Vieillir sans logement

Comment vivent nos ainé·es sans chez-soi ?

RBDH BBRoW
Rassemblement Bruxellois pour le Droit à l'Habitat

Art. 23 #75 septembre 2025 – RBDH – Quai du Hainaut 29 – 1080 Bruxelles

Nos remerciements vont à toutes les personnes qui ont témoigné et à toutes les institutions qui ont partagé informations, bases de données et réalités de terrain pour la réalisation de cette étude :

- L'AMA (Fédération des maisons d'accueil et des services d'aide aux sans-abri)
- Bruss'help
- Le SPAD Caligo (Soutien psycho-social à domicile)
- CAW De Schutting
- DIOGENES
- Dionysos
- Les services sociaux des urgences et de la revalidation de l'hôpital Saint-Pierre
- Huis van Vrede – Maison de la Paix
- Infirmiers de Rue
- La maison BILOBA huis
- Médecins du monde
- Le New Samusocial
- Poverello
- Le SMES (Santé Mentale & Exclusion Sociale)
- Senior Montessori
- Transit

RBDH
Anne Bauwelinckx,
Carole Dumont,
Laurence Evrard,
Alexia Falisse,
Chloé Thôme
Eli Tixhon,
Werner Van Mieghem

Tél. : 02 502 84 63
Mail : info@rbdh.be
www.rbdh-bbrow.be

Mise en page : Élise Debouny
Impression : Graphius, Gand

É.R. : Werner Van Mieghem,
Quai du Hainaut 29,
1080 Molenbeek

Cette analyse est publiée à l'aide de subsides de la Région de Bruxelles-Capitale, Insertion par le logement et avec le soutien de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Reproduction libre des articles à condition que la source soit mentionnée.

Table des matières

Introduction **4**

1. Vieillir en situation d'extrême pauvreté **5**
Les personnes sans chez-soi (âgées) 6
Des données difficiles d'accès, parcellaires voire inexistantes 7

2. Les personnes (agées) en rue **9**
Genre et statut de séjour 10
Européen·nes âgé·es et sans papiers ? 12
Évolution par région et dans le temps 13
FOCUS #1 LA SANTÉ EN RUE 14

3. L'urgence sociale **18**
Lieux d'hébergement et durées de séjour des plus âgé·es 22
Les causes de rupture 25
FOCUS #2 QUEL ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ POUR LES PERSONNES SANS CHEZ-SOI ? 26
Ethos 1 et 2 32

4. Les personnes âgées en maisons d'accueil bruxelloises **35**
UNE CONTRIBUTION DE L'AMA

5. La maison de repos comme solution de « relogement » ? **38**
Maisons de repos : public-cible et sous-occupation 38
Moins de 60 ans : quelques profils 39
La maison de repos comme roue de secours ? … Et avec ses propres limites 40
Montessori et le Housing First en maison de repos 41
La réforme des MR/S 43
FOCUS #3 LES STRUCTURES D'HÉBERGEMENT NON AGRÉES (SHNA) 46
Agé·es, fragiles, dépendant·es… mais sans papiers 48
Conclure 50

6. Des logement pour les personnes âgées hyperprécaires **52**
Housing First 53
Zorgwonen 56
Maison Biloba Huis 58
Des initiatives porteuses à renforcer 62

Conclusion **64**

Introduction

Le vieillissement des personnes sans chez-soi qui, pour partie, sont aussi sans papiers ou dans des situations incertaines et précaires en matière de séjour, est une question de société qui, nous semble-t-il, a été insuffisamment explorée jusqu'ici. Documenter leurs profils et parcours n'est pas chose aisée. L'invisibilisation est d'autant plus forte chez les sujets plus âgés.

Les personnes sans chez-soi ne sont que partiellement représentées dans les bases de données administratives. De même, elles ne sont pas interrogées dans les enquêtes d'envergure de type EU-SILC par exemple, enquête à laquelle nous avions abondamment fait référence pour évaluer les conditions de revenus et de logements des Bruxellois·es de plus de 65 ans dans notre étude précédente justement.

D'autres analyses plus ciblées existent fort heureusement. On peut d'ailleurs saluer le travail remarquable réalisé par Bruss'help en matière de recensement. En outre, plusieurs structures du secteur sans-abri (New Samusocial, DIOGENES...) monitorent les accompagnements, contribuant également à produire une connaissance précieuse sur les réalités de vie des plus vulnérables. Ce sont ces données qui nous avons tenté modestement d'exploiter avec toutes les limites qu'elles comportent. L'âge reste une question difficile à appréhender.

Au-delà des chiffres, ce travail se nourrit aussi des échanges menés avec des travailleur·ses du secteur de l'aide aux personnes et des Bruxellois.es directement concerné·es. Outre des constats effarants, l'étude veut porter le plaidoyer de ceux et celles qui accompagnent en première ligne ou qui subissent les défaillances des politiques bruxelloises en matière d'accès au logement et de lutte contre le sans-chez-soirisme.

1. Vieillir en situation d'extrême pauvreté

Vieillir en rue, c'est vieillir plus vite et plus mal que les autres.

Le Collectif des Morts de la Rue a montré combien la mortalité des personnes sans abri était précoce. À Bruxelles, 73 % des décès recensés parmi les habitant·es de la rue concernent des moins de 65 ans, 60 % des moins de 55 ans.

Dans la population globale, la mortalité prématurée avant 65 ans se situe autour des 17 % (7 % sous la barre des 55 ans). La rue entame violemment l'espérance de vie. « *Cinq ans de vie dans la rue, c'est 20 ans d'espérance de vie en moins.* »[1] En 2024, la moyenne d'âge des personnes décédées était de 51 ans.[2]

La précarité prolongée des conditions de vie abime les corps, soumis à un vieillissement prématuré. Elle entraine des problèmes de santé physique et mentale aigus et chroniques (précoces) qui ne sont pas sans rappeler, pour partie en tout cas, ceux des personnes plus avancées en âge. La difficulté d'accès aux soins et aux traitements et leur manque de suivi dans le temps, dégradent le « capital » santé également.

Aussi, utiliser l'âge de la retraite, comme seuil pour circonscrire les publics desquels nous souhaitions parler ici, aurait été bien mal à propos. Plutôt que d'évoquer les situations de vie des personnes âgées seulement, au sens de l'âge civil, nous nous attacherons plus largement aux parcours des personnes vieillissantes, celles qui souffrent déjà de limitations fonctionnelles, de difficultés cognitives ou de problèmes de santé, avant même d'avoir atteint la cinquantaine.

Pour autant, les classes d'âge que nous utilisons ci-après pour en parler ne sont pas toujours uniformisées. Elles dépendent des producteur·rices de données, de ce qu'iels monitorent et de la façon dont iels le font et dont nous avons été tributaires.

1. Pierre Verbeeren, président de Bruss'help, invité du 12h30 de BX1, le 17 avril 2025.
2. Collectif des morts de la rue, hommage 2021. Attention, toutes les personnes ne sont pas mortes en rue mais toutes ont eu un parcours de vie en rue.

Les personnes sans chez-soi (âgées)

Le sans-chez-soirisme fait référence aux personnes qui sont privées de logement ou mal logées, selon l'ethos[3], la grille d'analyse des situations de vie élaborée par la FEANTSA, la Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abris.

Méthodologie : typologie Ethos light adapée au contexte bruxellois

1/ Personnes vivant dans l'espace public
Espaces publics intérieurs (gares, stations de métro, parkings, etc.) ou extérieurs (rue, espaces verts, etc.)

2/ Personnes en hébergement d'urgence
Accueil de nuit, centres d'hébergement d'urgence ou de crise

3/ Personnes en foyer d'hébergement
– Maisons d'accueil
– Logements de transit
– Dispositifs sociaux en hôtel

4/ Personnes vivant dans des institutions
– Institutions de santé
– Institutions pénales
– Structures pour demandeurs·euses d'asile

5/ Personnes vivant dans des logements non conventionnels
– Squats
– Occupations temporaires
– Structures d'hébergement non agréées

6/ Personnes vivant temporairement chez des amis ou chez des membres de la famille
Logement conventionnel mais qui n'est pas le lieu de résidence habituel

7/ Personnes menacées d'expulsion
Application d'une décision d'expulsion

Source : Bruss'help, rapport préliminaire du dénombrement 2024 des personnes sans-chez-soi à Bruxelles.

L'ethos light est une version harmonisée de l'outil européen, utilisée lors des dénombrements dans les trois régions du pays à des fins de comparaisons.

Appréhender la grande précarité sous l'angle de l'exclusion par le logement est essentiel, même si elle ne s'y réduit pas. Les vulnérabilités s'entremêlent très souvent et se renforcent. La perte d'un logement est cependant un facteur de risque de précarité XXL. Et par ailleurs, l'accès empêché au logement ne permet ni de se reconstruire, ni d'aller mieux.

3. Pour « European Typology on Homelessness and housing exclusion » (ETHOS).

Ce que nous avons cherché à cerner et comprendre ici, c'est la nature et l'ampleur de cette problématique chez les personnes avançant en âge et les solutions qui y sont apportées : quelle proportion de personnes vieillissantes ou âgées parmi les personnes sans chez-soi ? Dans quels espaces ou lieux sont-elles les plus représentées ? Quelles sont leurs spécificités par rapport à la population générale ? Quelles perspectives pérennes et adaptées existe-t-il aujourd'hui à Bruxelles pour ces ainé·es ?

Des données difficiles d'accès, parcellaires voire inexistantes

D'après les résultats du dernier dénombrement des personnes sans chez-soi qui a eu lieu en novembre 2024, environ 10 000 personnes (9 777) sont sans logement ou mal logées à Bruxelles. Des chiffres extrêmement préoccupants, en augmentation constante depuis le premier « comptage » de 2008 et supérieurs de 25 % à l'édition précédente.

Le dénombrement des personnes sans chez-soi à Bruxelles

– Orchestré par Bruss'help, organisme régional chargé d'une mission d'observatoire.
– Tous les 2 ans, au début du mois de novembre, avant l'installation des dispositifs hivernaux.
– Comptage nocturne en rue rendu possible par une forte mobilisation bénévole.
– Compilation au même moment des chiffres des services d'hébergement et des lieux occupés.
– Récolte de données sur les profils et situations de vie des personnes par questionnaire.

Ce chiffre ne dit rien des profils des personnes dénombrées. La part des plus âgé·es n'est pas connue. La seule focale sur l'âge et elle est importante, concerne la présence de mineur·es dans les lieux de comptage.

L'outil dénombrement, pour ce qui est du recensement de nuit dans l'espace public, n'est pas adapté à ce type de récolte de données, mais le dénombrement ne se limite pas à la rue. Les structures partenaires sont nombreuses et certaines, comme les maisons d'accueil ou les logements de transit devraient être en mesure de fournir des informations sur l'âge des hebergé·es/occupant·es. C'est moins vrai dans les logements de type

occupations temporaires, squats ou encore structures non agréées. Si des données par catégorie d'âge existent, même partiellement, elles ne semblent pas exploitées ou ne sont peut-être pas exploitables.

En 2022, pour la première fois, le recensement bisannuel a été enrichi d'un recueil de données par questionnaire, visant à documenter les profils et trajectoires des personnes sans chez-soi et à livrer un point de vue complémentaire au dénombrement. L'âge fait partie des dimensions retenues, de même que d'autres indicateurs comme le statut de séjour, l'état de santé, la durée de séjour en rue par exemple.

Ces données, d'une extrême importance, ne sont cependant pas ventilées par catégorie d'âge. Il en va de même du croisement entre l'âge et la présence en ethos light (1 à 7), de sorte qu'au moment d'écrire, nous ne savons pas précisément comment se répartissent les personnes âgées sans chez-soi dans les différents lieux de vie, ni établir des comparaisons pour dégager des sur-/sous-représentations.

Il est vrai que l'enquête de 2022, comme l'ont souligné ses auteur·es, présentait des faiblesses méthodologiques et des données lacunaires rendant difficile l'exploitation de certains indicateurs. Le projet a été réédité et amélioré en 2024, mais on n'y trouve toujours pas d'analyse par classes d'âge.[4]

On essayera néanmoins d'apporter un éclairage pertinent (mais partiel) sur la présence des plus âgé·es dans l'espace public et les centres d'hébergement d'urgence (ethos 1 et 2) grâce aux données partagées par le New Samusocial et l'asbl DIOGENES[5], ainsi que des considérations sur la représentation des publics âgés dans les maisons d'accueil à partir du point de vue de l'AMA, la fédération des maisons d'accueil et des services d'aide aux sans-abris.

4. En 2022, l'enquête par questionnaire était présentée comme un projet-pilote avec des limites, notamment des biais de représentativité, du fait de la nature des associations partenaires (la grande majorité des questionnaires avait été complétée par les CPAS de Bruxelles et Saint-Gilles et le Samusocial pour une partie de son public seulement). 2097 questionnaires avaient pu être exploités. La version 2024 témoigne de collaborations enrichies (72 partenaires, contre 42 en 2022) qui ont permis le recueil de 4 553 questionnaires exploitables. Le questionnaire utilisé est identique à celui mobilisé en Flandre et en Wallonie dans le cadre des campagnes de dénombrement. « Malgré une amélioration par rapport à 2022, les questionnaires ne permettent toujours pas, à l'heure actuelle, une représentation exhaustive de la population. » Rapport 2024, p. 7.
5. Données non publiées.

2. Les personnes (agées) en rue

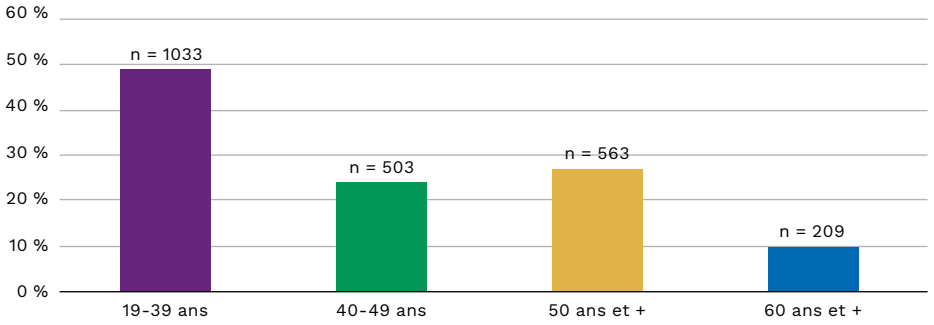
Aborder successivement la rue, puis les centres d'hébergement d'urgence est un découpage artificiel qui ne correspond pas aux vécus. La vie en rue n'est pas permanente (pour une partie du public à tout le moins), les allers/retours entre hébergements et rue sont fréquents. Cette perméabilité est d'autant plus forte avec les centres d'hébergement d'urgence, dans la mesure où le répit y est limité à quelques nuits (ou un peu davantage selon les places disponibles ou les fragilités – état de santé, âge – qui peuvent conduire à la prolongation des séjours). On retrouve, pour partie, les mêmes personnes dans l'urgence sociale et dans l'espace public.

Le dénombrement est une photographie du sans chez-soirisme une nuit de novembre. En 2024, cette nuit-là, 1 000 personnes dormaient dans l'espace public (rues, parcs, parkings, gares…), mais ce sont évidemment bien plus que ce millier de personnes qui passent par la rue au fil du temps, que ce soit de façon temporaire ou de façon prolongée (bien que toutes n'y dorment pas). De l'âge de ces personnes, on ne sait rien.

À notre demande, le New Samusocial a partagé son fichier « maraudes », celui des équipes mobiles. Ces dernières mènent un travail de veille humanitaire dans l'espace public, nuit et jour. Les données portent sur une période qui s'étend du 1er janvier 2024 au 30 avril 2025 et concernent un peu plus de 2 000 personnes, celles pour lesquelles des informations ont pu être recueillies. L'institution estime que ce chiffre est bien en deçà du nombre de personnes rencontrées en rue pendant ces 16 mois. Nombreuses sont celles qui n'ont pas souhaité s'identifier. Le Samu n'est pas le seul acteur bruxellois à organiser des maraudes mais ses moyens lui permettent de se déployer largement, ce qui fait de sa base de données, un outil précieux.

À partir du fichier partagé, il est possible de distinguer les groupes par catégorie d'âge. C'est ce que propose le tableau suivant.

Nombre de personnes rencontrées dans les maraudes du Samu du 01/01/2024 au 30/04/2025



Source : New Samusocial, référent monitoring. Calculs propres.

Les publics avançant en âge ne sont certes pas ceux que l'on retrouve le plus en rue, mais leur présence est cependant loin d'être marginale : 1 personne sur 4 a plus de 50 ans, 1/10 plus de 60 ans. Ces proportions sont d'autant plus inquiétantes que l'on sait leur santé et leur état physique déclinants.

Genre et statut de séjour

En maraude, on trouve principalement des hommes (85 %). Les femmes sans chez-soi sont globalement moins nombreuses que les hommes et minoritaires en rue. Elles adoptent des stratégies d'évitement et de mises à l'abri informelles, parfois précaires mais plus protectrices comme l'hébergement temporaire chez des tiers (amis, famille). Elles sont aussi très présentes dans les centres d'hébergement d'urgence pour familles et dans les maisons d'accueil, avec leurs enfants.

La répartition hommes/femmes dans les maraudes, met tout de même en lumière des résultats moins attendus : le public féminin est plus âgé que celui de l'échantillon masculin. 30 % des femmes rencontrées en maraude ont plus de 50 ans (23 % chez les hommes). L'explication tient sans doute au fait que les hommes et les femmes se distinguent de façon franche sur les migrations et le statut de séjour. Dans la population masculine, les jeunes migrants et les personnes sans papiers sont majoritaires, ce qui n'est pas le cas chez les femmes.

Le graphique témoigne de cette présence particulièrement marquée des moins de 40 ans en rue. Croisé au statut de séjour (n = 841)[6], il apparait que 30 % sont demandeurs de protection internationale (séjour temporaire) et quasiment la même proportion en séjour irrégulier.

La dureté des politiques migratoires est la cause première de la présence massive de ces jeunes gens[7] en rue (et en centre d'hébergement d'urgence). Le manque persistant de places d'accueil dans les centres de Fedasil – choix délibéré des autorités belges de ne pas respecter leurs obligations internationales – contraint les demandeurs de protection, déjà très éprouvés par leur parcours migratoire, à vivre en rue.

