et plus jeune (Aurélien Carotenuto-Garot, Elsa Montenegro Marques, 2021). Actuellement, la personne sans-abri est associée à un individu « victime d'exclusion(s) qui doit être réintégrée grâce à des dispositifs d'aide » (AMA,2017).

On remarque que le vocabulaire a évolué au cours du temps, « à partir de 1993, les notions de Sans-Domicile Fixe (pour SDF), de sans-domicile et de sans-abri supplantent définitivement celles de vagabonds et de clochards dans le langage médiatique et public (Damon, 2002, pp. 573-574) » (Aurélien Carotenuto-Garot, Elsa Montenegro Marques, 2021). Le mot S.D.F. est peu présent dans les textes de réglementation ou législatifs. Le sociologue Julien Damon explique que « la catégorie S.D.F. rassemble maintenant plus qu'elle ne remplace des catégories comme clochard, sans-logis, sans-abri, vagabond, mendiant, nouveau pauvre » (Julien Damon, 2002).

La notion de sans-abrisme est complexe à appréhender, car elle touche une population très variée, certains peuvent vivre sous un toit et d'autres non. Toutefois, nous allons tenter ci-dessous de définir le sans-abrisme.

2. Définition du sans-abrisme

Avant de tenter de définir le sans-abrisme, il est important de signaler au lecteur que les termes de S.D.F, sans-domicile, sans-abri, sans-abrisme seront utilisés de manière variable au cours de ce travail pour qualifier une personne présentant des conditions d'exclusion liées au logement. Être sans-abri est contradictoire face à la Déclaration universelle des droits de l'homme (article 1 et 22), car le concept de dignité humaine n'est pas respecté (OHCHR, *Homelessness and human rights*,1996-2022). Le Haut-Commissariat des Nations unies aux droits de l'homme faisant partie de l'Organisme des Nations Unies (ONU) a pour mission d'orienter les différents États au sujet de la promotion des droits humains. Il définit le sans-abrisme comme : « Experiencing homelessness means not having stable, safe and adequate housing, nor the means and ability of obtaining it[5]» (OHCHR, *Homelessness and human rights* ,1996-2022). Cette définition tient compte également de la perte du lien social et de l'exclusion sociale. Cette large définition s'adapte d'un pays à l'autre en fonction de leur culture, de leurs normes sociales.

L'ONU Habitat qui est un programme de l'ONU, ayant pour objectif l'accessibilité au logement pour tout le monde ainsi que la FEANTSA (Fédération européenne d'associations nationales

[5] Traduction : « Vivre l'itinérance signifie ne pas avoir de logement stable, sûr et adéquat, ni les moyens et la capacité de l'obtenir (OHCHR, Sans-abri et droits de la personne,1996-2022)».

collaborant avec les sans-abris), ont pour similitude de reconnaitre le sans-abrisme comme « persons living in the streets, in open spaces or cars; persons living in temporary emergency accommodation, in women's shelters, in camps or other temporary accommodation provided to internally displaced persons, refugees or migrants; and persons living in severely inadequate and insecure housing, such as residents of informal settlements [6]» (OHCHR, *Homelessness and human rights* ,1996-2022) .

Pour la Commission européenne, le sans-abrisme ne représente pas seulement une personne dormant dans la rue, mais signifie également « vivre dans des logements temporaires, insalubres ou de piètre qualité et également être confronté à une espérance de vie réduite, des problèmes de santé, des discriminations, de l'isolement et des difficultés d'accès aux prestations et services publics de base » (Commission européenne, non daté). La fédération européenne d'associations nationales collaborant avec les sans-abris (FEANTSA) a créé une typologie prénommée **ETHOS** (European typology on homelessness and housing exclusion) en 2005. Cette nomenclature a été réalisée sur la caractérisation de « ce que devrait être l'accès au logement : avoir une habitation adéquate qu'une personne et sa famille peuvent posséder exclusivement (domaine physique) ; avoir un lieu de vie privée pour entretenir des relations sociales (domaine social) et avoir un titre légal d'occupation (domaine juridique) » (Bruss'Help, mai 2021).

La classification ETHOS comporte **4 domaines d'exclusions liés au logement** : « être sans-abri, être sans logement, être en situation de logement précaire et être en situation de logement inadéquat » (AMA, 2017). Les 4 catégories conceptuelles sont-elles même divisées, formant au total « 13 catégories opérationnelles qui peuvent être utiles sur le plan de l'élaboration, du suivi et de l'évaluation de politiques de lutte contre l'exclusion liée au logement » (FEANTSA, 2007).

Le tableau ci-dessous représente la classification ETHOS reconnue au niveau européen. Il comprend une définition pour chaque item (FEANTSA, 2007). L'exclusion au logement est un processus dynamique : les personnes peuvent passer régulièrement d'un item à un autre. Par exemple, une personne peut être logée chez un ami (item 8.1) et le lendemain vivre à la rue (item 1.1), l'item est alors différent.

[6] Traduction : « les personnes vivant dans la rue, dans des espaces ouverts ou dans des voitures ; les personnes vivant dans des logements temporaires d'urgence, dans des refuges pour femmes, dans des camps ou d'autres logements temporaires fournis à des personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, à des réfugiés ou à des migrants; et les personnes vivant dans des logements extrêmement inadéquats et précaires, comme les résidents des établissements informels » (OHCHR, Sans-abri et droits de la personne ,1996-2022) .

		Catégorie opérationnelle		Situation de vie		Définition générique
> Catégorie Conceptuelle >	SANS ABRI	1	Personnes vivant dans la rue	1.1	Espace public ou externe	Qui vit dans la rue ou dans des espaces publics, sans hébergement qui puisse être défini comme local d'habitation
		2	Personnes en hébergement d'urgence	2.1	Hébergement d'urgence	Personne sans lieu de résidence habituel qui fait usage des hébergements d'urgence, hébergements à bas prix
	SANS LOGEMENT	3	Personnes en foyer d'hébergement pour personnes sans domicile	3.1	Foyer d'hébergement d'insertion	Quand l'intention est que la durée du séjour soit courte
				3.2	Logement provisoire	
				3.3	Hébergement de transition avec accompagnement	
		4	Personnes en foyer d'hébergement pour femmes	4.1	Hébergement pour femmes	Femmes hébergées du fait de violences domestiques et quand l'intention est que la durée du séjour soit courte
		5	Personnes en hébergement pour immigrés	5.1	Logement provisoire/centres d'accueil	Immigrants en hébergement d'accueil ou à court terme du fait de leur statut d'immigrants
				5.2	Hébergement pour travailleurs migrants	
		6	Personnes sortant d'institutions	6.1	Institutions pénales	Pas de logement disponible avant la libération
				6.2	Institutions médicales (*)	Reste plus longtemps que prévu par manque de logement
				6.3	Institutions pour enfants / homes	Pas de logement identifié (p.ex. au 18e anniversaire)
		7	Bénéficiaires d'un accompagnement au logement à plus long terme	7.1	Foyer d'hébergement médicalisé destiné aux personnes sans domicile plus âgées	Hébergement de longue durée avec accompagnement pour ex-sans-abri (normalement plus d'un an)
				7.2	Logement accompagné pour ex-sans-abri	
	LOGEMENT PRÉCAIRE	8	Personnes en habitat précaire	8.1	Provisoirement hébergé dans la famille/ chez des amis	Qui vit dans un logement conventionnel, mais pas le lieu de résidence habituel du fait d'une absence de logement
				8.2	Sans bail de (sous-)location	Occupation d'une habitation sans bail légal Occupation illégale d'un logement;
				8.3	Occupation illégale d'un terrain	Occupation d'un terrain sans droit légal
		9	Personnes menacées d'expulsion	9.1	Application d'une décision d'expulsion (location)	Quand les avis d'expulsion sont opérationnels
				9.2	Avis de saisie (propriétaire)	Quand le prêteur possède un avis légal de saisie
		10	Personnes menacées de violences domestiques	10.1	Incidents enregistrés par la police	Quand une action de police est prise pour s'assurer d'un lieu sûr pour les victimes de violences domestiques
	LOGEMENT INADÉQUAT	11	Personnes vivant dans des structures provisoires/ non conventionnelles	11.1	Mobile homes	Pas conçu pour être un lieu de résidence habituel
				11.2	Construction non conventionnelle	Abri, baraquement ou cabane de fortune
				11.3	Habitat provisoire	Baraque ou cabine de structure semi permanente
		12	Personnes en logement indigne	12.1	Logements inhabitables occcupés	Défini comme impropre à être habité par la législation nationale ou par les règlements de construction
		13	Personnes vivant dans conditions de surpeuplement sévère	13.1	Norme nationale de surpeuplement la plus élevée	Défini comme excédant les normes nationales de densité en termes d'espace au sol ou de pièces utilisables

Note: Un séjour de courte durée est défini comme normalement moins d'un an; un séjour de longue durée est défini comme plus d'un an.
Cette définition est compatible avec les définitions du recensement telles qu'elles sont recommandées dans le rapport UNECE/EUROSTAT (2006)

Tableau correspondant à la Typologie européenne de l'exclusion liée au logement repris de la FEANTSA (2007).

En Belgique, la typologie ETHOS est reconnue « comme définition cadre conceptuelle du sans-abrisme et de l'absence de chez-soi » (AMA, 2017). Les différents niveaux de pouvoir (le fédéral, les communautés, les régions et les commissions) ont acté le 12 mai 2014 la définition du sans-abrisme : « le sans-abrisme et l'absence de chez-soi : situation dans laquelle une personne ne dispose pas de son logement, n'est pas en mesure de l'obtenir par ses propres moyens et n'a dès lors pas de lieu de résidence, ou réside temporairement dans une maison d'accueil en attendant qu'un logement soit mis à sa disposition » (AMA,2017).

Après avoir défini la notion de sans-abrisme, nous allons détailler de manière plus précise les différents profils des personnes sans-abris.

3. Les différents profils de sans-abris

Ayité Claude Mawuss cite les travaux du sociologue Thibaut Besozzi qui « déconstruit l'idée reçue selon laquelle « c'est leur faute s'ils sont à la rue, certains l'ont même choisi !» (Ayité Claude Mawuss, 2021). Benjamin Pradel, lui, aborde et précise une distinction des différents profils de sans-abris. Parmi ceux-ci, on peut observer un public très « hétérogène avec **une diversité des personnes, une diversité des modes de vie et une diversité des besoins** » (Benjamin Pradel, janvier 2020).

« Une diversité des personnes » : le public est masculin, féminin, de tous les âges, pouvant présenter différents types de pathologies et/ou handicaps.

« Une diversité de modes de vie » : certaines personnes s'organisent pour bénéficier des aides et d'autres ne mènent pas de démarches. D'autres individus préfèrent occuper le même espace et d'autres préfèrent se mouvoir.

« Une diversité de besoins » : chaque individu a des besoins spécifiques. Par exemple, une femme utilise des produits d'hygiène lors de ses menstruations. Certaines personnes présentent des pathologies qui nécessitent un traitement, un environnement, une hygiène de vie adaptée. À Bruxelles, il existe de nombreux endroits, centres, pour permettre aux personnes sans-abris de ne pas se désociabiliser, de se laver, de nettoyer son linge, de consigner ses affaires, de manger ou d'obtenir des vêtements (Bruxelles social, non daté). Ces dispositifs sont disponibles à des horaires bien précis conduisant la personne sans-abris à s'enfermer « dans le circuit assistanciel » (Conférence de consensus Paris, novembre 2007). Le non-respect des horaires entraîne l'absence du service disponible pour la personne démunie. « Les rythmes journaliers et saisonniers des personnes vivant à la rue sont définis par la politique de l'urgence » (Conférence de consensus Paris, novembre 2007).

Ces diversités rendent la prise en charge des patients sans-abris complexes, car tous ces différents profils entraînent des besoins spécifiques divers. Pour clarifier cette notion de complexité, les statistiques de l'INSEE (2012) décrivent qu'« un quart des sans-domiciles adultes francophones usagers des services d'aide occupaient un emploi et les deux cinquièmes étaient au chômage. Par ailleurs, neuf sans-domiciles sur dix ont déjà travaillé au cours de leur vie » (Françoise Yaouancq, Michel Duée, avril 2014). Parmi les travailleurs sans domicile « 22 % déclarent ne pas avoir de contrat de travail et 15 % sont intérimaires, stagiaires ou saisonniers » (Françoise Yaouancq, Michel Duée, avril 2014).

Il a été démontré que parmi cette population très précaire, « 14 % des adultes sans-domicile francophones ont fait des études supérieures » (Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, octobre 2016).

Les personnes sans-abris présentent de nombreuses disparités, mais on peut néanmoins retrouver des similitudes. Les stratégies d'aide publique soutiennent donc les besoins de ce public.
L'existence de centres d'accueil, de différents points d'aides pour les personnes sans-abris en sont la démonstration. Il est donc important que chaque pays mette en place une politique d'aide sociale variée et adaptée aux différents profils de sans-abris.

4. La politique d'aide face au sans-abrisme

Pour protéger les personnes vulnérables, les pays doivent mettre en place une politique de protection et d'aide aux plus démunis.

a. Au niveau mondial

Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels est une structure composée de 18 experts indépendants chargés de surveiller la mise en place du pacte international en matière des droits économiques, sociaux et culturels par ses États partis (OHCHR, *Introduction to the Committee Human Rights Committee*, 1996-2022). Ce pacte vise à améliorer les conditions de vie de la population mondiale en poussant certains pays à changer leur législation et/ou leur politique. « The Committee on Economic, Social and Cultural Rights has clarified in its General Comment No. 4 (1991) that States must regardless of their state of development, take certain steps to realize the right to adequate housing immediately and that in this respect priority must be given to those social groups living in unfavourable conditions (para. 10 and 11) [7]» (OHCHR, *Homelessness and human rights* ,1996-2022). De plus, le pacte précise également que l'argent public doit en priorité revenir aux personnes sans-abris avant d'être utilisé pour améliorer l'habitat des personnes qui possèdent déjà un toit. « Une stratégie nationale du logement » doit être mise en place afin d'accompagner les personnes qui ont une problématique de logement et

[7] Traduction : « Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a précisé dans son Observation générale no 4 (1991) que les États doivent, quel que soit leur stade de développement, prendre certaines mesures pour réaliser immédiatement le droit à un logement suffisant et qu'à cet égard la priorité doit être accordée aux groupes sociaux vivant dans des conditions défavorables (par. 10 et 11) (OHCHR, *Homelessness and human rights* ,1996-2022). »

de mesurer le phénomène du sans-abrisme (OHCHR, *Homelessness and human rights* ,1996-2022).

Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 qui a été élaboré aux Nations Unies à New York (du 25 au 27 septembre 2015) comprend 17 objectifs mondiaux. Le onzième objectif ambitionne que « d'ici à 2030, assurer l'accès de tous à un logement et à des services de base adéquats, sûrs et abordables et améliorer les taudis » (ONU- Department of Economic and Social Affairs Sustainable Development, non daté).

Les différents chefs de gouvernement ont formulé le souhait d'améliorer les conditions de vie de la population mondiale. Cette politique mondiale doit être instaurée à l'échelon européen puis étatique.

b. Au niveau européen

L'Union européenne a annoncé le 21 juin 2021 son engagement à éradiquer le sans-abrisme. Les dirigeants européens ont signé la déclaration de Lisbonne sur la plateforme européenne de lutte contre le sans-abrisme et lancé la plateforme européenne sur la lutte contre le sans-abrisme. Ainsi, la politique européenne met en place les consignes demandées au niveau mondiales en termes de lutte face au sans-abrisme, la récupération des données probantes sur le sans-abrisme et d'accessibilité au logement.

Lors de cette conférence, les objectifs principaux mis en lumière sont que « personne ne devrait dormir dans la rue par manque d'un logement d'urgence accessible, sûr et approprié ; personne ne devrait vivre dans un logement d'urgence ou de transition plus longtemps que nécessaire pour une transition réussie vers une solution de logement permanente… » (Commission européenne, *Plateforme européenne de lutte contre le sans-abrisme,* non daté).

Cette politique s'aligne sur la stratégie politique mondiale en termes d'aide aux sans-abris. Les différents états membres de l'Union européenne dont la Belgique peuvent bénéficier des aides financières européennes provenant « du Fonds social européen plus (FSE+) et du Fonds européen de développement régional (FEDER) » afin de développer la stratégie européenne au niveau étatique (Commission européenne, *Sans-abris*, non daté).

c. Au niveau belge

« Le modèle de protection sociale belge est inspiré du modèle bismarckien né en Allemagne dans les années 1880 » (Paul Jorion, Vincent Burnand-Galpin, mars 2019). La Belgique est un État providence. Il s'agit de « l'ensemble des interventions de l'État dans le domaine social qui

visent à garantir un niveau minimum de bien-être à l'ensemble de la population, en particulier à travers un système étendu de protection sociale » (Gautier Maigne, juin 2016). Une des stratégies d'aide publique en Belgique passe par le Centre Public d'Action Sociale (CPAS) qui a l'obligation d'aider les personnes présentant une problématique d'exclusion liée au logement comme habiter dans la rue, séjourner chez des amis ponctuellement, habiter un squat, etc. Il existe un CPAS dans toutes les communes ou villes qui permet d'obtenir des aides financières, humaines, sociales, médicales (voir le tableau ci-dessous).

Services proposés par le CPAS (Belgium.be, Sans abris, 2022)	Explication à propos des services proposés
Le revenu d'intégration sociale (RIS)	Aide financière accordée après une enquête du CPAS si la personne n'a aucun revenu ou un revenu inférieur au revenu d'intégration avec un montant accordé en fonction de sa situation (SPP Intégration sociale, novembre 2022).
Aide pécuniaire *équivalente au revenu d'intégration sociale* (ERIS)	Aide pécuniaire d'un montant égal au RIS qui peut être octroyé par les personnes ayant obtenu un refus pour l'obtention du revenu d'intégration sociale.
Une prime d'installation	Depuis le 21 septembre 2004, un Arrêté royal permet d'obtenir « une prime d'installation par le centre public d'action sociale à certaines personnes qui perdent leur qualité de sans-abri » (SPP intégration sociale, non daté). Pour la recevoir, il faut donc trouver un logement et bénéficier du « revenu d'intégration ou d'un autre revenu de remplacement de la sécurité sociale, comme une allocation de chômage ou d'invalidité, le montant de la prime d'installation est de 1384,54 euros » (SPP Intégration sociale, novembre 2022).
Une aide médicale urgente (visite médicale, examen, soins, médicaments ...)	Chaque individu sur le sol belge peut avoir recours à une aide médicale quelle que soit sa situation de séjour (légal ou illégal), le CPAS délivre une carte médicale permettant à la personne de se rendre chez un professionnel de la santé (CPAS,2023).
Une aide sociale	« Chaque personne résidant légalement en Belgique a le droit à une assistance sociale. Cette assistance sociale a pour but de garantir un revenu minimum à l'ensemble de la population » (Belgium.be, CPAS, 2022).
Une aide pour la gestion des dettes	
Un soutien, des conseils, des encouragements	

La personne sans-abris peut s'inscrire au CPAS de la commune où elle séjourne pour bénéficier de certaines aides « comme le droit à l'allocation familiale, le droit de vote, l'allocation chômage » (Belgium.be, 2022).

D'autres aides existent pour les personnes en situation de sans-abrisme. Ainsi, le CPAS travaille en partenariat avec le Samusocial que l'on peut retrouver sur le territoire Bruxellois.

Le Samusocial « apporte une aide d'urgence (hébergement, équipes mobiles d'aide, soins médicaux et accompagnement psychosocial) gratuite aux personnes sans solution d'hébergement » (Samusocial, non daté). Des équipes mobiles sillonnent la ville de Bruxelles pour apporter de l'aide aux personnes sans-abris qui souhaitent rester dans les rues. Des centres d'accueil permettent d'héberger les personnes sans-abris avec un projet d'accompagnement pour essayer de sortir les personnes de la rue. Le Samusocial travaille également en partenariat avec les hôpitaux publics bruxellois et de nombreux partenaires associatifs.

Pour appuyer cette stratégie d'aide aux sans-abris, on peut compter également sur de nombreuses personnes travaillant dans les associations, des organisations qui permettent d'apporter une aide supplémentaire aux personnes sans-abris. Une des plus connues est Médecin du monde œuvrant à travers le monde et aussi en Belgique pour venir en aide aux populations les plus précaires. En Europe, la FEANTSA est une organisation non gouvernementale qui est focalisée sur l'éradication du sans-abrisme et le dialogue avec les institutions européennes et de différents pays de l'Union européenne. En Belgique et sur le territoire Bruxellois, la Croix-Rouge œuvre pour aider les sans-abris, ils vont à leur rencontre pour distribuer des couvertures, des repas, des produits d'hygiène. On retrouve également les infirmiers de rue qui viennent munis d'un sac à dos offrir leur aide aux personnes dormant dans la rue. On observe également l'ASBL Medimmigrant basée à Schaerbeek qui donne des informations à la population en séjour régulier ou irrégulier sur la thématique de l'accessibilité aux soins de santé.

De nombreuses autres associations, organisations, ASBL existent pour venir en aide aux personnes défavorisées.

La politique d'aide publique ainsi que l'appui des associations tentent d'aider aux mieux les personnes les plus démunies. Cependant, l'aide est parfois insuffisante, car les personnes sans-abris sont chaque année plus nombreuse. Un point sur le dénombrement des personnes sans-abris s'impose.

5. Le dénombrement des personnes sans-abris

Faire un état des lieux du sans-abrisme est une volonté prononcée par l'ONU et relayée par l'Union européenne. La Belgique respecte donc les décisions internationales et européennes en mettant en place un dénombrement pour Bruxelles et un qui concerne le reste de la Belgique.

Nous verrons dans ce chapitre pourquoi il est important de faire un dénombrement du sans-abrisme.

Des statistiques sont réalisées afin de pouvoir dresser les caractéristiques des populations et de pouvoir envisager une politique publique d'aide visant les populations les plus démunies.

« À l'échelle mondiale, 1,6 milliard de personnes dans le monde vivent dans des conditions de logement inadéquates, avec environ 15 millions d'expulsées de force chaque année, selon ONU-Habitat » (ONU -Department of Economic and Social Affairs Social Inclusion, march[8] 2020).

