

MINISTÈRE DE LA RÉGION WALLONNE

Conférence Permanente du Développement Territorial

RAPPORT FINAL DE LA SUBVENTION 2003-2004
Septembre 2004

Thème 3.3

**BESOINS ET OFFRE SOCIALE ET SANITAIRE AU
TRAVERS D'UNE APPROCHE GLOBALE ET
TERRITORIALE**

**Université Libre
de Bruxelles
GUIDE
(ULB)**

**Université Catholique
de Louvain
CREAT
(UCL)**

**Université
de Liège
LEPUR
(ULg-FUSAGx)**

Pilote 3.2 – 3.3 – 3.4

GUIDE-ULB : Dominique-Paule Decoster

Chef de service 3.3

LEPUR-ULg : Quentin Michel

Chargé de recherche

LEPUR-ULg : Sophie Hanson

THEME 3.3 : BESOINS ET OFFRE SOCIALE ET SANITAIRE AU TRAVERS D'UNE APPROCHE GLOBALE ET TERRITORIALE

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE.....	4
CHAPITRE I : RÉPARTITION DES COMPÉTENCES, INVENTAIRE ET ANALYSE COMPARATIVE : BILAN.....	7
1. RÉPARTITION DES COMPÉTENCES.....	7
2. INVENTAIRE	7
3. ANALYSE COMPARATIVE DES OUTILS DE L'INVENTAIRE.....	8
3.1 <i>Identification de doubles emplois</i>	9
3.2 <i>Identification de synergies</i>	12
CHAPITRE II : ESSAI DE CARTOGRAPHIE.....	20
1. MÉTHODOLOGIE.....	20
2. OUTILS CARTOGRAPHIÉS.....	21
CHAPITRE III : ETUDE DE CAS : ANALYSE SOCIO-SANITAIRE DE LA COMMUNE DE HUY	29
1. INTRODUCTION	29
2. MÉTHODOLOGIE.....	29
3. PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE LA COMMUNE DE HUY.....	30
3.1 <i>Contexte géographique</i>	30
3.2 <i>Contexte socio-économique</i>	36
4. ÉTUDE DE CAS.....	38
4.1 <i>Carte d'identité socio-sanitaire de Huy</i>	38
4.2 <i>Analyse des institutions sociales et sanitaires hutoises</i>	39
BIBLIOGRAPHIE.....	42
ANNEXES	46

PRÉAMBULE

Une répartition territoriale optimale des institutions de soins et de services sociaux consiste en une des préoccupations les plus importantes du Gouvernement wallon. En effet, dans les documents relatifs à la politique qu'il désire mettre en œuvre à savoir le Contrat d'Avenir pour la Wallonie (CAW) ou encore le schéma de développement de l'espace régional (SDER), des ambitions spécifiques au domaine de l'action sociale et de la santé y ont été inscrites. Elles ont été confirmées par le Contrat d'Avenir Actualisé (CAWA) et les déclarations de politique régionale (DPR de 1999 et de 2004).

Parmi les différents aspects couverts par le CAW, un volet social, comprenant plusieurs objectifs à réaliser dans ce domaine, est envisagé. Plus précisément, neuf actions y sont énumérées dont :

- la prévention et la sécurité ;
- l'égalité des chances ;
- le surendettement ;
- les personnes handicapées ;
- la santé et les services sociaux ;
- les CPAS en vue d'établir un parcours de réinsertion socio-professionnelle cohérent ;
- les personnes âgées¹.

Plus précisément, selon le CAW, « le gouvernement se propose de développer une politique de santé intégrée et coordonnée et de garantir l'accès aux soins pour tous les citoyens, y compris en terme de proximité géographique en favorisant l'offre de soins primaires. Il coordonnera les dimensions sociales et sanitaires, établira une approche transversale de l'offre de soins (...) »². Les liens sociaux qui y sont décrits envisagent donc aussi l'aspect sanitaire. Le CAWA précise ces actions notamment dans le domaine de la politique du troisième âge (favoriser la mise en réseau des acteurs de soins à domicile,...), des personnes handicapées (diversification des solutions d'accueil, d'hébergement et d'accompagnement) et de l'action sociale (tout comme dans le cadre des personnes âgées, favoriser la mise en réseau en matière d'accompagnement des personnes en grande précarité sociale ou d'assuétudes,...)³.