En janvier 2025, 3 000 hommes – puisque les hommes seuls, demandeurs de protection, ne sont pas prioritaires dans les centres de Fedasil – attendaient toujours d'être accueillis dans un centre géré par l'Agence, malgré plus de 10 000 condamnations de l'État fédéral et de son administration pour refus d'accueil. Le temps d'attente pour l'obtention d'une place est d'environ 4 mois.[8]

Chez les plus âgé·es, les tendances s'inversent. Les demandes d'asile sont marginales[9] et l'absence de titre de séjour moins caractérisée (17 % des plus de 50 ans, 19 % des 60 ans et + tout de même !). Le fait d'avoir des papiers n'est toutefois pas toujours une garantie de stabilité dans le temps : le titre de séjour peut être délivré temporairement et non renouvelé.

Et puis, l'accès aux droits et les sorties de rue ne dépendent pas seulement de la régularité du séjour. Environ 80 % des plus de 50 et 60 ans ont des papiers d'identité et sont pourtant toujours en rue. Si l'activation des droits peut être une source de difficultés (obtention ou maintien d'une adresse de référence pour ouvrir des droits sociaux par exemple),d'autres formes de désaffiliation, des fragilités personnelles ou d'autres facteurs

6. La situation administrative n'est pas toujours connue. Les moins de 40 ans représentent un échantillon de 1 033 personnes. Environ 20 % ont un statut qui n'a pu être identifié.
7. Le Samusocial gère 898 places d'hébergement pour Fedasil, réparties en trois centres. 68,8 % des personnes qui y sont accueillies ont moins de 30 ans. On peut penser que la situation en rue suit la même tendance. Rapport d'activités 2023.
8. Politique de non-accueil, état des lieux, janvier-décembre 2024 Et depuis novembre 2024, la Belgique refuse d'héberger les demandeurs d'asile (hommes seuls) ayant un statut de protection dans un autre pays de l'Union européenne. Depuis le 4 août 2025, le refus s'étend à tous·tes les demandeur·ses d'asile, familles comprises.
9. Il semble que Fédasil priorise la prise en charge des personnes âgées, ce qui pourrait en partie expliquer leur moindre présence en rue et dans les centres d'urgence.

d'exclusion (dont l'accès au logement, l'accès aux soins…) sont des éléments d'explication du maintien en rue.

Européen·nes âgé·es et sans papiers ?

La population sans titre de séjour, hors espace Schengen, est estimée à 112 000 personnes en Belgique, dont 50 000 à Bruxelles. Beaucoup vivent dans des conditions très précaires. Les citoyen·es de l'espace Schengen non enregistré·es sont quant à elleux estimé·es à 10 000 personnes, toujours pour Bruxelles.[10]

Le monitoring de l'asbl DIOGENES[11] – 1 223 dossiers actifs en 2024, dont la moitié avec indication de l'âge – éclaire partiellement le profil des ressortissant·es intra-européen·nes âgé·es, en situation irrégulière. L'échantillon ne concerne pas seulement le public en rue. Une partie est en logement ou hébergée en institution, mais le point de départ du suivi reste la rue.

Parmi les 62 nationalités qui composent le public de DIOGENES en 2024, trois nationalités se dégagent nettement par rapport aux autres ; les Belges d'abord (26 %), les Roumain·es (communauté Rom principalement, 20,7 %) et les personnes d'origine polonaise (13,4 %). Probablement parce que DIOGENES a investi précocement dans la médiation interculturelle auprès de ces deux « groupes », facilitant le contact et l'accompagnement, en levant les barrières linguistiques et culturelles.

43 % des suivis concernent des 50 ans et plus. DIOGENES travaille peu avec les migrant·es en transit ou les demandeur·ses d'asile, ce qui explique l'importance de publics plus âgés dans son échantillon. Chez les Polonais dont on connait l'âge, la proportion est un peu plus élevée puisque la moitié des personnes accompagnées, des hommes isolés pour la plupart, a dépassé 50 ans (46 % chez les Roms).

Et plus d'une fois sur deux, ils vivent en rue et/ou en centre d'hébergement d'urgence, alors que dans l'effectif global de cette même tranche d'âge, la présence en ethos 1 et/ou 2 est équivalente à 30 % « seulement ». Il faut savoir que parmi les morts de la rue, les Polonais représentent le deuxième groupe le plus touché derrière la population belge. Leur décès intervient presque toujours en rue. Pour rappel, les morts de la rue ne vivent pas tous en rue au moment de leur décès, certains sont en logement, mais ils ont eu un parcours de rue au cours de leur existence.

Les Polonais sont aussi plus souvent en situation irrégulière que les autres. Même constat pour les personnes d'origine rom, mais ces dernières sont plus fréquemment en famille et en logement – sans pour autant être bien logées – et sont présentent en rue la journée.

Évidemment, l'échantillon de DIOGENES est particulier, il témoigne de choix institutionnels qui ont amené les équipes à se rapprocher de certains publics plutôt que d'autres. Pour autant, ses données permettent d'approcher partiellement les profils des personnes sans papiers vieillissantes en rue.

Il y a, parmi elles, des ressortissant·es européenn·es, installé·es pour certain·es de longue date en Belgique, qui ont pu avoir une autorisation de séjour, non renouvelée ou non renouvelable. Sans permis de séjour, pas d'adresse de référence, pas d'accès aux droits sociaux fondamentaux, aux maisons d'accueil, aux maisons de repos, à d'autres institutions et au logement… Alors qu'il s'agit de citoyen·nes européen·nes de l'espace Schengen (la Roumanie y a fait son entrée en janvier 2025), sans abris ou mal logé·es, ils se retrouvent dans des situations sociales et administratives inextricables.

Évolution par région et dans le temps

Si l'enquête par questionnaire (2022) – qui complète le dénombrement – ne met pas l'accent sur les profils et parcours des personnes en fonction de leur âge, elle livre néanmoins une information importante.

Les publics sans chez-soi de plus de 50 ans sont plus représentés en Région bruxelloise que dans les villes de Flandre ou de Wallonie où des recensements ont lieu (à méthodologie comparable). C'est vrai pour les 50-59 ans, mais aussi pour les 60-69 ans.

Sur l'évolution de leur présence dans le temps, le Samu Social et Médecins du Monde pointent, au cours des 15 dernières années, « *une augmentation non seulement du nombre de personnes sans abri (malades), mais aussi du nombre de profils vulnérables : Le vieillissement de la société, par exemple, se reflète également dans la rue, avec un plus grand nombre de personnes sans abri plus âgées souffrant de maladies chroniques. Il s'agit*

10. Surkyn J., Gadeyne S. et Verhaeghe P-P, 2023, cité par Bruss'help dans son rapport sur les profils des personnes sans-abri et sans titre de séjour (2024).
11. Dont le travail de rue est la philosophie fondatrice.

de maladies telles que le diabète ou le cancer [...] »[12].Un nombre grandissant de personnes vieillissent en rue avec des besoins en soins criants.

12. « *Le nombre de femmes, de mères célibataires et de mineur·es non accompagné·es augmente également chaque année.* » Fin de citation. Dans un communiqué du 30/05/2024 intitulé : Collaboration Médecins du Monde – Samu social : 15 ans d'aide structurelle à la population bruxelloise sans-abri : « les besoins augmentent ».

FOCUS #1 LA SANTÉ EN RUE

Les personnes sans abri rencontrent fréquemment des problèmes de santé récurrents et cumulés : maladies chroniques et/ou problématiques de santé mentale et/ou consommation. La vie en rue fragilise la santé physique et mentale. On retient du dénombrement bruxellois (volet « questionnaires » 2024 – 4 553 personnes)[13] que 6 personnes sur 10 connaissent des problèmes de santé. Pour point de comparaison, 78 % de la population bruxelloise s'estime en bonne ou très bonne santé[14].

Les conditions de vie en rue ont des conséquences directes sur la santé : manque d'hygiène, maladies de la peau, mauvaise alimentation, douleurs liées au froid, stress et manque de sommeil notamment. Les infections légères ont tendance à s'aggraver plus et plus rapidement. La santé des personnes sans chez-soi est affectée par des prises en charge médicales tardives ou absentes.

L'état de santé se détériore avec le temps passé en rue. C'est vrai pour la santé physique, ça l'est aussi pour la santé mentale et pour les addictions. Parmi celles et ceux qui sont sans abri depuis moins de 3 mois, 46 % rencontrent un ou plusieurs problèmes de santé ; le taux monte à 75 % pour celles et ceux qui le sont depuis plus de 2 ans.

13. Bruss'help, Rapport dénombrement 2024, p .81. Notons que les informations médicales qui figurent dans les questionnaires sont récoltées par les travailleur·ses sociaux·les, et non par des médecins. Toutes les informations ne sont pas connues, les questionnaires peuvent également être remplis sur la base de suppositions de l'intervenant·e social·e. Précisons encore que 57 % des questionnaires ont été remplis par les CPAS, qui attribuent l'aide médicale urgente, ce qui pourrait avoir pour conséquence d'accroitre le taux de personnes qui présentent des problèmes de santé dans l'échantillon étudié.
14. Il s'agit là aussi d'une donnée subjective, présentée, malgré son caractère subjectif, comme un « bon indicateur » de l'état de santé de la population par Sciensano. Les données datent de 2018. Sciensano, Qualité de vie – Vers une Belgique en bonne santé, en ligne.

	Pas de problème de santé	Au moins 1 problème de santé
Moins de 3 mois sans abri (N = 468)	54 %	46 %
Plus de 2 ans sans abri (N = 1 343)	25 %	75 %

Sources : Bruss'help, Rapport dénombrement 2024 et calculs propres

Parmi celles et ceux qui souffrent de problématiques de santé mentale[15], 17 % sont sans abri depuis moins de 3 mois contre 28 % depuis plus de 2 ans. Pour ce qui est des assuétudes, les rapports doublent (13 % sont sans abri depuis mois de 3 mois contre 32,5 % depuis plus de deux ans). Bien souvent, santé mentale et addictions sont liées : les troubles psychologiques peuvent conduire à des comportements addictifs, et, de même, la consommation excessive de produits stupéfiants peut mener à / ou exacerber des troubles mentaux[16].

	Moins de 3 mois sans abri	Plus de 2 ans sans abri
Personnes sans chez-soi présentant des problèmes de santé mentale (N = 4 918, à l'échelle de la Belgique)	17 %	28 %
Personnes sans chez-soi souffrant d'assuétudes (N = 4 720, à l'échelle de la Belgique)	13 %	32,5 %

Sources : Mertens, N., Demaerschalk, E. De Moor, N., Wagner, M., & Hermans, K., Sans-abrisme et absence de chez-soi. Santé mentale et problématiques d'assuétudes. Leuven : LUCAS KU Leuven, 2024. Données à l'échelle de la Belgique.

15. Les problématiques de santé mentale recouvrent les diagnostics tels que les troubles anxieux, la dépression (en ce compris les pensées suicidaires), les psychoses, la paranoïa, les troubles bipolaires ou encore les troubles post-traumatiques (prévalence de ces troubles chez les personnes ayant connu un parcours migratoire toujours difficile).
16. Voir notamment : OMS, Troubles mentaux, en ligne et Plateforme Bruxelloise pour la Santé mentale, Addictions, en ligne

Ces problématiques compliquent le maintien ou l'accès au logement et les conditions de vie en rue ne facilitent pas les traitements et suivis. « *De nombreuses recherches suggèrent une influence réciproque entre l'absence de chez-soi et la santé mentale. Plusieurs études épidémiologiques montrent que la dépression, les pensées suicidaires, les symptômes de traumatisme et la consommation de drogues sont plus fréquents chez les personnes sans chez-soi que chez celles qui disposent d'un logement stable.* »[17]

Une réalité qui prévaut quel que soit l'âge. Chez les ainé·es, à l'échelle belge, 1 personne sans chez-soi sur 2 âgée de 60 à 70 ans souffre de problèmes de santé mentale, elles sont 44 % pour la tranche d'âge des 70-80 ans[18]. Pour comparaison, à l'échelle du pays toujours mais dans la population générale cette fois, on recense entre 6 et 11 % de personnes souffrant de troubles anxieux ou dépressifs parmi les plus de 65 ans[19]. Les écarts sont énormes.

L'usage de stupéfiants semble concerner un peu plus les plus jeunes que les plus âgé·es. Au niveau du public suivi par DIOGENES, les chiffres montrent que seulement 30 % des personnes de moins de 50 ans n'ont jamais connu de problème de toxicomanie, contre 45 % pour la tranche d'âge 50-64 ans (et 78 % pour les plus de 65 ans, les effectifs pour avancer cette dernière proportion sont cependant assez faibles)[20].

L'asbl Transit, qui travaille avec les usager·ères de drogue, a suivi environ 1 600 personnes en 2023 qui avaient pour moitié plus de 40 ans (46 % entre 40 et 60 ans – la catégorie d'âge la plus représentée – et 2 % de plus de 61 ans)[21]. Le responsable du pôle psychosocial, constate une évolution des publics : « *la proportion de personnes qui vivent plus longtemps qu'avant augmente, donc, on se dit que les stratégies de réduction des risques marchent. Mais ce n'est pas parce qu'ils vivent plus longtemps qu'avant qu'ils vivent dans de meilleures conditions. On travaille avec un public en crise, très marginalisé et qui cumule pas mal de facteurs de vulnérabilité. Et qui se retrouve sur liste noire, parce que, dans leur jeunesse, ils étaient un peu trop agités, et maintenant ils ont perdu l'accès au secteur, que ce soit dans les structures du secteur sans abri, des assuétudes, les hôpitaux… Arrivés à un certain âge, ce sont des gens qui ont une ardoise et qui n'ont quasiment plus de levier* »[22].

La consommation d'alcool est importante parmi les personnes sans abri, souvent associée à d'autres produits (polyconsommation). Environ 1 personne sur 2 parmi les plus de 50 ans suivi·es par DIOGENES fait état d'une consommation problématique d'alcool[23]. Dans la population générale belge, 13 % des hommes âgés de 55 à 64 ans surconsomment de l'alcool ; c'est dans cette catégorie de genre et d'âge que la surconsommation est la plus élevée[24]. La consommation excessive d'alcool participe à la détérioration de la santé et de la santé mentale (syndrome Korsakoff de démence alcoolique).

Les disponibilités en services psychiatriques comme les places en (post-) cures sont largement inférieures aux besoins et pas accessibles à toutes et tous. La saturation des services en santé mentale est telle qu'à Bruxelles, seule une demande sur quatre est acceptée. Les refus et les mises en attente aggravent les symptômes et malmènent encore davantage la santé mentale des patient·es[25]. Même constat du côté des cures ; il faudra patienter au moins 4 mois avant de se voir attribuer une place. La saturation participe, à côté des conditions d'accès, au non-recours et/ou à la discontinuité des soins. L'âge est également un critère qui peut limiter l'accès à certaines structures (santé mentale comme cures)[26].

17. Médecins du monde, note de positionnement : santé mentale, 2024, p. 6.
18. Mertens, N., e.a., op.cit. p. 23.
19. Sciensano, Santé Mentale et Sociale, Vers une Belgique en bonne santé, en ligne
20. Données statistiques DIOGENES, non publiées
21. Transit ASBL, Rapport d'activités 2023, p. 12.
22. Entretien avec Kris Meurant, Transit, 11 février 2025.
23. DIOGENES, données statistiques 2024, non publiées. Selon l'ASBL Transit, les plus âgés sont principalement consommateurs d'alcool et de médicaments (dont des traitements de substitution, méthadone), pas de donnée chiffrée. Entretien avec Kris Meurant, Transit, 11 février 2025.
24. Sciensano, Consommation d'alcool, Vers une Belgique en bonne santé, en ligne.
25. Ligue bruxelloise pour la santé mentale, Memorandum 2024.
26. Matinée d'étude organisée par la Coordination Personnes Agées & Santé Mentale, Les Oubliés : Quand l'âge fait obstacle aux soins, le 19 mars 2025.

3. L'urgence sociale

Le nombre de places d'accueil d'urgence a augmenté très significativement au cours des dernières années, du côté du New Samusocial [27] d'une part, et de la plateforme citoyenne de soutien aux réfugiés (Belrefugees) d'autre part. Née en 2015 d'un élan de solidarité de la société civile, la plateforme, qui s'est professionnalisée, offre un hébergement aux publics migrants et demandeurs de protection internationale – que l'État fédéral refuse d'accueillir dignement – ainsi qu'à des personnes sans papiers qui se retrouvent en rue. Des places supplémentaires ont donc été ouvertes à Bruxelles pour faire face à une situation humanitaire inquiétante, qui persiste aujourd'hui et pour laquelle la Région s'est vue octroyée, *in fine,* un financement fédéral dans le cadre du Brussels Deal. [28]

26 % des personnes dénombrées en 2024 occupaient les dispositifs d'hébergement d'urgence. La proportion d'hommes est similaire à celle observée en rue.

Nous disposons d'informations sur l'âge des hébergé·es dans 3 centres du New Samusocial : Poincaré (hommes seuls), Louiza (femmes seules) et le centre pour personnes vulnérables et médicalisées, Prince de Liège, avec son pôle fragile et sa médihalte. Comme pour les maraudes, l'échantillon (7 255 personnes différentes) porte sur la période du 1er janvier 2024 au 30 avril 2025. [29]

Les centres d'accueil d'urgence pour personnes isolé·es
– Hébergement gratuit, inconditionnel et de courte durée
– Permanences psycho-médico-sociales

Capacité :
– Louiza (femmes seules) : 110 places
– Poincaré (hommes seuls) : 273 places

Attributions : via la permanence téléphonique et l'application web (depuis le 18/02/2025)

Durée de séjour : 3 nuits (Poincaré) ou 6 nuits (Louiza) consécutives lors du premier hébergement, puis nuit par nuit selon les disponibilités. Système de report de nuits (prolongations) pour raisons médicales (stabilisation d'un traitement par exemple) ou sociales (réorientation programmée, fragilités…)

Le centre pour personnes vulnérables et médicalisées
2 pôles
– 1/ la médihalte qui propose des lits médicalisés pour les problématiques médicales aigües (de 5 jours à 2 mois) et pour les pathologies chroniques (long terme).
– 2/ le pôle « fragiles » réservé aux personnes dont l'âge, les capacités physiques et/ou psychiques nécessitent une mise à l'abri sur le moyen ou long terme, ainsi qu'une prise en charge médicale légère.
L'âge est un critère de fragilité, mais n'est jamais le seul déterminant dans l'attribution d'un lit au sein du pôle fragile.