On constate aussi une augmentation du phénomène de sans-abrisme à l'échelle européenne, en effet, « 700 000 personnes dorment chaque nuit dans la rue ou en hébergement temporaire voire d'urgence. Une augmentation de 70% au cours des dix dernières années, selon les députés européens » (Vie publique – République française, décembre 2020).

Le dénombrement permet de dresser une photo du nombre de personnes touchées par le sans-abrisme à un moment déterminé et d'établir une comparaison avec les années précédentes afin de mesurer l'évolution du sans-abrisme. De plus, il met en lumière les conditions de vie dans lesquelles certaines personnes vivent et permet aussi de dresser une réalité de terrain afin de pouvoir lancer des projets politiques d'aide aux personnes mal logées ou sans-abris.

Le premier dénombrement à Bruxelles a été réalisé en 2010. Le dénombrement se déroule une fois par an[9]. Un schéma expliquant le déroulement du dénombrement à Bruxelles de novembre 2020 a été placé en annexe 1. Un complément d'information a été inséré à propos du dénombrement de novembre 2020 et 2022 en annexe 2.

Le dénombrement réalisé en 2020 a permis de montrer que la population présentant des conditions d'exclusion au logement « a triplé depuis la première édition en 2008 (+208,2%) » (Bruss'Help, mai 2021). En observant le tableau ci-dessous, on peut affirmer que le sans-abrisme prend de l'ampleur au fur et à mesure des années avec une augmentation importante de l'occupation de l'espace public (+167,3%), une occupation de squat très élevée (+1565%), le recours aux logements d'urgence a fait un bond de 511% en l'espace de 12 ans et le recours aux SHNA a augmenté de 103%.

[8] Mars 2020

[9] Hormis « le double dénombrement opéré en 2017, durant le plan Hiver, ne peuvent, en revanche, pas être comparés avec ceux des autres éditions, car ils ont eu lieu à un moment de l'année où l'offre d'accueil d'urgence était temporairement accrue » (Benoît Quittelier, François Bertrand, novembre 2018).

Le tableau ci-dessous représente une « Vue globale : évolution du nombre de personnes dénombrées par catégorie de 2008 à 2020 » de la population bruxelloise (Bruss'Help ,mai 2021) :

Catégorie	2008	2010	2014	2016	2018	2020	2018 - 2020	2008 - 2020
Espace public	269	329	412	707	759	719	-5,3%	167,3%
Urgence / Crise	234	282	367	474	707	1430	102,3%	511,1%
Plateforme citoyenne					598	498	-16,7%	
Maisons d'accueil	780	795	853	854	862	706	-18,1%	-9,5%
Logements de transit		164	504	170	128	434	239,1%	
SHNA	165	189	360	477	475	335	-29,5%	103,0%
Occupations négociées	216	275	193	275	333	161	-51,7%	-25,5%
Squats	60	100	422	587	236	999	323,3%	1565,0%
Hôpitaux			36	12	62	31	-50,0%	
Total	1724	2134	3147	3556	4160	5313	27,7%	208,2%

Ce tableau provient de : Bruss'Help (mai 2021), *Dénombrement des personnes sans-abri et mal logées en Région de Bruxelles-Capitale - Sixième édition 9 novembre 2020*, en ligne sur : http://www.brusshelp.org/images/Denombrement2020_vdef.pdf, consulté le 13 novembre 2022

Les définitions de chaque catégorie de ce tableau sont situées dans l'annexe 2.

Sur base des données récoltées depuis 12 ans sur le territoire bruxellois, nous pouvons affirmer que le sans-abrisme est bien en augmentation à Bruxelles ce qui explique que certaines personnes se tournent vers l'hôpital et notamment les urgences afin d'obtenir une aide (sociale, médicale, etc.). Dans le chapitre suivant, nous nous intéresserons donc aux urgences.

B. Partie 2 : les pathologies des personnes sans-abris

1. Les urgences, une terre d'accueil pour les populations les plus précarisées

Les urgences sont des services d'aides à la population. Tous types de soins y sont dispensés : on traite des patients nécessitant des soins vitaux comme des personnes ayant besoin d'un soutien social. La majorité des personnes sans-abris « n'ont pas de médecin de premier recours ni de suivi médical régulier. Les sans-abris constituent des usagers fréquents des services d'urgences » (Yves Jackson, Timothée Wuillemin, Patrick Bodenmann,2016).

Les urgences sont accessibles pour tous les patients, quelle que soit leur situation socio-économique. On remarque que généralement « les populations les plus aisées s'orientent plus facilement vers la médecine de ville et les patients les plus précaires vers les services d'urgences » (Lehugeur Mathilde, Hassan David, décembre 2019).

L'accès aux soins pour les patients sans-abris, sans couverture sociale est plus difficile, car il faut obtenir l'accord du CPAS pour obtenir une carte médicale sauf si la personne présente un problème de santé urgent. Ces patients se présentent donc « aux urgences dans un état de santé généralement dégradé avant de gagner le service de spécialité où les médecins relèvent une proportion élevée de besoin de soins urgents » (Sylvie Morel, octobre 2019).

Les patients se présentent aux urgences selon différents moyens : par eux-mêmes, avec des ambulanciers, les pompiers, le Smur/Pit. Les services d'urgences accueillent les patients nécessitant une prise en charge médico-infirmière présentant différents délais de prise en charge. Aux urgences de Paul Brien, l'utilisation de la Manchester Triage System (MTS) permet de sélectionner les patients devant être traités immédiatement ou pouvant attendre quelques heures avant d'être pris en charge. « Selon l'urgence et la gravité de ses plaintes, chaque patient est pris en charge par l'équipe médico-infirmière le plus rapidement possible. L'attente peut être due à l'activité du service, qui varie selon le nombre de patients présents et la gravité de leur état » (C.H.U. Brugmann, 2019).

Les patients sans-abris viennent aux urgences, car se loger dans des endroits précaires, de promiscuité avec d'autres sans-abris ou les conditions climatiques favorisent l'apparition de maladies. Dans le chapitre ci-dessous, nous allons nous intéresser aux pathologies des patients sans-abris.

2. Les pathologies les plus fréquentes chez les sans-abris

a. Généralités

Les pathologies des personnes sans-abris sont multiples. « Les plus démunis sont aussi les plus susceptibles d'être atteints de plusieurs maladies chroniques en raison des mauvaises conditions de vie et de logement ainsi que du peu d'accès aux services, à l'éducation, à une nourriture saine » (Martine Bantuelle, décembre 2021).

Chez les personnes sans-abris, on trouve fréquemment des patients atteints de pathologies psychiatriques comme la dépression, la schizophrénie, des troubles bipolaires. D'après des

études réalisées dans 9 pays différents englobant 4256 SDF, « On retrouve une efficience cognitive globale déficitaire chez 8,77 % des participants » (G. Chevreau, M.-C. Castillo, C. Vallat-Azouvi, novembre 2019). Chez cette population précarisée, « on retrouve une sévérité des troubles psychiatriques lors de l'hospitalisation comparable à la population générale » cependant chez cette population la « durée d'hospitalisation est plus courte et l'amélioration clinique est moindre » (Yves Jackson, Timothée Wuillemin, Patrick Bodenmann, 2016).
Les patients sans-abris hébergés dans des centres d'accueil sont plus à risque de développer des infections comme les infections respiratoires (exemple : la tuberculose).
La vie en communauté dans les centres d'hébergement favorise la contamination des parasites tels que la gale, les poux. De plus, le manque d'accès à l'hygiène corporelle favorise l'apparition des maladies cutanées telles que l'eczéma, les mycoses, etc. Les grandes chaleurs ou au contraire le froid extrême entraînent également des pathologies cutanées : on peut retrouver des gelures en hiver ou des brûlures en été.

Certaines personnes consomment de l'alcool ou de la drogue pour faire « face à l'insupportable, l'individu cherche une échappatoire pour se décontextualiser » (Christelle Achard, 2016). La dépendance aux substances favorisent des maladies tel que la broncho-pneumopathie chronique obstructive chez le tabagique, l'apparition de cirrhose, d'hémorragie digestive, de pancréatite chez les personnes alcooliques ou le risque d'attraper des infections sanguines telles que le VIH (virus de l'immunodéficience humaine), les hépatites chez les personnes qui se droguent et qui peuvent s'échanger les seringues.
Vivre dans la rue entraîne également une vulnérabilité pour les sans-abris, ils peuvent être agressés physiquement voire sexuellement.
Yves Jackson, Timothée Wuillemin, Patrick Bodenmann ont écrit un article en 2016 dans lequel un tableau « liste de pathologies les plus fréquentes et leurs spécificités chez les sans-abris », ce tableau a été mis en annexe 3 dans ce travail.

b. Pathologies rencontrées dans les centres du Samusocial

Le rapport d'activité du Samusocial (juin 2023) liste l'ensemble des pathologies rencontrées au sein de l'ensemble de leurs centres. « Sur un échantillon de 1265 personnes, 7589 pathologies ont été identifiées en 2022. Cela représente une moyenne de six pathologies par personne au cours de l'année » (Samusocial, juin 2023).

Voici le schéma ci-dessous qu'ils ont réalisé :

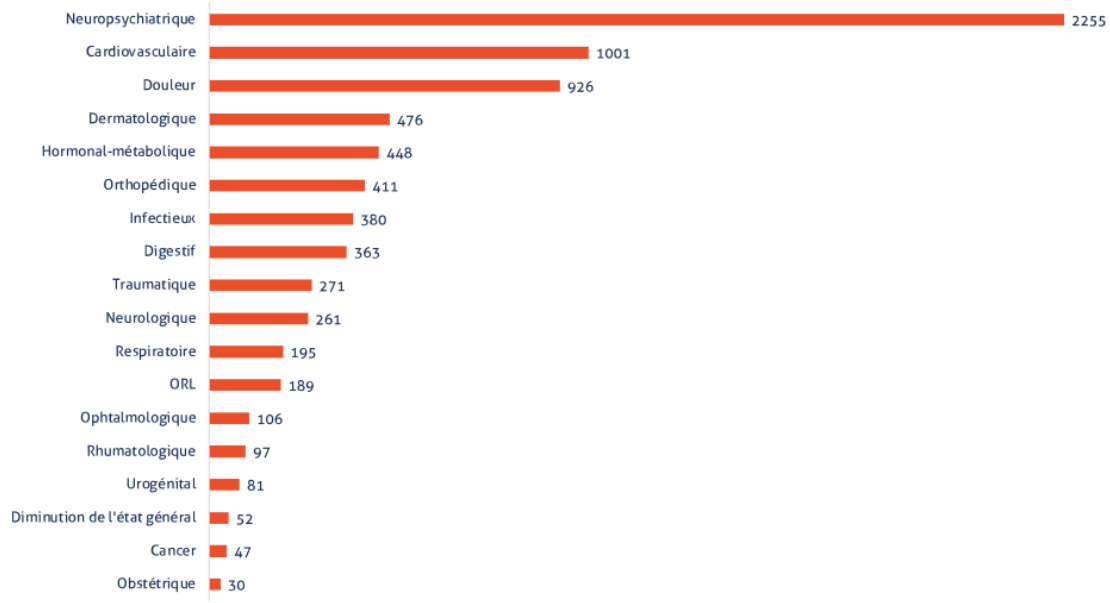


Schéma réalisé par: Samusocial (juin 2023), Rapport d'activité 2022, en ligne sur https://rapportannuel2022.samusocial.be/wp-content/uploads/2023/06/Samusocial-RA22-FR.pdf, consulté le 25 juin 2023

Une prédominance des pathologies psychiatriques et cardiovasculaires est mise en lumière par le rapport du Samu social (juin 2023).

c. *Problèmes médicaux gérés par Medimmigrant*

L'asbl Medimmigrant située à Schaerbeek réalise également des statistiques sur les personnes précarisées en situation de séjour légal ou illégal.

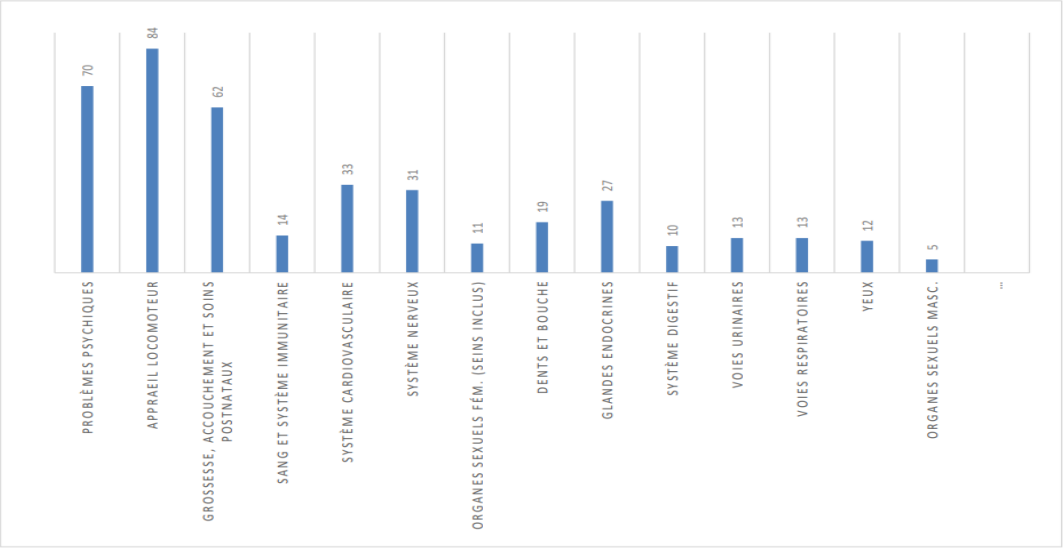


Schéma se trouvant sur : MEDIMMIGRANT (non daté), *Rapport d'activités 2022*, en ligne sur https://medimmigrant.be/IMG/pdf/medimmigrant_activiteitenverslag_2022_fr.pdf, consulté le 18 juin 2023

Une demande majoritaire de soins concernant les problèmes psychiatriques, de l'appareil locomoteur et des soins concernant la grossesse, l'accouchement et le post-partum transparaît dans le graphique ci-dessus. « Ces trois rubriques représentent ensemble 52 % des problèmes médicaux connus (+ 7 % par rapport à l'année précédente) » (Medimmigrant, *Rapport d'activité 2022*, non daté).

Pour certains sans-abris, « s'ils ne souffrent pas, les malades ne voient pas l'intérêt de se faire soigner » entraînant parfois l'aggravation de leurs symptômes (Yann Benoist, 2008). Dans le chapitre suivant, on va essayer de comprendre pourquoi des personnes sans-abris refusent de se faire soigner.

3. L'approche des sans-abris face à la maladie

Pour Georges Canguilhem, philosophe et docteur en médecine, le pathologique se définit « comme étant ce qui réduit la normativité (la capacité à poser des normes » (Yann Benoist 2008). La personne adopte un comportement pouvant s'adapter au milieu dans lequel elle se trouve, une personne vivant dans la rue n'aura pas les mêmes normes, les mêmes tolérances qu'une personne ayant un toit. En effet, « pour qu'une maladie soit considérée comme telle par un clochard, il faut qu'elle l'empêche de poser ses normes : faire la manche, boire, se nourrir, dormir et faire ses besoins (pour certains, cette dernière exigence n'implique plus la nécessité de se déplacer ou de se dévêtir) » (Yann Benoist, 2008). Certains sans-abris arrivant dans un centre médical partent « lorsque la maladie n'est plus un handicap pour revenir dès lors qu'elle l'est redevenue » (Yann Benoist, 2008).

Alexandre Vexliard a décrit le processus de « clochardisation » (Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, novembre 2009). En fonction de la phase dans laquelle se trouve la personne sans-abris, elle pourra plus facilement accepter l'aide des équipes soignantes. Il s'agit d'un **processus de désocialisation** se décomposant en 4 phases :

- « **La phase d'agression** » : la personne tente de se raccrocher à sa vie passée tant bien que mal, la personne tente de repousser les personnes qui ont une situation similaire à la sienne pouvant mener à de l'agressivité.
- « **La phase régressive** » : malgré le souhait de quitter sa situation extrêmement précaire, la personne se rend compte que la situation actuelle ne va pas se modifier.

- « **La phase de fixation** » : le patient vit dans la réalité, ses normes et ses besoins se modifient et son cercle social change en se rapprochant des personnes partageant son mode de vie actuel. Le patient est dans un état de « grande souffrance psychologique (crise identitaire) » (Aurélien Carotenuto-Garot, Accompagnatrice en autonomie Elsa Montenegro Marques, 2021).
- « **la phase d'abandon** » : dans cette phase, le patient a résolu son trouble identitaire, la vie passée a été rejetée complètement (ses relations, ses besoins) au profit du « refus de travailler et la revendication d'une forme de liberté associée à cette trajectoire de vie » (Aurélien Carotenuto-Garot, accompagnatrice en autonomie Elsa Montenegro Marques, 2021).

  Vexliard affirme qu'à ce stade ultime, la personne se désocialise et qu'on assiste « à la dégradation de ses besoins » (Laurent Mucchielli, 1998). « Cela signifie qu'il ne cherche plus à honorer l'aspect social de ses besoins humains, tels que le fait de se laver, veiller à l'image qu'il renvoie, etc. Il se contente de peu » (Aurélien Carotenuto-Garot, accompagnatrice en autonomie Elsa Montenegro Marques, 2021). Yann Benoist ayant mené des enquêtes de terrain, des interviews dans des centres d'hébergement pour personnes sans-abris en France explique « qu'aux yeux des soignants et travailleurs sociaux rencontrés, les sans-logis seraient tous susceptibles de suivre un processus de « clochardisation » à l'issue duquel une « réinsertion » ou une « guérison » serait impossible » (Yann Benoist, 2019).

  Xavier Emmanuelli, médecin fondateur du Samu Social de Paris explique que : « **les grands exclus ne demandent et n'attendent plus rien** (Emmanuelli, 1998, p. 9) » (Aurélien Carotenuto-Garot, accompagnatrice en autonomie Elsa Montenegro Marques, 2021).
  Soigner les personnes sans-abris « se solde souvent par un échec », car les inquiétudes des personnes sans-abris ne sont pas identiques à celle des soignants, « la maladie est pour eux secondaire à la satisfaction de leurs besoins » (Yann Benoist,2008).

« Souvent relayé au second plan, le suivi médical est pourtant essentiel afin d'éviter le développement de maladies chroniques et l'encombrement des urgences » (ASBL Diogène (subventionnée par la COCOM), non daté). Afin d'améliorer la prise en charge holistique des sans-abris, la coordination des soins permettra d'appuyer la personne dans son parcours de soins.

C. Partie 3 : la coordination des soins

La population précaire présente plusieurs barrières à **l'accès aux soins de santé**. Tout d'abord, on peut apercevoir une discrimination dans l'accès aux soins de santé (Marianne Cornu Pauchet, 2018) qui s'apparente à « des traitements différentiels (entendus le plus souvent au sens de défavorables) et illégitimes. Cette illégitimité s'évalue au regard du droit et de la société » (Estelle Carde,2007). L'accès aux soins est « l'utilisation en temps utile des services de santé par les individus de façon à atteindre le meilleur résultat possible en termes de santé (Lombrail, 2000; Lurie, 1997) » (Blaise Guinchard, Mélanie Schmittler, Cindy Gerber, mai 2019). Ensuite, certaines personnes en difficultés financières choisissent de ne pas se soigner, on parle alors de « renoncement financier » (Blaise Guinchard et al, mai 2019).

Une population qui bénéficie de **soins de santé de qualité** atteint plus facilement le niveau de santé désiré. Il est donc important que toute la population quel que soit son profil socio-économique puisse avoir accès aux soins de santé. Pour l'OMS, on peut obtenir « des soins de qualité » en mettant en place des soins **« intégrés** » et « **des soins centrés sur la personne** » (OMS, 2022).

- L'approche « des soins centrés sur la personne » permet au patient « de prendre les meilleures décisions à travers l'acquisition de compétences indispensables pour sa propre prise en charge en partenariat avec les professionnels qui l'accompagnent » (Jihane Sebai, Fatima Yatim, 2018). Le patient fixe « ses propres objectifs et détermine ses propres besoins » (Jihane Sebai, Fatima Yatim, 2018).
- Les services de santé intégrés permettent d'assurer « à chacun la continuité des services de promotion de la santé, de prévention des maladies, de diagnostic, de traitement, de prise en charge, de réadaptation et de soins palliatifs, **coordonnés** aux différents niveaux et dans les différents sites de soins, dans le cadre ou à l'extérieur du secteur de la santé, conformément à ses besoins tout au long de la vie » (OMS, décembre 2015). D'autres définitions d'intégration coexistent, en effet, on peut également la définir comme : « une combinaison de dispositifs qui passent par une logique territoriale, des fonctions intégratrices, la mise en place de dossiers "partagés", la standardisation de parcours de soins avec de nouveaux partages de fonctions, ou encore de nouveaux modes de paiement » (Elisabeth Gordon, Jean Macq, Hubert Jamart, Monique Ferguson, octobre 2018).

Pour l'OMS, il est très important de faire une approche intégrée et centrée sur la personne afin « de relever des défis nouveaux et variés pour la santé, notamment l'urbanisation, la tendance mondiale à des modes de vie malsains, le vieillissement de la population, le double fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles, les morbidités multiples, la hausse des coûts de la santé, les flambées de maladies et les autres crises liées à la santé » (OMS, avril 2016). Cette approche de santé visée par l'OMS est mise en place à Bruxelles via le programme BOOST dont l'objectif est d'améliorer le suivi des malades chroniques tout au long de leur parcours de soins. Construit à partir des besoins des patients, et de leurs aidants proches, BOOST repose sur un modèle qui permet de faciliter la coordination de l'ensemble des prestataires de soins et de services autour du patient, dans son lieu de vie » (Brusano Asbl, 2022). Ce projet est mis en place dans les quartiers les plus précarisés de Bruxelles « (St-Gilles, St-Josse-ten-Noode et le Pentagone de Bruxelles Ville) présentant les situations de vie les plus complexes, combinant polypathologie, polymédication, réhospitalisations évitables, problématique de santé mentale, isolement, faibles revenus, non accès au système de santé, etc. Un public particulièrement fragile donc, avec des besoins élevés en soins » (Integréo, non daté). Le projet BOOST a pour mission d'améliorer l'accessibilité aux services de santé pour les patients en situation de « vulnérabilité » (Brusano Asbl, 2022).