Le lien entre développement territorial et politique socio-sanitaire est établi par le SDER dans la mesure où l'un des buts essentiels du développement territorial est d'apporter une réponse aux besoins primordiaux des habitants⁴. Cet objectif est dicté par le principe de cohésion sociale et économique basé sur une solidarité raisonnée entre territoires comme entre personnes⁵. La première implique avant tout une attention aux besoins fondamentaux non rencontrés de la population (notamment ceux des personnes handicapées ou des personnes à mobilité réduite). La seconde suppose une stratégie de collaboration impliquant que les territoires qui détiennent davantage de ressources, dans quel que domaine que ce

¹ CAW, pages 157 et suivantes, Partie III, les actions du Gouvernement matière par matière. Les autres actions sont le développement local de proximité et les infrastructures sportives, dans la mesure où elles présentent moins d'intérêt dans le cadre de cette recherche, elles sont mentionnées à titre indicatif.

² CAW, page 163.

³ CAWA, pages 34 et 35.

⁴ SDER, pages 10 et 121.

⁵ SDER, page 10.

soit, acceptent de mettre une partie de celles-ci à la disposition de ceux qui en ont le moins⁶. La mise en réseau des acteurs sociaux et sanitaires permet de concrétiser cette cohésion territoriale.

Le cadre de vie peut avoir des répercussions sur la réponse à apporter aux besoins des habitants. En effet, ce dernier peut présenter des caractéristiques positives ou négatives résultant pour une grande part de la façon dont l'aménagement de l'espace a été conçu et géré. Le SDER stipule que sur le plan qualitatif, des disparités et des carences se font sentir du fait de la modification des caractéristiques de la population (notamment le vieillissement) et des modes de vie, de situations économiques de plus en plus difficiles pour certaines personnes (chômage, endettement) et de problèmes de mixité de populations mal vécus (sentiments d'insécurité et de violence)⁷. Le SDER conclut que ces écarts semblent s'accroître au sein de la population. Ils s'expriment notamment par des déséquilibres entre la satisfaction de la demande et l'offre disponible et/ou accessible et en particulier en ce qui concerne les équipements et services divers (soins de santé notamment) qui ne répondent pas toujours à la demande quant à leur capacité, qualité ou localisation⁸. L'une des options du SDER est par conséquent de répondre aux besoins en équipements et services. Le SDER propose des mesures en vue de concrétiser cette orientation comme par exemple programmer les équipements et services publics, éviter les doubles emplois et être attentif à leur accessibilité⁹.

Le programme de travail 2002-2005 de la CPDT a été établi dans cette optique puisqu'il stipule, à l'instar du CAW et du SDER, que la répartition territoriale optimale des services sociaux et sanitaires (définis comme étant l'ensemble des soins et services contribuant à l'intégration et l'autonomie des personnes¹⁰ ainsi que les pôles de coordination) consiste en un enjeu important. Elle doit être adaptée aux besoins et pratiques de leurs bénéficiaires. De même, les politiques favorisant l'intégration et l'autonomie des personnes doivent être envisagées par une approche globale et articulée. Le but de cette étude est, in fine, d'obtenir une cartographie articulant, à des notions pertinentes de territoire, des facteurs et éléments tels que les déplacements « naturels » des personnes, la fréquentation des services, des indicateurs de besoins (revenus, âge,...). En outre, il s'agira de déterminer « des outils conceptuels et opérationnels par rapport à la définition de zones d'intervention et de coordination pertinentes (permettant par exemple de cerner la pertinence de découpages institutionnels existants) ainsi qu'à la localisation et la programmation de soins et services »¹¹.

⁶ SDER, page 10.

⁷ SDER, page 121.

⁸ SDER, page 121.

⁹ SDER, pages 177 et 178.