Capacité :
– 45 lits médicalisés pour la médihalte et 105 lits au pôle fragile
– Chambres de 1 ou 2 personnes

Attributions : Les demandes d'hébergement pour raisons médicales sont traitées par un point focal médical qui évalue l'état des besoins des candidat·es et les situations les plus urgentes. Les passages d'un pôle à l'autre existent.

27. On parle bien ici du pôle sans-abris et non du pôle asile et migrations du Samu (868 places gérées pour Fedasil), soit les centres pour personnes isolé·es, les 2 centres familles, le centre MENA et le centre pour personnes médicalisées et vulnérables.
28. RTBF, Migration : un deal inédit à 20 millions entre Bruxelles et le Fédéral, 13 décembre 2022.
29. L'urgence sociale est partagée entre plusieurs opérateurs. En 2024, la nuit du dénombrement, 38 % des personnes accueillies en ethos 2 étaient au Samu social. La donnée ne porte pas sur la capacité d'accueil des structures mais elle s'en approche, vu leur saturation. Nous n'avons pas travaillé sur les centres d'accueil du Samu destinés aux familles, ni celui des MENA (mineur·es non accompagné·es). Ils concernaient moins notre public-cible.

Capacité d'accueil et nombre de personnes hébergées dans les structures pour lesquelles nous disposons de données chiffrées

Centres du New Samusocial	Poincaré	Louiza	Médihalte	Pôle fragile
Capacité d'accueil	273	130	45	105
Nombre de personnes accueillies (16 mois)	5 665	1 284	124	182
Taux de rotation	20,8	9,9	2,8	1,7

Source : New Samu social, calculs propres.

Ces lieux de séjour font partie du dispositif de l'urgence sociale. Ils sont repris comme tels dans le dénombrement bisannuel, avec toutefois une série de réserves qui portent sur l'hétérogénéité de l'offre (capacité d'accueil, durée d'hébergement). Et celle-ci apparait de façon évidente dans le tableau. Leur point commun reste la gratuité et le bas seuil d'accès.

On constate une très forte rotation de la population dans les centres pour personnes isolées et *a contrario*, une grande stabilité des hébergements du côté du pôle fragile, qui confirme des séjours de longue durée et interroge d'ailleurs sa place dans l'urgence sociale.

À Poincaré, où la capacité d'accueil a été renforcée au moment de la rénovation du centre (entre 2020 et 2022), la pression est maximale. Les 273 places sont occupées de façon continue toute l'année. La demande est exacerbée par la faillite de l'accueil des demandeur·ses de protection internationale que nous avons déjà soulignée un peu plus haut. Si l'évolution du nombre de demandes d'asile dépend fortement de la géopolitique des conflits, Myria (équivalent d'Unia pour les migrations) note que le réseau d'accueil belge est structurellement inadapté pour faire face à ces fluctuations et que par ailleurs, la durée de la procédure d'asile (318 jours en moyenne en 2024) réduit drastiquement le turn-over dans les centres de Fedasil.[30]

30. Le Gouvernement fédéral en échec face à la crise de l'accueil : crise humanitaire et atteinte à l'État de droit, décembre 2022.

Sur l'ensemble des personnes accueillies à Poincaré dont on connait le statut de séjour (n=4 561), il apparait que 42 % sont en demande de protection internationale et 32 % sont en séjour irrégulier, soit en transit, soit en recherche d'installation ou déjà durablement installées dans une existence plus qu'incertaine. Et il s'agit majoritairement de jeunes personnes.

Entre 2008 et 2024, le nombre de personnes sans chez-soi recensées dans certains lieux de vie a explosé : + 268,8 % de personnes en ethos 1 depuis 2008, + 983,3 % en ethos 2, + 210 % dans les structures non agrées, + 572,7 % pour les occupations négociées, + 1 038 % dans les squats[31]. Hors espace public, il s'agit de lieux d'accueil à très bas seuil d'accès où la participation financière est réduite voire nulle. L'absence de papiers n'y joue pas comme facteur d'exclusion, contrairement à d'autres institutions officielles.

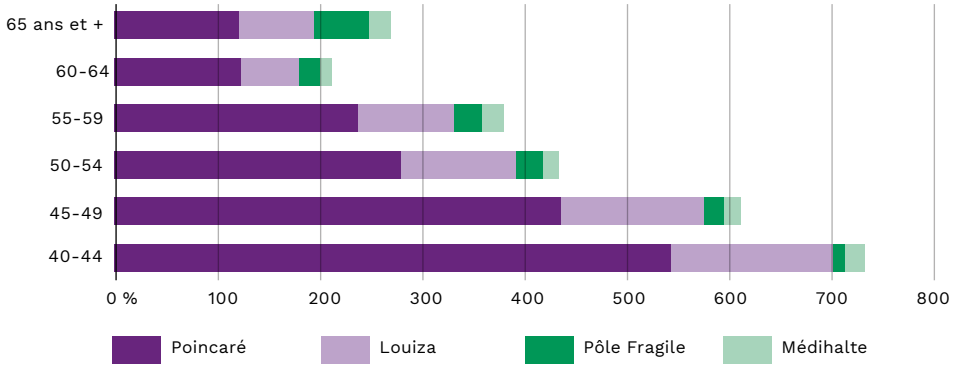
À Poincaré et Louiza, on note une très forte représentation des plus jeunes : 70 % (Poincaré) et 50 % (Louiza) des hébergé·es ont entre 18 et 40 ans, mais ce sont des publics qui ont des parcours fort différents. Si la proportion de femmes jeunes est moindre, c'est sans doute parce que ces dernières se répartissent de façon plus équilibrée entre Louiza, les centres familles du Samu et certainement les maisons d'accueil, parce qu'elles ont la charge des enfants si elles en ont (et elles ont l'âge d'en avoir) et qu'elles sont moins souvent dans des trajectoires migratoires que les hommes. Les personnes sans papiers et en demande d'asile n'ont pas accès aux maisons d'accueil par exemple.

70 % des femmes qui ont séjourné à Louiza pendant la période de référence avaient un titre de séjour. Et parmi elles, les violences conjugales et intrafamiliales intervenaient comme cause première de rupture, côte à côte avec la perte d'un logement, en lien peut-être aussi avec un départ causé par des violences. Difficile à démêler, les personnes peuvent renseigner plusieurs causes de rupture au moment de leur entrée.

31. Bruss'help, dénombrement 2024, op. cit., p. 12.

Lieux d'hébergement et durées de séjour des plus âgé·es

Nombre de personnes par centre par tranche d'âge
01/01/2024 - 30/05/2025



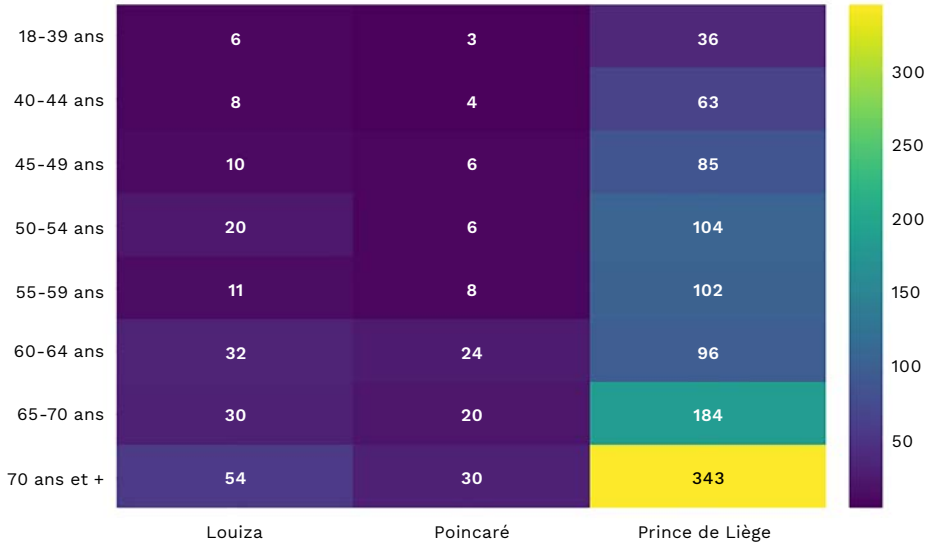
Source : New Samu social, calculs propres.

Dans les classes d'âge qui nous occupent, on constate que plus les personnes avancent en âge (les effectifs diminuent cependant), plus elles sont nombreuses à occuper le pôle fragile (bâtonnets vert foncé). Elles y bénéficient d'un séjour souvent long qui évite des retours critiques en rue bien que, ce que le graphique montre également, c'est que quelle que soit la tranche d'âge considérée, il y a toujours davantage d'individus dans les centres pour personnes isolées qu'ailleurs et ceux-là sont nettement moins protégés. Les durées de séjour y sont réduites et aléatoires (selon les disponibilités).

Au niveau de la Médihalte (la partie médicalisée du centre Prince de Liège), les chiffres sont plus contrastés sur le critère de l'âge (bâtonnets vert clair). Les problèmes de santé interviennent précocement, ce qui rejoint les observations précédentes sur la réduction de l'espérance de vie des personnes sans abri et la fragilité de leur santé. L'âge moyen des personnes qui ont occupé les lits médicalisés au cours de la période de référence était de 51 ans.

Le tableau suivant confirme le caractère significatif de l'âge sur la durée d'un séjour (en nombre de nuitées).[32] Les plus âgé·es restent plus longtemps partout. L'âge est un facteur de vulnérabilité qui peut induire une mise à l'abri prolongée grâce au report de nuits (à Louiza et Poincaré). L'écart de durées entre centres est cependant éloquent : 30 nuits à Poincaré chez les plus de 70 ans contre 343 nuitées à Prince de Liège pour les mêmes publics !

Durée médiane de séjour par âge et par centre



Source : New Samusocial, calculs du référent monitoring.

« *Les séniors (60 ans et plus) présentent les durées de séjours les plus longues particulièrement chez les 70+ à Prince de Liège, avec 343 jours soit 11 mois. Cette analyse révèle une précarisation croissante avec l'âge et une impossibilité structurelle de sortie de rue pour les personnes âgées ayant besoin d'une supervision médicale. Cela se traduit par une situation d'engorgement du centre Prince de Liège.* »[33]

Ce que les valeurs médianes ne montrent pas, c'est qu'il y a des personnes âgées qui restent à Prince de Liège plusieurs années et pour certaines, jusqu'à la fin de leur vie, faute de solutions de sortie plus adaptées ; comme une entrée en maison de repos par exemple, justifiée par un degré de dépendance élevé.

32. Les séjours peuvent être discontinus.

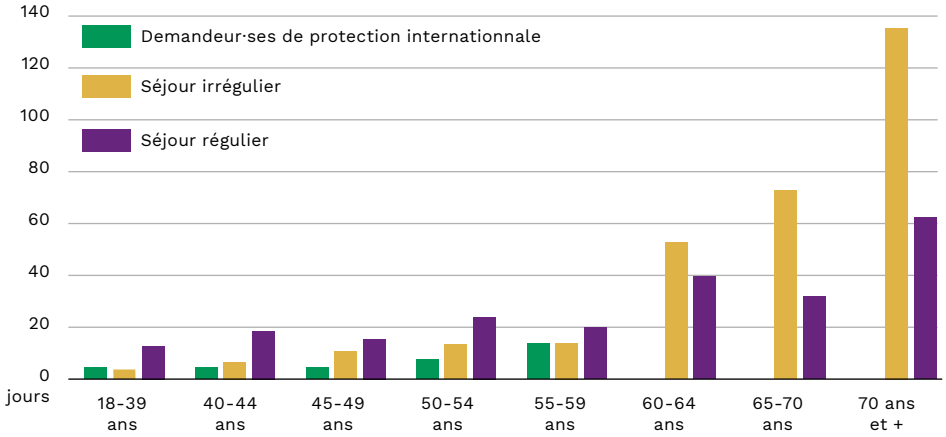
33. Référent monitoring, New Samusocial.

Il y a un autre facteur que l'âge qui influe sur les durées de séjour, c'est le statut administratif.

Environ 40 % des plus de 50 ans (n=119) et des plus de 60 ans (n=73) qui vivent à Prince de Liège n'ont pas de titre de séjour (26 % à Poincaré chez les plus de 50 ans). Ces profils reflètent la politique d'attribution du centre qui priorise l'accès aux personnes sans option alternative. L'espoir que leur situation administrative se dénoue positivement est quasiment nul. « *On héberge une dame de plus de 80 ans depuis 15 ans, c'est une dame roumaine, démente, qui n'a pas d'autre solution que le Samu* ».[34] Le centre pour personnes vulnérables se mue alors en lieu de vie, voire ultime lieu de vie pour des personnes âgées sans papiers qui y sont irrémédiablement bloquées.

Ci-dessous, l'illustration de la corrélation entre statut de séjour et durée d'hébergement. Ce sont bien les personnes les plus âgées qui ont les séjours les plus longs, mais pas n'importe lesquelles : « *Les durées de séjours augmentent avec l'âge et spécifiquement chez les personnes en situation irrégulière avec une médiane qui dépasse de loin toutes les autres pour les personnes en situation irrégulière de 70 ans et plus* »[35]

Durée médiane de séjour par âge et statut administratif (≥ 30 personnes)



Source : New Samusocial, calculs du référent monitoring.
Les effectifs de moins de 30 personnes ne sont pas pris en compte.

34. Coordinateur médical, centre pour personnes vulnérables, 13 mars 2025.
35. Référent monitoring, New Samusocial.

Les causes de rupture

Avant de conclure sur les centres d'urgence, nous porterons un dernier regard sur les causes à l'origine de l'hébergement. Souvent multifactorielles, des tendances se dégagent toutefois au niveau de l'âge, du statut de séjour et du genre. Nous avons retenu les causes évoquées lors du tout premier séjour. On sait que les parcours ne sont pas linéaires et peuvent comporter plusieurs moments de crise.

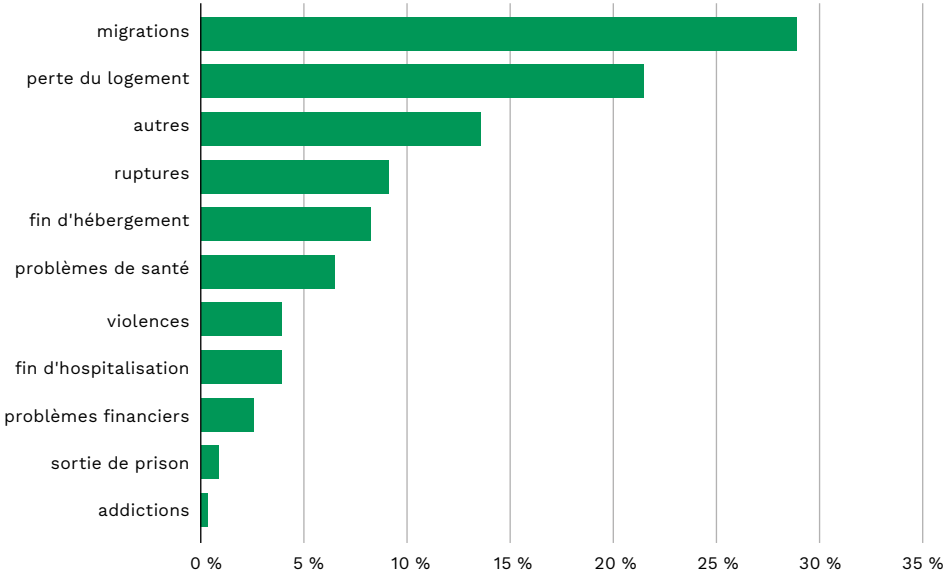
La problématique migratoire est de loin la toute première cause d'exclusion et de façon criante chez les jeunes hommes. Elle est évoquée près de 9 fois sur 10 chez les publics de moins de 40 ans du centre Poincaré. Parmi les répondants qui évoquent la migration comme cause première de rupture, on trouve aussi de jeunes adultes en séjour régulier (d'anciens demandeurs d'asile qui ont obtenu gain de cause ?) dont l'existence reste marquée par la précarité et le non-accès au logement.

Plus l'âge progresse, moins la question migratoire est prégnante, bien qu'elle reste présente dans près de 3 cas sur 10 au-delà de 50 ans (tous centres confondus).

Hors migration, c'est la perte du logement qui est le plus souvent évoquée comme facteur déclencheur ; expulsions judiciaires (le plus grand nombre d'observations), insalubrité, conflits propriétaires/locataires ou encore fin de bail sans possibilité de renouvellement. Chez les jeunes femmes, ce sont les violences conjugales et intrafamiliales qui provoquent de façon récurrente le recours aux institutions de l'urgence sociale. La dissolution du couple ou l'éclatement de la cellule familiale font aussi partie des causes profondes de désaffiliation.

Chez les plus de 65 ans, outre les raisons déjà mentionnées, la fin d'un séjour en institution semble également source d'instabilité. Passé un certain âge, quand l'autonomie diminue et les problématiques physiques et/ou cognitives gagnent du terrain, la poursuite de la prise en charge est mise en question. La maison de repos est certes une alternative mais avec ses limites.

Causes de rupture 65 ans et +



Source : New Samu social, calculs propres.

FOCUS #2 QUEL ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ POUR LES PERSONNES SANS CHEZ-SOI ?

Le centre médicalisé du Samusocial est la seule structure au sein de laquelle les personnes sans abri souffrant de pathologies sévères peuvent bénéficier d'une supervision médicale dans notre Région.[36] Le centre assure une prise en charge adaptée à la convalescence et au suivi des soins, le plus souvent après une hospitalisation. Avec deux limites cependant :

Les équipements et traitements disponibles restent plus sommaires que ce que proposent les hôpitaux. Tous les suivis ne peuvent pas être organisés dans un tel centre, qui ne dispose, par exemple, pas d'oxygénothérapie. Ce n'est pas non plus dans un centre d'hébergement que les personnes sans abri trouveront des médicaments à disposition. Les docteur·es et infirmier·ères qui travaillent avec un public hyperprécaire sont contraint·es de privilégier certains médicaments au détriment d'autres, lorsque le traitement est lourd et onéreux[37].