Le système de santé belge est « complexe » en raison de la fragmentation des soins « entre le secteur social et le médical, au sein de la première ligne, entre la première ligne et la deuxième ligne… » (Christiane Duchesnes, Jean-Luc Belche, Laetitia Buret, décembre 2019). Les personnes sans-abris présentent plusieurs problématiques (médicales, sociales, financières, …) et ont parfois accès aux soins quand la maladie a déjà bien progressé. Il est nécessaire d'avoir une personne qui coordonne leurs besoins thérapeutiques afin d'augmenter leur adhérence aux soins. L'auteur Mc Donald propose « une définition de la coordination des soins qui fait autorité : la coordination des soins est l'organisation intentionnelle des activités de soins au patient entre deux ou plusieurs personnes (incluant le patient) impliquées dans ces soins pour faciliter la prestation appropriée des services de santé » (Christiane Duchesnes, Jean-Luc Belche, Laetitia Buret, décembre 2019). La coordination s'observe dans toutes les organisations. On peut dénombrer « 3 types de coordinations : la coordination séquentielle, la coordination réciproque et la coordination collective (Alter and Hage, 1993) » (André-Pierre Contandriopoulos, Jean-Louis Denis, Nassera Touati, Rosario Rodriguez, 2001) :

- « *La coordination séquentielle* » : le patient rencontre les praticiens de la santé ou les « organisations » de manière successive lorsqu'il a besoin de soins. Ce type de coordination est organisée lorsque la pathologie est connue et que l'intervention est bien délimitée. Cette coordination est en général faite par le patient.
- « *La coordination réciproque* » : le patient doit être soigné dans une même période par « plusieurs professionnels ou organisations ». On observe une interdépendance entre les différents praticiens de la santé, car chacun doit être vigilant du travail des autres pour soigner le patient. Cette coordination réciproque peut être réalisée par le patient si elle est délimitée dans la durée et la situation géographique et que les professionnels de la santé sont peu nombreux. Si la situation est trop complexe, on doit se pencher sur la coordination ci-dessous.
- « *La coordination collective* » : il s'agit d'une coordination nécessaire lorsque « le niveau d'interdépendance est élevé entre les professionnels (et les organisations) ». Cette coordination est utile lorsque le patient présente des pathologies « multiples ou complexes » avec une incertitude sur la durée des interventions et « de l'espace ». Une pathologie est qualifiée de « complexe » lorsque le « diagnostic et le traitement » sont imprécis et nécessite l'intervention de plusieurs professionnels expérimentés (André-Pierre Contandriopoulos, Jean-Louis Denis, Nassera Touati, Rosario Rodriguez, 2001) ».

Lorsque les pathologies sont nombreuses et difficiles à traiter, la personne peut présenter des difficultés à s'organiser entre les différents praticiens de la santé et les différents lieux où elle doit se faire soigner. Un professionnel peut alors épauler le patient dans la coordination de ses soins, il s'agit du **case manager**.[10]

Peu d'études traitent des sans-abris et de l'utilité du case manager. En 2012, une étude qualitative a été publiée après avoir mené une enquête sur l'utilisation d'un case manager auprès de la population sans-abris présentant des pathologies chroniques aux États-Unis, en Californie. Cette étude démontre que le case manager a permis d'améliorer leur santé (Davis E, Tamayo A, Fernandez A, 2012).

[10] Le case manager « au démarrage de la situation ne fait pas partie du réseau en place autour de la personne et n'intervient que si aucun autre acteur déjà dans le réseau n'incarne ce rôle de réconciliation. Il est au service de la personne accompagnée et agit comme son porte-parole vis-à-vis du réseau » (Brusano, 2022).

La coordination des soins aux patients permet d'optimiser le travail des différents praticiens de santé autour du rétablissement du patient. Dans le chapitre ci-dessus, nous allons scruter le bassin de soins Schaerbeekois afin d'observer les différentes structures de soins pouvant prendre en charge la population sans-abris.

D. Partie 4 : la commune de Schaerbeek : la logique territoire

Cette partie théorique se focalise sur la commune de Schaerbeek et de son bassin de soins concernant les structures de soins pour les patients sans-abris.

La commune de Schaerbeek se situe au nord-est de la Région de Bruxelles-Capitale. D'après l'IBSA (non daté), au 1er janvier 2022, la Région de Bruxelles-Capitale compte 1 222 637 habitants, la moyenne d'âge est de 37,8 ans, la part de la population de moins de 18 ans est de 22,4% et la part de la population ayant plus de 65 ans est de 13,1%.
La cité schaerbeekoise mesure « 8,1 km^2 soit 5 % du territoire régional » (IBSA, non daté). Elle est frontalière avec les communes de Bruxelles-ville, Saint-Josse-ten-Noode, Evere, Etterbeek et Woluwe-Saint-Lambert. « La commune a un caractère principalement résidentiel » et elle « se caractérise par un mélange de quartiers multiculturels, de quartiers populaires et de quartiers plus nantis » (IBSA, Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2016).

Le territoire est bien couvert en termes de **médecins généralistes**. D'après le monitoring des quartiers en 2017, le nombre de médecins traitants pour 1000 habitants pour la commune est de 1.61 ce qui est bien supérieur à l'ensemble de la Région de Bruxelles-Capitale qui est de 1.23 (Monitoring des quartiers, non daté).

1. Démographie

D'après l'IBSA (non daté), au 1er janvier 2022, la population de la commune de Schaerbeek compte 130 690 personnes, la moyenne d'âge est de 35,6 ans, environ ¼ des individus ont moins de 18 ans et 1/10 environ à plus de 65 ans.

Population de nationalité actuelle étrangère au 1er janvier	Schaerbeek		Région de Bruxelles-Capitale	
	2017	2022	2017	2022
Part de la population de nationalité étrangère dans la population totale (%)	36,2	37,4	34,8	35,9
Part des ressortissants de l'UE-27 (sans la Belgique) dans la population totale (%)	21,7	22,3	22,4	23,1

Ce tableau provient de : IBSA – Institut bruxellois de Statistique et d'analyse (non daté), *Schaerbeek*, en ligne sur : https://ibsa.brussels/chiffres/chiffres-cles-par-commune/schaerbeek, consulté le 7 mai 2023

La commune de Schaerbeek présente une population de nationalité étrangère plus élevée que l'ensemble des autres communes de la Région de Bruxelles-Capitale (IBSA, non daté).

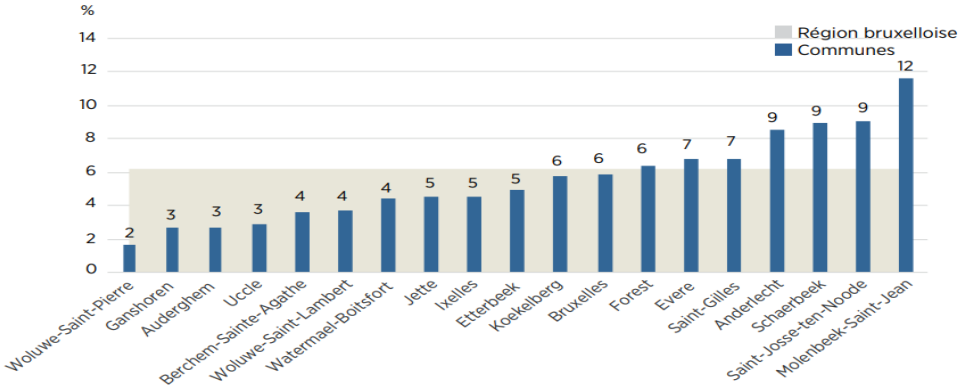
- Déterminants socio-économiques

Une disparité s'observe entre le haut et le bas de la commune de Schaerbeek. Une population issue de nationalités étrangères est en particulier installée dans la partie basse de Schaerbeek. La population nouvellement immigrée habite ces quartiers qui font partie du « croissant pauvre » de la Région de Bruxelles-Capitale (IBSA, Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2016). Le croissant pauvre est une zone « où se concentrent les quartiers aux revenus les plus faibles » (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2022). Le rapport de l'IBSA et de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2016) démontre que la partie haute de la commune abrite une population plus aisée.

Parmi les 19 communes de Bruxelles, la commune de Schaerbeek fait partie des communes accueillant une population plus précarisée par rapport à la région. En effet, d'après le monitoring des quartiers (non daté), dans la Région de Bruxelles-Capitale, la part des demandeurs d'emploi dans la population des 18 à 64 ans en 2021 est de 11,30%. Elle atteint un taux de 12, 64% dans la commune de Schaerbeek ce qui est supérieur à l'ensemble des communes de Bruxelles.

Puis, la commune schaerbeekoise fait partie des 4 communes de Bruxelles comprenant le plus de personnes bénéficiaires du RIS ou d'un ERIS parmi les 18-64 ans à Bruxelles (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2022).

Figure 3-10 : Pourcentage de bénéficiaires du RIS ou d'un ERIS dans la population de 18-64 ans, communes bruxelloises, janvier 2021

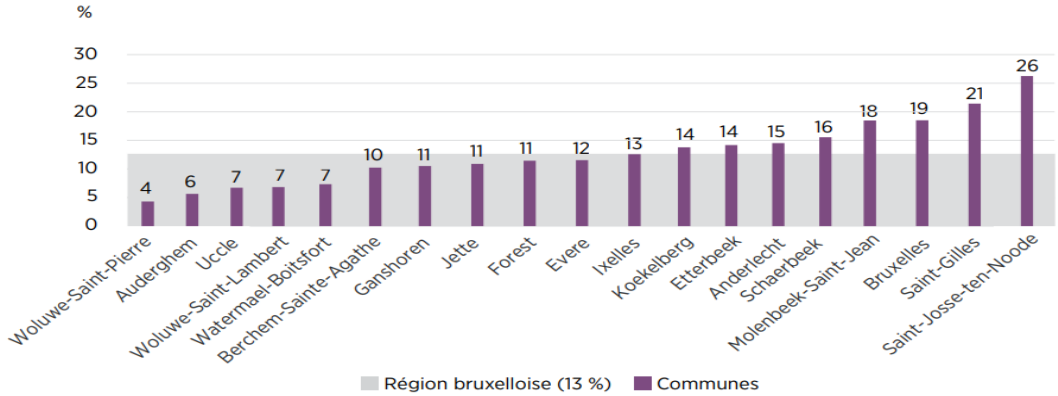


Source : SPP Intégration sociale et SPF Economie-Statistics Belgium, calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles.

Source provenant de : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2022), *Baromètre social 2021*, en ligne sur https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/rapport-pauvrete/barometre-welzijnsbarometer/2021_fr_barometre_1.pdf, consulté le 7 mai 2023

Schaerbeek fait partie des 5 communes de Bruxelles détenant le plus de personnes de 65 ans bénéficiaires de la garantie de revenu aux personnes âgées (GRAPA) (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2022). Le service fédéral des pensions octroie une allocation pour les individus disposant de ressources trop minimalistes.

Figure 3-14 : Pourcentage de bénéficiaires de la Garantie de revenu aux personnes âgées (GRAPA) parmi les personnes de 65 ans et plus par commune, Région bruxelloise, janvier 2021



Source : IBSA ; Service fédéral des Pensions ; calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles.

Source provenant de : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2022), *Baromètre social 2021*, en ligne sur https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/rapport-pauvrete/barometre-welzijnsbarometer/2021_fr_barometre_1.pdf, consulté le 7 mai 2023

Ensuite, d'après l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2022), « les proportions d'emprunteurs présentant des retards de remboursement pour au moins un crédit dans le total des emprunteurs (ayant au moins un crédit) » ont une disparité importante au sein de la région Bruxelloise. En effet, la commune de Schaerbeek fait partie des 4 communes ayant

une population présentant le plus de difficultés à rembourser ses crédits (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2022).

2. Bassin de soins schaerbeekois pouvant accueillir la population sans-abris

Divers lieux prennent en charge la population précarisée. Le tableau ci-dessous présente les différents lieux accueillant la population sans-abris.

Lieux	Description du lieu
Le CHU Brugmann site Paul Brien	Composé de 3 sites : le site Horta à Laeken, **le site Paul Brien à Schaerbeek** et le site Reine Astrid à Neder-over-Heembeek qui accueille une partie des services de revalidation. Il appartient au réseau IRIS, comportant 5 hôpitaux de la fonction publique, répartis sur 11 sites différents. Une des missions du réseau iris « est d'accueillir tous les patients sans aucune discrimination sociale, économique, philosophique ou religieuse » (Iris, les missions du réseau Iris,2014). **Le CHUB** a « pour mission d'offrir et de développer une médecine publique spécialisée de proximité aussi large que possible dans le secteur nord et nord-est de Bruxelles, où il est le seul hôpital public » (Iris, CHU Brugmann,2014).
Le centre hospitalier Jean Titeca	Centre privé accueille des patients présentant des troubles psychiatriques. Ce pôle psychiatrique travaille en réseau dans le cadre du projet 107 (CHJT, *Mission et vision*, 2023). Une équipe mobile 107 précarité offre des soins de première ligne à la population sans-abris présentant des troubles psychiatriques dans la région bruxelloise (CHJT, *Précarité*, 2023).
Le centre Porte d'Ulysse d'hébergement d'urgence	Centre de la plateforme citoyenne pouvant accueillir jusqu'à 350 individus chaque nuit pour la population des migrants exilés ou en transit (Plateforme Citoyenne de Soutien aux Réfugiés, mai 2020) (Bruxelles social, juin 2022). **Un incendie a détruit le centre le 17 mars** et les réfugiés présents ont dû être relogés dans d'autres centres (Schaerbeek, mars 2023).
Le centre Fédasil a ouvert sur le boulevard Lambermont	Lieu d'hébergement pour 70 mineurs sans accompagnant (Fédasil, mai 2023). Ce centre offre aux adolescents un hébergement, des repas, mais également une prise en charge médicale, juridique et sociale. Fédasil ne prend en charge que la population adolescente sur le site de Schaerbeek (Fédasil, *Schaerbeek*, non daté).
Le centre Familles Colmeia	La commune dispose, depuis janvier 2023, du centre Familles Colmeia permettant « un accueil de deuxième ligne, à la suite de l'accueil d'urgence » (Samu social, *Les centres familles*, non daté). Ce centre est affilié au Samusocial de 89 places. L'adresse du centre est masquée afin de protéger les personnes victimes de violences conjugales (Sylvain Anciaux, janvier 2023).

3. Centres d'hébergement frontaliers à Schaerbeek accueillant la population sans-abris

De nombreux centres frontaliers à la commune de Schaerbeek prennent en charge la population sans-abris. La liste de ces centres est détaillée ci-dessous sous forme de tableau.

Lieux	Description du lieu
Le centre d'accueil Croix-Rouge d'urgence d'Evere	Accueil de la population sans-abris proche du territoire de Schaerbeek. Il permet d'accueillir une population demandeuse d'asile pour les mineurs et les adultes seuls ou en famille (Croix-Rouge de Belgique, 2023).
Transit ASBL	Centre d'accueil pour personnes consommatrices de drogue situé sur la commune de 1000 Bruxelles. Il permet d'héberger jusqu'à 22 personnes sur une période d'environ 13 jours les individus voulant trouver du repos, bénéficier d'aide pour mettre à jour leur situation socio-administrative et de pouvoir participer à un projet de réinsertion (Transit,2023). Une équipe d'éducateurs de rue vient en aide à la population marginalisée qui consomme des produits stupéfiants.
Le centre Etterbeek	Centre du Samusocial mandaté par Fédasil situé sur la commune d'Etterbeek. Il peut accueillir 350 personnes en demande de protection internationale (Samusocial, novembre 2021). Il héberge des adultes, des familles et des mineurs étrangers non accompagnés (MENA). Ce **centre a été délocalisé** le 24 mai 2023 au niveau de la commune de Laeken.
La Maison rue verte	ASBL se situant dans la commune de Saint-Josse-Ten-Noode. Il s'agit d'un centre d'hébergement de 30 places pour les femmes seules ou avec enfants pour les femmes en difficulté et/ou victime de violences (La maison rue verte, 2021).
Le centre Fédasil d'observation et d'orientation pour mineurs	Centre d'observation et d'orientation pour mineurs étrangers non accompagnés en Belgique, situé sur la commune de Neder-Over-Hembeek. Capacité d'accueil de 30 mineurs pour un court séjour avec possibilité de soins médicaux, avant d'être envoyé vers une autre structure. (Fédasil, *Neder-Over-Heembeek*, non daté).
Le centre d'accueil d'urgence Ariane de la Croix-Rouge	Cet établissement a été délocalisé de Forest à Woluwé-Saint-Lambert en mars 2022 pour accueillir un afflux plus important de personnes en demande d'asile (SRLB, mars 2022). La capacité d'accueil est de 900 personnes demandeuses d'asile (Fédasil, août 2022). D'après Fédasil (août 2022), la population en provenance d'Ukraine est d'abord accueillie dans ce centre. Il s'agit d'un centre de séjour de courte durée, mais qui peut se prolonger de plusieurs semaines en attendant de trouver un logement ou une famille d'accueil « en raison du peu de place mise à la disposition de Fédasil » (Fédasil, aout 2022).

Les centres autour de la commune de Schaerbeek et des communes limitrophes permettent de prendre en charge la population sans-abris. Pour renforcer l'aide à la population précarisée, de nombreuses associations existent. La partie ci-dessous aborde la coordination des différentes associations au sein de la commune schaerbeekoise.

4. La Coordination de l'action sociale

En Belgique, « l'action psycho-médico-socio-culturelle » est décentralisée et les « compétences » sont traitées à travers les « différents niveaux de pouvoirs (fédéral, régional, Communautaire, provincial, communal) » (URIAS, février 2014). Au niveau territorial, l'ensemble des professionnels sur le terrain pour venir en aide à la population fragilisée sont nombreux, mais sont éparpillés au sein des communes sans une réelle coordination. Les individus, les familles doivent solliciter plusieurs établissements en même temps. La coordination sociale est apparue dans les années 70 grâce à l'initiative des professionnels sur le terrain (URIAS, février 2014). Depuis les années 2000, « la Commission Communautaire Commune (Cocom) propose une intervention financière afin de soutenir la mise en pratique de cette fonction » (URIAS, février 2014).

La commune de Schaerbeek bénéficie de la coordination de l'action sociale de Schaerbeek (CASS). Il s'agit d'une collaboration entre le CPAS de Schaerbeek et la coordination sociale de Schaerbeek (composée d'une quarantaine d'asbl) depuis 2004. Le CPAS schaerbeekois reçoit une aide pécuniaire de la commission communautaire commune pour améliorer sa coordination avec les associations sur le territoire de sa commune. Le but de cette collaboration est de venir en aide à la population « fragilisée », de lutter « contre la pauvreté et l'exclusion sociale à Schaerbeek » (CASS, 2017). Toute organisation sur le territoire de la commune ayant à traiter l'aide sociale peut rejoindre la CASS.

Le bassin de soins prend en charge majoritairement une population en demande d'asile. C'est pourquoi dans le chapitre ci-dessous, la définition de migrants, de réfugiés et de migrants en transit est exposée.

5. Focus sur la population majoritaire des centres d'hébergement au sein du bassin de soins de Schaerbeek et de son territoire limitrophe : les migrants

D'après Fédasil (2021), 20 211 personnes ont introduit une demande d'asile en 2021 dont 29% proviennent d'Afghanistan, 12% de Syrie, 7% d'Érythrée et de Palestine et 5% sont originaires de Somalie.

La définition d'un « **migrant** » n'a pas été définie d'un point de vue juridique. Pour l'ONU (2023), « ce terme désigne toute personne qui a résidé dans un pays étranger pendant plus d'une année, quelles que soient les causes, volontaires ou involontaires, du mouvement,

et quels que soient les moyens, réguliers ou irréguliers, utilisés pour migrer ». L'observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2022) considère qu'entre 50 000 et 100 000 individus séjournent sur le territoire de la Région de Bruxelles capitale de manière illicite. Ces personnes en séjour irrégulier n'ont pas de « droits ». D'après le rapport du Samusocial (2021), deux tiers de cette population est prise en charge par le Samusocial et elle est ne peut bénéficier que d'une seule aide étatique : l'Aide médicale Urgente.

Il faut distinguer les « *migrants* » avec les personnes « ***réfugiées*** » qui bénéficient « de protections spécifiques en vertu du droit international » (UNHCR, 2001-2023)[11].
Le terme « de **migrant en transit** » est aussi employé. D'après Ciré asbl (novembre 2020), ce sont des personnes qui séjournent sur le territoire européen, généralement par le sud de l'Europe. Les migrants en transit souhaitent se rendre dans un autre pays sur le territoire européen afin d'y introduire une demande d'asile. Le pays accueillant les migrants en partance et n'est « en principe pas responsable de traiter leur demande, en vertu du Règlement Dublin » (Ciré asbl, novembre 2020).
D'après Ciré asbl (juin 2022), le règlement Dublin III permet à la personne migrante, réfugiée de lancer une procédure d'asile dans un seul état européen. L'objectif est de « contrôler et de limiter les mouvements à l'intérieur du territoire de l'UE » (Ciré asbl, juin 2022). Les pays soumis à ce règlement sont les 27 États membres avec la Suisse, l'Islande, la Norvège et le Liechtenstein. L'Angleterre ne doit plus respecter ce règlement depuis le 1er janvier 2021.