¹⁰ Incluant tant les structures établies dans le cadre de la politique du troisième âge (maisons de repos, résidences-services,...) que celles instituées dans le cadre de la politique de dispensation des soins (hôpitaux, hôpitaux psychiatriques, services d'aide et de soins à domicile,...) ou encore tout ce qui concerne l'accueil et l'hébergement des personnes en difficultés sociales.

¹¹ MRW, CPDT, Programme de travail 2002-2005, Thème 3.3 : Besoins et offre sociale et sanitaire au travers d'une approche globale et territoriale.

Pour les subventions 2002-2003 et 2003-2004, la recherche s'articule en trois étapes :

- la réalisation d'une analyse du partage des compétences afin d'identifier les pouvoirs intervenant dans le domaine de l'action sociale et de la santé ;
- l'élaboration d'un inventaire des services sociaux et sanitaires existants en Région wallonne (permettant l'identification de l'offre sur ce territoire) ;
- la comparaison des outils figurant dans l'inventaire entre eux en vue d'identifier les doubles emplois éventuels et les synergies entre les services sociaux et sanitaires.

La liste des différents rapports élaborés dans le cadre de ces subventions figure à l'annexe I. Parallèlement à cette démarche, il s'est avéré utile de procéder à l'étude d'une commune afin de compléter l'inventaire (notamment en vue d'identifier les outils informels) et d'approcher l'aspect demande.

Le présent rapport comprend les conclusions de l'étude du partage des compétences, de l'inventaire et de l'analyse comparative. Ensuite, il a été décidé de réaliser des cartes relatives à la localisation des institutions sociales et sanitaires figurant dans l'inventaire. Elles permettront d'entreprendre, au cours de la subvention suivante, l'analyse territoriale des besoins (celle-ci renvoie à la cartographie des structures existantes ainsi qu'à un examen des comportements des bénéficiaires -déplacements et choix des services, recours aux différents services, etc.- la méthodologie à appliquer devra être identifiée). Enfin, l'analyse de la commune a été initiée.

Chapitre I : RÉPARTITION DES COMPÉTENCES, INVENTAIRE ET ANALYSE COMPARATIVE : BILAN

1. RÉPARTITION DES COMPÉTENCES

L'analyse succincte de la répartition des compétences dans le domaine de la santé et de l'aide aux personnes permet d'identifier les pouvoirs qui interviennent dans ces domaines avant d'entamer la démarche principale de l'étude à savoir la réalisation d'un inventaire. Cette analyse a été réalisée sur la base des textes juridiques portant répartition des compétences à savoir la Constitution, la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles¹² et le décret II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française¹³. Elle a permis de mettre en évidence la multiplicité des intervenants dans ces domaines et par conséquent de révéler la complexité de la matière. En effet, plusieurs niveaux de pouvoir interviennent : la Région wallonne, le pouvoir fédéral ou encore la Communauté française. Ils peuvent agir dans un champ d'action qui leur est propre mais également de façon simultanée. Ce point figure dans le rapport final de septembre 2003¹⁴.

2. INVENTAIRE

Afin d'identifier l'offre, un inventaire relevant les services sociaux et sanitaires existants en Région wallonne a été effectué. Plus précisément, il s'agit d'un recensement des outils que les autorités publiques ou les privés peuvent développer en vue de répondre à certains besoins de la population (l'inventaire ne consiste donc pas en un relevé systématique de l'existant). La réalisation de cet inventaire, lors de sa phase préparatoire, a révélé l'existence d'un nombre important d'outils, pouvant recouvrir des formes différentes (aides individuelles, aides matérielles, instauration d'institutions sociales ou sanitaires,...). En outre, le problème de l'identification s'est posé dans la mesure où certaines initiatives (notamment non réglementaires) sont très difficiles à circonscrire. Elles peuvent parfois s'avérer temporaires (créées pour répondre à un besoin et lorsque ce dernier ne se fait plus sentir, elles changent d'objet ou disparaissent). Une sélection des outils à analyser a donc été effectuée : 63 outils ont été analysés sur base des textes légaux. Chacun des éléments suivants est identifié :

- le cadre juridique ;
- le cadre institutionnel (permettant d'identifier les interactions entre les niveaux de pouvoirs) ;
- les missions ;
- les bénéficiaires ;
- le champ d'application territorial (identifiant les éléments ayant un impact sur l'offre de services comme la programmation par exemple) ;
- les modes de financement.