Les 45 lits médicalisés ont accueilli 124 personnes différentes entre janvier 2024 et avril 2025 pour environ 1 000 demandes.[38] Ce qui oblige à prioriser les personnes dont l'état de santé est le plus alarmant. Les candidat·es non-retenu·es sont alors hébergé·es dans les autres centres du Samu, bien moins adaptés aux exigences des convalescences et à la continuité des soins (pas d'encadrement médical suffisant, pas d'équipements adéquats : pas de lits adaptés, absence de chaises roulantes, difficultés d'accès…). Le Samu constate un allongement des durées des séjours médicalisés, accentuant la pression sur le centre, qui témoigne de la détérioration de l'état de santé du public accueilli et des difficultés accrues à trouver une solution d'hébergement adaptée pour quitter le centre.

Cette évolution doit être lue avec d'autres évolutions sociétales, principalement avec la réduction drastique des séjours hospitaliers et la fin des hospitalisations dites sociales qui conduisent les hôpitaux à remettre en rue des personnes avec de lourdes pathologies qui demandent un suivi conséquent. La saturation chronique du centre médicalisé renvoie à la question de l'accès aux soins de santé pour les personnes sans chez-soi. Elle mérite que l'on s'y attarde, compte tenu des conséquences pour les plus âgé·es singulièrement, sur leurs conditions de vie et d'hébergement. L'état de santé se détériore du fait de la vie en rue mais aussi du fait de prises en charges médicales tardives ou absentes.

Lorsque le quotidien est extrêmement précaire, les problèmes de santé sont minimisés et/ou jugés non prioritaires par rapport à d'autres besoins, fondamentaux et immédiats, tels que trouver un endroit pour dormir et à manger. « *La rue est un environnement impitoyable, où les fragilités physiques et psychologiques sont exacerbées. (…) Contrairement aux patient·es qui consultent volontairement en milieu hospitalier, nos démarches impliquent de convaincre une personne de l'importance de sa santé.* »[39]. Il y a là des phénomènes « d'auto-exclusion », assez bien documentés aujourd'hui[40].

36. Il existe un centre organisé sur les mêmes fondements à Anvers et un projet en gestation à Charleroi.

37. Entretien avec les équipes du centre Prince de Liège du New Samusocial et de Médecins du Monde, le 13 mars 2025.
38. Entretien Samu Social, 13 mars 2025.
39. IDR, Rapport d'activités 2024, p. 8.
40. Voir par exemple : WOLFF, V., La précarité en urgence – Chapitre I. L'urgence et la santé des sans-abri, Presses universitaires de Rennes, 2022, en ligne.

Le système de santé est également en cause. Malgré la prévalence des problématiques de santé parmi les personnes sans chez-soi, 7 sur 10 n'ont pas de médecin généraliste[41]. La profession est en pénurie, les maisons médicales sont saturées et certains médecins refusent de travailler avec des profils hyperprécaires. Il est particulièrement difficile pour les personnes sans abri qui cumulent plusieurs problématiques (maladie, santé mentale et/ou addiction), pourtant loin de faire exception, d'être pris·es en charge par des structures classiques de soins, compte tenu de la saturation du secteur mais aussi de la segmentation des institutions[42].

La barrière peut être linguistique. Certains services médicaux de première ligne composent des équipes médicales multiculturelles pour accueillir des patient·es qui ne comprennent ni les langues nationales, ni l'anglais, ou qui les comprennent mal. D'autres font appel à des médiateur·rices interculturel·les pour faciliter les échanges[43]. Dans les autres cas, la langue et la complexité du vocabulaire médical éloignent des services médicaux[44].

Les obstacles sont surtout financiers. Il existe, fort heureusement, des consultations médicales gratuites, ouvertes à toutes et tous, avec ou sans couverture sociale, sans rendez-vous. Le Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO Bruxelles) organisé par Médecins du Monde ou encore le centre médical Athéna proposent aussi, tous deux, un service social pour accompagner les personnes vers l'ouverture de leurs droits et/ou les réorienter dans le système de soins traditionnel. Structures indispensables par leur accueil inconditionnel ou très bas seuil, elles sont cependant trop rares et leur travail se limite aux problèmes de santé plus légers[45].

L'assurance maladie est obligatoire en Belgique. Environ 2 % des Bruxellois·es, pourtant, ne seraient pas couvert·es (pas en ordre de cotisation auprès de leur mutuelle ou faute d'adresse officielle (radiation des registres) notamment)[46].

41. Médecins du Monde, journal des donateurs, 2022, p. 7.
42. Matinée d'étude : Incasables ? Quels lieux de vie pour des personnes cumulant un vieillissement difficile et des problématiques de santé mentale, de grande précarité et d'assuétudes ?, 5 décembre 2024
43. C'est le cas notamment de Espace santé famille, centre thérapeutique multilingue. Le centre médical Athéna ou de l'hôpital Saint-Pierre par exemple disposent de médiateur·rices interculturel·les qui manient le vocabulaire médical. L'ASBL DIOGENES recrute également des médiateur·rices qui peuvent accompagner les personnes dans leurs demandes administratives mais aussi médicales.
44. Rencontre avec les travailleur.ses de rue de l'ASBL DIOGENES, janvier 2025.
45. D'autres services ambulatoires vont rencontrer les personnes qui en ont besoin en rue, dans leurs lieux de vie pour soutenir celles et ceux qui ne connaissent pas ou ne se déplacent pas vers les centres indiqués. C'est le cas du Médibus de Médecins du Monde ou du travail de rue des Infirmiers de rue, des infirmier·ères de l'ASBL Transit… ; leur principal objectif étant de créer le contact pour raccrocher la personne au système de santé et de dispenser certains soins in situ.
46. « Renforcer l'accessibilité aux soins », santé conjuguée, mars 2024, p. 7.

Ceci sans compter les personnes en séjour irrégulier, pas assurées non plus, estimées à 50 000 à Bruxelles donc.

L'absence de couverture médicale est une réalité pour le public sans abri. 35 % des personnes qui fréquentent l'ASBL Transit n'ont pas de mutuelle[47]. Même constat du côté de DIOGENES, où 16 % des personnes suivies ne disposent d'aucune couverture médicale, 25 % d'entre elles bénéficient de l'aide médicale urgente[48].

L'aide médicale urgente (AMU)

Les personnes sans papiers ne peuvent pas adhérer à une mutuelle. Leur accès aux soins, inscrit dans la loi, est assuré par l'aide médicale urgente, qui, en dépit de son appellation, ne concerne pas uniquement les soins d'urgence mais bien l'ensemble des soins, préventifs comme curatifs.

4 conditions sont nécessaires pour bénéficier de l'AMU : être en séjour irrégulier, résider dans la commune, être en situation d'indigence et nécessiter des soins médicaux.

L'AMU est fournie via le CPAS. Elle couvre la plupart des frais pharmaceutiques, des consultations et le cas échéant des hospitalisations. Si la décision du CPAS est favorable, la personne sans-papier bénéficiera d'un réquisitoire ou d'une carte médicale donnant accès à un·e praticien·ne. Sa durée est variable, allant du bon pour 1 consultation à une carte médicale de 3 mois en général, qu'il faudra alors renouveler. En cas d'urgence, le patient peut se rendre directement à l'hôpital, d'où pourra aussi être lancée la procédure d'AMU auprès du CPAS.

16 000 personnes sans papiers ont bénéficié d'une AMU en 2023 à Bruxelles (pour 23 000 à l'échelle de la Belgique) 49. Cela signifie donc que près de 70 % des personnes en séjour irrégulier qui ont droit à l'AMU, n'y ont pas recours.

Plusieurs hypothèses au non-recours : la méconnaissance de l'aide et la crainte des autorités, quand bien même les CPAS sont soumis au secret professionnel. La complexité et les délais de procédure également. Les CPAS sont tenus de répondre dans les 30 jours, mais les délais sont régulièrement

47. Transit ASBL, Rapport d'activités 2023, p. 12.
48. Données statistiques DIOGENES, non publiées.
49. Données statistiques du SPP intégration sociale relatives à l'Aide Médicale Urgente (AMU).

dépassés : 4 mois en moyenne (valeur médiane en 2022 selon les observations de Médecin du Monde), ce qui hypothèque certains traitements.[50]

Des traitements demandent l'introduction de réquisitoires spécifiques (c'est toujours le cas pour les consultations psychiatriques par exemple). Ils peuvent être refusés par les CPAS, qui ne disposent pourtant d'aucune compétence médicale, et les délais de réponse varient à nouveau de l'un à l'autre.

D'autres besoins ne sont tout simplement pas couverts, parmi lesquels certains liés au vieillissement (matériel d'incontinence, de vue, soins des prothèses dentaires…).

Sans prise en charge, le risque que la personne mette fin au traitement est important. Le médicament/dispositif médical n'est pas la priorité pour le public en rue, il passe après les besoins fondamentaux quotidiens (manger et dormir) et après la consommation aussi pour celles et ceux qui souffrent d'assuétudes[51].

Le non-recours à l'AMU, dénoncé par les personnes concernées et les associations[52], a également été pointé par la Cour des comptes. Son analyse met en avant les conséquences sanitaires et budgétaires : « *En 2023, 85 % des coûts remboursés (…) concernaient des soins donnés en hôpital, dont 63 % de coûts d'hospitalisations. La proportion est inversée dans la population générale, où 89 % des soins sont donnés hors hôpital. La surreprésentation des soins hospitaliers et des hospitalisations dans le cadre de l'AMU témoigne d'un accès restreint aux soins hors hôpital. Or, le manque d'accès à ces soins oblige les patients à recourir aux soins hospitaliers, notamment aux urgences. Les dépenses sont alors plus élevées que si ces patients avaient été pris en charge à temps hors hôpital.* »[53]

Des constats que l'on peut étendre aux personnes sans abri, même lorsqu'elles sont en séjour régulier. Elles font proportionnellement plus appel aux urgences hospitalières : à la suite d'accidents qui interviennent dans l'espace public, pour les crises aiguës, lorsque l'état de santé se dégrade au point que l'évitement ne soit plus possible, faute d'accès aux consultations ambulatoires généralistes

50. Médecins du Monde, Mémorandum 2024.
51. Entretien avec le Samu Social et Médecins du monde, le 13 mars 2025.
52. Médecins du Monde, op. cit.
53. Cour des comptes, Aide médicale urgente pour les personnes en séjour illégal, Rapport, mai 2025.

et spécialisées, voire faute d'hébergement parfois aussi. Les urgences représentent pour les personnes précaires en détresse, un lieu d'accueil inconditionnel connu, facile à identifier[54].

Les senior·es sont nombreux·ses à être hospitalisé·es après leur passage aux urgences (1 fois sur 2 pour les plus de 75 ans dans la population générale)[55]. Parmi les personnes suivies par l'ASBL DIOGENES, les plus de 50 ans sont sur-représenté·es parmi celles et ceux qui ont séjourné à l'hôpital, en unité somatique[56].

Depuis plusieurs années, la politique en matière de soins de santé promeut les hospitalisations de jour et la réduction des durées des séjours pour les hospitalisations classiques. Les motivations ne sont pas exclusivement économiques, elles sont également à mettre en lien avec l'évolution des pratiques et interventions toujours moins invasives, avec la réduction des risques d'infections nosocomiales… Mais le cout des séjours à l'hôpital (pour les patient·es et pour la collectivité) est central dans ces évolutions.

Le retour au domicile demande des adaptations, d'autant s'il intervient de manière précoce. Des adaptions sur le plan architectural parfois, des aides à domicile souvent. Lorsque les besoins sont importants, c'est une coordination d'aides de plusieurs profils qu'il faudra mettre en place (infirmier·ère, kiné, aide familiale, aide-ménagère, repas…). Ces services ont un cout, prohibitif pour les plus pauvres. Les services d'aide familiale à tarif social, par exemple, sont saturés (CSD) et les alternatives (titres services) sont impayables ; ce qui hypothèque le retour à domicile quand les moyens sont insuffisants. Dans d'autres cas, c'est le logement en lui-même qui fait problème. La convalescence est inenvisageable dans les logements insalubres, ceux dans lesquels les propriétaires n'interviennent jamais pour l'entretien et les réparations. Il en va de même pour les logements surencombrés des patient·es atteint·es du syndrome de Diogènes.[57]

Si les travailleurs·ses sociaux·ales des hôpitaux ont pour première attention de s'assurer que les retours à domicile se passent dans de bonnes conditions,

54. Entretien avec le service social des urgences de l'hôpital Saint-Pierre, le 19/02/2025.
55. Sciensano, Admissions via le service des urgences, Vers une Belgique en bonne santé, en ligne.
56. Les plus de 50 ans représentent 43 % des personnes suivies par DIOGENES, mais 60 % de celles qui sont passées en unité somatique (sur l'année 2024). Sources : données statistiques de DIOGENES, non publiées.
57. Entretiens avec le SPAD CALIGO, le 11/03/2025 et avec le service social du centre de revalidation César De Paepe, le 23/04/2025.

leur travail est tout autre lorsqu'il s'agit d'orienter les personnes qui n'ont pas de domicile. Dans des délais plus réduits qu'auparavant mais avec des convalescences plus lourdes également, le défi est presque impossible à relever. Lorsque les besoins en termes de suivis sont importants, le retour en rue n'est pas envisageable. Les options se réduisent alors au centre médicalisé du Samusocial, ses 45 places et ses 1 000 demandes annuelles…

« *L'hospitalisation sociale maintenant ça n'existe plus. L'an dernier, on [le centre médicalisé du Samusocial] a accueilli 6 ou 7 personnes de plus de 75 ans – la plus vieille avait 88 ans –, il y avait des gens en déambulateur, des gens avec des sondes naso-gastriques… qui ont été mises dehors du jour au lendemain de l'hôpital. L'hôpital ne pouvait plus les prendre en charge et ces personnes ont été mises sur le trottoir et ont atterri au Samusocial, elles y resteront jusqu'à la fin de leurs jours.* »[58]

58. Coordinateur médical du centre pour personnes vulnérables Prince de Liège. Entretien avec le Samusocial, 13/03/2025.

Ethos 1 et 2

Entre janvier 2024 et avril 2025, les maraudeur·ses du Samu ont été en contact en rue avec 2 000 personnes, celles qui ont accepté de s'identifier. L'effectif réel est, d'après l'institution, bien plus important, sans qu'il soit possible de l'estimer correctement. Sur la même période, 7 255 individus sont passés par les centres d'hébergement d'urgence Poincaré, Louiza et Prince de Liège. Les deux échantillons ne peuvent pas être sommés car ce sont pour partie les mêmes personnes qui parfois sont en rue, parfois sont logées dans les centres et pour certain·es, ces va-et-vient témoignent d'une forme d'errance chronique.

Et en même temps, les deux groupes n'ont pas la même importance numérique. On trouve 3,5 fois plus de personnes en centres qu'en rue, ce qui laisse à penser que la majorité des personnes croisées dans les centres ont recours aux structures d'urgence pour faire face à des situations de crises ponctuelles, avec des solutions de sortie plus ou moins rapides. À moins qu'une partie du différentiel ne s'explique par le nombre de personnes qui restent invisibilisées dans les statistiques en rue, par choix ou du fait de la nature même du travail de la maraude qui va prioriser les réponses à des besoins vitaux plutôt que le recueil de données.

On a montré plus haut que les plus de 50 ans représentaient 25 % des personnes croisées en maraude par le Samu et les plus de 60 ans, 10 %. Si le non-accueil des migrant·es par Fedasil révèle une situation humanitaire en rue des plus sinistres et des plus inquiétantes, la réalité des personnes vieillissantes, potentiellement plus souvent dans des situations d'errance chronique, devrait elle aussi alarmer et mériterait d'être mieux documentée.

En centre, les durées médianes de séjour augmentent l'âge avançant. Elles sont aussi plus longues pour les femmes âgées comparativement aux hommes du même âge : 54 jours à Louiza pour les plus de 70 ans par exemple contre 30 jours à Poincaré sur 16 mois. Il ne s'agit pas nécessairement de nuits consécutives. Elles peuvent l'être en partie, du fait du système de report de nuits qui bénéficie aux plus fragiles dont les plus âgé·es, mais elles peuvent aussi être « éparpillées » dans le temps, conditionnées par la disponibilité des places. Probablement que l'écart de durée entre hommes et femmes s'explique par le caractère particulièrement aiguë de la demande à Poincaré.

Mais il faut déjà aller très haut en âge pour atteindre des durées de cet ordre-là. À cinquante ans, les hommes de Poincaré passent, en valeur médiane, 6 nuitées sur la période de référence. Malheureusement, on ne connait pas leurs parcours. Nous n'avons pas les moyens de savoir si leur demande d'hébergement est de nature ponctuelle ou simplement non rencontrée, vu le nombre de personnes en situation de précarité.

Le centre pour personnes vulnérables et médicalisées offre un vrai répit de longue durée aux personnes qui nécessitent des soins ou qui sont en situation d'extrême fragilité. Toutefois, les places sont insuffisantes pour rencontrer la demande. L'âge est un indicateur de fragilité. Néanmoins, toutes les personnes âgées en situation d'extrême précarité ne peuvent pas y être accueillies.

Les personnes de 65 ans et plus passent entre 6 mois et un an sur place, mais une durée de séjour prolongée ne garantit pas pour autant qu'à son terme, des solutions pourront être dégagées. Pour certains publics et

notamment les personnes sans titre de séjour, le Prince de Liège est certes un lieu de convalescence et de rétablissement mais aussi une impasse.

Que ce soit dans les maraudes ou dans les centres, les effectifs diminuent sous l'effet du vieillissement. Ci-dessous, le volume de personnes, par tranche d'âge, dans les centres du Samu étudiés :

Tranches d'âge	Nombre de personnes
40-44 ans	734
45-49 ans	614
50-54 ans	435
55-59 ans	381
60-64 ans	213
65 ans et +	270

On sait que les personnes sans abri décèdent prématurément. On peut aussi émettre l'hypothèse, plus réjouissante, qu'une partie du public âgé a quitté l'extrême précarité pour des solutions d'hébergement plus stables, plus confortables, plus en phase avec ses besoins ou a trouvé un logement.