Pour conclure ce chapitre et cette partie théorique, une notion intéressante doit être signifiée. Le terme « **no show** » désigne, d'après Fédasil (2023), des personnes ayant introduit une demande de protection internationale en Belgique, mais qui ne résident pas dans un centre (par choix ou par refus de Fédasil) et qui logent chez des amis ou de la famille. Cependant, dans ce travail de recherche, le "terme no show" est encore plus vaste que cette définition, car il regroupe non seulement les personnes ayant un **statut de réfugié**, mais également les **migrants, les personnes sans-abris en séjour régulier sur le territoire Belge** qui ne logent pas dans des centres mais chez des connaissances, de la famille, un squat, voire un logement

[11] Les réfugiés ont quitté leur pays « en raison d'une crainte de persécution, de conflit, de violence ou d'autres circonstances qui ont gravement bouleversé l'ordre public et qui, de ce fait, ont besoin d'une « protection internationale » » (UNHCR, 2001-2023). Les réfugiés ont un statut privilégié, car ils bénéficient de la convention de 1951 (relative aux réfugiés) fixant des normes internationales en termes de protection et de traitement. Un des plus importants piliers de cette convention permet aux réfugiés de ne pas « être expulsés ou renvoyés vers des situations où leur vie ou leur liberté serait menacée » ((UNHCR, 2001-2023).

précaire. Il faudra donc être attentif à cette notion de " no show" dans l'approche méthodologique.
L'ensemble des notions utiles ayant été exposé, nous pouvons aborder le corps de notre étude sur cette population se présentant aux urgences du CHUB site Paul Brien.

2 Cadre Méthodologique

A. Introduction

Cette partie pratique consiste à déterminer quelle population de patients sans-abris se soigne aux urgences du CHU Brugmann site Paul Brien et permettra de déterminer le besoin de soins de cette population précarisée. Ce service accueille une population allant de la pédiatrie à la gériatrie et prend en charge toutes les pathologies. Certaines spécialités comme la gynécologie, la coronarographie sont envoyées si nécessaire sur le site Brugmann site Horta. Certaines ressources en personnels ne sont pas disponibles en fin d'après-midi, en nuit comme l'assistant social qui est souvent nécessaire pour aider les populations les plus paupérisées. Nous allons identifier la population sans-abris prise en charge sur une période de 3 mois dans ce service, du 1er janvier au 31 mars 2023.

Cette recherche s'est avérée complexe, car :

- Les passages des patients sans-abris doivent être retrouvés parmi environ 34 000 passages annuels aux urgences du site Brien.
- 13 catégories de patients sans-abris existent d'après la classification européenne ETHOS,
- La population « no show» ne présente pas d'adresse de *CPAS,* d'un *centre* ou n'est pas répertoriée comme *sans adresse*.

B. Objectifs et hypothèses

À travers toutes les recherches, nos objectifs et hypothèses ont évolué.

Les objectifs sont :

- Déterminer la provenance des patients sans-abris du bassin de soin Schaerbeekois et des communes limitrophes : la population sans-abris logeant dans des centres. Fournir des statistiques descriptives sur la population sans-abris fréquentant les urgences de Paul Brien du 1er trimestre 2023.

Pour ce travail de fin d'études, deux hypothèses ancillaires ont été formulées à propos de la population sans-abris des urgences :

- "Le nombre de passages aux urgences chez les patients sans-abris avec un médecin traitant est différent de celui des patients sans médecin traitant ?"
- "Le nombre de passages aux urgences entre les patients ayant un antécédent neuropsychiatrique et ceux qui n'en ont pas est différent ?"

C. Matériel et Méthode

1. Type de l'étude

C'est une étude rétrospective à visée descriptive, monocentrique, portant sur la population sans-abris du bassin de soin Schaerbeekois et des communes alentours fréquentant les urgences du CHU Brugmann site Brien sur une période de 3 mois, du 1er au 31 mars 2023. Il n'y a pas eu de rencontre avec les patients.

2. Considération éthique

L'étude se base sur des données de patients fréquentant le CHU Brugmann. Une démarche auprès du comité d'éthique a été entreprise afin de disposer des données utiles à ce mémoire (Annexe 4). Celles-ci sont anonymisées.

3. La collecte de données

Pour comprendre comment récupérer les données des patients sans-abris, plusieurs entretiens ont été menés au CHU Brugmann avec : la responsable de l'accueil des urgences (site Horta), l'assistant social des urgences (site Brien), le contrôleur de gestion ainsi que la responsable des urgences (site Brien). Il s'agissait de trouver une stratégie pour répertorier les patients sans-abris parmi tous les passages aux urgences. Le contrôleur de gestion du CHU Brugmann m'a remis deux fichiers Excel sur la période du 1er au 31 mars 2023 :

- Un fichier avec les passages des personnes sans-abris ayant comme dénominateur commun le mot **« *adresse* »** encodé dans leur adresse résidentielle. Dans ce fichier est répertorié différentes façons pour encoder l'adresse de la personne sans-abris : « *sans*

adresse en Belgique », « *sans adresse connue en Belgique* », « *ssadresse* », « *inscription sans adresse* », « *sans adresse* », « *pas d'adresse* », etc. N=307

- Un fichier reprenant l'ensemble des passages en provenance des **CPAS** et **des centres** retrouvé grâce aux adresses envoyées : N=114

Organismes	Nom de l'organisme	Nombre de passages retrouvés
CPAS affiliés au bassin de soins du C.H.U. Paul Brien	CPAS Schaerbeek	39
	CPAS Bruxelles-ville	29
	CPAS Saint-Josse-ten-Noode	3
	CPAS Evere	8
	CPAS Etterbeek [2]	2
	CPAS Woluwe-Saint-Lambert	2
Centres indépendants	Transit	0
	Maison rue verte	1
Plateforme citoyenne	Centre Porte d'Ulysse d'hébergement d'urgence	2
Croix-Rouge	Centre d'accueil d'urgence d'Evere	19
	Le centre d'accueil d'urgence Ariane	0
Fédasil	Centre d'observation et d'orientation pour mineurs de Neder-Over-Heembeek	0
Samusocial	Centre famille Colmeia	7
	Centre Etterbeek (mandaté par Fédasil)	2

Un tableau reprenant les caractéristiques détaillées de chaque organisme est disponible en annexe 5.

4. Échantillonnage

a. *Les critères d'inclusion et d'exclusion*

- Les critères d'inclusion sont :

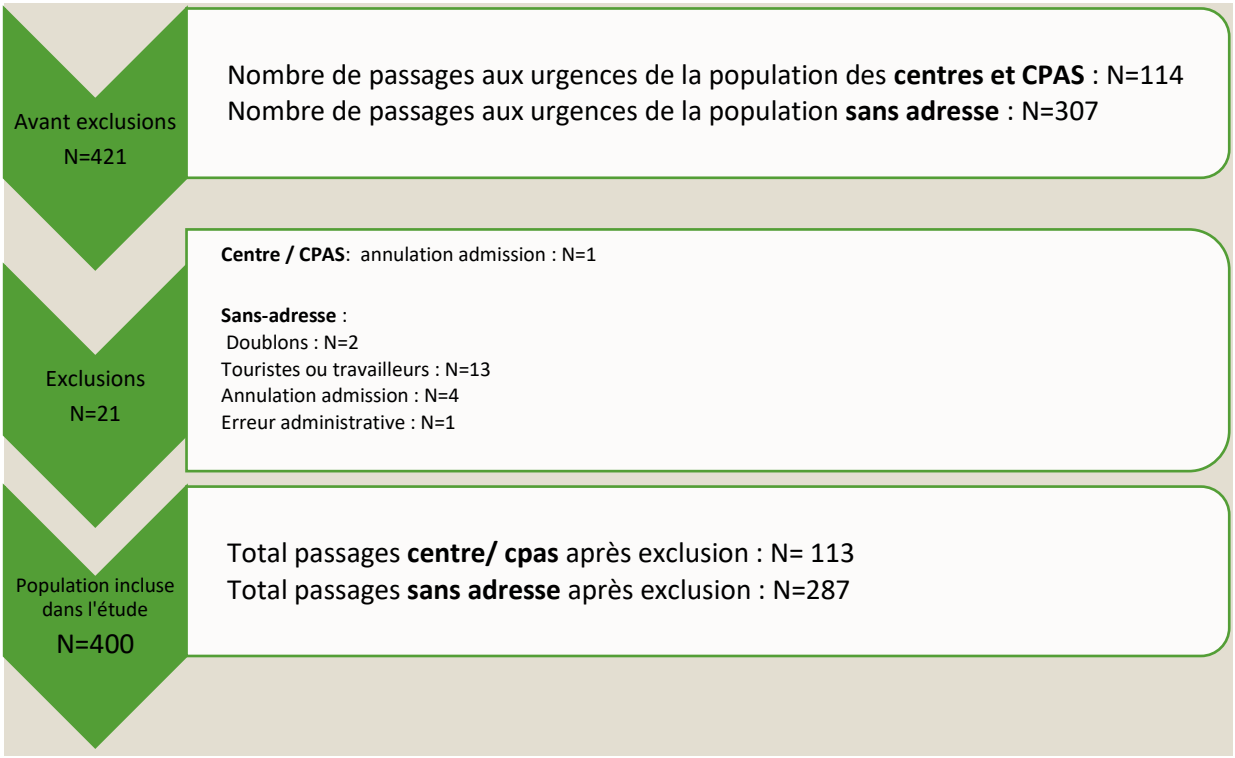
- Tous les âges
- Période du 1er au 31 mars 2023
- Patients sans-abris provenant des centres du bassin de soins Schaerbeekois et des communes environnantes se trouvant plus proches de l'hôpital Paul Brien en transport public et/ou en voiture par rapport aux autres hôpitaux publics bruxellois comme le C.H.U. Saint-Pierre. Une recherche d'itinéraire a été réalisée lorsque la collecte de données a été faite pour les centres de ce bassin de soins.
- Patients sans-abris enregistrés comme « sans adresse ».

- Les critères d'exclusions sont :

- Patients ne faisant pas partie du bassin de soin de la commune de Schaerbeek et limitrophe élargi ou trop éloigné du CHU Brugmann site Brien. Par exemple, si un centre se trouve plus proche du CHU Saint-Pierre en voiture ou en transport en commun, il a été exclu.
- Personnes « NO SHOW »
- Patients encodés comme sans-abris, mais qui sont, en réalité, des touristes ou des travailleurs venant de l'étranger. Les informations doivent être précisées dans les anamnèses médico-infirmier(ère)s afin de pouvoir exclure ces patients.
- Annulations d'admissions, doublons

b. Population étudiée

La population étudiée a fréquenté les urgences du CHU Brugmann site Brien entre le 1er et le 31 mars 2023.



c. Choix et caractéristiques des variables utilisées

Les variables	Caractéristiques des variables
● Les variables relatives aux caractéristiques sociodémographiques	-l'âge du patient (en années) -le genre -la nationalité -répartition des patients de l'échantillon en fonction de leur environnement social (lieu de vie : centre, domiciliation au CPAS, sans adresse) -statut socio-économique notifié dans l'anamnèse infirmière et/ou médicale
● Les variables relatives aux caractéristiques médicales	-priorité MTS -diagnostics -antécédents -consommation de substances -consommation d'alcool -type de sortie -refus de soins -nombre de passages aux urgences en 2022 -nombre de passages aux urgences au 1er trimestre 2023 -suivi proposé à la sortie
● Les variables relatives aux ressources	-moyen d'arrivée du patient -moment d'arrivée du patient en fonction des horaires de l'équipe infirmière (Jour/Nuit) -heure d'arrivée du patient compatible avec l'emploi du temps de l'assistant social -patient ayant un médecin traitant encodé dans la base de données -patient ayant bénéficié d'un suivi social

Les variables socio- démographiques et socio-économiques sélectionnées permettent la description statistique de la population de sans-abris fréquentant les urgences du CHUB site Brien.

Les variables relatives aux caractéristiques médicales ont été choisies spécifiquement pour la visée statistique :

- Des impératifs médicaux : diagnostics et antécédents majoritaires.
- Le système de triage et de priorité des soins spécifiques aux urgences (MTS).
- Les questionnements émis par les stéréotypes de cette population (consommation de toxiques, refus de soins).
- Le type de sortie, le suivi proposé, mais aussi la proportion de refus de soins : descriptions importantes pour une réflexion préliminaire de mise en place de la coordination de soins et de la collaboration des professionnels.
- Le nombre de passages en 2022 de la population étudiée.

Les variables de ressources ont, elles, été sélectionnées pour décrire le mode d'admission, la période de recours aux urgences en fonction des professionnels présents.

5. Méthodes statistiques utilisées

Les données des patients ont été codées de manière anonyme dans un fichier *Excel*. Ces données ont ensuite été exportées vers le *logiciel Jamovi* pour la réalisation de la partie statistique descriptive. Les deux tests d'hypothèse statistique ont été réalisés à l'aide du logiciel *IBM SPPP Statistics.*

3 Résultats

L'étude se penche sur le nombre de passages aux urgences du CHU Brugmann site Paul Brien de la population sans-abris au cours du premier trimestre 2023. Elle porte sur 421 passages. **400 passages ont été inclus** et 21 passages ont été exclus.

Le nombre total de passages venus aux urgences du CHUB site Paul Brien s'élève à N=7426. La prévalence de la population sans-abris est de 5,39 % pour le premier trimestre 2023.

A. Les variables relatives aux caractéristiques sociodémographiques

1. L'âge du patient (en années)

Variable	N	Moyenne (écart type)
Âge	400	33,20 (12,9)

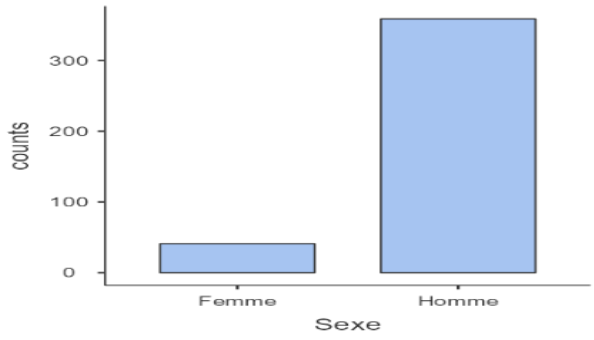
Classes d'âge	**Effectifs**	**% du total**
[0;10[	9	2,25%
[10;20[	45	11,25%
[20;30[	118	29,50%
[30;40[	113	28,25%
[40;50[	64	16%
[50;60[	42	10,50%
[60;70]	9	2,25%

La moyenne d'âge de la population sans-abris fréquentant ces urgences est d'environ 33 ans. Plus de la moitié de la population parmi les 400 passages est située entre 20 et 39 ans, soit 57,75%.

2. Le genre

Nous pouvons constater que sur 10 passages aux urgences, nous verrons environ 9 hommes et 1 femme.

Sexe N (=400)	Quantités	% du Total
Femme	41	10.25 %
Homme	359	89.75 %



3. La nationalité

Le nombre de nationalités dans les passages (N=400) s'élève à 13

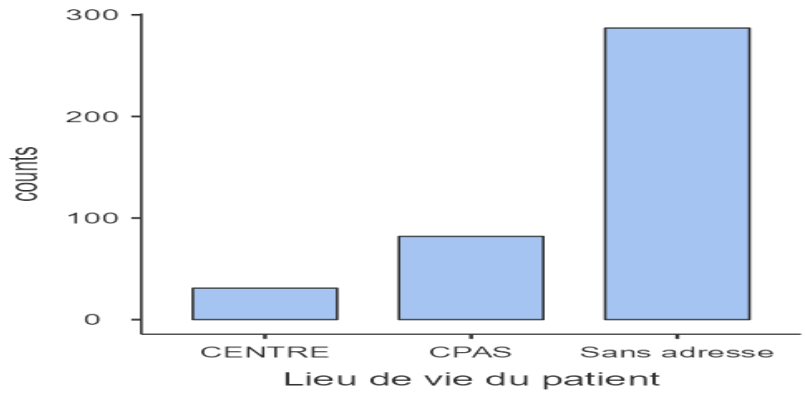
Nationalités parmi les passages aux urgences du premier trimestre 2023 (N=400)

Belge
Roumaine
Polonaise
Marocaine
Paraguayenne
Tunisienne
Congolaise
Algérienne
Guinéenne
Érythréenne
Syrienne
Française
Turque

.

d. Répartition des patients de l'échantillon en fonction de leur environnement social (lieu de vie : centre, domiciliation au CPAS, sans adresse)

Lieu de vie du patient (N=400)	Quantités	% du Total
CENTRE	31	7.75 %
CPAS	82	20.50 %
Sans adresse en Belgique	287	71.75%



Dans la population collectée, nous pouvons constater que presque 2/3 des passages sont des patients qui n'ont pas d'adresse (soit 71,75%).

4. Statut socio-économique notifié dans l'anamnèse infirmière et/ou médicale

Mention statut clair du patient dans dossier médical (SDF/ loge dans un centre) (N=400)	Quantités	% du Total
non	321	80.25 %
oui	79	19.75 %

Le nombre de dossiers où la situation précarisée du patient est notifiée est de 1/5 dossiers environ (soit 19,75%).

B. Les variables relatives aux caractéristiques médicales

1. Priorité MTS

Le MTS est, pour rappel, un outil très important utilisé lors du triage des patients aux urgences afin de catégoriser les patients en fonction de leur degré d'urgence. Les délais notifiés dans le tableau ci-dessous correspondent aux délais notés dans ECARE, le logiciel de triage utilisé par le personnel médical et infirmier du CHUB.

Variable	N	Moyenne (écart type)
MTS population sans-abris du 1er trimestre 2023	400	3,72 (1,38)
MTS population générale du 1er trimestre 2023	7426	3,60 (0,86)

MTS : délais d'attente pour rencontrer le médecin urgentiste au CHU Brugmann site Brien (N=400)		Quantités	% du Total
0	délai inconnu	40	10.00 %
1	immédiatement (code rouge)	1	0.25 %
2	moins de 10 minutes (code orange)	10	2.50 %
3	moins de 1h (code jaune)	84	21.0 %
4	moins de 2h (code vert)	138	34.5 %
5	moins de 4 h (code bleu)	127	31.75 %

Le MTS de la population générale et de la population sans-abris est proche. Leur MTS moyen se situe entre 3 et 4 ce qui signifie que le médecin doit se rendre auprès du patient entre 1h à 2h après son arrivée aux urgences.

Les délais d'attente majoritaires des 400 passages sont en code 4 (moins de 2h : 34,5%) et en code 5 (moins de 4h : 31,75%).

2. Les diagnostics

Nous avons choisi comme référence les « catégories de diagnostics » utilisées par le Samusocial (Samusocial, juin 2023). Cependant, certaines « catégories » ont été modifiées pour se rapprocher au plus près de la réalité des urgences. Les catégories différentes du Samusocial sont : écrou / inconnu/ néant/ prescription/ intoxication involontaire. Les catégories traumatiques et orthopédiques ont été réunies en une seule catégorie afin d'éviter les erreurs de classement.

Catégories de diagnostics (N =475)	Quantités	% du Total	Explications utiles
Traumatiques et orthopédiques	49	10,32 %	Patient ayant été victime d'une chute/ agression /fracture/ contusion/ plaies résultant d'un traumatisme.
écrou	182	38.32 %	Patient faisant un examen médical avant d'aller en cellule de police.
fuite	28	5.90 %	Patient ayant fui avant la visite du médecin et/ ou de l'infirmière
Infectieux	25	5.26 %	Patient pouvant transmettre sa pathologie à une autre personne.
ORL	8	1.68 %	Les pathologies ORL contagieuses ont été placées dans la catégorie infectieuse.
Inconnu	5	1.05%	Dans cette catégorie a été mis : aucune information mentionnée dans le dossier médical/ patient aiguillé ailleurs (exemple : chez un dentiste en urgence, chez un chirurgien) sans facturation d'une consultation médicale.
Neurologiques	10	2.11 %	
Urogénitales	11	2.32 %	
Ophtalmologiques	5	1.05 %	
Respiratoires	8	1.68 %	Pathologies respiratoires hormis les pathologies respiratoires contagieuses qui ont été classées en infectieuses.
Douleurs	5	1.05 %	Dans cet item a été classé : douleurs dentaires/ Lombalgies- dorsalgies
Digestives	33	6.95 %	

Catégories de diagnostics (N =475)	Quantités	% du Total	Explications utiles
Neuropsychiatriques	40	8.42 %	Les pathologies psychiatriques ainsi que les consommations d'alcool/ drogue/ sevrage qui relève de la dépendance ont été classées dans cet item
Rhumatologiques	4	0.84 %	
patient décédé	1	0.21 %	
Évanouissement/syncope	2	0.42%	
Dermatologiques	15	3.16 %	
Hormonales-métaboliques	23	4.84 %	Les patients ayant une hypoglycémie, diabète, hypothyroïdie, troubles ioniques ont été classés dans cette catégorie
Prescription	2	0,42 %	Patient étant venu pour une prescription médicale uniquement
Cardiovasculaires	11	2.32 %	
Diminution de l'état général	4	0.84 %	Notification d'une dégradation de l'état général (DEG) du patient/ asthénie dans le diagnostic médical
Obstétricales	1	0.21 %	
Cancers	2	0.42 %	
Intoxication involontaire	1	0.21 %	Un patient ayant commis une erreur dans la prise du paracétamol en dose supra-thérapeutique

Le nombre de diagnostics est supérieur au nombre de passages (N=400), car certains patients présentent un, deux voire trois diagnostics : N=475. Le diagnostic majoritaire est l'écrou. En effet, la police vient régulièrement amener des patients aux urgences pour constater s'ils sont aptes ou non à rester en cellule de prison. Ensuite, le diagnostic secondaire est « traumatique et orthopédique » englobant principalement les patients agressés ou ayant fait une chute. Puis, le diagnostic tertiaire est la neuropsychiatrie. En effet, de nombreux patients précarisés viennent aux urgences sous imprégnation éthylique, de drogues. En quatrième position, nous trouvons les pathologies digestives chez les patients sans-abris.

3. Antécédents

Le classement des antécédents est basé sur les « catégories de diagnostic » du Samusocial (Samusocial, juin 2023). Toutefois, pour notre étude aux urgences, nous avons fusionné la catégorie « traumatiques » et « orthopédique » pour une catégorie unique « orthopédique ». Par exemple, toutes les fractures et autres pathologies orthopédiques s'y retrouvent. L'absence d'informations précises concernant un antécédent de chute ou d'agression dans les antécédents chirurgicaux nous a aiguillés à créer cette catégorie unique.