¹² M. B. du 15 août 1980.

¹³ M. B. du 10 septembre 1993.

¹⁴ MRW, CPDT, Thème 3.3 : Besoins et offre sociale et sanitaire au travers d'une approche globale et territoriale, rapport final de la subvention 2002-2003, septembre 2003, voir annexe I.

Ces outils ont été classés par affinités¹⁵. En effet, six politiques ont été déterminées sur la base de la loi spéciale du 8 août 1980 ainsi que sur la façon dont la Direction Générale de la Santé et de l'Action Sociale gère ces matières. Plus précisément il s'agit :

- de la politique de santé (structures de soins généraux ou spécialisés, structures ambulatoires, traitement des auteurs d'infractions à caractère sexuel, accompagnement à domicile) ;
- de la politique de la famille (accueil, hébergement et accompagnement des personnes en difficultés sociales) ;
- de la politique des personnes handicapées (structures d'insertion socioprofessionnelle, d'accueil et d'hébergement) ;
- de la politique d'accueil et d'intégration des étrangers (centres régionaux d'intégration des personnes étrangères ou d'origine étrangère) ;
- de la politique d'action sociale (CPAS, aide aux justiciables, lutte contre la pauvreté) ;
- de la politique du troisième âge (maisons de repos, résidences services notamment).

La réalisation de cet inventaire a permis de mettre en évidence le nombre important d'outils qui existent dans ce domaine mais également la difficulté de leur identification (outils non organisés par des textes notamment). Par ailleurs, lors de la réalisation de cet inventaire, il est apparu que les frontières entre les différents services étaient perméables. En outre, identifier les institutions informelles consiste en une tâche ardue. Par conséquent, cette étude révèle et renforce le constat de la complexité de la matière si on l'envisage de façon globale. L'inventaire complet figure dans le rapport final de septembre 2003¹⁶.

3. ANALYSE COMPARATIVE DES OUTILS DE L'INVENTAIRE

Les outils relevés dans l'inventaire s'adressent à différents types de personnes et peuvent avoir des objectifs plus ou moins variés. Cette situation implique un risque de doubles emplois pouvant s'accompagner de concurrences stériles. Une analyse comparative (toujours sur la base des textes législatifs) de ces outils entre eux, sur trois de leurs éléments, a été effectuée. Plus précisément, les bénéficiaires des outils ont été comparés entre eux. La même opération a été effectuée, d'une part, pour le champ d'application territorial (programmation) et, d'autre part, pour les missions de ces outils. Cette démarche permet d'identifier les doubles emplois éventuels mais également les possibilités de coordination des décisions et de mise en réseau entre les différents services étudiés¹⁷. Cette comparaison est menée dans une démarche globale, conformément au souhait formulé par le programme de travail.

¹⁵ La liste des outils qui sont repris dans l'inventaire (classés par politique) figure dans l'annexe II.

¹⁶ MRW, CPDT, Thème 3.3 : Besoins et offre sociale et sanitaire au travers d'une approche globale et territoriale, rapport final de la subvention 2002-2003, septembre 2003, voir annexe I.

¹⁷ MRW, CPDT, Thème 3.3 : Besoins et offre sociale et sanitaire au travers d'une approche globale et territoriale, rapport final de la subvention 2002-2003, septembre 2003 et MRW, CPDT, Thème 3.3 : Besoins et offre sociale et sanitaire au travers d'une approche globale et territoriale, rapport intermédiaire de la subvention 2003-2004, mars 2004, voir annexe I.

3.1 IDENTIFICATION DE DOUBLES EMPLOIS

Ainsi que stipulé ci-dessus, l'inventaire a permis de démontrer la multiplicité et la diversité des outils visant à satisfaire des besoins sociaux et sanitaires. Toutefois, lors de la comparaison des missions et des bénéficiaires de ces derniers, on a également constaté que les matières n'étaient pas cloisonnées.