Dans les pages qui suivent, nous explorerons tour à tour la question du vieillissement dans les maisons d'accueil, les projets Housing First ou d'autres projets de relogement pour publics vulnérables, ainsi que la question du sans-abrisme dans les maisons de repos. On essayera d'approcher par touches successives une réalité qui est décidément bien difficile à cerner.

UNE CONTRIBUTION DE L'AMA

4. Les personnes âgées en maisons d'accueil bruxelloises

Louis Berny, responsable de projets bruxellois à l'AMA

Après avoir examiné la représentation des plus âgé·es dans les catégories ethos 1 et 2, poursuivons avec l'ethos 3. Le RBDH s'est tourné vers l'AMA, la Fédération des maisons d'accueil et des services d'aide aux sans-abris, pour éclairer la présence des personnes âgées dans les maisons d'accueil bruxelloises.

Les maisons d'accueil sont agréées en Région bruxelloise tant par la Commission communautaire française (COCOF) que par la Commission communautaire commune (COCOM). L'ordonnance COCOM de 2018 définit une maison d'accueil comme un service résidentiel géré par un pouvoir organisateur qui échappe à la maîtrise individuelle de son occupant et où le pouvoir organisateur organise un logement transitoire ainsi qu'un accompagnement visant à permettre, à terme, la réinsertion de la personne sans abri. Le décret du 27 mai 1999 relatif à l'octroi de l'agrément et de subventions aux maisons d'accueil de la COCOF renseigne que la maison d'accueil a pour missions l'accueil, l'hébergement et l'aide psychosociale adaptée aux bénéficiaires afin de promouvoir leur autonomie, leur bien-être global et leur réinsertion dans la société, avec une attention particulière, d'une part, pour l'accompagnement social en vue du maintien, de l'ouverture ou de la réouverture des droits sociaux, et pour, d'autre part, l'accès à un logement durable. Elle a également pour mission le suivi post-hébergement des bénéficiaires nécessitant un accompagnement après leur séjour dans la maison d'accueil.

17 maisons d'accueil sont agréées par la COCOF et 10 sont agréées ou en voie de l'être par la COCOM à l'heure actuelle à Bruxelles. Ces 27 structures représentent 1089 places d'hébergement. Pour être complet, la Vlaamse Gemeenschap Commissie (VGC) agrée également une structure sur le territoire bruxellois.

L'AMA ne dispose pas des chiffres relatifs aux séjours dans les maisons d'accueil COCOM mais bien de ceux des 17 maisons d'accueil COCOF, celles-ci représentent 752 places sur les 1 089 en RBC.

Les dernières données disponibles agrégées datent de 2021, année où les maisons d'accueil COCOF offraient 735 places d'hébergement. Cette année-là, 1 446 nouveaux séjours (hommes, femmes et enfants) ont été enregistrés dans ces structures. Parmi eux, 50 séjours concernaient des personnes âgées de 60 ans ou plus.

En excluant les mineurs, on dénombre 1 164 séjours adultes. **La proportion des personnes de plus de 60 ans dans les séjours adultes équivaut à 4 % — un taux globalement stable par rapport aux quatre années précédentes.**

Par ailleurs, si l'on prend la tranche d'âge supérieure, seulement 7 personnes ont été enregistrées entre 70 et 79 ans dans les nouveaux séjours. Au niveau statistique, il est intéressant de relever que parmi les personnes de plus de 60 ans en 2021, seules 3 étaient des femmes.

Différentes hypothèses peuvent expliquer le taux assez bas de personnes âgées dans les maisons d'accueil COCOF et celles-ci sont probablement cumulatives.

Premièrement, au niveau du cadre règlementaire, aucune mention de l'âge n'existe, qui pourrait restreindre l'accueil d'un public plus âgé. Toutefois, comme les législations COCOF et COCOM l'énoncent explicitement, les maisons d'accueil doivent poursuivre un objectif d'autonomisation de la personne. Dès lors, on peut s'interroger si la maison d'accueil est le lieu le plus adapté pour des personnes qui, du fait de leur l'âge, sont de plus en plus dépendantes d'aides extérieures.

D'autre part, chaque structure dispose d'un projet collectif/pédagogique. Ces documents sont d'ailleurs une obligation au niveau de la COCOF. Celle-ci impose que le projet collectif définisse l'ensemble des objectifs et moyens fixés par la maison d'accueil pour l'accomplissement de ses missions et qu'il tienne compte de l'environnement social et économique de la maison d'accueil. Ces projets collectifs ont également été façonnés par l'histoire des structures tout en étant remis en question sur le fond régulièrement par celles-ci. Il n'est, dès lors, pas rare de voir des structures se concentrer sur l'accueil d'un public particulier selon une vulnérabilité particulière comme l'âge (ex : la maison d'accueil @ Home 18-24 de l'asbl Les Petits Riens dont les publics-cibles sont les jeunes hommes de 18 à 24 ans). D'autres structures, agréées aujourd'hui comme maisons d'accueil, sont d'anciennes maisons maternelles qui se concentraient sur l'accueil des jeunes mères. L'histoire de ces structures marque inévitablement encore leur projet, en commençant par le profil des ménages accueillis, à savoir des femmes avec enfant(s).

Ensuite, une autre explication pouvant être émise est la difficulté pour certains services d'accueillir et d'accompagner un public plus âgé. En effet, les infrastructures des services ne sont pas toujours adaptées aux besoins que l'âge du public peut requérir, que ce soit en termes de mobilier ou d'accès pour les personnes à mobilité réduite. D'autre part, le personnel d'une structure n'accueillant pas ou rarement des personnes âgées peut ne pas être formé adéquatement à ce public. L'âge pouvant amener des vulnérabilités différentes et plus nombreuses, le cadre du personnel n'est pas non plus adapté en conséquence. Il en va de même pour la réponse à des problématiques éventuelles de santé puisque le personnel des maisons d'accueil est essentiellement composé d'éducateur·rices et d'assistant·es sociaux·ales.

Enfin, les études montrent un lien étroit entre le statut économique et la santé des personnes. Une personne précaire décède malheureusement plus jeune que la moyenne. Ce constat est encore plus clair pour les personnes sans abri ; l'âge moyen des personnes décédées en rue à Bruxelles est proche de 50 ans[59]. Les publics de rue et ceux des maisons d'accueil étant perméables, c'est une plus triste hypothèse d'explication qui peut être donnée.

En conclusion, les personnes âgées sans abri, pour lesquelles nous ne disposons que peu voire pas d'information, sont souvent invisibilisées. Elles constituent un groupe vulnérable nécessitant une attention particulière. Elles sont plus susceptibles de souffrir de problèmes de santé et de solitude, et les structures d'hébergement d'urgence comme les maisons d'accueil peuvent ne pas être adaptées à leurs besoins spécifiques.

59. Collectif des morts de la rue, op. cit.

5. La maison de repos comme solution de « relogement » ?

Maisons de repos : public-cible et sous-occupation

Les maisons de repos et de soins bruxelloises (MR et MRS) s'adressent en principe à des personnes de plus 60 ans, pour celles qui dépendent d'Iriscare à tout le moins (commission communautaire commune), 93 % de l'offre régionale (121/130). Dans les quelques structures bruxelloises de la Vlaamse Gemeenschap (9), l'âge minimal est fixé à 65 ans.

Certaines maisons de repos accueillent néanmoins des publics un peu plus jeunes (50-60 ans), moins dépendants certes, mais exposés à un vieillissement difficile et des vulnérabilités physiques, sociales, financières, de santé mentale, en particulier dans celles qui appartiennent aux CPAS. Certaines institutions publiques bruxelloises reconnaissaient, il y a une quinzaine d'années, héberger plus de 60 % de moins de 60 ans.[60] À tel point qu'en 2009, la COCOM a décidé de fixer un quota de dérogations maximal de 5 % sur le critère de l'âge, dans les institutions agréées.

Entre-temps, la sous-occupation du secteur s'est accélérée, notamment à la suite des traumatismes subis par les plus âgé·es au moment de la crise sanitaire. En 2013, on comptait 90 % de lits occupés pour 75 % seulement en 2023[61]. La situation s'est alors détendue quant à l'admission de jeunes seniors et d'autres structures, privées notamment, s'y sont employées, augmentant ainsi leur taux d'occupation. Le pourcentage de dérogations autorisées est passé à 10 % (de la capacité d'accueil agréée, 13 000 lits en avril 2025). Même taux que dans les maisons de repos flamandes. On verra un peu plus loin, qu'aujourd'hui, de nouvelles contraintes s'imposent quant à l'accueil des plus « jeunes », à l'heure de la réduction programmée des places et de la fermeture de plusieurs MR/S.

60. Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté « Vivre sans chez soi à Bruxelles », 2010, p. 45.
61. Assemblée réunie de la COCOM, commission santé et aide aux personnes, 21 septembre 2023, p. 39.

Moins de 60 ans : quelques profils

Sur l'échelle de Katz, l'outil d'évaluation de référence de la dépendance dans les maisons de repos, qui permet de déterminer les besoins en personnel de soins et leur financement (forfait journalier), les moins de 60 ans sont plus souvent (pas toujours cependant) des profils A et O.

C'est-à-dire des publics qui ne présentent ; ou aucune dépendance physique ou psychique (O) ou une dépendance légère (A) : besoin d'aide pour réaliser certains actes de la vie quotidienne comme se laver et/ou s'habiller, confusion mentale, difficulté à s'orienter dans le temps et l'espace. Si selon les critères d'évaluation de Katz, il s'agit de publics moins dépendants que la moyenne des résident·es, ils n'en ont pas moins des besoins qui mobilisent et souvent éprouvent les équipes.

À défaut de disposer de chiffres sur le nombre de personnes de moins de 60 ans vivant en maison de repos[62], on dispose d'indications sur le profil des résident·es O/A.[63] Certain·es sont certes âgé·es. Iels intègrent alors les institutions pour des motivations qui ont souvent trait à la recherche de sécurité, de sociabilité… Chez les plus jeunes, c'est-à-dire les profils dérogeants ou proches, à côté des accidents de la vie dont certain·es ne se relèvent pas (la perte d'un logement par exemple ou la perte d'un·e partenaire de vie), on trouve des personnes sans chez-soi, dont des personnes vieillissantes qui ont fait des séjours plus ou moins longs en rue ou en institution.

Certain·es résident·es ont ainsi un parcours institutionnel de longue durée, antérieur à la maison de repos : maisons d'accueil, maisons de soins psychiatriques, secteur du handicap mental, habitations protégées…

La perte d'autonomie et parfois la maladie bousculent les équipes de ces institutions qui ne se sentent plus alors outillées ou compétentes pour accompagner les personnes dans leur vieillissement, précipitant une entrée en maison de repos, peu ou pas souhaitée et pas toujours adaptée. Par ailleurs, la saturation de ces mêmes secteurs peut aussi amener à une orientation précoce vers une maison de repos.

62. À titre indicatif, Infor-Homes-Info écrit, dans son rapport d'activités 2022 (p. 50), qu'un nombre élevé d'institutions visitées disent « *avoir atteint le "quota" de personnes plus jeunes qu'il leur est possible d'accompagner.* »
63. CARBONNELLE S., Les profils des résidents O et A* en maison de repos pour personnes âgées (MRPA) en Région de Bruxelles-Capitale. Parcours, logiques d'orientation, d'accueil et alternatives, centre de diffusion de la culture sanitaire, juin 2017.

Il faut dire aussi que les lieux d'hébergement ne sont pas toujours conçus pour accueillir des personnes vieillissantes, notamment des personnes dont la mobilité décline : accessibilité limitée dans les lieux d'accueil, chambres/douches non adaptées aux PMR…

« *Si tout le monde s'accorde à dire que le vieillissement est un processus naturel qu'il est impossible de contourner quand on avance en âge, il n'est paradoxalement pas rare de constater que de nombreuses possibilités d'accompagnements prennent fin lorsque le vieillissement commence […] De nombreux impensés sectoriels apparaissent. La complexité, pourtant acquise par de nombreux professionnels quant aux processus de vieillissement, est aujourd'hui dépassée par le vieillissement de publics de plus en plus précarisés et mis à l'écart de toute offre sectorielle adaptée.* »[64]

La maison de repos comme roue de secours ? … Et avec ses propres limites

Les maisons de repos viennent palier des vides, saturations, malaises sectoriels quant au vieillissement des publics qui ne rentrent plus dans les cases et ne trouvent pas/plus à s'inscrire ailleurs. La diversité des profils hébergés en maison de repos et leur complexité bousculent les équipes en place, habituées et formées aux problématiques gériatriques lourdes et moins à la prise en charge de personnes présentant des difficultés d'ordre psycho-(médico)-social liées notamment à la grande précarité ou à de grandes fragilités (qu'importe l'âge finalement). Il n'est pas dit que la charge de travail et l'investissement en temps auprès de ces résident·es soit moindre, quand bien même le financement en personnel est de moindre importance.

Les MR/S participent évidemment aussi du relogement des personnes avançant en âge, exclues du marché locatif, comme solution par défaut bien souvent, mais comme solution tout de même. Si le cadre institutionnel et ses contraintes peuvent être l'objet de vives tensions et de défiance entre le personnel et ces publics accueillis, l'âge moyen des résident·es de maison de repos (86 ans) et les degrés de dépendance associés, peuvent être particulièrement confrontant pour de jeunes senior·es qui cherchent une place dans une structure qu'iels n'ont pas toujours choisie.

64. Infor-Homes-Info, rapport d'activités 2024, p. 74.

Un hébergement qui, rappelons-le, a un cout. En 2023, le prix mensuel moyen d'un séjour était de 1 664 €/mois pour les établissements publics, contre 2 171 €/mois dans le privé commercial.[65] Les résident·es qui ne disposent pas de moyens suffisants pour couvrir l'ensemble des charges peuvent être aidé·es par les CPAS, moyennant le plus souvent cession de leurs revenus (RIS, GRAPA…). Les CPAS complètent la part manquante. Le denier de poche, environ 100 €/mois, est alors tout ce qui reste aux résident·es pour couvrir des dépenses personnelles. Un montant mensuel jugé d'autant plus insuffisant que la personne mène une vie à l'extérieure de la maison de repos, consomme du tabac, peut-être de l'alcool quotidiennement… Il n'est pas rare que des résident·es mendient la journée pour étoffer leur disponible. Il y a des personnes sans chez-soi âgées qui refusent la maison de repos pour cette raison justement.

Il n'empêche, les établissements pour ainé·es font partie d'un panel de solutions de sortie qui se font de plus en plus rares et elles peuvent participer au rétablissement de personnes vieillissantes qui ont eu jusque-là, des parcours de vie extrêmement éprouvants (la rue, l'urgence sociale, des logements non-conventionnels…), qui ont besoin de soins, de repos et de sécurité. D'ailleurs, le Housing First est un projet qui s'invite aussi dans les maisons de repos bruxelloises.

Montessori et le Housing First en maison de repos

Partenaires du projet : Senior Montessori, le SMES, Infirmiers de rue et Doucheflux (et depuis peu, les services Housing First des asbl DUNE et Antonin Artaud)

Objectif : faciliter l'entrée en maison de repos de personnes vieillissantes, en grande précarité (en rue ou en centre d'urgence), avec des problématiques d'assuétudes et de santé mentale. Les personnes concernées sont demandeuses d'une admission.

65. Cornet B., Malcotte E., Vrancken J., « Maison de repos : à quel prix ? Synthèse », Solidaris, Pôle Etudes et Politiques de santé, 2025, 4 p. :« *Les maisons de repos sont tenues d'inclure dans le prix d'hébergement tous les services nécessaires à la vie quotidienne, tels que l'usage et l'entretien de la chambre et des communs, les repas, les charges… Les frais annexes comprennent les dépenses liées aux besoins spécifiques ou aux demandes du patient : médicaments, soins non couverts par le forfait, consommations hors repas, nettoyage du linge personnel.* » (p. 2).

Initiative : Projet-pilote porté par Montessori depuis 2021 et financé par la COCOM, renouvelé depuis lors chaque année.

Approche : fruit de la rencontre entre la philosophie de Maria Montessori adaptée aux personnes âgées et l'approche Housing First.

Senior Montessori propose de renverser le regard porté sur l'accompagnement des personnes vieillissantes, en encourageant leur autonomie à partir des capacités préservées (même en cas de démence ou de troubles cognitifs sévères, la personne peut conserver le contrôle sur sa vie). « Tout ce que tu fais à ma place est quelque chose que tu me prends ». C'est un changement de paradigme pour les maisons de repos qui sont habituées à raisonner en termes de degré de dépendance (échelle de Katz). La méthode Montessori nécessite de repenser l'environnement physique et psychologique de l'institution.

L'objectif du projet **Housing First** (« le logement d'abord ») est de reloger, durablement et sans conditions, des personnes sans abri très marginalisées qui cumulent bien souvent des problématiques d'assuétudes et de santé mentale et de ce fait, accèdent très difficilement à un logement. Disposer d'une habitation est la première étape sur le chemin de l'accès aux soins et sur celui du rétablissement. L'accompagnement proposé est pluridisciplinaire et peut être intensif selon les besoins.

Les partenaires Housing First n'ont pas pour vocation d'intervenir en institution. Les suivis en maison de repos représentent une partie marginale du travail des équipes HF.

Un des principes fondateurs du HF, celui de proposer un logement sans conditions (de sevrage, d'abstinence entre autres), vient se heurter au cadre institutionnel des maisons de repos sur les consommations et les assuétudes.

Si l'usage d'alcool peut y être autorisé, il n'est en rien pour les autres produits, ce qui réduit le nombre potentiel de canditat·es à l'admission. La consommation régulière et excessive d'alcool n'est pas pour autant particulièrement appréciée : peur que les usager·ères influencent d'autre pensionnaires, crainte pour l'image de la maison de repos si les consommations ont lieu à proximité. L'admission d'individus en traitement de substitution peut crisper également par crainte des rechutes ou stigmatisation…

Actions :
– Former les équipes de soignant·es des MR/MRS à la méthode et aux outils Montessori, déstigmatiser le public sans abri, travailler sur les craintes ;
– Développer une dynamique intersectorielle qui fait défaut aujourd'hui : faire se rencontrer et collaborer des secteurs qui n'en ont pas l'habitude et travailler leurs représentations ;
– Revoir le protocole d'accueil, créer un comité de résident·es pour faciliter les nouvelles entrées ;
– Proposer des temps de concertation, un mois après l'admission puis tous les deux mois avec la personne et les partenaires qui l'accompagnent.