Antécédents (N=488)	Quantités	% du Total	Explications utiles
Neuropsychiatriques	100	20.49 %	
inconnu	80	16.39 %	non mentionné dans le dossier médical et/ou infirmier
Digestives	43	8.81 %	
Neurologiques	7	1.43 %	
néant	147	30.12%	
Ophtalmologiques	2	0.41 %	
Urogénitales	8	1.64 %	
Respiratoires	17	3.48 %	
Orthopédiques	17	3.48 %	antécédent de chirurgie orthopédique, fracture
Douleurs	5	1.02 %	notification d'une douleur chronique dans cet item
Infectieux	10	2.05 %	
Hormonales-métaboliques	21	4.30 %	
Cancers	9	1.84 %	
Rhumatologiques	8	1.64 %	
Cardiovasculaires	12	2.46 %	
ORL	1	0.20 %	
Diminution de l'état général	1	0.20 %	

Le nombre d'antécédents dépasse bien évidemment le nombre de passages (N=400), car certains patients sans-abris présentent plusieurs pathologies.
En ce qui concerne les antécédents (N=488), hormis les antécédents inconnus (16,39%) et néants (30,12%), nous pouvons observer que les antécédents principaux sont les maladies neuropsychiatriques (20,49%), les troubles digestifs (8,81%), les maladies hormonales-métaboliques (4,30%) suivies par les pathologies respiratoires (3,48%) et orthopédiques (3,48%).

4. Consommation de substances notifiée dans le diagnostic médical

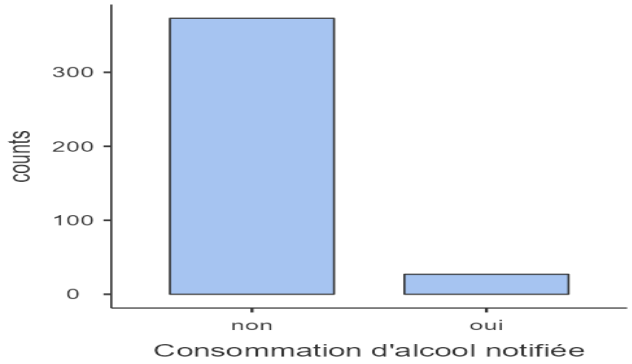
Cet item permet de se pencher sur la consommation de substances parmi les 400 passages aux urgences du 1er trimestre 2023. Dans cette rubrique a été englobé tous les patients qui ont consommés une et/ou plusieurs des substances suivantes : médicaments (intoxication volontaire ou involontaire) / alcool/ drogues/ snif essence). On dénombre une seule intoxication médicamenteuse involontaire parmi les 400 passages.

Consommation toutes substances (N=400)	Quantités	% du Total
pas notifié	360	90.0 %
oui	40	10.0 %

On remarque que 1 patient sur 10 est venu aux urgences sous consommation de substances diverses.

5. Consommation d'alcool notifiée dans le diagnostic médical

Consommation d'alcool notifiée (N=400)	Quantités	% du Total
non	373	93.25 %
oui	27	6.75%



Au sein des 400 passages, le nombre de diagnostics où la consommation d'alcool est notifiée est peu élevé (6,75%).

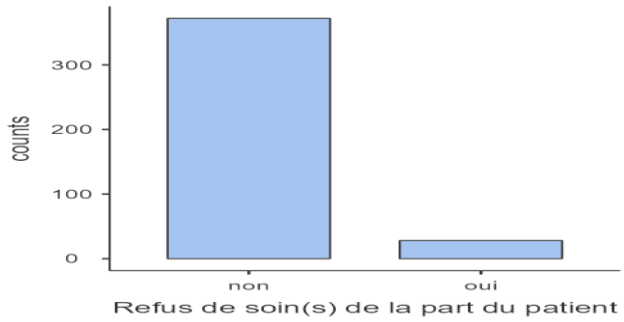
6. Type de sortie

Type de sortie du patient (N=400)	Quantités	% du Total
0 - Inconnu	26	6.50 %
1 - Sur avis médical	314	78.50 %
2 - Sortie exigée	10	2.50 %
3- Décès avec autopsie	1	0.25 %
5 - Transfert autre institution pour soins spécifiques (pas revalidation)	6	1.50 %
G - Sortie sans être vu	26	6.50 %
H - Hospitalisation (CHUB)	17	4.25 %

La majorité des passages ressortent de l'hôpital avec l'accord du médecin. Environ 1/ 20 du total des passages reste hospitalisé (4,25%) ou quitte le service avant de voir le médecin urgentiste (6,50%).

7. Refus de soins

Refus de soin(s) de la part du patient (N=400)	Quantités	% du Total
non	372	93.00 %
oui	28	7.00 %

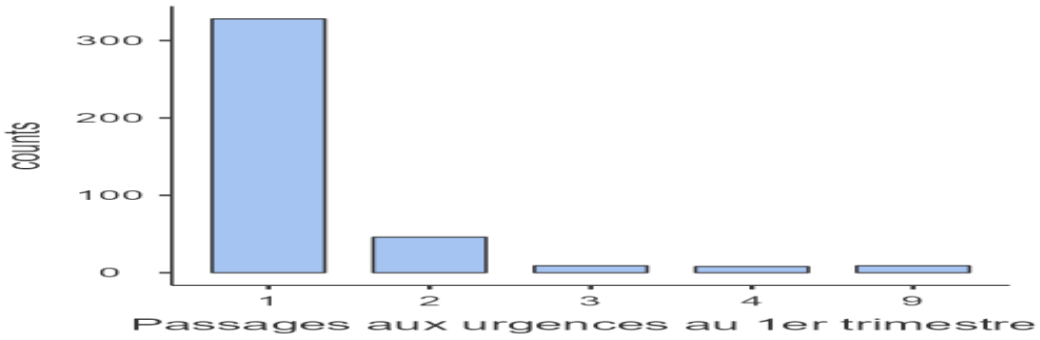


Le refus de soin dans la population sans abris concerne moins d'une personne sur 10 (7%).

8. Nombre de passages aux urgences au 1er trimestre 2023

Variable	N	Moyenne (écart type)
Nombre de passage au 1er trimestre 2023	400	1,40 (1,29)

Nombre de passages aux urgences au 1er trimestre 2023 (N=400)	Quantités	% du Total
1	328	82.0 %
2	46	11.50 %
3	9	2.25 %
4	8	2.00 %
9	9	2.25%



Nous pouvons observer que la majorité des patients ne sont pas revenus aux urgences au cours du 1er trimestre 2023 soit 82% du nombre total de la patientèle précarisée. Environ 1 patient / 10 est revenu une seconde fois aux urgences au cours du premier trimestre 2023 (11,50%). Environ 1 patient /20 fréquente régulièrement aux urgences (entre 3 à 9 passages : 6,50% du total des passages).

9. Nombre de passages aux urgences en 2022

Variable	N	Moyenne (écart type)
Nombre de passages en 2022	400	0,58 (1,73)

Nombre de passages en 2022 (N=400)	Quantités	% du Total
0	321	80.25 %
1	31	7.75 %
2	17	4.25 %
3	16	4.00 %
4	4	1.00 %
5	2	0.50 %
6	1	0.25 %
8	1	0.25%
9	2	0.50 %
11	3	0.75 %
13	2	0.50 %

La majorité de la population n'est pas venue aux urgences en 2022 soit 80, 25% du total des passages. 7,75% des patients du premier trimestre 2023 sont venus aux urgences une fois en 2022. Environ 1 sans-abri sur 10 est venu au minimum 2 fois aux urgences jusqu'à 13 fois l'an dernier (12%).

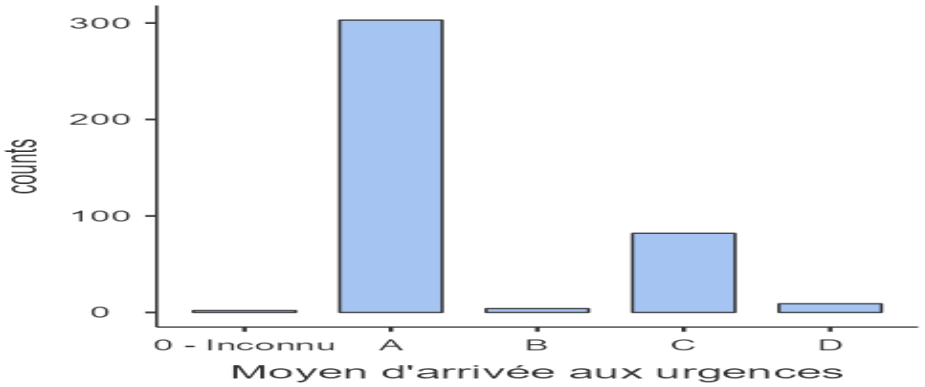
10. Suivis proposés à la sortie

Le nombre de suivis proposé est supérieur au nombre de passages (N=417). Nous pouvons observer que parmi les 417 suivis, 72,66% du total des suivis n'ont pas reçu de suivis tandis que certains en ont reçu 2 voire 3. Environ 1/ 10 suivi consiste à revenir aux urgences ou à consulter le médecin traitant (10,55%). Les statistiques descriptives du suivi de sortie se trouvent en annexe 6.

C. Les variables relatives aux ressources (moyen de transport, professionnel de santé)

1. Moyen d'arrivée du patient

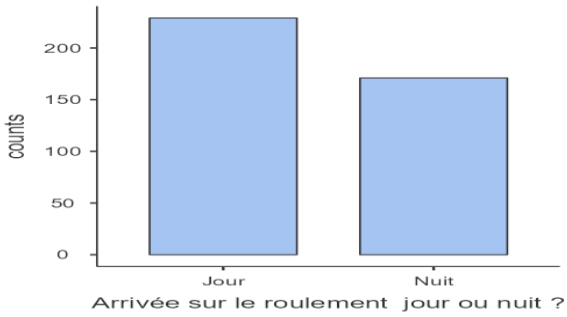
Moyen d'arriver aux urgences (n=400)	Quantité	% du total
0 - Inconnu	2	0,5%
A - Admission urgente sans moyens ambulance et sans le 112	303	75,75%
B - Admission urgente en ambulance non-112 sans SMUR / PIT	4	1
C - Admission urgente avec ambulance 112 sans SMUR/PIT	82	20,5%
D - Admission urgente avec ambulance et SMUR Brien	9	2,25%



La majorité des patients arrivent aux urgences par leur propre moyen (groupe A) soit 75,75% du total des passages. Il faut noter que parmi les 303 arrivées aux urgences par leur propre moyen (groupe A) : 122 passages sont arrivés par leur propre moyen, 181 des passages ont été amenés aux urgences par la police. 1 des passages ayant pour diagnostic « écrou » a été amené aux urgences en ambulance non 112 (groupe B) accompagné de la police, car il provenait d'un hôpital de la région flamande. Environ 1 patient sans-abri sur 5 vient aux urgences en ambulance accompagnée par les pompiers (catégorie C) soit 20,5% du total des passages. Le nombre de patients sans-abris arrivant en SMUR au CHU Brugmann site Paul Brien au cours du 1er trimestre 2023 est peu élevé (2,25%).

2. Moment d'arrivée du patient en fonction des horaires de l'équipe infirmière (Jour/Nuit)

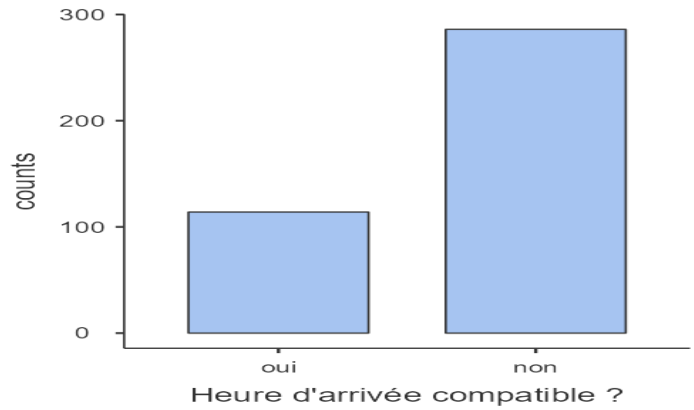
Shift infirmier Jour (7-20h) et Nuit (20h01-6h59) (N=400)	**Quantités**	**% du Total**
Jour	229	57.25 %
Nuit	171	42.75 %



L'arrivée du patient sans-abri est légèrement supérieure en journée (57,25%) que la nuit (42,75%) cependant cette différence est peu élevée.

3. Heure d'arrivée du patient compatible avec l'emploi du temps de l'assistant social

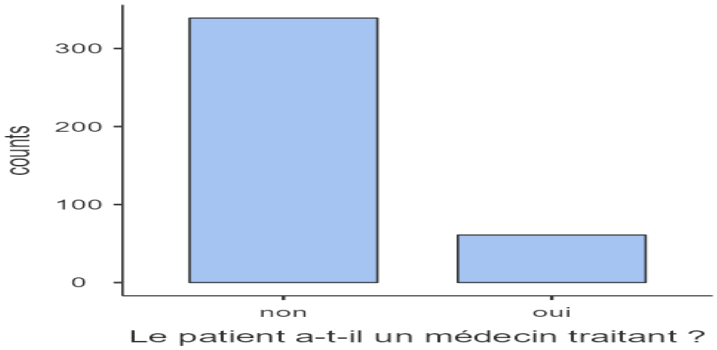
Heure d'arrivée compatible pour rencontrer l'assistant social (8h-16h00) (N=400)	Quantités	% du Total
oui	114	28.5 %
non	286	71.5 %



Ce graphique ci-dessus montre clairement que la majorité des patients arrivent en dehors des heures de travail des assistants sociaux. Nous avons tranché pour un horaire « classique » de l'assistant social qui est 8-16h. Environ 7/ 10 patients ne pourront pas bénéficier des services de l'assistant social lorsqu'ils arrivent aux urgences (71,5%).

4. Patient ayant un médecin traitant encodé dans leur base de données.

Le patient a-t-il un médecin traitant ? (N=400)	Quantités	% du Total
non	339	84.75 %
oui	61	15.25 %

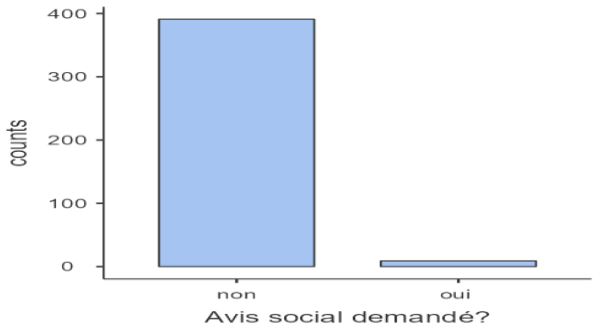


Cette variable consiste à répertorier chaque passage comportant le nom d'un médecin traitant. 84,75% des patients n'ont pas de médecin traitant répertorié dans leur base de données.

5. Patient ayant bénéficié d'un suivi social ?

Avis social demandé ? (N=400)	Quantités	% du total
non	391	97.75 %
oui	9	2.25 %

Motifs des 9 avis sociaux demandés
-mutuelle pas en ordre
-réquisitoire d'hospitalisation
-vérification de la couverture sociale
-demande d'hébergement et prise en charge des antalgiques
-pour les frais d'hospitalisation
-pour transport, car béquilles et trop de bagages
-retours au centre après l'hospitalisation
-réquisitoire pour rendez-vous en urologie
-vérification du statut du patient



Parmi les 400 passages, seulement 9 passages (2,25%) ont bénéficié des services d'un assistant social soit aux urgences, soit pendant leur hospitalisation ou pour bénéficier d'un réquisitoire avant une consultation médicale au CHU Brugmann.

D. Résultats statistiques de différentes hypothèses

1. Hypothèse 1 : relation entre le nombre de passages aux urgences en 2022 et avoir un médecin traitant

Le choix de ce test s'est porté sur le médecin traitant qui a un rôle d'aiguillage des patients vers les autres professionnels de la santé. Ce professionnel de la santé est proche des patients, il connaît bien leur état général et se permet de les orienter vers les urgences lorsque la santé du patient s'aggrave ou s'il n'a pas les moyens suffisants pour les traiter (faire une imagerie médicale, réaliser des tests sanguins, urinaires, …).

a. Choix des hypothèses

Hypothèse HO : « Le nombre de passages aux urgences en 2022 chez les patients sans-abris suivis par un médecin traitant est égal de celui des patients sans médecin traitant ».

Hypothèse H1 : « Le nombre de passages aux urgences en 2022 chez les patients sans-abris suivis par un médecin traitant est différent de celui des patients sans médecin traitant ».

b. Choix du test

La variable dépendante : nombre de passages en 2022 (**variable numérique**)
La variable de groupage : avoir un médecin traitant (groupe 1) / ne pas avoir de médecin traitant (Groupe 2). Il s'agit d'une variable à 2 modalités.

Les deux échantillons ne sont pas pairés. La population est supérieure à 30 passages ce qui signifie que nous pouvons supposer que les distributions sont normales.

Le test choisi pour comparer deux groupes indépendants est le test t à échantillons indépendants pour variance égale.

La réalisation de ce test permettra de déterminer si la différence entre le nombre de passages aux urgences en 2022 des deux groupes est statistiquement significative.

c. Résultat

Group Statistics

mt	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
1,00	61	1,9836	2,95799	,37873
2,00	339	,3215	1,24029	,06736

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
					Significance				95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	One-Sided p	Two-Sided p	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Equal variances assumed	63,050	<,001	7,375	398	<,001	<,001	1,66207	,22536	1,21904	2,10511
Equal variances not assumed			4,321	63,845	<,001	<,001	1,66207	,38468	,89356	2,43059

Le test t de student pour échantillon indépendant pour variances égales indique une p-valeur inférieure à 0.001. L'interprétation de ces résultats indique qu'il y a une **différence significative** dans le nombre de passages aux urgences entre les patients ayant un médecin traitant (groupe 1) et ceux n'en ayant pas (groupe 2). L'hypothèse nulle H0 est donc rejetée.

Cette étude a permis de démontrer que les patients sans-abris suivis par un médecin traitant se rendent plus régulièrement aux urgences par rapport à ceux qui n'ont pas de suivi médical constant.

2. Hypothèse 2 : relation entre le nombre de passages aux urgences en 2022 et avoir un antécédent neuropsychiatrique

Le choix de ce test a été mis en évidence lorsque l'antécédent majoritairement présent dans les 400 passages est la neuropsychiatrie. En effet, environ 1 passage /5 présente un antécédent neuropsychiatrique soit 20,49% du total des antécédents.

a. Choix des hypothèses

Hypothèse HO : « Le nombre de passages aux urgences en 2022 chez les patients sans-abris ayant un antécédent psychiatrique est identique à ceux qui n'en ont pas ».

Hypothèse H1 : « Le nombre de passages aux urgences en 2022 chez les patients sans-abris ayant un antécédent psychiatrique est différent de ceux qui n'en ont pas ».

b. Choix du test

La variable dépendante : nombre de passages en 2022 (**variable numérique**)
La variable de groupage : avoir un antécédent neuropsychiatrique (groupe 1) / ne pas avoir d'antécédent neuropsychiatrique (Groupe 2).
Les deux échantillons ne sont pas pairés. La population est supérieure à 30 passages ce qui signifie que nous pouvons supposer que les distributions sont normales.
Le test choisi pour comparer deux groupes indépendants est le test t à échantillons indépendants pour variance égale.
La réalisation de ce test permettra de déterminer si la différence entre le nombre de passages aux urgences en 2022 des deux groupes est statistiquement significative.

c. Résultat

Group Statistics

neuropsy	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
1,00	78	,9231	1,44841	,16400
2,00	322	,4907	1,77774	,09907

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
					Significance				95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	One-Sided p	Two-Sided p	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Equal variances assumed	2,711	,100	1,993	398	,023	,047	,43239	,21693	,00592	,85886
Equal variances not assumed			2,257	139,010	,013	,026	,43239	,19160	,05356	,81122

Les résultats du test t de Student pour variance égale révèlent une p-valeur 0,047.
L'interprétation de ces résultats indique qu'il y a une **différence légèrement significative** dans le nombre de passages aux urgences en 2022 entre les patients ayant un antécédent neuropsychiatrique (groupe 1) et ceux n'en ayant pas (groupe 2). L'hypothèse nulle est donc rejetée.

Après avoir fait une analyse statistique détaillée et avoir énoncé deux hypothèses, nous allons discuter de ces résultats dans la partie discussion ci-dessous

4 Discussion

Rappelons que le projet initial de ce travail de recherche était de proposer des pistes pour optimiser la coordination de soins de la population sans-abris aux urgences du CHU Brugmann site Brien. La population étudiée s'est avérée très variée démontrant la complexité de la situation. Un état des lieux de la population sans-abris fréquentant les urgences fût donc nécessaire avant d'envisager une coordination de soins avec les centres alentour favorable à ce public cible.

a. Limites de l'étude :

Les limites de l'étude concernent majoritairement la collecte de données aux urgences. En effet, certaines données ne sont pas suffisantes, même manquantes, pour estimer la fréquentation des urgences par la population sans-abris. Cela évoque un **biais d'information** dont il est difficile d'estimer la marge d'erreur. Afin d'éviter au maximum **le biais** de **sélection**, certaines variables n'ont pas été traitées. Une variable importante a été exclue à cause d'une donnée fallacieuse: le temps de prise en charge aux urgences. En effet, les données obtenues et non exposées montrent que la fin de prise en charge du patient est relative à la clôture administrative du dossier médical. Le temps de prise en charge n'a donc pas pu être comparé à la population générale. De plus, le ratio des différentes nationalités n'a pas été réalisé, car la majorité des patients sont inscrits comme Belge alors que certains sont demandeurs d'asile. Ce manquement en termes de données administratives entraîne un **biais d'informations administratives**. C'est pourquoi, cette donnée n'a pas été publiée dans ce travail.