D'un point de vue méthodologique, les bénéficiaires, le champ d'application territorial et les missions des outils relevant d'une même politique ont été successivement comparés. Pour chacun des trois aspects et dans chaque politique, une conclusion a été réalisée sur cette comparaison. Elles sont disponibles dans le rapport de septembre 2003¹⁸. Ensuite, les mêmes éléments ont été comparés pour les outils relevant de politiques différentes (les politiques -et donc les structures qui y figurent- sont comparées deux à deux, toutes les combinaisons étant envisagées). Des conclusions ont également été tirées suite à chaque comparaison et sont disponibles dans le rapport de mars 2004¹⁹. Toutes les structures relevées dans l'inventaire ont par conséquent été confrontées entre elles sur trois de leurs aspects (bénéficiaires, champ d'application territorial et missions). Des conclusions « sectorielles » ayant été réalisées ; il s'agit dès lors de s'inscrire dans une démarche plus globale et donc de tirer des conclusions sur l'ensemble des constatations effectuées jusqu'à présent. Par cette voie, il est désormais possible d'identifier les doubles emplois éventuels.

En premier lieu, lors de la comparaison des outils relevant d'une même politique entre eux, on a pu constater que certaines thématiques sont bien structurées en ce qui concerne les **bénéficiaires**. C'est le cas de la politique des personnes handicapées où la plupart des institutions peuvent être distinguées selon qu'elles sont destinées aux personnes handicapées jeunes ou aux personnes handicapées adultes. Par contre, d'autres politiques le sont moins comme la politique de la santé ou de l'action sociale dans la mesure où le public visé est plus large (toute personne qui en fait la demande, personnes vivant dans une situation contraire à la dignité humaine,...).

D'une manière générale, les bénéficiaires des institutions étudiées sont soit larges soit soumis au respect de certaines conditions. Concrètement, certains outils peuvent s'adresser à tout le monde (hôpitaux, services de santé mentale, centres de planning et de consultation familiale et conjugale, centres de service social, CPAS,...) alors que d'autres concernent un public plus restreint (les services prenant en charge les auteurs d'infractions à caractère sexuel -équipes de santé spécialisées, équipes psychosociales spécialisées et centre d'appui-, les institutions d'accueil et d'hébergement pour personnes âgées de plus de soixante ans,...). Toutefois, lorsque des conditions sont requises, les caractéristiques sont souvent complémentaires ; elles n'ont donc pas pour conséquence d'exclure les bénéficiaires du champ d'application d'autres institutions. Cependant, il ne s'agit pas d'une règle intangible puisque dans certains cas (moins fréquents) les conditions prescrites pour pouvoir bénéficier des prestations d'un service social ou sanitaire peuvent avoir pour conséquence de les exclure du champ d'application d'autres services (certains sont destinés aux enfants et d'autres aux adultes, cas particulier des détenus,...). En outre, on a pu relever quelques rares cas pour lesquels le public était trop précis pour qu'un lien soit établi (centres de référence pour services de médiation de dettes). Enfin, il n'y a pas d'exclusion explicite des

¹⁸ MRW, CPDT, Thème 3.3 : Besoins et offre sociale et sanitaire au travers d'une approche globale et territoriale, rapport final de la subvention 2002-2003, septembre 2003, voir annexe I.

¹⁹ MRW, CPDT, Thème 3.3 : Besoins et offre sociale et sanitaire au travers d'une approche globale et territoriale, rapport intermédiaire de la subvention 2003-2004, mars 2004, voir annexe I.

bénéficiaires dans les textes de base sauf dans un cas (initiatives d'habitations protégées/maisons de soins psychiatriques)²⁰.

Sur la base du critère des bénéficiaires, on peut constater que certains outils ont plus d'affinités entre eux. Par exemple, on peut effectuer un lien entre les institutions d'accueil et d'hébergement pour personnes âgées et les services d'aide à domicile qui visent également les personnes âgées.