Impact :
– 22 MR/S accompagnées
– 25 personnes hébergées depuis le début du projet, dont 65 % depuis plus d'un an et la moitié depuis plus de deux ans (le pourcentage chute du fait de réorientations et malheureusement de décès).

Sources : Rapport d'activités 2024 de Senior Montessori (projet HF), rencontre du 29 janvier 2025 avec Valentine Peren chargée de projets dans l'asbl.

La réforme des MR/S

En 2022, le Parlement bruxellois a adopté une réforme relative à l'organisation du secteur des maisons de repos et de soins qui tient principalement en deux points [66] : d'une part, récupérer progressivement les agréments des lits inoccupés, [67] 3 700 lits au moment des discussions parlementaires, d'autre part, rééquilibrer les agréments entres les secteurs public (CPAS)/associatif et le secteur commercial qui concentre 62 % de l'offre agréée (contre 49 % en Wallonie et 16 % en Flandre). [68]

Il est prévu qu'en 2024 et 2025, Iriscare récupère 50 % des lits non occupés dans chaque établissement – en admettant néanmoins une marge d'inoccupation normale de 5 % – pour les redistribuer, plus tard, selon l'évolution des besoins, d'abord exclusivement aux MR/S publiques et privées à but non lucratif et ce, jusqu'à atteindre la parité des agréments

66. Ordonnance du 15 décembre 2022 modifiant l'ordonnance du 24 avril 2008 relative aux établissements d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées.
67. Pour être plus précis, récupérer les autorisations spécifiques de mise en service et d'exploitation (ASMESE) et les agréments, obtenus après une phase d'exploitation provisoire si les règles sont respectées.
68. En nombre de lits proposés.

avec le secteur marchand (de 62 % à 50 %). Il s'agit de diminuer l'emprise du privé sur le secteur de l'hébergement, de l'aide et des soins aux personnes âgées et de garantir le libre choix des ainé·es.

Les lits non-occupés ne sont pas financés, de sorte que les établissements concernés ne voient pas leurs moyens diminuer. La récupération des autorisations et des agréments signifie cependant que des chambres ne pourront plus être exploitées à l'avenir.

A priori, la lutte contre la vacance parait toucher tous les établissements quel que soit leur réseau, mais en y regardant de plus près, on constate que l'inoccupation concerne davantage les lits MR (maisons de repos) que les lits MRS (maisons de repos et de soins). Ces derniers sont destinés à des publics très dépendants, présentant des pathologies lourdes et qui sont aujourd'hui, les principaux·ales candidat·es aux admissions. Or, c'est le secteur commercial qui exploite le plus de lits MR à Bruxelles (environ 70 %), alors que les lits MRS sont exploités de façon plus équilibrée entre les différentes filières (50 %). [69]

Il faut dire que jusque-là, le secteur des établissements pour personnes âgées et l'administration travaillaient sans programmation liant offre d'accueil et évolution des besoins, ce qui explique en partie les lits excédentaires.

Il y a derrière la réforme, une autre logique, celle-là d'ordre budgétaire, puisque, avant la réforme, les lits non occupés n'étaient pas financés certes mais restaient finançables. Des lignes budgétaires étaient ainsi bloquées pour des lits durablement inoccupés : « *Les budgets débloqués [estimés à 18 millions d'euros] par suite de la réattribution des places actuellement inoccupées permettront de financer un accompagnement qualitatif des nouveaux lits ou de soutenir d'autres projets s'inscrivant dans la politique de la COCOM en matière d'aide aux personnes âgées.* [70] » : renforcement/

69. Mémorandum de la Fédération des CPAS bruxellois, élections 2024, p. 20. L'asbl FEMARBEL (Fédération des maisons de repos privées de Belgique) a introduit un recours en annulation contre plusieurs dispositions de l'ordonnance de 2022, considérées, par la fédération, comme des atteintes à la liberté d'entreprendre et au principe d'égalité et de non-discrimination : le refus d'octroi de nouvelles autorisations et agréments au privé lucratif, tant que la parité entre secteurs n'est pas advenue, mais également l'interdiction de cessions (à titre onéreux) de lits autorisés ou agréés entre établissements (de même groupe). Le législateur entend désormais encadrer la croissance du secteur sur base d'une programmation et de critères de qualité. La Cour constitutionnelle a rejeté le recours.
70. Projet d'ordonnance modifiant l'ordonnance du 24 avril 2008 relative aux établissements d'accueil et d'hébergement pour personnes âgées, 17 novembre 2022, p. 21.

développement de projets pour le maintien à domicile, soutien à des lieux de vie alternatifs…

C'est dans ce contexte de réduction des places disponibles [71], qui incite au recentrage des MR/MRS sur leurs missions premières, qu'un nouvel arrêté a été adopté en 2024 [72] concernant l'admission des publics de moins de 60 ans, avec deux modifications importantes : exit les profils O/A sans dépendance ou dépendance légère, de même que les personnes qui présentent, au moment de l'admission, des troubles perturbateurs du comportement (diagnostic médical) [73], susceptibles d'empêcher l'intégration au sein de la structure.

Cette nouvelle règlementation, dont les motivations s'entendent, intervient malheureusement dans un contexte où on l'a dit, l'offre de relogement/hébergement pour des personnes sans chez-soi vieillissantes ou d'autres profils complexes (psychiatriques notamment) est dérisoire.

« *Si les maisons de repos n'ont effectivement pas vocation à être des lieux de vie et de soins pour tout adulte dépendant, les vides institutionnels dans d'autres secteurs et les faibles taux d'occupation dans certaines MR/S, encourageaient l'admission de personnes plus jeunes en leur sein. Force est de constater que les taux d'occupation ont été revus à la hausse dans de nombreuses institutions et que cette nouvelle réglementation fait parallèlement chuter le nombre de résidents de moins de 60 ans au sein du secteur de l'hébergement des aînés. Reste à savoir où ces personnes qui n'ont de place nulle part pourront trouver à être accompagner, au sein de quel secteur et avec quels moyens.* » [74]

De même, Senior Montessori tire la sonnette d'alarme pour le Housing First en institution. En 2024, du fait des nouvelles règles d'admission,

71. Infor-Homes constatait dans son rapport d'activités de 2023, un nombre record de fermetures de maisons de repos à Bruxelles à visée commerciale surtout (15), conséquence plus que probable de l'adoption du principe de récupération de lits vacants. Les fermetures permettent d'augmenter les taux d'occupation dans les maisons de retraite restantes, appartenant au même groupe financier/immobilier, et de limiter ainsi la perte des agréments.
72. Arrêté du 23 mai 2024 des membres du Collège réuni exécutant l'article 12, § 2, 2°, de l'arrêté du Collège réuni de la COCOM du 18 janvier 2024 fixant les normes d'agrément auxquelles doivent répondre les établissements pour aînés, et les normes spéciales applicables aux groupements et fusions d'établissements. En vigueur au 1er septembre 2024.
73. Une circulaire du 1er juillet 2024 précise ce qu'il faut entendre par troubles du comportement : perte des notions de bienséance, comportement destructeur et hostile, perturbations du comportement nocturne…
74. INFOR-HOME-INFO, rapport d'activités 2024, p. 44.

plusieurs entrées projetées (7) n'ont pas pu aboutir ; les personnes ne présentaient pas un degré de dépendance suffisant sur l'échelle de Katz. Les maisons de repos flamandes restent une alternative plus « souple », limitée toutefois par le nombre d'institutions présentes dans la capitale.

Et puis, il y a les conduites potentiellement perturbatrices qui contraignent encore davantage :

« *Les conditions d'accès aux MR-MRS se durcissent donc autour de l'accueil de notre public cible – celui-ci étant majoritairement dans la tranche d'âge 55-60 ans et présentant bien souvent des troubles du comportements. Exclus des établissements agréés par Iriscare tout en étant en perte d'autonomie, nous devons parfois les réorienter vers des SHNA (Structures d'Hébergement Non-Agrées) où le manque de cadre juridique et de contrôle conduit à des dysfonctionnements bien connus : personnel non-qualifié, distribution non-contrôlée des médicaments, gestion floue de l'argent des pensionnaires, insalubrité, confiscation d'effets personnels, chambres fermées à clé, maltraitance.* »[75]

75. Senior Montessori, projet EHPAD, Espace d'habitation pour personnes adultes demandeuses, rapport final, phase III, 2024.

FOCUS #3 LES STRUCTURES D'HÉBERGEMENT NON AGRÉES (SHNA)

Les structures d'hébergement non agréées suscitent le débat dans le secteur de la grande précarité, un débat qui n'est pas définitivement tranché. Le fait de se situer en dehors de tout cadre institutionnel peut mener à des dérives et il en existe, elles sont avérées. Ce sont les personnes les plus vulnérables, les plus éloignées des structures officielles qui se retrouvent dans les hébergements les moins contrôlés.

Les SHNA existent néanmoins là où les réponses officielles font défaut. Elles décloisonnent paradoxalement le secteur de l'aide aux personnes, en s'adressant à tous types de publics, là où les institutions agréées n'ont pas cette souplesse ou l'ont moins pour des raisons évidentes de justesse et de qualité dans l'accompagnement, mais également de financement. Les bas seuils d'accès des SHNA offrent, entre autres, du répit à des publics très marginalisés qui ne trouvent pas/plus à s'inscrire dans des structures où les règles d'accueil et de vie sont exigeantes, où les séjours sont limités dans le temps et où se mettre en projet s'impose.[76]

Lors du dénombrement de 2024, 513 personnes ont été recensées dans les structures non agréées (17 établissements mais il s'agit d'une réalité mouvante), dont 65 % d'hommes. Il s'agit de lieux de vie qui ne présentent pas d'unité dans leur nature ou leur fonctionnement. On y trouve des établissements à but commercial, des initiatives citoyennes ou encore des communautés religieuses, de même que d'anciennes maisons de repos qui ont dû fermer, mais ont continué à accueillir.

Pour élargir les points de vue, nous avons été à la rencontre de l'une d'elles, Poverello. Il s'agit d'une communauté de vie d'origine caritative qui héberge essentiellement des personnes (hommes) de plus de 50 ans. C'est une SHNA qui ne semble pas, du point de vue des professionnel·les du secteur sans abri, particulièrement problématique et avec laquelle des collaborations existent.

À Bruxelles, l'activité de la communauté se déploie sur trois sites (entre 20 à 30 lits/site). Le séjour n'y est pas limité dans le temps. Certain·es résident·es y vivent depuis plusieurs années. Il s'agit de personnes « en bout de course », très isolées, qui ont vécu longtemps en rue et qui pour certaines, n'ont plus accès aux structures agréées pour des raisons qui tiennent entre autres, à des comportements débordants qui leur ont fermé toutes les portes (secteurs sans abri, santé mentale, addictions).

Parfois, ce sont des pertes de logements tardives ou des situations d'insalubrité critiques qui imposent un départ soudain, sans rien pour rebondir dans l'urgence. Pour certains, le relogement est hypothétique. L'entrée en maison de repos n'est pas une option souhaitée (pour les raisons déjà évoquées) ou même une réelle option quand la situation administrative exclut (quel que soit l'âge).

76. La Strada, Centre d'appui au secteur bruxellois d'aide aux sans-abris, les structures d'hébergement non-agréées en région bruxelloise : état des lieux, février 2012.

À Poverello, pas de travail ou d'accompagnement social, juste une présence qui se veut bienveillante et de la bonne volonté. Certain·es résident·es n'en attendent pas davantage, cherchant juste un peu de répit qui les éloigne de l'âpreté de la rue, dans un cadre communautaire, accessible financièrement (quelques euros/jour) et peu sollicitant.

Le personnel, lui, est bénévole et en nombre réduit, souvent démuni face à des profils complexes qui sont orientés par les hôpitaux, les services psychiatriques hospitaliers, contraints par des durées de séjour de plus en plus courtes et par l'absence d'alternatives dans le réseau officiel.

Troubles psychiatriques qui malmènent le quotidien du groupe, problématiques de santé qui exigent une assistance journalière impraticable… Une détresse humaine qui en vient à bousculer l'inconditionnalité de l'accueil.[77]

77. Rencontre avec un bénévole de la maison de Forest le 14 février 2025.

Agé·es, fragiles, dépendant·es… mais sans papiers

Sans titre de séjour, l'accès aux maisons de repos et soins bruxelloises est impossible. Des personnes diminuées dans leurs capacités fonctionnelles ou leurs fonctions cognitives du fait de l'âge, de la maladie, d'accidents divers (infarctus, thromboses…) n'ont d'autres perspectives de fin de vie que des structures totalement inappropriées à leurs besoins.

Le centre médicalisé du Samu social, qui n'est certainement pas le moins adapté, nous confiait accompagner des personnes dans des soins de type palliatif et déplorer plusieurs décès depuis 2023. Une réalité inédite pour les travailleur·ses, contraint·es à se former à des pratiques d'accompagnement de fin de vie.

Les équipes de la médihalte du Samu ne sont pas les seules à dépeindre les conséquences des politiques migratoires sur ces publics fragiles et en perte d'autonomie. Dans les centres de revalidation ou plus précisément dans le centre de revalidation de l'hôpital Saint-Pierre[78] – aucun·e intervenant·e social·e rencontré·e ne nous a vanté l'ouverture d'un autre centre aux personnes sans papiers – des patient·es séjournent depuis plusieurs années et y dépérissent.

Ce sont des patient·es pour lesquel·les l'hôpital n'est plus une nécessité, qui ont récupéré le potentiel récupérable en revalidation, tout en restant toutefois dépendant·es, parfois lourdement, de l'aide de tiers pour accomplir les actes de la vie journalière… La maison de repos parait alors la solution la plus juste et la plus digne pour envisager ce dernier cycle de vie.

On parle ici de patient·es gravement diminué·es. Il y a aussi des personnes sans papiers et/ou sans chez-soi qui quittent la revalidation pour la rue ou pour des dispositifs précaires, sans assistance médicalisée pourtant nécessaire. Un centre de revalidation est l'unité d'un hôpital avec ses impératifs et ses contraintes financières. Les durées de séjour n'y sont pas illimitées et doivent être justifiées médicalement. Là aussi, les services sont en saturation et les refus d'admission sont réguliers.[79]

Le séjour en revalidation de personnes sans titre de séjour est couvert dans le cadre de l'aide médicale urgente (AMU). Un passage (prolongé) par un service hospitalier coute très cher, de l'ordre de 15 000 à 18 000 euros/mois, bien plus qu'un hébergement dans un établissement pour ainé·es. Refuser de prendre en charge le séjour de nos ain·ées sans papiers en MR/S, est non seulement indécent mais constitue de surcroit, une aberration quant au cout supporté par la collectivité. Reste à savoir quelle autorité devrait assurer la couverture des frais d'hébergement en maison de repos. Les dépenses liées à l'AMU concernent l'assurance soins de santé, un dispositif fédéral, tandis que la prise en charge (complémentaire) des frais d'hébergement en maison de repos incombe aux CPAS. L'enjeu est là.

Dans le contexte actuel, les leviers d'action en faveur des personnes sans papiers, coincées en revalidation, sont minimes mais pas inexistants. En témoigne le jusqu'au boutisme de l'équipe sociale de la revalidation de Saint-Pierre qui a fait condamner des CPAS bruxellois à prendre à

78. Rencontre du 23 avril 2025 avec l'équipe sociale de la revalidation de Saint-Pierre.
79. Le centre de revalidation de l'hôpital Saint-Pierre compte trois services pour une capacité proche des 100 lits : revalidation psycho-gériatrique et cardio-vasculaire, neurologique et locomotrice et enfin, respiratoire. Saint-Pierre est très fortement sollicité pour des demandes d'admission en revalidation de patient·es précarisé·es.

leur charge le cout de l'hébergement en MR/S, permettant à quelques patient·es de quitter l'hôpital.

La démarche est longue et complexe comme toujours. Elle concerne une minorité de patient·es, les plus dépendant·es et exclusivement des ressortissant·es de pays tiers pour lesquels il n'existe aucune structure d'accueil, d'aide et de soins équivalente dans le pays d'origine, mais elle créée tout de même un précédent et de la jurisprudence. Et elle pourrait servir d'exemples à d'autres institutions, on pense notamment au centre médicalisé du Samu social, qui accueille pour partie, des profils similaires.

Du reste, nous sommes profondément heurté·es par le fait que ces personnes se voient – pour celles qui en ont fait la demande – refuser une régularisation pour raisons médicales (9 ter), alors que leur état de santé et de dépendance et l'absence de traitement adéquat dans leur pays d'origine le justifieraient.

Conclure

Le vieillissement des personnes en grande précarité, malades, « hors normes », sans papiers met en lumière les difficultés/l'absence de volonté de concrétiser des lieux de vie dignes à destination de tous·tes nos ainé·es, sans distinction. La maison de repos, peut-être bien malgré elle, occupe une place dans ce débat.

Il nous semble que la maison de repos intervient, dans bon nombre de situations, comme une option par défaut, défaut d'alternatives ou impensés au niveau institutionnel et sectoriel. Elle est rattrapée par ailleurs par l'absence d'effectivité du droit au logement, qui l'amène à accueillir des personnes dont les aspirations sont ailleurs.

La cohabitation n'est pas toujours simple ; ces publics interrogent le cadre, pensé d'abord comme un lieu de soins (gériatriques) plutôt que comme un lieu de vie. Les équipes sont bousculées (dans un métier déjà très éprouvant) par des pratiques ou des comportements individuels qui font désordre et peuvent d'ailleurs mener à l'exclusion.

La formation du personnel aux réalités du sans-chez-soirisme, de la rue ou encore de la santé mentale est une bonne chose. L'initiative de Senior Montessori s'inscrit dans cette dynamique d'ouverture bien qu'elle fasse figure d'exception.