Il est difficile actuellement pour les professionnels d'étiqueter ces patients pour leur proposer l'aide la plus adéquate. Les données socio-éco-démographiques montrent que si le patient a une assurance maladie et une adresse, le personnel du CHUB site Brien, ne perçoit pas le patient comme sans-abris.

La recherche a été réalisée sur une période restreinte de 3 mois même si elle s'est déroulée pendant la période hivernale.

La mention du **statut socio-économique** du patient est peu notifiée dans l'étude. En effet, le statut social du patient s'observe dans 19,75% des dossiers étudiés. Grâce à des anamnèses infirmières et/ou médicales détaillées, nous avons pu exclure les dossiers des patients sans adresse inscrits comme touristes ou travailleurs (N=13). Toutefois, la détection de la situation socio-économique du patient est primordiale afin de l'aiguiller vers le service social.

La répartition des pathologies a été réalisée sur base du classement des pathologies du Samusocial indiqué dans leur rapport annuel. N'ayant pas trouvé une notice stipulant comment répertorier les différents diagnostics dans les diverses catégories : **un biais de classement est probablement induit par l'enquêteur.** Par exemple, le diagnostic pancréatite a été placé en « digestif », mais ce diagnostic a peut-être été classé par exemple en « douleur » par le Samusocial.

Au CHUB site Brien, on ne peut que déduire une part de « no show » de cette population. Une partie des sans-abris n'a pas pu être incluse dans cette étude. Ce sont des passages que l'on ne peut pas répertorier de la population en séjour légal ou illégal, car ces personnes habitent chez des connaissances, de la famille, un squat, ou même un logement insalubre ou/ et sans bail. Le dénombrement réalisé en 2020 a permis de mettre en lumière une augmentation d'environ 1565% de l'occupation des squats sur le territoire bruxellois sur une période de 12 ans. Face à ces chiffres, une part grandissante de la population sans-abris n'est pas détectable.

Pour conclure, plusieurs limites à la recherche et au développement de certaines caractéristiques de notre population précarisée peuvent être mises en évidence. En effet, une corrélation entre certaines caractéristiques aurait pu être faite :

- L'hospitalisation, la fréquence de survenue des patients de l'échantillon.
- Les diagnostics et l'hospitalisation.
- Les antécédents et l'hospitalisation.
- Le suivi proposé et les diagnostics et antécédents significatifs.
- Les nationalités et les barrières linguistiques.

Ces corrélations peuvent mettre en exergue des résultats qui peuvent être utiles à la réflexion d'une coordination de soins au départ des urgences.

b. Analyse des résultats

La prévalence de la population sans-abris se présentant aux urgences du CHU Brugmann (site Brien) est de 5,39 % au cours du premier trimestre 2023. 71, 75% des passages sont inscrits comme « *sans adresse* », 7,75% viennent *des centres* et 20,50 % bénéficient d'une *adresse d'un CPAS*.

Une disparité très importante s'observe dans le **ratio homme/femme** fréquentant les urgences. Dans le rapport d'activité 2022 du Samusocial (juin 2023), la part des femmes prise en charge par une équipe mobile parcourant le territoire bruxellois 24h/24 représente 18,5% soit environ 2 femmes pour 10 hommes. Dans notre échantillon, la part des femmes est sous-représentée. Cela peut s'expliquer, car « les femmes sans domicile sont en outre très peu nombreuses à être strictement sans-abri » et parmi les 400 passages, environ les 2/3 proviennent de la population sans-abris et *sans adresse* (Marie Loison, Gwenaëlle Perrier, 2019).

Les patients se présentant aux urgences sont consultés selon des priorités de soins. Le **MTS** moyen de la population sans-abri (3,72) est légèrement supérieur en termes de délais de prise en charge que la population générale (3,60). Environ 66,25% de la population sans-logis vient aux urgences pour une pathologie nécessitant un délai d'attente entre 4h (code bleu) et 2h (code vert) signalant un degré d'urgence différé. Les patients précarisés viennent donc pour des pathologies « moins vitales » au premier trimestre 2023.

Les variables concernant **le moyen d'arrivée du patient** et le **type de sortie** des patients corroborent le résultat ci-joint, car 75,75% de la patientèle sans-abris est venue aux urgences par ses propres moyens contre 2,25% en SMUR. Ces données prouvent que peu de patients sont arrivés aux urgences en ayant un degré d'urgence sévère. 78,50 % ont pu sortir de l'hôpital sur avis médical indiquant que leur pathologie n'est pas assez grave, invalidante pour une hospitalisation.

Le **MTS** associé au **moyen d'arrivée** et au **type de sortie** du patient semble aux antipodes par rapport à l'étude de Sylvie Morel (2019) stipulant que les patients viennent aux urgences dans un état dégradé. Cette divergence de constat peut s'expliquer par une différenciation entre le système de santé belge et le système de santé français concernant l'accueil des populations précarisées dans le système de santé.

Le **classement des pathologies** montre comme diagnostic principal celui de « l'écrou » (38,32% du total des diagnostics), cette donnée met en lumière une relation entre précarité et arrestation policière. Le deuxième diagnostic principal est « traumatique et orthopédique » (10,32% du total des diagnostics). En effet, le mode de vie de la rue rend la population sans-abris vulnérable face aux agressions (Yves Jackson, Timothée Wuillemin, Patrick Bodenmann,2016). Puis le troisième diagnostic est neuropsychiatrique (20,49% du total des diagnostics) rassemblant les consommations, dépendances aux substances, ainsi que les pathologies psychiatriques.

Les deux **antécédents majoritaires** qui ressortent de ce travail sont les pathologies neuropsychiatriques (20,49%) et les troubles digestifs (8,81%). Dans l'onglet « neuropsychiatriques » ont été incluses toutes les dépendances à l'alcool, drogue, médicaments. La dépendance à l'alcool peut entraîner des pathologies « digestives » chez les patients comme une pancréatite, une cirrhose hépatique ou une hémorragie digestive (Yves Jackson, Timothée Wuillemin, Patrick Bodenmann,2016).

L'**hypothèse** suivante a donc été analysée, car la neuropsychiatrie est à la fois un des diagnostics et un des antécédents principaux : « le nombre de passages aux urgences en 2022 entre les patients ayant un antécédent neuropsychiatrique et ceux qui n'en ont pas est-il différent ? ». Les résultats statistiques du test de Student ont démontré que les patients détenteurs d'antécédents neuropsychiatriques (dépendances aux substances incluses) **viennent légèrement plus aux urgences** par rapport à ceux sans antécédents neuropsychiatriques (p-valeur 0,047). De plus, le nombre moyen de passages aux urgences pour les patients avec un antécédent neuropsychiatrique est de 0.923, alors que chez les patients sans cet antécédent, leur nombre moyen de passages est de 0.491. Les patients porteurs d'un antécédent neuropsychiatrique vont, en moyenne, deux fois plus aux urgences par rapport à ceux exemptés de cet antécédent. Au sein des 400 passages, un dixième de la population présentait une **consommation de substances** (drogue/ alcool/ snif d'essence/

médicament) notifiée dans le diagnostic. D'après The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [12](décembre 2022), la consommation de drogues des personnes sans-logis sur une durée succincte n'est pas plus importante par rapport à celle de la population générale. Cependant, «la consommation de drogues et le sans-abrisme sont liés dans deux directions : ils peuvent être mutuellement des causes et des conséquences » (EMCDDA, décembre 2022). En ce qui concerne **l'alcool**, seulement 6,75 % du total des passages présente un diagnostic dans lequel il est notifié que le patient est sous imprégnation éthylique. Une étude récente publiée par la FEANTSA (février 2022) explique qu'à partir d'un certain âge, l'alcool « est un facteur supplémentaire d'hospitalisation » pour presque un patient sur deux. Cette étude n'a pas été corrélée à l'âge, avec la consommation d'alcool et le motif d'hospitalisation. Cette découverte pourrait susciter l'objet d'une recherche approfondie.

Un constat important montre que les patients ont bénéficié de **peu d'avis sociaux (2,25%)**. Cela peut s'expliquer par leur venue en dehors des heures de travail du travailleur social. En effet, seulement 28,5% des patients sont venus pendant ses heures ouvrables. Ensuite, cette population n'est pas systématiquement détectée par l'équipe médico-infirmière. Les patients ayant une adresse d'un centre ou d'un CPAS bénéficient déjà de l'aide des services sociaux.

L'**hypothèse** concernant « le nombre de passages aux urgences chez les patients sans-abris avec un médecin traitant est-il différent de celui des patients sans médecin traitant ? » a été choisie, car d'après le monitoring des quartiers (non daté) le territoire Schaerbeekois en 2017 accueille un nombre de **médecins** pour 1000 habitants supérieur à l'ensemble de la Région de Bruxelles-Capitale. Dans une optique de construire une coordination avec les professionnels de santé de la première ligne, il est important d'avoir un partenariat avec l'hôpital et les professionnels de la santé extra-muros. Cette étude a révélé que les patients suivis par un médecin traitant viennent plus régulièrement aux urgences par rapport à ceux qui n'ont pas de médecin traitant (p-valeur inférieure à 0,001). De plus, le nombre moyen de passages aux urgences pour les patients sans-abris, sans médecin traitant, est de 0.322, tandis que pour les patients sans-abris suivis par un médecin traitant, le nombre moyen de passages est de 1.983. En tenant compte de la moyenne des passages, un patient suivi par un médecin traitant est venu 6 fois plus aux urgences dans cette étude en comparaison avec la population non suivie par un médecin généraliste. Cette différence de moyennes souligne un écart dans l'utilisation des

[12] L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies

services d'urgence entre ces deux groupes de patients sans-abris. D'après l'étude de Yves Jackson, Timothée Wuillemin, Patrick Bodenmann (2016), la majorité des personnes sans-abris n'a pas de médecin traitant ni de suivi médical régulier. En effet, l'étude réalisée au CHUB va dans ce sens, car seulement 15,25% des sans-abris avaient un médecin traitant inscrit dans leur base de données.

La **fréquentation du service des urgences par la population sans-abris est peu élevée.** En effet, 80,25% de la population sans-abris n'est pas venue aux urgences en 2022 et 82% s'est rendue une seule fois aux urgences au cours du 1er trimestre 2023, selon les données récoltées.
En termes de fréquentation plus régulière du service, environ 1 personne sur 10 est venue au minimum 2 fois aux urgences jusqu'à 13 fois l'an dernier (12%) en 2022. En ce qui concerne le premier trimestre 2023, environ 1 patient / 10 est revenu une seconde fois aux urgences (11,50%) et 1 patient /20 vient très régulièrement (entre 3 à 9 passages :6,50% du total des passages). Dans cette étude, il n'a pas été analysé pourquoi certains patients viennent plus régulièrement que d'autres.

c. Perspectives et Recommandations

Les résultats obtenus nous poussent à aller plus loin dans l'étude de cette population et nous invitent à formuler des recommandations générales, mais aussi spécifiques au CHU Brugmann. En effet, nous avons mené une étude préliminaire, un état des lieux succinct qui invite à réaliser d'autres études nécessaires pour envisager l'orientation adéquate du suivi médical de la population sans-abris.

Une étude multicentrique serait intéressante afin de répertorier les services d'aides de première ligne les plus utilisés sur l'ensemble du territoire bruxellois et de mettre en lumière les besoins médicaux spécifiques de cette population.

Également, une étude transversale sur une durée plus longue que 3 mois concernant l'analyse des patients aux urgences et de faire un suivi pour ceux hospitalisés serait intéressant pour enrichir les résultats obtenus dans ce travail. Le suivi de la santé de cette population pourrait être intéressant bien que coûteux, mais un risque de "perdus de vue" non négligeable peut être observable pour la population migrante.

Une étude concernant l'utilisation du service des urgences pourrait être envisagée afin de proposer des pistes d'orientations adéquates aux patients sans-abris pour les professionnels de la santé. Par exemple, un patient venant pour des soins de plaie chroniques ou une prescription pourrait être orienté vers un lieu/ un professionnel de la santé plus adéquat afin de ne pas surcharger adéquatement les urgences.

Avant d'envisager une coordination de soins intégrés au départ d'un passage aux urgences, il faudrait améliorer la détection de cette population dans ce service (niveau micro). La **prise en charge intégrée** de cette population passe par la mise en place d'outils informatiques permettant un screening visible par tous les acteurs professionnels de l'hôpital L'étude montre un manque de détection systématisée de cette population. Le CHUB pourrait, **administrativement**, mettre en évidence le lieu d'origine des patients sans-abris (centre d'hébergement/ sans-adresse). Un outil informatique visuel pourrait être activé par tous les acteurs de la prise en charge du patient. Il faudra toutefois veiller, dans sa mise en œuvre, à ce que cet outil utile ne soit pas vécu comme stigmatisant pour les bénéficiaires.
Une meilleure signalétique des patients sans-abris du bassin de soins schaerbeekois et des communes limitrophes permet d'orienter la suite de soins des patients précarisés. Un système local de soins intégrés spécifiques à cette population serait judicieux incluant les services d'urgences (niveau méso). La provenance des patients oriente la stratégie d'aide envers la population en fonction de leur lieu de résidence. Le déménagement ou au remaniement de certaines infrastructures crée une organisation difficilement pérenne sur le long terme. Par exemple, la création d'un outil de liaison entre les centres bruxellois et les hôpitaux faciliterait la communication entre soignant (s)/patient et entre patient/centre en particulier avec une population ayant une barrière linguistique pour laquelle il est parfois difficile d'avoir un traducteur dans les plus brefs délais.

Pour la population *sans-adresse*, un partenariat avec les agents de la première ligne (médecin traitant) voire envisager une collaboration, par exemple, avec les équipes soignantes de rue aboutirait à un meilleur **suivi de soins** du patient.

L'ouverture et la fermeture des centres sont en majorité définies par « les politiques d'urgence » en fonction des saisons (Conférence consensus Paris, novembre 2007) (niveau Macro d'intégration systémique).

Afin de clarifier la situation socio-économique des sans-abris, la présence d'un assistant social joignable en permanence pour les urgences serait favorable pour garantir un suivi social prospectif réactif.

Une autre idée serait de développer des postes de coordinateur de soins aux urgences. Ces professionnels pourraient prendre le temps nécessaire pour assurer un suivi qualitatif de ces patients et pourraient collaborer étroitement avec les structures de première ligne. Il faut, en effet, plébisciter la coordination des soins entre l'hôpital et les structures extra-hospitalières de soins et d'aide.

Réaliser une matrice RACI (Responsible-Accountable-Consulted-Informed[13]) en fonction des projets (besoins) prioritaires souhaités au départ des urgences serait intéressant pour établir les rôles et responsabilités des différents professionnels du processus de soins. Pour cela, il faudra, comme évoqué précédemment, une étude précise sur les besoins médicaux de cette population se présentant aux urgences du CHU Brugmann.

Pour conclure cette discussion, le rôle des urgences est majoritairement séquentiel, ce service traite essentiellement les pathologies (les besoins) « aigues », « urgents », dans un temps limité, d'où la collaboration des professionnels intra-muros et extra-muros afin d'orienter de manière adéquate les patients précarisés dans le suivi de la chronicité de leurs pathologies. Le chapitre ci-dessous apportera une conclusion sur l'ensemble de ce travail.

[13] Responsable - redevable - consulté - informé

5 Conclusion

Le phénomène du sans-abrisme s'amplifie d'année en année malgré une volonté politique de mettre en place des projets pour diminuer son ampleur. Face à une population précaire grandissante, il est parfois difficile de pouvoir fournir de l'aide à tous les individus, car les ressources sont limitées.
Les conflits géopolitiques actuels (guerre en Ukraine, conflit en Afghanistan, etc.) ont encore majoré la saturation des centres d'accueil avec un afflux toujours plus important de réfugiés.
Les urgences sont devenues un lieu important d'aide médicale, mais aussi sociale. Elles doivent donc accueillir et orienter au mieux cette population précaire et fragilisée.
Tout au long de ce mémoire, la notion du sans-abrisme s'est avérée être très complexe puisqu'elle met en évidence une multitude de profils de sans-abris. Parmi chaque catégorie de sans-abris, des différenciations peuvent s'accentuer : certaines personnes peuvent être sans-abris depuis des années, d'autres depuis un mois, certaines travaillent, d'autres non... Face à ces divers profils, le milieu hospitalier doit pouvoir détecter cette population et proposer des actions qui répondent aux besoins de cette population, mais aussi promouvoir leur santé.

La coordination de soins au départ des urgences est donc une question importante à laquelle l'ensemble des professionnels doivent répondre. La réalisation d'une coordination de soins entre le CHUB Brien et les centres de proximité s'avère complexe en raison du déplacement ou de la fermeture de certains centres ou même du manque de structures d'aide, mais cette population doit recevoir des soins de qualité au même titre que la population non précarisée.
Créer un partenariat entre les médecins traitants de la commune de Schaerbeek dans un premier temps et l'hôpital permettrait aux patients sans-abris d'avoir un suivi plus régulier.
Une approche intégrée est nécessaire. Même si les urgences ne jouent pas un rôle de suivi personnalisé de patient, ce service doit pouvoir orienter adéquatement cette population précarisée.
Ce mémoire a tenté de répertorier la population sans-abris de manière exhaustive fréquentant les urgences du CHU Brugmann site Paul Brien. Ce travail permettra d'orienter les décisions concernant la coordination de soins des patients sans-logis tant sur une *logique territoriale* entre l'hôpital, les praticiens, les centres de la commune que sur une *logique de trajectoires* entre les différents services et sites du CHU Brugmann.
Cette recherche passionnante contribuera, nous l'espérons, à faire prendre conscience de la place des urgences dans le recours aux soins de cette population précarisée.

6 Bibliographie

- AMA (2017), *Les sans-abris : qui sont-ils.elles ?,* en ligne sur : https://www.ama.be/le-sans-abrisme/les-sans-abris-qui-sont-ils/, consulté le 25 octobre 2022

- André-Pierre Contandriopoulos, Jean-Louis Denis, Nassera Touati, Rosario Rodriguez (2001), *Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre, Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol.8, n°2, 2001, pp. 38-52, en ligne sur : http://cerberus.enap.ca/GETOSS/Publications/Lists/Publications/Attachments/187/Int%C3%A9gration%20des%20soins%20dimensions%20et%20mise%20en%20oeuvre.pdf

- ASBL Diogène (subventionnée par la COCOM) (non daté), *La santé des personnes sans-abri - Les problématiques de santé des habitants de la rue à Bruxelles*, en ligne sur : https://www.diogenes.brussels/fr/pages/115-la-sante-des-personnes-sans-abri, consulté le 13 décembre 2022

- Aurélien Carotenuto-Garot, Elsa Montenegro Marques (2021), *Les visages du sans-abrisme en France : la modélisation de la carrière de sans-domicile comme substitut de la catégorisation actuelle,* Écrire le social 2021/1 (N° 3), pages 3 à 18, en ligne sur : https://www.cairn.info/revue-ecrire-le-social-la-revue-de-l-aifris-2021-1-page-3.htm

- Ayité Claude Mawuss (2021), *Thibaut Besozzi, Idées reçues sur les SDF : regard sur une réalité complexe, Paris, Édition le Cavalier Bleu, 2020, 147 Pages.*, en ligne sur : https://www.cairn.info/revue-sciences-et-actions-sociales-2021-2-page-177.htm, consulté le 25 octobre 2022

- Belgium.be - Informations et services officiels (2022), *Sans abris*, en ligne sur : https://www.belgium.be/fr/logement/logement_social/sans-abri#:~:text=Le%20sans%20abri%20peut%20s,soins%2C%20m%C3%A9dicaments%20...) , consulté le 30 octobre 2022

- Belgium.be- Informations et services officiels (2022), *CPAS*, en ligne sur : https://www.belgium.be/fr/famille/aide_sociale/cpas, consulté le 30 octobre 2022

- Belgique info SDF (juin 2019), *Hommage aux morts de la rue*, en ligne sur : https://www.infosdf.be/2019/06/05/hommage-aux-morts-de-la-rue/, consulté le

- Benjamin Pradel (janvier 2020), *Besoins, dispositifs et enjeux existants et à venir à propos des personnes sans-abris*, en ligne sur : https://www.researchgate.net/publication/338765308_Besoins_dispositifs_et_enjeux_existants_et_a_venir_a_propos_des_personnes_sans-abris, consulté le 15 novembre 2022

- Benoît Quittelier François Bertrand (novembre 2018), *Dénombrement des personnes sans-abri et mal logées en Région de Bruxelles-Capitale*, en ligne sur : https://www.lastrada.brussels/portail/images/LAS3220_Denombrement2018_FR_5_BD.pdf , consulté le 12 novembre 2022

● Blaise Guinchard, Mélanie Schmittler, Cindy Gerber (mai 2019), *Accès et renoncement aux soins : tour d'horizon*, REISO, Revue d'information sociale, en ligne sur : https://www.ecolelasource.ch/wp-content/uploads/Guinchard_Schmittler_Gerber_2019_Reiso.pdf

● Brusano (2022), *Innovations*, en ligne sur : https://www.brusano.brussels/innovation/, consulté le 19 novembre 2022

● Brusano (aout 2022), *Le case manager*, en ligne sur : https://www.brusano.brussels/wp-content/uploads/2022/09/InfoFiche_02F_CM.pdf, consulté le 19 décembre 2022

● Bruss'Help (mai 2021), *Dénombrement des personnes sans-abri et mal logées en Région de Bruxelles-Capitale - Sixième édition 9 novembre 2020*, en ligne sur : http://www.brusshelp.org/images/Denombrement2020_vdef.pdf, consulté le 13 novembre 2022

● Bruss'help (2022), *Au service de l'action sociale et de la santé*, en ligne sur : https://www.brusshelp.org/index.php/fr/, consulté le 8 novembre 2022

● Bruss'Help (non daté), *Dénombrement, Méthodologie*, en ligne sur : https://lastradapils.brussels/census/index.php?option=com_content&view=article&id=28&Itemid=921&lang=fr , consulté le 8 novembre 2022

● Brussel social (juin 2022), *Plateforme citoyenne de soutien aux réfugiés - Porte d'Ulysse*, en ligne sur : https://social.brussels/organisation/18849, consulté le 8 mai 2023

● Bruxelles social (non daté), *Aide aux sans-abris*, en ligne sur : https://social.brussels/sector/1, Consulté le 23 avril 2023

● CASS (2017), *La coordination de l'action sociale de Schaerbeek*, en ligne sur : https://www.cass-cssa.be/fr/, consulté le 23 avril 2023

● CHJT (Centre hospitalier Jean Titeca) (2023), *Mission et vision*, en ligne sur : https://www.chjt.be/qui-sommes-nous/missions-vision-valeurs/, consulté le 15 mai 2023

● CHJT (Centre Hospitalier Jean Titeca) (2023), *Précarité*, en ligne sur : https://www.chjt.be/precarite/, consulté le 23 mai 2023.