En second lieu, la comparaison du **champ d'application territorial** des outils d'une même politique entre eux a permis de mettre en évidence le même type de critères pour certains outils. Par exemple, l'arrondissement judiciaire est le critère de référence en matière d'aide sociale aux justiciables ; un mécanisme de programmation est établi pour les hôpitaux, idem pour les hôpitaux psychiatriques,... Lors de la comparaison des outils relevant de politique différente peu de points communs ont pu être identifiés. On constate également une multitude de territoires de référence. Plus, précisément, les critères suivants ont été rencontrés :

- programmation par lits/habitants (c'est le cas pour les hôpitaux, les hôpitaux psychiatriques, les maisons de soins psychiatriques,...) ;
- programmation par lits/habitants âgés de plus de 60 ans et par arrondissement (maisons de repos, centres d'accueil de jour pour personnes âgées,...) ;
- programmation subrégionale (pour certaines institutions relatives aux personnes handicapées) ;
- rayon d'action (associations de santé intégrée) ;
- zone comprenant un nombre minimum d'habitants (services de santé mentale, centres de planning et de consultation familiale et conjugale) ;
- création de services au sein de structures existantes ;
- limite administrative (communes -CPAS-, arrondissements administratifs -relais sociaux-, arrondissements judiciaires -services d'aide aux victimes, services d'aide sociale aux justiciables, services d'aide sociale aux détenus-,...) ;
- établissements scolaires et nombre d'élèves qui les fréquentent (centres PMS) ;
- ...

Dans certains cas, rien n'est prévu dans les textes en ce qui concerne l'offre d'une institution donnée (structures d'accueil et hébergement des personnes en difficultés sociales, centres d'évaluation et d'orientation professionnelle, entreprises de travail adapté, centres de réadaptation fonctionnelle, services de médiation de dettes,...), dans d'autres, le territoire de référence est extrêmement large (centre de télé-accueil, plates-formes de soins palliatifs, service écoute-enfants, centre d'appui).

²⁰ MRW, CPDT, Thème 3.3 : Besoins et offre sociale et sanitaire au travers d'une approche globale et territoriale, rapport final de la subvention 2002-2003, septembre 2003 et MRW, CPDT, Thème 3.3 : Besoins et offre sociale et sanitaire au travers d'une approche globale et territoriale, rapport intermédiaire de la subvention 2003-2004, mars 2004. Tous ces aspects sont envisagés dans les tableaux croisés figurant dans ces rapports, voir annexe I.

D'une manière générale, il n'y a pas d'harmonisation au niveau des critères définissant et/ou limitant l'offre, il est donc difficile d'établir des points de convergence entre les outils relevant de politiques différentes sur cette base. Toutefois, on peut constater que certains outils relevant d'une même politique ont plus d'affinités entre eux (hôpitaux, hôpitaux psychiatriques, accueil et hébergement pour personnes handicapées, arrondissement judiciaire pour tout ce qui concerne l'aide aux justiciables,...), le critère du champ d'application territorial consiste donc en un indicateur permettant de mettre en évidence les synergies qui peuvent exister entre certaines institutions.

Enfin, la comparaison des **missions** a permis de mettre en exergue les types de missions les plus fréquemment accomplies par les institutions sociales et sanitaires. Il s'agit notamment :

- de prestations de soins de santé ainsi que de guidance et accompagnement social (la frontière entre santé et social peut s'avérer difficile à établir) ;
- d'hébergement, d'accueil de jour et de prestations à domicile (alternative à l'hébergement) ;
- de prestations ambulatoires ou hospitalières ;
- de coordination des actions (cette mission peut être exercée simultanément avec d'autres missions).

Seuls quelques outils ont des missions de coordination des actions, en général il s'agit d'institutions qui ont une législation récente.

Le rôle central des CPAS d'un point de vue action sociale (outils incontournables aux possibilités multiples) a été mis en évidence ; leur corollaire au niveau de la santé sont les hôpitaux.

La comparaison des missions a permis de démontrer que certains outils ont plus d'affinités entre eux (tout comme c'était le cas avec les deux autres critères). La définition des missions peut s'avérer précise et, dans d'autres cas, assez large.