Sur la question des addictions et des consommations, il y a certainement lieu d'assouplir/repenser le cadre (voir projet Montessori/Housing First). On a beaucoup parlé des résident·es de moins de 60 ans (dérogations), mais cette problématique se pose avec la même acuité pour les plus âgé·es. Le modèle de l'abstinence totale a vécu. Il est par ailleurs complètement hors de portée de certain·es consommateur·rices qui vivent depuis longtemps avec le(s) produit(s) et ne pourront jamais s'en passer. La réduction des risques parait alors une stratégie de santé bien plus respectueuse de la personne.

Cette pénurie de lieux d'accueil pour des publics avec un vieillissement précoce difficile est encore renforcée par les nouvelles dispositions qui ont été prises à l'égard de l'admission des moins de 60 ans. Plutôt que d'ouvrir des perspectives, on les restreint encore.

En parallèle des discussions sur l'évolution des maisons de repos, certain·es acteur·rices préconisent d'autres modèles de vie communautaire (pour les personnes qui ne souhaitent pas ou ne peuvent plus s'inscrire dans un projet de vie autonome), moins institutionnalisés, moins formels, sans limite de séjour, avec ou sans accompagnement. Dans un registre proche, un groupe de travail issu du secteur sans abri proposait, il y a une dizaine d'années, un cadre pour penser l'agrément (sans financement) de certaines SHNA, reconnaissant leur utilité, tout en pointant certaines dérives et le manque de contrôle sur leur fonctionnement. L'initiative n'a pas abouti.

Les personnes sans papiers âgé·es dépendant·es, sans perspective de régularisation, sont bloqué·es dans des lieux d'accueil inadaptés. La prise en charge de leur séjour en maison de repos devrait s'imposer et les CPAS financés en conséquence.

6. Des logement pour les personnes âgées hyperprécaires

Les pages qui précèdent montrent que les âgé·es, pauvres, avec parcours de rue, sont contraint·es de vivre dans des lieux inadéquats et/ou non souhaités. Ni les structures dédiées aux personnes sans chez-soi, ni l'hôpital, ni les maisons de repos ne semblent en capacité de prendre en charge et d'accompagner correctement les personnes vieillissantes, qui rencontrent des problèmes de santé, d'addictions et de santé mentale. La rue ne peut pas être leur seule option.

Certaines initiatives en logement tentent de faire face. Elles sont encore trop rares dans notre Région. La philosophie « Housing First », qui cible les personnes qui cumulent un long parcours de rue, des problématiques de santé mentale et d'addiction, répond aux besoins d'une partie des personnes sans abri vieillissant·es.

Le projet « Zorgwonen » s'adresse à un public qui présente des problématiques proches des candidat·es Housing First en y répondant aussi par le logement ; ses singularités tiennent au fait que les logements proposés sont spécialement adaptés aux personnes dont la mobilité est réduite et que l'attention est portée sur des personnes dont la santé physique est préoccupante.

La maison BILOBA huis, située dans le quartier Brabant, n'est pas aussi bas seuil que le Housing First. Pour autant, elle s'adresse à des personnes précaires, qui ont toujours été très mal logées, menacées d'expulsion ou expulsées. Elle leur permet de vivre dignement, enfin, après des parcours de vies extrêmement difficiles.

Le principal bémol de ces projets : le nombre de places restreint. Seconde limite : le prix et le non-accès aux personnes sans papiers. On ne cessera de le répéter, la régularisation reste la seule voie possible pour une vie décente. Dans l'immédiat, certains projets bricolent des solutions temporaires pour loger celles et ceux qui, l'âge avançant, ne peuvent plus travailler mais n'ont droit à aucune prestation sociale.

Housing First

Objectif : Accès immédiat au logement depuis la rue, sans étape intermédiaire (sevrage, maison d'accueil…), avec un accompagnement sur mesure, intensif et pluridisciplinaire.

Public-cible : Les personnes les plus éloignées du logement. Elles cumulent un sans-abrisme chronique, des problématiques de santé mentale et d'assuétudes.

Développement en Belgique :
– 2013-2016 : Phase-test dans 5 grandes villes. Évaluation positive puisque 90 % des personnes relogées sont parvenues à se maintenir en logement.
– Depuis 2016 : implémentation et développement des projets ; on compte 47 projets en Belgique en 2024

Financement : Fédéral pour la phase test (SPP intégration sociale), régional principalement depuis 2016 (3,6 millions d'euros en 2024 à Bruxelles).

À Bruxelles
7 opérateurs : les asbl Santé Mentale & Exclusion Sociale (SMES), Infirmiers de Rue (IDR), DIOGENES, New Samusocial (NSS), DUNE, Initiative Antonin Artaud (IAA) et DoucheFLUX.
300 places

Les locataires
– L'âge moyen des locataires se situe entre 45 et 50 ans selon les projets (à l'exception du projet du New Samu Social qui cible les jeunes entre 18 et 25 ans).
– Répartition par âge (uniquement pour IAA et DIOGENES pour lesquels les données sont ventilées par âge) : 20-39 ans : 29 % ; 40-19 ans : 33 % ; 50 ans et plus : 38 % ; 60 ans et plus : 9 %
– Iels ont passé 5 ans en rue en moyenne, selon des données des ASBL SMES et DIOGENES. 6 des 59 suivis de DIOGENES en 2024 avaient passé plus de 10 années en rue avant d'intégrer leur logement HF, plus de 20 ans même pour 3 d'entre eux.
– 62 % d'hommes et 38 % de femmes.

Les logements : 43 % de logement gérés par des AIS (+ 5 % modulaires) et 25 % des SISP (+ 8 % temporaires) ; les autres logements sont mis à disposition par des communes /CPAS, le Fonds du logement, des ASBL et des maisons de repos.

Maintien en logement : Entre 80 % et 90 % (données SMES et DIOGENES).

Sources : Ordonnance relative à l'aide d'urgence et à l'insertion des personnes sans abri, 14/06/2018 ; SMES, Rapport d'activités 2024 ; DIOGENES, Rapport d'activités H.F. 2024 ; Initative Antonin Artaud, Rapport Annuel 2024 ; IDR, Rapport d'activités 2024 ; DoucheFLUX, Rapport annuel 2023 ; DUNE, Rapport d'activités 2023. Le projet du New Samu Social qui concerne les 18-25 ans n'a pas été repris pour cette synthèse du profil des locataires et des logements H.F. ; Question écrite concernant la durée d'occupation des logements dans les projets Housing First, 26/10/2023 ; Question écrite concernant le nombre de logements dans le cadre du projet Housing First, 12/09/2023 ; Commission de la santé et de l'aide aux personnes, 13/04/2023 et IEB, Housing First, Bruxelles en mouvement n° 336, mai-juin 2025 ; Alain Maron & Barbara Trachte, CP : Face à la montée du sans-abrisme, des investissements et innovations sans précédent ont été réalisés, mais il faut aller plus loin, 23/04/2025.

La philosophie Housing First a, aujourd'hui, fait ses preuves. Elle permet de sortir durablement de la rue des personnes qui y ont vécu des années, des personnes pour qui aucune solution émancipatrice n'avait pu être pensée jusque-là. C'est la mise en logement et l'accompagnement social soutenu qui va leur offrir la sécurité, l'amélioration de l'état de santé (réduction des risques) et de la situation socio-administrative notamment, impensables sans chez soi. En s'adressant aux personnes chronicisées en rue, à celles qui cumulent les problématiques de santé, santé mentale et addictions, le Housing First répond assurément aux besoins des personnes vieillissantes, ou d'une partie d'entre elles du moins, dont nous avons détaillé les réalités dans les pages qui précèdent.

« *Ce sont des personnes qui se sont souvent fait virer d'une série d'endroits ou alors simplement qui n'y ont jamais accédé ou très peu de temps seulement, parce qu'il y a un cumul de problématiques. Les acteurs du secteur de la santé mentale ont du mal à fonctionner avec des personnes qui consomment des drogues, les acteurs du secteur drogues ont du mal à fonctionner avec des personnes qui sont délirantes par exemple… Le HF accompagne ces personnes car toutes les portes se sont fermées.* »[80]

80. Entretien avec Muriel Allart, SMES, 18 février 2025.

Les femmes représentent près de 40 % des personnes accompagnées en 2024 (données combinées du SMES, de DIOGENES et de IAA). Le SMES explique cette sur-représentation (en comparaison à la présence féminine en éthos 1 et 2) des femmes dans ses suivis par une attention particulière portée aux problématiques spécifiques qu'elles rencontrent en rue – les traumatismes liés à un partenaire violent et aux antécédents de viols principalement – supplémentaires aux troubles de la santé mentale et aux addictions.[81]

Par la souplesse de l'accompagnement psychosocial et par le travail en réseau, le projet vise le rétablissement de la personne. Il peut s'adapter aux besoins liés à la perte d'autonomie ou aux difficultés spécifiques rencontrées par les personnes vieillissantes (infirmier·ères à domicile, aides familiales…), avec les mêmes limites liées à la saturation du secteur que connaissent tous·tes les Bruxellois·es à bas revenus.

Le projet se veut bas seuil, avec une condition importante cependant : pour être éligible, il faut pouvoir assumer un loyer. Un loyer modéré certes, mais un loyer tout de même. La plupart des locataires perçoivent le RIS (ou d'autres allocations sociales). Les personnes sans papiers sont donc, *de facto*, exclues du dispositif. Deux projets permettent le relogement de quelques « non-payeur·ses » via des conventions d'occupations précaires. Les projets « Issue » et « Sorocité » profitent de logements sociaux en attente de rénovation pour proposer des solutions de relogement[82] à celles et ceux qui ne disposent pas de revenus (iels peuvent être exonéré·es de contribution financière, pris·es en solidarité) et/ou qui ne peuvent pas conclure de bail auprès des opérateurs publics.

Solution pragmatique certes, elle rappelle combien les personnes sans papiers sont limitées à de « pseudos solutions » exclusivement, toujours par défaut, toujours précaires. Sans revenu, impossible de mener une vie

81. Le SMES regrette que les femmes victimes de violences conjugales sans abri, hébergées au Samu Social, ne puissent pas bénéficier de l'attribution dérogatoire au logement social (art. 36) parce qu'elles n'ont pas séjourné en maison d'accueil ; les maisons d'accueil étant les seules habilitées à conventionner avec les SISP dans ce cadre. SMES, Rapport d'activités 2024, p. 60.

82. Le caractère temporaire du relogement n'est pas toujours problématique car dans les projets HF, les pertes de logements, relogements successifs et déménagements sont assez fréquents : « *Il est prévu dans la méthodologie Housing First qu'une personne puisse avoir besoin de plusieurs logements successifs pour arriver à se stabiliser. La perte d'un appartement n'est pas vue comme un échec mais une source d'apprentissage (…). Les déménagements sont également la conséquence de baux de plus en plus courts que les AIS proposent et des conventions d'occupation précaires ou temporaires. Comme le bail ne garantit pas la continuité du logement, c'est le projet qui assume cette responsabilité en proposant un autre appartement.* » SMES, Rapport d'activités 2024, p. 75.

digne. Quand bien même le loyer serait couvert, comment assumer les autres dépenses ?

Zorgwonen

Le projet : 7 appartements/studios indépendants, destinés à des personnes seules ou à des couples, accessibles et adaptés aux PMR. L'immeuble compte également une salle et une buanderie communes.

Localisation : l'immeuble est situé en centre-ville, à proximité des services, notamment sociaux.

Public-cible : personnes très isolées avec parcours de rue, pour certaines porteuses d'un handicap, qui ont besoin de soins, de traitements et d'appartement adapté à une mobilité réduite. Les habitant·es sont autonomes.

Partenaires : Maison de la Paix ASBL (Puerto) et CAW De Schutting pour l'accompagnement des habitant·es, en collaboration avec le secteur sans-abris, le secteur médical (infirmier·ères à domicile notamment) et les aides familiales.

AIS BAITA **pour la gestion locative**

Sources : entretien avec les travailleuses de l'asbl « Huis van Vrede – Maison de la paix » et du CAW De Schutting, le 23 juillet 2025, rapport annuel Huis van Vrede – Maison de la Paix, 2024.

Le public accueilli dans l'immeuble a beaucoup de points communs avec le public Housing First : grandes vulnérabilités individuelles, assuétudes parfois, parcours de rue, problématiques de santé mentale entre autres. La philosophie du projet rejoint également les principales lignes de force du Housing First : à partir du logement, tout mettre en œuvre pour que le·la locataire s'y maintienne et travailler à améliorer sa qualité de vie et son bien-être au quotidien.

Singularité du zorgwonen : les logements sont adaptés aux pertes de mobilité. Les personnes sans abri dont la santé décline, qui nécessitent des traitements médicaux incompatibles avec la vie en rue, dans les centres d'urgence voire dans certaines maisons d'accueil sont identifiées par les travailleur·ses sociaux·ales du secteur sans-abris et proposées aux services – « Huis van Vrede-Maison de la Paix » et « CAW De Schutting » – qui attribuent les logements et se chargent de l'accompagnement. Si l'âge n'est pas un critère d'attribution, la plupart des résident·es sont âgé·es et ont, derrière eux, un parcours de rue, souvent long, qui a fortement entamé leur santé.

Les locataires sont accompagné·es sur le plan individuel par « Huis van Vrede-Maison de la Paix » ou par « De Schutting », avec une attention particulière portée sur la santé et le suivi des soins. Le travail en réseau est essentiel pour le public-cible. Les partenariats sont multiples pour accompagner le quotidien des locataires : soins infirmiers, suivi médical, aides familiales, aides ménagères, avec l'appui des services de « Familiehulp » notamment, dont les tarifs évoluent avec les revenus des personnes aidées. Ce réseau d'aide et de soins étoffé permet de garantir le maintien à domicile le plus longtemps possible pour les plus âgées, même quand l'autonomie vient à diminuer.

Second partenaire essentiel : l'AIS BAITA, gestionnaire du bâtiment, qui délègue les attributions aux services d'accompagnement. Ce partenariat a des implications sur le travail social pour garantir le maintien en logement : le paiement du loyer est toujours garanti, soit par un administrateur provisoire, soit grâce à la guidance budgétaire..

Zorgwonen n'est pas un habitat collectif, les 7 logements sont totalement indépendants. Pour autant, la veille des voisins et des professionnel·les qui se rendent régulièrement dans l'immeuble permet toujours d'alerter en cas de crainte relative à l'état d'un·e habitant·e.

Maison Biloba Huis

Le projet se décline en 3 axes :
– 15 logements sociaux réservés aux plus de 60 ans (disposant d'une chambre, un salon, une cuisine, une salle de bain avec une toilette) et des espaces partagés (la cour, une salle communautaire, une buanderie, une cuisine) ;
– Un centre de jour qui accueille une soixantaine de senior·es agé·es de 60 à 90 ans ;
– Un réseau d'entraide, « CitiSen », qui a pour objectif d'aider les senior·es à identifier les ressources existantes pour rester à domicile le plus longtemps possible dans de bonnes conditions.

Localisation : La maison se situe à Schaerbeek, dans le quartier Brabant, à proximité de la gare du Nord. Un quartier populaire, multiculturel (importante population d'origine marocaine et turque principalement), commerçant, dense, au bâti ancien, peu entretenu, souvent subdivisé sans autorisation. La prostitution et le deal sont présents dans le quartier[83].
Le projet est intégré au quartier, les personnes qui participent aux activités du centre de jour et qui intègrent les logements sociaux vivent/ont vécu/fréquentent le quartier.

Partenaires fondateurs :
– La Maison Médicale Nord, EVA bxl, Aksent vzw et l'asbl Services Sociaux des Quartiers (qqs) 1030.
– Ensemble, ces structures ont fondé la coopérative EMMA (2009), propriétaire du lieu.
– Les logements sociaux ont été rénovés par la SLRB et sont gérés par le Foyer Schaerbeekois.

Origine du projet : Dans les années 2000, les fondateurs·rices font le constat que rien n'est pensé pour les personnes issues de l'immigration, du quartier, qui vieillissent. Avec elles et leurs familles, iels identifient les besoins et développent un projet pour y répondre : un lieu de vie qui ne soit pas une maison de repos, accessible financièrement, respectueux des modes de vie, origines et convictions, avec une dimension collective.

Pour concrétiser, la coopérative EMMA achète un bâtiment situé rue des plantes, la SLRB le rénove (modèle partenariat-public-privé) et la SISP le foyer Schaerbeekois prend en charge la gestion. Le bâtiment est inauguré en 2016.

Habitant·es : Personnes (ou couples) de plus de 60 ans, disposant d'un faible revenu (barèmes du logement social), faisant état d'un lien avec le quartier et d'une relative autonomie.

Sources : Entretien avec Nathalie Parmentier, coordinatrice, et Aurélie Alcouffe référente habitant·es de la maison Biloba huis (28/11/2024) ; « Au Bonheur des vieux », Imagine, mai-juin 2023, pp. 76-80 ; « Maison BILOBA Huis, un lieu où vieillir dignement », La Mauvaise Herbe, revue de l'Université Populaire d'Anderlecht (UPA), septembre 2021, pp. 30-33 ; « Biloba : carrefour de cultures pour mieux vieillir», Alter Echos, mai 2016.

Le public accueilli au sein de la maison Biloba n'est pas exactement le même que celui suivi dans le cadre du Housing First. Pour autant, il s'agit de personnes précaires, dont les revenus et dont les parcours de vie et de logement ont été particulièrement chaotiques.

« *Des logements insalubres, il y en a énormément. En fait, toutes les candidatures ou presque (…) concernent des logements insalubres, voire des personnes qui n'ont pas de domicile. Ce sont des personnes qui, à 60 ans, ont été arrachées 1000 fois, au travers de parcours migratoires, mais pas que. Elles ont aussi dû aller de logement en logement, parce qu'il est détruit, parce qu'il y a eu une expulsion, parce que la famille s'agrandit, parce que la famille se rétrécit… En fait, les personnes ont l'habitude de se débrouiller dans l'urgence et ce que l'on espère quand elles viennent habiter ici, c'est qu'elles soient un peu tranquilles.* » (Aurélie Alcouffe, référente logement chez Biloba)

« J'habitais pas loin d'ici, je payais un loyer énorme. Il y avait plein d'humidité, tout le temps. Je demandais au propriétaire de faire le nécessaire, mais il ne faisait rien. Avec tout ça, mon loyer, l'humidité, je n'arrivais plus non plus à monter les escaliers, j'ai reçu une chance, un rez-de-chaussée ici, à Biloba. »

Angélique, 73 ans, locataire Biloba

83. Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse et Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2024), Zoom sur les communes : Schaerbeek, Région de Bruxelles Capitale et Vivalis.Brussels et ERU, Charte d'urbanisme. Rue de Brabant. Diagnostic, aout 2008.