● Christelle Achard (2016), *Sans-abrisme et errance : entre causes et conséquences* , le sociographe 2016/1 (N° 53), pages 85 à 96, en ligne sur : https://www.cairn.info/revue-le-sociographe-2016-1-page-85.htm

● Christiane Duchesnes, Jean-Luc Belche, Laetitia Buret (décembre 2019), *Aux noms de la coordination de soins*, en ligne sur https://www.maisonmedicale.org/Aux-noms-de-la-coordination-de-soins.html, consulté le 18 décembre 2022

● C.H.U. Brugmann (2019), *Urgences*, en ligne sur : https://www.chu-brugmann.be/fr/med/urgen/ , consulté le 4 novembre 2022

● Ciré asbl (novembre 2020), *Migrants en transit en Belgique*, en ligne sur : https://www.cire.be/publication/migrants-en-transit-en-belgique/, consulté le 7 juin 2023

● Ciré asbl (juin 2022), *Le Règlement Dublin – FAQ*, en ligne sur : https://www.cire.be/outil-pedagogique/le-reglement-dublin-quest-ce-que-cest-et-comment-ca-marche/, consulté le 7 juin 2023

● Collectif les morts de la rue (2008-2022), *Liste des morts de la rue*, en ligne sur : http://www.mortsdelarue.org/spip.php?article14, consulté le 26 novembre 2022

● Commission européenne (non daté), *Plateforme européenne de lutte contre le sans-abrisme*, en ligne sur : https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1550&langId=fr, consulté le 11 décembre 2022

● Commission européenne (non daté) , *Sans-abris*, en ligne sur : https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1061&langId=fr , consulté le 27 novembre 2022

● Conférence de consensus Paris - Sortir de la rue les sans-abris (29-30 novembre 2007), *Fiche 9 : Les relations entre les sans-abris et les services d'aide qui leur sont destinés,* en ligne sur :https://sansabri.typepad.fr/conference_de_consensus/files/confrence_de_consensus_fiche_9.pdf , consulté le 23 avril 2023

● Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (novembre 2009*), 2009 : De l'intégration du sans-abri psychologiquement troublé à son « rétablissement » (recovery*), en ligne sur : https://www.cnle.gouv.fr/2009-de-l-integration-du-sans-abri.html , consulté le 27 novembre 2022

● CPAS (2023), *Aide médicale urgente et carte médicale*, en ligne sur : https://cpasbxl.brussels/?p=27, consulté le 27/07/2023

● CPAS de la ville de Bruxelles (2023), *Santé*, en ligne sur : https://cpasbxl.brussels/?p=10, consulté le 4 juin 2023

● CPAS Profondeville (2000-2023), *L'aide financière équivalente au revenu d'intégration sociale (ERIS)*, en ligne sur : http://www.cpas-profondeville.be/services/aide-individuelle/aide-sociale-indiv/laide-financiere-equivalente-au-revenu-dintegration-sociale, consulté le 5 janvier 2023

● Croix rouge (2023), *Accueil et accompagnement*, en ligne sur : https://accueil-migration.croix-rouge.be/accueillir/, consulté le 4 juin 2023

● Croix rouge de Belgique (2023), *Centre d'urgence d'Evere*, en ligne sur : https://accueil-migration.croix-rouge.be/centres/centre-durgence-devere/, consulté le 22 mai 2023

● Davis E, Tamayo A, Fernandez A (2012) ''*Because Somebody Cared about Me. That's How It Changed Things'': Homeless, Chronically Ill Patients' Perspectives on Case Management.* PLoS ONE 7(9): e45980. doi:10.1371/journal.pone.004598, en ligne sur : https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0045980&type=printable

● Elisabeth Gordon, Jean Macq, Hubert Jamart, Monique Ferguson (2018), *Belgique : Coordination et intégration sont au centre des réformes*, Rev Med Suisse 2018 ; 14 : 1965-6 ; en ligne sur : https://www.revmed.ch/view/421153/3658746/RMS_625_1965.pdf

● Émilie Labbé, Jean Jacques Moulin, René Guéguen, Catherine Sass, Carine Chatain, Laurent Gerbaud (2007), *Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale » : le score EPICES*, la revue d'Ires, 2007/1 n° 53 | pages 3 à 49, en ligne sur : https://www.cairn.info/revue-de-l-ires-2007-1-page-3.htm

● Estelle Carde (2007), *Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins*, Santé Publique 2007/2 (Vol. 19), pages 99 à 109, en ligne sur : https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-2-page-99.htm

● EMCDDA (The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (décembre 2022), *Sans-abrisme et drogues: réponses sanitaires et sociales*, en ligne sur https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/homelessness-and-drugs-health-and-social-responses_fr, consulté le 29 juillet 2023

● FEANTSA (février 2022), *Citoyens de l'UE sans-abris à Bruxelles : L'accès aux droits, à l'emploi et aux soins de santé*, en ligne sur : https://www.feantsa.org/public/user/Resources/reports/2022/Mobile_EU_Citizens_Brussels_FR_v2138637.pdf, consulté le 30 juillet 2023

● FEANTSA (avril 2015), *ETHOS - Typologie européenne de l'exclusion liée au logement*, en ligne sur : https://www.feantsa.org/fr/resource/toolkit/2012/07/12/ethos-typologie-europeenne-de-l-exclusion-liee-au-logement#:~:text=Cette%20typologie%20a%20%C3%A9t%C3%A9%20lanc%C3%A9e,l'exclusion%20li%C3%A9e%20au%20logement. , consulté le 8 novembre 2022

● FEANTSA (2007), *Typologie européenne de l'exclusion liée au logement*, en ligne sur : https://www.feantsa.org/download/fr___2525022567407186066.pdf, consulté le 8 novembre 2022

● Fédasil (mai 2023), *Ouverture du centre d'accueil*, en ligne sur : https://www.fedasil.be/fr/actualites/ouverture-du-centre-daccueil, consulté le 17 mai 2023

● Fésasil (aout 2022), *Baisse des arrivées de réfugiés ukrainiens*, en ligne sur : https://www.fedasil.be/fr/actualites/accueil-des-demandeurs-dasile/baisse-des-arrivees-de-refugies-ukrainiens, consulté le 29 mai 2023

● Fédasil (2021), *Chiffres-clés*, en ligne sur : https://www.fedasil.be/sites/default/files/2021_kerncijfers_chiffres_cles.pdf, consulté le 7 juin 2023

● Fédasil (non daté), *Neder-Over-Heembeek*, en ligne sur : https://www.fedasil.be/fr/neder-over-heembeek, consulté le 23 mai 2023

● Fédasil (non daté), *Schaerbeek*, en ligne sur : https://www.fedasil.be/fr/schaerbeek, consulté le 17 mai 2023

● Fédasil (non daté), *Séjour en centre d'accueil*, en ligne sur : https://www.fedasil.be/fr/centres-daccueil/sejour-en-centre-daccueil, consulté le 4 juin 2023

● Fondation Roi Baudoin (mars 2021), *Dénombrement du sans-abrisme et de l'absence de chez soi – Rapport Global 2020*, en ligne sur : https://kbs-frb.be/fr/denombrement-du-sans-abrisme-de-labsence-de-chez-soi-rapport-global-2020, consulté le 13 novembre 2022

● Françoise Yaouancq, Michel Duée (avril 2014), *Les sans-domicile et l'emploi-Des emplois aussi fragiles que leurs conditions de vie*, INSEE Première, No 1494, en ligne sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281440

● Gautier Maigne (juin 2016), *L'état providence*, en ligne sur : https://www.vie-publique.fr/parole-dexpert/262512-letat-providence, consulté le 5 mai 2023

● G. Chevreau, M.-C. Castillo, C. Vallat-Azouvi (novembre 2019), *Une personne SDF sur 10 souffre de troubles cognitifs : que sait-on de ces troubles ? Une revue de littérature sur la cognition des personnes SDF*, L'Encéphale, Volume 45, Issue 5, Pages 424-432 en ligne sur : https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S001370061930212X?via%3Dihub

● Gouvernement du Canada (novembre 1996), *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : Une conférence internationale pour la promotion de la santé*, en ligne sur : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/charte-ottawa-promotion-sante-conference-internationale-promotion-sante.html, consulté le 3 décembre 2022

● IBSA (Institut bruxellois de Statistique et d'analyse) (non daté), *Schaerbeek*, en ligne sur : https://ibsa.brussels/chiffres/chiffres-cles-par-commune/schaerbeek, consulté le 7 mai 2023

● IBSA (Institut bruxellois de Statistique et d'Analyse) et Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (COCOM) (2016), *Zoom sur les communes : Schaerbeek*, en ligne sur : https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/fiches-communales/2016/schaerbeek_fr.pdf, consulté le 7 mai 2023

● Intégréo (non daté), *BOOST (région Bruxelles pentagone- St-Gilles, St-Josse-ten-Noode)*, en ligne sur : https://www.integreo.be/fr/pres-de-chez-vous/boost-region-bruxelles-pentagone-saint-gilles-saint-josse-ten-noode, consulté le 19 novembre 2022

● Iris (2014), *CHU Brugmann*, en ligne sur https://www.iris-hopitaux.be/fr/le-reseau-iris/nos-structures/chu-brugmann-2, consulté le 15 mai 2023

● Iris (2014), *les missions du réseau Iris*, en ligne sur : https://www.iris-hopitaux.be/fr/le-reseau-iris/nos-missions , consulté le 4 novembre 2022

● Jihane Sebai, Fatima Yatim (2018), *Approche centrée sur le patient et nouvelle gestion publique : confluence et paradoxe*, Santé Publique, 2018/4 (Vol. 30), pages 517 à 526, en ligne sur https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-4-page-517.htm

● Julien Damon (2002), *Les « S.D.F. », de qui parle-t-on ? Une étude à partir des dépêches AFP*, dans Population 2002/3 (Vol. 57), pages 569 à 582, en ligne sur : https://www.cairn.info/revue-population-2002-3-page-569.htm

● L'Agence Phare (septembre 2022), *Évaluation d'impact social de l'Accueil Périchaux de Depaul France*, en ligne sur : https://www.fondation-nehs.com/wp-content/uploads/2022/08/ImpactSocial_DepaulFrance_Fondationnehs_AgencePhare.pdf, consulté le 17 novembre 2022

● La maison rue verte (2021), *Le projet La Maison Rue Verte*, en ligne sur : https://www.lamaisonrueverte.be/, consulté le 29 mai 2029

● Laurent Mucchielli (1998), *Clochards et sans-abris : actualité de l'œuvre d'Alexandre Viexlard*, revue française de sociologie, 39-1, p 105-138, en ligne sur : https://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1998_num_39_1_4779

● Lehugeur Mathilde, Hassan David (décembre 2019), *Evaluation de la prise en charge des patients précaires dans les services d'accueil des urgences* (thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Faculté de santé université d'Anger), en ligne sur : https://dune.univ-angers.fr/fichiers/20102009/2019MCEM11585/fichier/11585F.pdf

● Marianne Cornu Pauchet (2018), *Discriminations et accès aux soins des personnes en situation de précarité*, Regards 2018/1 (N° 53), pages 43 à 56, en ligne sur : https://www.cairn.info/revue-regards-2018-1-page-43.htm

● Martine Bantuelle (décembre 2021), *Agir sur les déterminants de la santé*, Santé conjuguée, décembre 2021, n° 97, en ligne sur : https://www.maisonmedicale.org/Agir-sur-les-determinants-de-la-sante.html

● Médecin du monde (novembre 2021), *Tous les soirs, nous sommes confrontés à des personnes sans-abris qui ne trouvent pas de lit pour la nuit*, en ligne sur :

https://medecinsdumonde.be/actualites-publications/actualites/tous-les-soirs-nous-sommes-confrontes-a-des-personnes-sans-abri, consulté le 8 novembre 2022

● Medimmigrant (non daté), *Rapport annuel 2019*, en ligne sur : https://medimmigrant.be/IMG/pdf/medimmigrant_jaarverslag_2019_fr_260320.pdf, consulté le 9 juin 2023

● Medimmigrant (non daté), *Rapport d'activités 2022*, en ligne sur https://medimmigrant.be/IMG/pdf/medimmigrant_activiteitenverslag_2022_fr.pdf, consulté le 18 juin 2023

● Monitoring des quartiers (non daté), *Carte interactive - Part des demandeurs d'emploi dans la population de 18-64 ans (%) — 2021*, en ligne sur : https://monitoringdesquartiers.brussels/Indicator/IndicatorPage/2153?Year=2021&GeoEntity=1, consulté le 5 mai 2023

● Monitoring des quartiers (non daté), *Carte interactive – Nombre de médecins généralistes pour 1000 habitants (0/00) — 2017*, en ligne sur : https://monitoringdesquartiers.brussels/Indicator/IndicatorPage/2099?Year=2017&GeoEntity=1, consulté le 22 mai 2023

● Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2022), *Baromètre social 2021*, en ligne sur https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/rapport-pauvrete/barometre-welzijnsbarometer/2021_fr_barometre_1.pdf, consulté le 7 mai 2023

● Observatoire nationale de la pauvreté et de l'exclusion sociale (octobre 2016), *14 % des adultes sans-domicile francophones ont fait des études supérieures*, en ligne sur : https://onpes.gouv.fr/14-des-adultes-sans-domicile.html, consulté le 26 novembre 2022

● OHCHR (1996-2022), *Homelessness and human rights*, en ligne sur : https://www.ohchr.org/en/special-procedures/sr-housing/homelessness-and-human-rights#:~:text=most%20frequent%20one.-,Human%20rights%20standards,Economic%2C%20Social%20and%20Cultural%20Rights., consulté le 10 décembre 2022

● OHCHR (1996-2022), *Introduction to the Committee Human Rights Committee*, en ligne sur : https://www.ohchr.org/fr/treaty-bodies/cescr/monitoring-economic-social-and-cultural-rights, consulté le 11 décembre 2022

● OMS (avril 2016), *Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne - Rapport du Secrétariat*, en ligne sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252896/A69_39-fr.pdf, consulté le 18 décembre 2022

● OMS (décembre 2015), *Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne - Rapport du Secrétariat*, en ligne sur : https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_37-fr.pdf, consulté le 18 décembre 2022

● OMS (2022), *Qualité des soins*, en ligne sur : https://www.who.int/fr/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1, consulté le 18 décembre 2022

● ONU (2023), *Définitions*, en ligne sur : https://refugeesmigrants.un.org/fr/d%C3%A9finitions, consulté le 7 juin 2023

● ONU -Department of Economic and Social Affairs Social Inclusion (march 2020), *First-ever United Nations Resolution on Homelessness*, en ligne sur : https://www.un.org/development/desa/dspd/2020/03/resolution-homelessness/, consulté le 11 décembre 2022

● ONU- Department of Economic and Social Affairs Sustainable Development (non daté), *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*, en ligne sur : https://sdgs.un.org/2030agenda, consulté le 11 décembre 2022

● Paul Jorion, Vincent Burnand-Galpin (mars 2019), *Réinventer l'état providence*, en ligne sur https://www.laicite.be/magazine-article/reinventer-letat-providence/, consulté le 6 mai 2023

● Plateforme Citoyenne de Soutien aux Réfugiés (mai 2020), *Sur le terrain – Une journée à la Porte d'Ulysse,* en ligne sur : http://www.bxlrefugees.be/2020/05/04/sur-le-terrain-une-journee-a-la-porte-dulysse/, consulté le 22 mai 2023

● Samusocial (novembre 2021), *L'autonomie et la vie quotidienne dans le centre d'Etterbeek*, en ligne sur : https://samusocial.be/lautonomie-et-la-vie-quotidienne-dans-le-centre-detterbeek/, consulté le 29 mai 2023

● Samusocial (aout 2022), *Rapport d'activité 2021*, en ligne sur : https://samusocial.be/rapportannuel/2021/wp-content/uploads/2022/08/RA-Samu-2021-FR-final-web.pdf, consulté le 16 juin 2022

● Samusocial (janvier 2023), *Le Samusocial inaugure un nouveau centre pour familles*, en ligne sur : https://samusocial.be/le-samusocial-inaugure-un-nouveau-centre-pour-familles/, consulté le 29 mai 2023

● Samusocial (mai 2023), *Déménagement du dispositif d'accueil pour demandeurs·euses de protection internationale d'Etterbeek vers Laeken*, en ligne sur : https://samusocial.be/demenagement-du-dispositif-daccueil-pour-demandeurs%c2%b7euses-de-protection-internationale-detterbeek-vers-laeken/, consulté le 29 mai 2023

● Samusocial (juin 2023), *Rapport d'activité 2022*, en ligne sur https://rapportannuel2022.samusocial.be/wp-content/uploads/2023/06/Samusocial-RA22-FR.pdf, consulté le 25 juin 2023

● Samusocial (non daté), *Les centres familles*, en ligne sur : https://samusocial.be/missions-et-dispositifs/lhebergement/la-mission-sans-abri/les-dispositifs-dhebergement-durgence/les-centres-familles/, consulté le 23 mai 2023

● Samusocial (non daté), *Missions et dispositifs*, en ligne sur :https://samusocial.be/missions-et-dispositifs/, consulté le 12 décembre 2022

● Schaerbeek (mars 2023), *Incendie à "La Porte d'Ulysse" : le relogement des occupants s'organise*, en ligne sur : https://www.1030.be/fr/news/incendie-la-porte-dulysse-le-relogement-des-occupants-sorganise, consulté le 22 mai 2023

● Schaerbeek (2023), *Adresse de référence pour sans domicile fixe (Citoyen)*, en ligne sur : https://www.1030.be/fr/content/adresse-de-reference-pour-sans-domicile-fixe, consulté le 29 mai 2023

● Service public fédéral Sécurité social (2022), *La lutte contre la pauvreté en Belgique en 6 questions*, en ligne sur : https://socialsecurity.belgium.be/fr/octroi-des-droits-sociaux/la-lutte-contre-la-pauvrete-en-belgique-en-6-questions, consulté le 10 décembre 2022

● SPP Intégration sociale (non daté), *Arrêté Royal visant l'octroi d'une prime d'installation par le centre public d'action sociale à certaines personnes qui perdent leur qualité de sans abri,* en ligne sur : https://www.mi-is.be/fr/reglementations/arrete-royal-visant-loctroi-dune-prime-dinstallation-par-le-centre-public-daction-0, consulté le 25 octobre 2022

● SPP Intégration sociale (novembre 2022), *Guide pour les sans-abris*, en ligne sur : https://www.mi-is.be/fr/etudes-publications-statistiques/guide-pour-les-sans-abri, consulté le 12 décembre 2022

● SRLB- Société du Logement de la Région de Bruxelles-Capitale (mars 2022), *La SLRB met son site Ariane à disposition pour l'hébergement temporaire de 1500 réfugiés ukrainiens*, en ligne sur : https://slrb-bghm.brussels/fr/communiques-presse/la-slrb-met-son-site-ariane-disposition-pour-lhebergement-temporaire-de-1500, consulté le 29 mai 2023

● Statbel (juillet 2022), *Tables de mortalité et espérance de vie*, en ligne sur : https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/mortalite-et-esperance-de-vie/tables-de-mortalite-et-esperance-de-vie#:~:text=L'esp%C3%A9rance%20de%20vie%20%C3%A9tait,(82%2C7%20ans). , consulté le 26 novembre 2022

● Statbel (septembre 2022), *Risques de pauvreté en 2021*, en ligne sur : https://statbel.fgov.be/fr/themes/menages/pauvrete-et-conditions-de-vie/risque-de-pauvrete-ou-dexclusion-sociale#:~:text=En%202021%2C%2012%2C7%25,mois%20pour%20une%20personne%20isol%C3%A9e. , consulté le 28 novembre 2022

● Statbel (non daté), *SILC DEFINITIONS*, en ligne sur : https://statbel.fgov.be/fr/themes/menages/pauvrete-et-conditions-de-vie/plus, consulté le 28 novembre 2022

● Sylvain Anciaux (janvier 2023), *À Schaerbeek, 89 places ouvrent pour les familles sans-abri dans un nouvel hébergement*, en ligne sur https://www.dhnet.be/regions/bruxelles/2023/01/19/a-schaerbeek-89-places-ouvrent-pour-les-familles-sans-abri-dans-un-nouvel-hebergement-Z34D6D36RFCQXDPQXS26FGK3PM/, consulté le 3 mai 2023.