Globalement, on constate beaucoup de points communs en ce qui concerne les bénéficiaires. Cette situation est plus tempérée en ce qui concerne les missions (des établissements ont plus d'affinités entre eux que d'autres). Enfin, il n'existe pas beaucoup de liens en ce qui concerne le champ d'application territorial (pas d'harmonisation des critères qui sont dès lors difficilement comparables). Précisons que les liens sont plus ou moins importants en fonction des institutions comparées (par exemple, le lien entre hôpitaux et hôpitaux psychiatriques est plus étroit que celui qui peut exister entre les hôpitaux et les centres de planning et de consultation familiale et conjugale). Lors de l'analyse comparative, on a pu remarquer le caractère particulier de la politique des personnes handicapées. Elle est bien organisée au niveau des bénéficiaires (jeunes, adultes) mais également au niveau des missions (résidentiel, accueil de jour, ambulatoire).

D'une façon générale, on peut dire que le paysage des services sociaux et sanitaires est complexe mais qu'il est bien structuré tout en manquant d'une certaine lisibilité (il peut s'avérer rebutant ou incompréhensible vis-à-vis du citoyen qui ne comprend pas nécessairement la portée exacte de tous ces outils ni les articulations entre eux ou peut-être ne les connaît même pas). Il peut y avoir des superpositions partielles en ce qui concerne les bénéficiaires, le champ d'application territorial ou les missions. Toutefois, chacun des outils revêt une caractéristique particulière ce qui implique que, théoriquement, il n'y a pas de double emploi au sens strict. En vue de limiter les redondances ou d'optimiser l'action des institutions sociales ou sanitaires, les collaborations entre elles sont nécessaires (elles sont existantes mais pas systématiques). En outre, il est parfois difficile de mettre une frontière entre social et sanitaire, des services sociaux peuvent avoir des missions sanitaires (centres de planning et de consultation familiale et conjugale, services d'aide sociale aux justiciables,...) et inversement (associations de santé intégrée, initiatives d'habitations protégées,...). Il est donc nécessaire de mettre en évidence des synergies afin de rendre l'action de ces outils la meilleure possible. En vue d'une offre sociale et sanitaire adéquate et rationnelle, les institutions prestant des services dans ces domaines doivent être réparties sur le territoire de façon isolée mais également compte tenu des affinités qu'elles ont avec d'autres. L'étape suivante de l'étude consiste donc à mettre en évidence les collaborations et synergies entre les institutions sociales et sanitaires relevées dans l'inventaire qui pourraient être pertinentes en tenant compte des trois critères susmentionnés.

3.2 IDENTIFICATION DE SYNERGIES

3.2.1 Méthodologie

Le paysage des institutions sociales et sanitaires est complexe puisque les interactions entre les institutions sont nombreuses. Le schéma représenté ci-dessous illustre les synergies les plus évidentes, dans une approche globale, qui ont pu être dégagées suite à la comparaison des bénéficiaires, du champ d'application territorial et des missions des outils étudiés dans l'inventaire. Néanmoins, toutes les institutions peuvent collaborer entre elles de façon différente (en fonction des cas à traiter ou des situations qui se présentent). Dans certains cas, cette faculté de coopération est mentionnée dans les textes sans préciser les outils concernés. Dans d'autres cas, elle peut être mentionnée de façon plus précise (les associations de santé intégrée peuvent collaborer avec les centres régionaux d'intégration des personnes étrangères ou d'origine étrangère). Enfin, il se peut que rien ne soit indiqué à ce sujet, les institutions socio-sanitaires pouvant collaborer même si ce n'est pas mentionné dans les textes. Cette situation implique que des similitudes ou des différences peuvent apparaître de façon plus ou moins marquée en fonction des régions.