Certaines des locataires ont abouti à la maison BILOBA après une perte de logement (fin de bail ou expulsion)[84].

La maison BILOBA accueille un public précaire, mal logé et âgé. Elle est ainsi une alternative à l'insalubrité. Discriminé·es sur le marché du logement par leurs revenus, par leur âge, par leur origine, par la combinaison de ces trois facteurs, les locataires de Biloba ont toutes et tous été contraint·es à accepter de mauvais logements et des conditions de vie indignes durant leur parcours locatif.

« Je suis locataire dans le privé. Heureusement, pour l'instant, c'est un bon propriétaire qui me fait un bon prix. Je viens d'un mauvais divorce où j'ai tout perdu. Et j'ai dû malheureusement rester pendant 8 mois dans ma voiture à me débrouiller. Et ensuite, chance pour moi, ce propriétaire parquait sa voiture juste en face de la mienne. De temps en temps, il m'apportait une tasse de café, on discutait et, un beau jour, il est venu me dire : « *ça t'intéresse un studio ? Je te le laisse à 325 € + charges vu ta situation* ».

Je viens de 1268€ de CPAS. Maintenant, je suis article 60 à Biloba, je gagne 2 000 €. Mais ça va retomber, mon contrat s'arrête bientôt et je dois aller au chômage pendant 3 ans encore avant la pension. Ça va être dégressif, je vais tomber à 1 750 puis, 1 350 la première année. Après, j'ai encore 2 ans avant la pension, je vais tomber à 1 100, je vais donc devoir faire appel au CPAS pour atteindre le minimum vital.

Pour la pension, j'aurai 475 euros, parce que j'ai 20 ans de travail au noir malheureusement. J'ai fait pendant 20 ans, le chauffeur de taxi privé pour toutes les filles de la rue d'Aerschot. Je connais très très bien le quartier.

Je sais où je vais et ça ne va pas être glorieux. Quand j'aurai ma pension, je devrai faire appel à la GRAPA, mais je ne pourrai plus partir quand je veux.

Je suis depuis 12 ans sur la liste des logements sociaux, les isolés doivent attendre plus de 10 ans pour avoir une place. Il faudrait avoir des priorités

84. L'Air du temps, Nathalie, Dominique et Thérésa : la Maison Biloba Huis à Schaerbeek, RCF Bruxelles, 24/05/2023

à partir d'un certain âge, parce que tu attends, tu attends, et le jour où on te propose quelque chose, tu es décédé…

Je suis inscrit aux logements sociaux et j'attends une place à Biloba, pas parce que mon loyer est trop élevé maintenant, non, mais je dois prévoir mon avenir. Admettons que demain – puisque maintenant les nouvelles lois veulent que les propriétaires changent leur châssis – admettons que mon propriétaire, il n'a pas envie de faire ces frais et il décide de vendre. Je vais devoir chercher un autre appartement maintenant, la plupart des appartements sont à 800 minimum. Maintenant ça va, je suis avec le salaire que j'ai, mais je sais très bien que ce salaire ne restera pas. Je risque donc de me retrouver alors à ne plus savoir payer un loyer, et donc retour à la gare de départ : la voiture ou dehors. »

Pascal (Prénom d'emprunt), 62 ans,
travailleur (art. 60) et candidat-locataire à la maison Biloba huis

Biloba permet aussi d'éviter un placement précoce et/ou non souhaité en maison de repos qui s'impose parfois après une perte de logement lorsque l'on est isolé·e, lorsque l'on dispose de bas revenus et qu'aucune solution de relogement accessible ne se dégage.

Les logements de la maison Biloba sont attribués sur base des critères âge/revenus et lien avec le quartier. Une dimension prépondérante dans la genèse du projet qui ciblait les personnes âgées issues de l'immigration, qui avaient leurs repères dans le quartier et pour qui la maison de repos ne faisait pas partie de la culture. La sélection se fait aussi en fonction de l'origine pour garantir une mixité culturelle (pas plus d'1/3 d'habitant·es d'une même culture).

Troisième critère d'attribution des logements : être autonome. Sur le plan architectural, les logements sont adaptés aux pertes de mobilité. Mais, à Biloba, point s'assistance 24 h/24 comme c'est le cas dans les maisons de repos. Les locataires vivent seul·es dans leur appartement, certain·es avec l'aide de services extérieurs qui viennent à domicile (médicaux ou familiaux). Le réseau CitiSen est un maillon essentiel pour mettre en lien les habitant·es et les services ad hoc. Les travailleuses de l'asbl veillent sur les locataires, elles peuvent alerter lorsqu'elles constatent une dégradation inquiétante de l'état de santé de l'un d'eux ou de l'une d'elles.

Ce que propose l'asbl, c'est l'accessibilité aux services sociaux grâce à des permanences sociales dans les murs. Mais aussi des activités conviviales pour rompre l'isolement dont souffrent certain·es locataires (au centre de jour et dans les espaces partagés des habitations sociales). Aucune obligation d'y participer, mais l'activité incite souvent à sortir de chez soi [85].

Depuis 2024, Biloba peut compter sur une travailleuse sociale qui accompagne les habitant·es individuellement mais aussi sur le plan collectif. Travailler la cohésion sociale avec des personnes très précaires, qui connaissent d'importantes fragilités et usures, qui rencontrent parfois aussi des problématiques de santé mentale (dépression et troubles cognitives en évolution), ou font état d'une grande méfiance, justifiée par les injustices vécues par le passé, reste un défi [86].

Lorsqu'un appartement se libère, une vingtaine de candidat·es postulent. Ici encore, l'offre peine à répondre à la demande. La liste des projets « alternatifs » s'étoffe très progressivement, bien que l'on parle encore de phase pilote pour certains d'entre eux, et les défis en termes d'accessibilité, de vivre ensemble et de financement sont importants [87].

Des initiatives porteuses à renforcer

Les projets commentés proposent un cadre suffisamment souple que pour accueillir les personnes exclues ailleurs et leurs problématiques. Bien que les philosophies et modes de fonctionnement diffèrent, ils se rejoignent sur plusieurs points et ont des besoins similaires pour se développer.

Le premier : du logement abordable. L'accès au logement est central. Pour les profils âgés et précaires, le loyer doit être bas, le logement qualitatif et la sécurité assurée. Le logement social joue un rôle central dans ces deux projets, les AIS également. Le plaidoyer du RBDH en faveur de la production massive de logement social répond aux attentes d'un public âgé et fragilisé [88]. Nous défendons également l'ouverture des parcs de logements publics aux personnes sans titre de séjour (à défaut de régularisation).

85. « Au Bonheur des vieux », Imagine, mai-juin 2023, pp. 76-80.
86. Entretien avec Nathalie Parmentier, coordinatrice, et Aurélie Alcouffe référente habitant·es de la maison Biloba huis (28/11/2024)
87. La Région finance certains projets alternatifs. CF Iriscare, Iriscare finance des alternatives aux maisons de repos, en ligne.
88. Voyez également RBDH, Ainé·es à Bruxelles : revenus, logement et mobilités résidentielles. Des singularités régionales, décembre 2024, p. 26.

Deuxième ligne de force : les moyens humains. Pour remplir leur rôle et accompagner les personnes en fonction de leurs besoins, les travailleurs·euses sociaux·ales doivent avoir du temps à consacrer à chacune d'elles. L'accompagnement social est particulièrement intensif dans le HF, c'est d'ailleurs un des facteurs qui explique le succès du programme. Faire évoluer les subsides pour l'accompagnement permettrait de répondre à plus de demandes (le nombre de profils HF éligibles est bien supérieur aux 300 suivis actuels à Bruxelles) ; le cout d'un relogement durable étant toujours inférieur à celui des services proposés aux personnes sans abri [89].

Enfin, il est essentiel de miser sur la prévention. La perte du logement est une cause majeure de sans-abrisme. Chez les personnes âgées aussi. Le projet Biloba accueille des personnes expulsées, sans espoir de relogement ailleurs, si ce n'est en maison de repos. Rappelons qu'aucune protection n'est prévue dans le bail bruxellois pour éviter l'expulsion aux plus âgé·es, contrairement à d'autres législations voisines. En France, les personnes de plus de 65 ans ne peuvent être expulsées de leur logement si elles répondent à certains critères, notamment des ressources limitées et l'absence de solution de relogement adaptée. Notre Région gagnerait à s'en inspirer.

89. DULBEA et le Syndicat des immenses, Le sans-chez-soirisme : suite ou fin ? Rapport final, 18 juillet 2022.

Conclusion

Nous avions pour objectif de sonder une réalité particulièrement alarmante sur le plan humain, social et sanitaire, celles des personnes âgées et vieillissantes sans chez-soi. Qui et combien sont-elles ? Où sont-elles hébergées ? Quelles difficultés spécifiques présentent-elles et comment y répondre ?

Nous sommes parvenu·es à lever une partie du voile, non sans peine. En cause, des données parcellaires, inexploitables, voire inexistantes. Les personnes sans chez-soi ne sont que partiellement représentées dans les bases de données administratives. Il faut mobiliser d'autres sources pour toucher les exclu·es. Depuis 2008, la Région (Bruss'help) dénombre les personnes sans chez-soi sur son territoire. La méthodologie et les résultats progressent et s'affinent année après année. Le rapport 2024 est bien plus qu'un simple comptage. Il donne des informations précieuses sur les profils et parcours des personnes sans chez-soi, mais la dimension âge ne fait pas l'objet d'un examen particulier. On le déplore.

Nous plaidons ardemment pour documenter cette réalité, aujourd'hui invisibilisée. Il faut pouvoir prendre la mesure d'une telle problématique humanitaire – la vie des personnes est en jeu – pour identifier et mettre en œuvres des réponses sociales adaptées.

Que savons-nous de la présence des plus âgé·es dans les différentes catégories ethos ?

Ce sont les données du Samusocial qui nous renseignent sur leur présence en rue et dans les centres d'urgence (ethos 1 et 2).

En rue, les classes d'âge et de genre les plus représentées, ce sont les jeunes hommes. Ils sont, la plupart du temps, demandeurs d'asile ou sans papiers ; la politique migratoire est la cause de leur extrême précarité. Pour autant, **les plus âgé·es sont également en rue de manière significative : 1/4 des personnes rencontrées par la maraude a plus de 50 ans, 1/10 a plus de 60 ans.** Iels sont, dans 80 % des cas, en séjour régulier.

Ces proportions sont d'autant plus alarmantes que l'on sait leur état de santé déclinant. L'espérance de vie en rue est basse ; l'état de santé, physique comme mental, se dégrade rapidement avec le temps passé en rue ; l'accès aux soins y est difficile et les prises en charge médicales tardives. Ces considérants doivent mener à une attention singulière.

Dans les centres d'urgence, comme en rue – les publics sont partiellement les mêmes –, on retrouve majoritairement des jeunes migrants. **Les plus âgé·es** y sont également hébergé·es, dans des proportions proches de celles de la rue. Iels **se distinguent par des durées de séjours plus longues.** Ceci témoigne d'une forme de chronicité en rue (les nuitées ne sont pas forcément consécutives) ; mais aussi de la nécessité de « protection renforcée » dont iels ont besoin. Cette « protection » se traduit par des reports de nuits (dépasser les quelques nuits de répit) dans des centres d'urgence, qui n'ont cependant pas pour vocation d'héberger sur le moyen terme.

Le centre pour personnes vulnérables du Samu (médihalte et pôle fragile) est difficilement comparable aux autres centres d'urgence pour femmes et pour hommes isolé·es. Les durées de séjour y sont beaucoup plus longues. Le profil des hébergé. es tranche aussi, particulièrement au pôle fragile où 7 hébergé·es sur 10 ont plus de 50 ans, et 3/10 plus de 65 ans. L'âge est un indicateur de fragilité. Néanmoins, la capacité du centre est insuffisante que pour accueillir tous. tes les plus âgé·es.

Le Samu constate un allongement des durées de séjours des personnes vulnérables – accentuant encore la pression sur le centre – qui témoigne de la détérioration de l'état de santé du public (convalescences plus longues à la médihalte) et des difficultés accrues à trouver une solution d'hébergement adaptée pour quitter le centre. Pour les personnes sans titre de séjour, le Prince de Liège est certes un lieu de convalescence et de rétablissement, mais aussi une impasse. Elles n'ont accès à aucun autre dispositif d'hébergement ou de soins, mais leur retour en rue serait fatal. Pour les mêmes raisons, certain·es personnes sans papiers sont aussi coincé·es dans les services de revalidation hospitaliers.

Que ce soit dans les maraudes ou dans les centres, les effectifs par classes d'âge diminuent sous l'effet du vieillissement. Il y a des décès prématurés certainement, mais peut-être aussi qu'une partie du public âgé a pu quitter l'extrême précarité pour des solutions d'hébergement plus stables, plus en phase avec ses besoins ou a trouvé un logement. Est-ce une réalité ?

Les maisons d'accueil (Ethos 3) comptent très peu de personnes âgées : moins de 5 % du public a plus de 60 ans (maisons COCOF). Un faible taux qui s'explique en partie par le cadre réglementaire – les maisons d'accueil poursuivent un objectif d'autonomisation que certaines estiment ne pas pouvoir rencontrer chez les publics plus âgés – et par le cadre du personnel, qui n'est pas formé aux problématiques liées au vieillissement. Rappelons également que certaines maisons d'accueil

ciblent, par leur histoire et/ou par leur projet pédagogique, des publics jeunes dont les besoins sont également criants.

Il est impossible d'apprécier la présence des personnes vieillissantes dans les autres catégories ethos, faute de données. On ne sait, par définition, pas grand-chose des structures informelles et du public qu'elles accueillent. Les plus âgé·es sont certainement présent·es en squats, dans les structures d'hébergement non agrées, chez les tiers... Mais dans quelle proportion ? Et surtout, dans quelles conditions ?

Nous avons pu isoler Povorello, une communauté religieuse qui a fait le choix d'héberger les personnes de plus de 50 ans exclusivement à Bruxelles. L'intention est d'offrir du répit aux plus âgé·es par un cadre sécurisé, communautaire, accessible financièrement et très peu sollicitant. Rien de plus, rien de moins.

Deux autres pistes ont été évoquées : les maisons de repos et, évidemment, l'accès à un logement pérenne.

Souvent, **la maison de repos est une solution par défaut**. Les aspirations des personnes sans chez-soi ne sont pas tournées vers les maisons de repos, pas plus que parmi la population générale d'ailleurs. Peut-être encore moins même, compte tenu de leur âge (l'entrée en maison de repos est précoce pour les plus précaires), de la rigidité du cadre et du cout de l'hébergement (qui ne laisse de la place pour aucune autre dépense). De leur côté, les maisons de repos ne font pas toujours preuve d'ouverture vers le public sans chez-soi, en proie à des problématiques de santé mentale et d'addictions souvent ; leurs comportements pouvant inquiéter des équipes peu habituées.

Par contre, l'entrée en maison de repos devrait pouvoir s'imposer lorsque l'état de santé se détériore et que l'autonomie n'est plus, comme c'est le cas pour la population générale encore une fois. L'absence de papiers en règle bloque encore, condamnant alors les sénior·es aux centres d'urgences et/ou unités hospitalières.

En matière de relogement, des initiatives porteuses existent (Housing First, Zorgwonen ou Biloba notamment), elles méritent d'être soutenues par les autorités et étendues par la mise à disposition de logements abordables/publics et par la subsidiation de l'accompagnement à la hauteur des besoins.

« Le logement fait partie du traitement, et c'est un élément majeur pour la survie et à terme pour la santé.

Parce que justement on y trouve : de l'intimité pour se soigner ; la sécurité ; l'abri pour les conditions climatiques ; une meilleure qualité du sommeil et de l'alimentation ; l'hygiène est facilitée ; le suivi médical également ; une augmentation de l'estime de soi, et, à terme, la diminution des addictions ; etc.

Les avantages pour la santé de la personne sont clairs et nets. »

Pierre Ryckmans, Infirmiers de Rue

Une vie à habiter

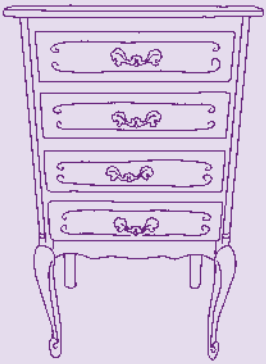
Une installation sonore pour prolonger la réflexion

Dans une société où la population vieillit et où les enjeux du logement deviennent cruciaux pour garantir une vieillesse digne, choisie et sécurisante, l'installation interactive Une vie à habiter propose une approche sensible, originale et collaborative pour aborder cette question souvent taboue.

Le RBDH œuvre pour la défense et la concrétisation du droit au logement pour toustes à Bruxelles, avec une attention particulière pour les personnes vulnérables. Chaque année, il publie une étude (et une dizaine d'analyses) afin d'outiller les acteurices du secteur et sensibiliser le grand public. En 2024 et 2025, les études mettent l'accent sur les difficultés rencontrées par les personnes âgées précarisées pour accéder à un hébergement ou à un logement réellement adapté à leurs besoins.

Afin de rendre ces enjeux sociétaux plus concrets et humains, **le RBDH développe également des outils pédagogiques et culturels d'éducation permanente**, pour en assurer une diffusion toujours plus participative et autonome.

L'installation sonore interactive « Une vie à habiter » a pour ambition d'encourager le grand public à s'interroger sur l'enjeu du logement pour les personnes âgées, en partant de récits de vie concrets, pour certains particulièrement âpres, mis en lumière au travers de 4 portraits croisés. Elle vise à stimuler une citoyenneté active et critique, en installant un espace d'écoute et de dialogue sur un sujet qui nous concerne toustes, individuellement et collectivement.



Les quatre portraits croisés sont également disponibles via notre podcast « Au micro du RBDH ».