● Sylvie Morel (octobre 2019), Revue Social Science & Medicine Inégalités et discriminations dans l'accès aux soins d'urgence en France, *Social Science and Medicine* (ISSN : 0277-9536), en ligne sur : https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02340043/document

● Thibaut Besozzi (2020), *Les SDF ne sont pas tous les mêmes*, en ligne sur : https://www.cairn.info/idees-recues-sur-les-sdf--9791031803890-page-25.htm; consulté le 26 novembre 2022

● Transit (2023), *Centre de crise*, en ligne sur : http://fr.transitasbl.be/centre-de-crise/, consulté le 22 mai 2023

● Transit (2023), *Qui sommes-nous* ? en ligne sur : http://fr.transitasbl.be/qui-sommes-nous/, consulté le 8 mai 2023

● UNHCR (2001-2023), *« Réfugiés » et « migrants » - Questions fréquentes*, en ligne sur : https://www.unhcr.org/fr/actualites/refugies-et-migrants-questions-frequentes, consulté le 7 juin 2023

● URIAS – Unité de Recherche en Ingénierie et Action Sociales (février 2014), *Etude sur la pratique des coordinations sociales par les CPAS bruxellois*, en ligne sur : https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/rapports-externes/urias-coord_soc-fr.pdf , consulté le 6 mai 2023

● Vaidehi Misra, Kimia Sedig, David R. Dixon MD MClSc(FM), Shannon L. Sibbald PhD (juin 2020), Donner la priorité à la coordination des soins de santé primaires, Vol 66: JUNE | JUIN 2020 | *Canadian Family Physician* | Le Médecin de famille canadien, p 165-170, en ligne sur https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7292506/pdf/066e165.pdf

● Vie publique- République française (décembre 2020) , *Sans-logis : la résolution du Parlement européen pour lutter contre le sans-abrisme*, en ligne sur : https://www.vie-publique.fr/en-bref/277480-parlement-europeen-reduire-le-nombre-de-sans-abris-dici-2030#:~:text=En%20Europe%2C%20700%20000%20personnes,ann%C3%A9es%2C%20selon%20les%20d%C3%A9put%C3%A9s%20europ%C3%A9ens. , consulté le 12 décembre 2022

● Wezembeek-Oppem (2023), *Adresse de référence*, en ligne sur : https://www.wezembeek-oppem.be/fr/adresse-de-reference, consulté le 29 mai 2023

● Yann Benoist (2019), « À la douche ! » Représentations de la propreté et prise en charge des sans-logis, *Anthropologie et Sociétés*, Volume 43, Number 2, 2019, p. 181–199, en ligne sur : https://www.erudit.org/en/journals/as/2019-v43-n2-as05107/1067026ar/

● Yann Benoist (2008), Vivre dans la rue et se soigner, *dans sciences sociales et santé* 2008/3 (Vol. 26), pages 5 à 34, en ligne sur https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2008-3-page-5.htm

● Yves Jackson, Timothée Wuillemin, Patrick Bodenmann (2016), *Santé et soins des personnes sans abri*, en ligne sur : https://www.revmed.ch/view/453379/3843524/RMS_533_1671.pdf, consulté le 7 novembre 2022

7 Annexes

Table des matières des annexes

Annexe 1 :

Tableau récupéré sur : Bruss'Help (mai 2021), *Dénombrement des personnes sans-abri et mal logées en Région de Bruxelles-Capitale - Sixième édition 9 novembre 2020* (p 79-80).

Annexe 2 :

Complément d'informations à propos du dénombrement du 9 novembre 2020 et du 8 novembre 2022 (81-83).

Annexe 3 :

Tableau provenant d'un article de la revue médicale Suisse représentant « les pathologies les plus fréquentes et leurs spécificités chez les sans-abris » (Yves Jackson, Timothée Wuillemin, Patrick Bodenmann,2016) (p84).

Annexe 4 :

Accord du comité d'éthique (p85)

Annexe 5 :

Tableau détaillé reprenant l'ensemble des centres et CPAS pour lesquels on a recherché les passages aux urgences au premier trimestre 2023 (p86-87)

Annexe 6 :

Statistiques descriptives reprenant l'ensemble des suivis proposés à la sortie à la population sans-abris (p88).

<u>Annexe 1</u> :

Le tableau ci-dessous a été tiré de : Bruss'Help (mai 2021), *Dénombrement des personnes sans-abri et mal logées en Région de Bruxelles-Capitale - Sixième édition 9 novembre 2020*, p 11, en ligne sur : http://www.brusshelp.org/images/Denombrement2020_vdef.pdf, consulté le 13 novembre 2022.

Figure 01 – Typologie ETHOS adaptée au contexte bruxellois

Les données récoltées sont de trois types :

- « les données encodées le soir du dénombrement par les différentes structures d'hébergement et d'accueil.
- le comptage des personnes qui passent la nuit dans l'espace public.
- des questionnaires remplis par les CPAS, les centres d'hébergement et d'accueil de nuit, les centres d'accueil de jour » (Bruss'Help, mai 2021).

Le dénombrement bruxellois est possible grâce à une collaboration entre différents partenaires tels que les différentes personnes venant en aide aux sans-abris sur le secteur de Bruxelles, les hôpitaux, les maisons médicales, le CPAS, Bruxelles environnement…

Annexe 2

Cette annexe est un complément d'informations à propos du dénombrement du 9 novembre 2020 et du 8 novembre 2022.

- Dénombrement du 9 novembre 2020

Sur le territoire Bruxellois, la grille originale ETHOS (FEANTSA, 2007) adaptée au contexte bruxellois utilisée pour la 6ème édition du 9 novembre 2020 et celle des années précédentes, a permis de fournir des données sur 3 des 4 catégories conceptuelles : « **sans-abris** », « **sans logement** » et « **les personnes ayant un logement inadéquat** ». La 4eme catégorie « logement précaire » est impossible à comptabiliser, elle a été remplacée par le nombre de personnes ayant séjourné à « **l'hôpital** ».

Lors de ce dénombrement, on a obtenu des statistiques sur 3 catégories conceptuelles représentant 8 des 13 catégories opérationnelles (Bruss'Help, mai 2021).

Le tableau ci-dessous reprend les différentes catégories de personnes présentant une problématique de logement pour lesquelles on a des données statistiques de 2008 à 2020. Il s'agit de donner une définition de chaque catégorie basée sur la méthodologie du dénombrement de novembre 2020 (Bruss'Help, mai 2021).

Catégories conceptuelles	Catégories	Définition
Sans abris	Espace public	Personne dormant dans l'espace public extérieur (rue, parc…) ou intérieur (gares, métros, …)
	Urgence/crise	Personne qui passe la nuit dans un centre d'hébergement d'urgence ou un centre d'accueil de crise. Il s'agit de pallier un problème ponctuel (incendie, violence intrafamiliale…) ou de loger des individus vivant dans la rue depuis une longue période.
	Plateforme citoyenne	Il s'agit d'hébergement provisoire pour les migrants, personnes en situation de séjour irrégulier sur le territoire belge.
Sans logement	Maison d'accueil	Il s'agit d'individus logés dans des maisons d'accueil pour personnes seules (hommes ou femmes), pour femmes avec enfant(s), pour des familles. On y inclut également les personnes en foyer d'hébergement pour personnes sans domicile. Il s'agit d'un **logement collectif**.

	Logement de transit	Le code bruxellois du logement le définit comme : « logement destiné à un public spécifique auquel un accompagnement social est assuré et dont la durée d'occupation ne peut être supérieure à 18 mois » (Bruss'Help, mai 2021). Il s'agit d'un **logement individuel**.
Logement inadéquat	SHNA (Structures d'hébergement non agréés)	Il s'agit de structures qui ne sont pas agrées par les États et ne sont donc pas contraintes à la législation se rapportant aux sans-abris. Les SHNA sont très hétéroclites, elles peuvent être commerciales ou associatives, destinées à une population spécifique (âge, handicap, …).
	Occupation négociée	Il s'agit d'un contrat entre le propriétaire et le locataire qui n'est pas soumis à la législation entrainant « aucune garantie de stabilité ni de durée pour l'occupant(e) » (Bruss'Help, mai 2021).
	Squat	Il s'agit de « l'occupation sans titre ni droit d'un local ou d'un immeuble » (Bruss'Help, mai 2021).

La catégorie « hôpital » a été rajoutée pour comptabiliser les personnes sans-abris ayant dormi à l'hôpital la nuit du dénombrement.

- <u>Le dernier dénombrement (rapport non disponible actuellement)</u>

Le 8 novembre 2022 s'est tenu la 7ème édition organisée par Bruss'Help afin de réaliser le dénombrement des personnes sans-abris et présentant une problématique liée au logement.
Bruss'help, crée en 2019, « est chargé de coordonner les dispositifs d'aide d'urgence et d'insertion aux personnes sans-abri en Région de Bruxelles-Capitale mandaté par la Commission Communautaire Commune » (Bruss'help, 2022). Pour le dénombrement bruxellois de novembre 2022, on a préféré utiliser « l'ETHOS Light pour une meilleure harmonisation entre les autres dénombrements réalisés en Belgique » (Bruss'Help, non daté). L'ETHOS light (tableau ci-dessous), crée en 2007, est un outil européen qui peut être adapté à chaque pays. Il a été élaboré en tenant compte à la fois de :
-l'Ethos light original : catégories opérationnelles de 1 à 6 (Bruss'Help, mai 2021)
- la catégorie 7 qui a été ajoutée spécifiquement pour la Belgique pour le dénombrement de novembre 2022 (Bruss'Help, non daté).

Typologie Ethos light qui a été adaptée au milieu bruxellois (Bruss'Help, non daté).

CATÉGORIES OPÉRATIONNELLES		SITUATIONS DE VIE	
1	Personnes vivant dans l'espace public	1	Espace public intérieurs (gares, stations de métro, etc.) ou extérieurs (rue, parc, etc.)
2	Personnes en hébergement d'urgence	2	Accueil de nuit, centres d'hébergement d'urgence ou de crise et Plateforme Citoyenne (centres d'hébergement)
3	Personnes en foyer d'hébergement	3a	Maisons d'accueil (pour hommes, femmes et enfants)
		3b	Logements de transit
		3c	Structure d'hébergement non-agréées
4	Personnes en institution	4a	Institutions pénales
		4b	Institutions médicales (générales, psychiatriques, IHP, etc.)
		4c	Structures d'aide à la jeunesse
		4d	Structures pour demandeur·euse·s d'asile
		4e	Initiatives Locales d'Accueil
5	Personnes en logement non conventionnel	5a	Squats
		5b	Occupations négociées
		5c	Sans bail locatif formel (hors squat)
6	Personnes vivant provisoirement chez des ami·e·s ou la famille	6	Logement conventionnel, mais pas le lieu de résidence habituel
7	Personnes menacées d'expulsion	7	Application d'une décision d'expulsion

Comptage nocturne Recueil de données Questionnaires

Annexe 3:

Le tableau provient d'un article de la revue médicale Suisse représentant « les pathologies les plus fréquentes et leurs spécificités chez les sans-abris » (Yves Jackson, Timothée Wuillemin, Patrick Bodenmann,2016).

Groupes de pathologies	Problèmes fréquents	Spécificités
Santé mentale et système nerveux	• Dépression, trouble bipolaire • Schizophrénie • Troubles de la personnalité • Syndrome de stress post-traumatique • Démences, syndromes gériatriques • Convulsions • Polyneuropathie	• Prévalence élevée et coexistence de troubles psychiatriques et de dépendances • Hospitalisation en urgence et/ou en non volontaire • Sévérité des troubles psychiatriques lors d'hospitalisation comparable à la population générale mais durée des séjours plus courte et moindre amélioration clinique • Risque élevé d'overdose à la sortie de prison
Infections	• Hépatite C, VIH, autres infections transmises par voies sexuelle et sanguine • Voies respiratoires notamment tuberculose • Systémique (fièvre des tranchées à *B. quintana*) • Bucco-dentaires • Intestinales	• Observance thérapeutique limitée lors de traitements prolongés (tuberculose, VIH) : intérêt de la distribution de médicaments sous observation (DOT) • Risque de transmission augmenté par la promiscuité dans les lieux d'accueil • Cancer du col de l'utérus, du foie, ORL fréquents dans contexte de faible recours aux soins préventifs (dépistage)
Problèmes cutanés	• Infections (mycoses, impétigo/folliculite) • Infestations (pouls, gale) • Eczéma, lésions macérées • Dermite solaire	• Prévalence augmentée chez les personnes dormant dans la rue et associée au manque d'accès aux soins d'hygiène
Traumatismes et accidents	• Chutes et accidents de la voie publique • Agressions (notamment sexuelles) • Gelures, brûlures • Intoxications (médicaments, fumées toxiques, etc.)	• Lien avec abus de substances • Traumatismes craniocérébraux fréquents avec risque de déclin cognitif précoce • Jeunes, femmes, minorités sexuelles plus touchées par agressions sexuelles
Maladies métaboliques et nutritionnelles	• Diabète, obésité • Maladies cardiovasculaires • Déficits vitaminiques, malnutrition	• Contrôle compromis par alimentation souvent de pauvre qualité et irrégulière • Difficultés masticatoires, douleurs dentaires
Dépendances	• Tabagisme avec BPCO • Ethylisme chronique et aigu • Cancers hépato-digestifs, respiratoires, ORL • Pancréatite, cirrhose, hémorragies digestives	• Maladies souvent diagnostiquées à un stade avancé
Autres	• Affections obstétricales • Troubles du développement psychomoteur et maladies infantiles de la pauvreté, y compris anémie, dépression, obésité et asthme	• Faible suivi prénatal, fréquents accouchements prématurés, enfants avec faible poids à la naissance • Fréquent retard vaccinal des enfants

Annexe 4 : Accord du comité d'éthique

BRUGMANN

Réf. : CE 2023/60

COMITE D'ETHIQUE HOSPITALIER
OM 026
Secrétariat
02 / 477.39.16
02 / 477.39.20

E-mail comite.ethique@chu-brugmann.be

Mme Anaïs Mizera

Anais.MIZERA@chu-brugmann.be

cc : ct.ec@afmps.be

14/03/2023

Président
Dr J. VALSAMIS

Secrétaire
Dr P. VERBANCK

Membres effectifs & suppléants

Dr J-C CAVENAILE
Dr F. CORAZZA
Dr Th COS
Dr A. DEMULDER
Dr P. JENSEN
Dr B. PEPERSTRAETE
Mme KATSILIS
Mme M. EUCHER .
M. O. BROWN
M. J. LIBBRECHT
M. C. NYS
M. Y. MAULE
M. E. SIMONS

Chère Mme Mizera,

Concerne:
Quelle serait la coordination de soins la plus appropriée au départ d'un service d'urgences bruxellois face à l'augmentation du sans-abrisme.

Le Comité d'Ethique Hospitalier du C.H.U. BRUGMANN a pris connaissance des documents relatifs à l'étude dont l'intitulé est repris sous rubrique.

Documents examinés :

Formulaire de demande interne
Protocole
CV

Le comité d'éthique marque son accord.

Nous vous prions de croire en l'assurance de nos sentiments les meilleurs.

Docteur P. VERBANCK,
Secrétaire

Docteur J. VALSAMIS,
Président

ULB - VUB

Le Comité d'Ethique rappelle que les amendements substantiels et les notifications de sécurité, comme décrites dans la loi du 7 mai 2004,

Annexe 5 :

Ce tableau détaillé reprend l'ensemble des centres et CPAS pour lesquels on a recherché les passages aux urgences au premier trimestre 2023. Ces informations ont été retrouvées sur les sites des organismes sauf pour 2 centres pour lesquels les adresses ont été démasquées grâces à la lecture d'articles de presses (pour le centre Colmeia) et d'un article du logement social de Bruxelles (pour le centre Ariane). L'adresse du centre Colmeia est masquée afin de protéger la population résidente.

Organisme	Nom de l'organisme	Caractéristique de l'organisme	Soins/services proposés	Adresse	Nombre de dossiers retrouvés
CPAS affiliés au bassin de soins du C.H.U. Paul Brien	CPAS Schaerbeek	L'individu sans-abris peut avoir comme adresse de référence celle du CPAS de la commune où il réside (Wezembeek-Oppem, 2023). La personne sans abris doit être en ordre de séjour sur le territoire belge (Schaerbeek, 2023).	Une personne sans mutuelle, en séjour légal ou illégal peut obtenir sous certaines conditions l'AMU. Le CPAS permet l'accès aux patriciens de santé en donnant une carte médicale aux personnes en situation de précarité. Le CPAS fournit un service de soins à domicile que l'on paye en fonction de son salaire (CPAS de la ville de Bruxelles, 2023).	Boulevard Auguste Reyers 70, 1030 Schaerbeek	39
	CPAS Bruxelles-ville			Rue Haute 298a, 1000 Bruxelles	29
	CPAS Saint-Josse-ten-Noode			Rue Verbist 88, 1210 Saint-Josse-ten-Noode	3
	CPAS Evere			Square Servaes Hoedemaekers 11, 1140 Evere	8
	CPAS Etterbeek			Rue Beckers 4, 1040 Etterbeek	2
	CPAS Woluwe-Saint-Lambert			Rue de la Charrette 27, 1200 Woluwe-Saint-Lambert	2
Centres indépendant	Transit	Centre d'accueil et d'hébergement pour les consommateurs de drogue, sans conditions administratives et financières. Ce centre dispose de « 20 lits (+ 2 lits d'urgence) pour une période d'une durée limitée (+/- 13 jours) » (Transit, *Centre de crise* 2023)	-un centre de jour spécialisé dans la prise en charge des personnes consommant de la drogue avec une permanence psycho-sociale, rencontrer une psychologue, des infirmiers pour des soins, des tests de dépistages. -recevoir du matériel stérile pour consommer les drogues -Accompagnement psycho-médicosocial pour les consommateurs vivant dans la rue.	Rue Stephenson, 96,1000 Bruxelles	0
	Maison rue verte	Centre d'hébergement de 30 places pour les femmes seules ou avec enfants pour les femmes en difficultés et/ou victime de violences (La maison rue verte, 2021).	Les occupants peuvent avoir accès à : des assistantes sociales, des éducatrices, des psychologues, une psychomotricienne, des puéricultrices.	Rue Verte 42, 1210 Saint-Josse-ten-Noode	1
Plateforme Citoyenne	Centre Porte d'Ulysse d'hébergement d'urgence	« Centre d'hébergement pour exilés et migrants en transit » (Bruxelles social, juin 2022). Le centre a été fermé **à cause d'un incendie le 17 mars 2023** (Schaerbeek, mars 2023).	Le centre met en place « un accès à des facilités sanitaires ainsi qu'une orientation vers divers services psycho-médicosociaux » (Plateforme Citoyenne de Soutien aux Réfugiés, mai 2020).	Chaussée de Louvain, 658, 1030 Schaerbeek	2
Croix rouge	Centre D'accueil d'urgence d'Evere	Centre d'accueil pour les demandeur d'asile (Croix rouge de Belgique, *Centre d'urgence d'Evere,*2023).	La croix rouge stipule qu' « un accompagnement médical et social est prévu, tout comme la scolarisation des enfants et la formation des adultes » pour les personnes en demande de protection internationale (Croix rouge, *Accueil et accompagnement*, 2023).	Av. Jules Bordet 74, 1140 Evere	19
	Le centre d'accueil d'urgence Ariane	Centre d'accueil pour les demandeurs d'asile de courte durée. On y envoie la population Ukrainienne en demande d'asile en attendant leur réorientation vers un autre endroit (famille		Avenue Ariane 7 1200, Woluwe-Saint-Lambert	0

		d'accueil, autre centre, logement…) (Fédasil, aout 2022).			
Fédasil	Centre d'observation et d'orientation pour mineurs de Neder-Over-Heembeek	Centre pour mineurs étrangers non accompagnés pouvant accueillir jusqu'à 30 mineurs pour un cours séjour avant d'être envoyé vers une autre structure (Fédasil, Neder-Over-Heembeek, non daté).	Les personnes séjournant dans les centres fédasil ont le droit à des soins médicaux, psychologiques par du personnel propre à chaque centre. On y trouves également de nombreux services d'aides : juridiques, sociaux, formations, scolarité… (Fédasil, *Séjour en centre d'accueil*, non daté).	Rue Bruyn 11, 1120 Neder-Over-Heembeek	0
Samusocial	Centre famille Colmeia	Centre de seconde ligne[14] pouvant accueillir 89 personnes depuis janvier 2023. « Leur situation administrative doit être déblocable à court, moyen ou long-terme » (Samusocial, janvier 2023). Ce centre permet aux enfants d'avoir une vie routinière, d'être scolarisés et d'aider les familles à sortir du sans-abrisme.	Ce centre offre un accompagnement psycho-médicosocial. On y retrouve également d'autres intervenants comme des assistants sociaux, des puéricultrices, … (Samu social, *Les centres familles*, non daté).	Adresse masquée	7
	Centre Etterbeek (mandaté par Fédasil)	Centre d'accueil pour les demandeurs de protection internationale (adultes, des familles, MENA). Ce centre **a été délocalisé le 24 mai 2023** au niveau de la commune de Laeken en y proposant des services identiques (Samusocial, mai 2023).	Les personnes fréquentant ce centre peuvent bénéficier de consultations médicales et paramédicales, d'une permanence sociale, ainsi que diverses activités (cours de langue, citoyenneté…).	Rue Froissart 38, 1040 Etterbeek	2

[14] La famille doit au préalable séjournée dans un centre d'urgence de courte durée de première ligne (Samusocial, janvier 2023).

Annexe 6 :

Statistiques descriptives reprenant l'ensemble des suivis proposés à la sortie à la population sans-abris.

Suivis proposés à la sortie (N = 417)	Quantités	% du Total
non	303	72.66 %
chez médecin traitant	30	7.19%
aux urgences	14	3.36%
chez ORL	4	0.96 %
chez chirurgien	9	2.16 %
chez neurologue	3	0.72 %
chez ophtalmologue	5	1.20 %
chez néphrologue	1	0.24 %
chez dentiste	1	0.24 %
chez gastroentérologue	8	1.92 %
chez assistant social	2	0.48 %
chez psychiatre	2	0.48 %
chez pédiatre	2	0.48 %
Imagerie médicale	5	1.20 %
retirer les fils	3	0.72 %
contrôle glycémie au centre	1	0.24 %
chez rhumatologue	1	0.24 %
chez addictolgue	1	0.24 %
chez urologue	1	0.24 %
chez stomatologue	2	0.48 %
chez cardiologue	2	0.48 %
chez spécialiste	1	0.24 %
chez kinésithérapeute	2	0.48 %
chez pneumologue	3	0.72 %
chez gynécologue	1	0.24 %
Téléphoner pour résultat	1	0.24 %
chez diabétologue	2	0.48 %
chez dermatologue	1	0.24 %
EMU	1	0.24 %
chez sage femme	1	0.24 %
biologie de contrôle	1	0.24 %
chez laboratoire du sommeil	1	0.24 %
chez endocrinologue	2	0.48 %

LOUVAIN-LA-NEUVE | **BRUXELLES** | MONS | TOURNAI | CHARLEROI | NAMUR
Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte B1.30.02, 1200 Woluwe-Saint-Lambert, Belgique | **www.uclouvain.be/fsp**