Légende

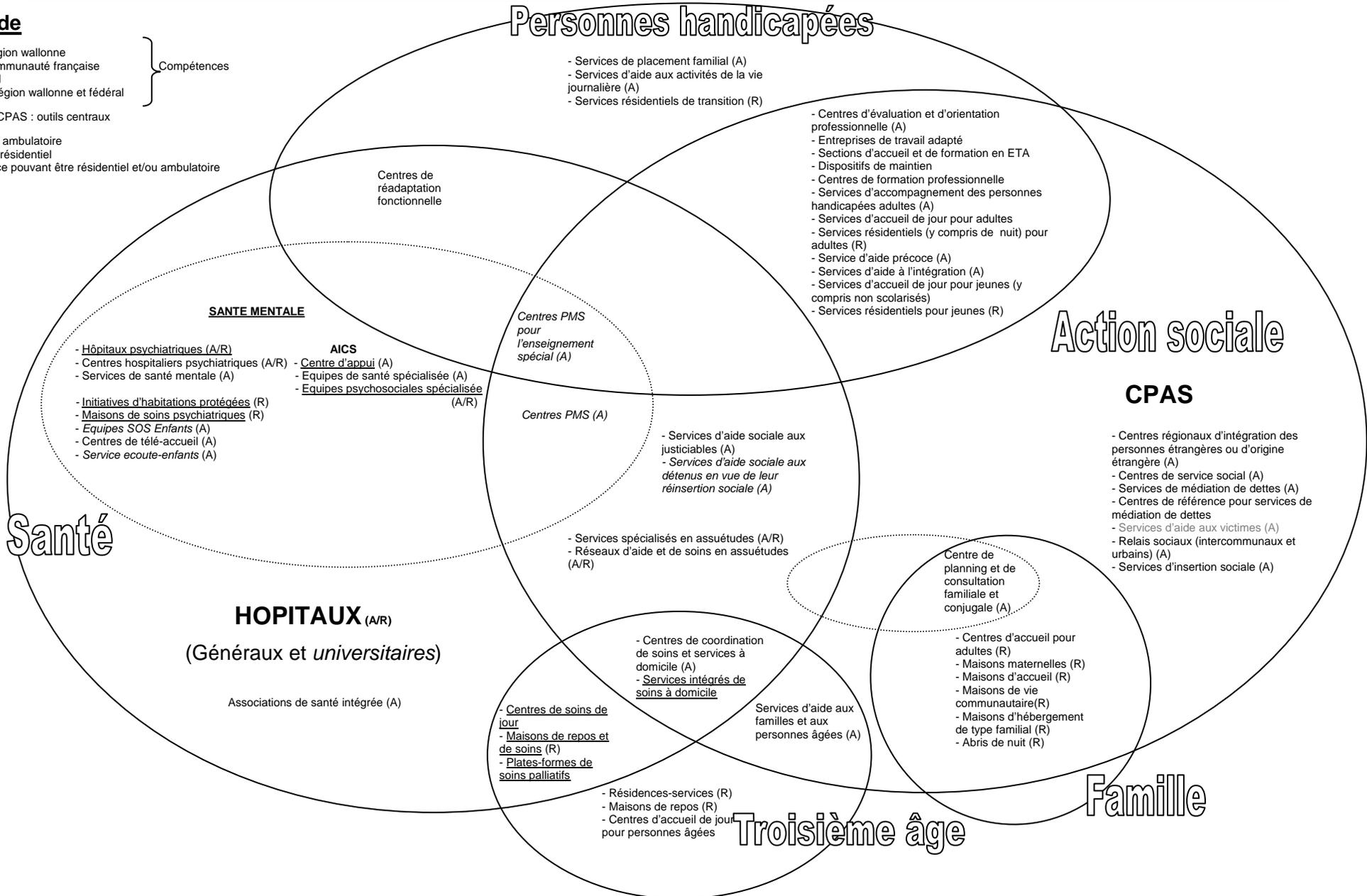
Normal : Région wallonne
 Italique : Communauté française
 Gris : fédéral
 Souligné : Région wallonne et fédéral

Compétences

Hôpitaux et CPAS : outils centraux

(A) : service ambulatoire
 (R) : service résidentiel
 (A/R) : service pouvant être résidentiel et/ou ambulatoire

Personnes handicapées



Le schéma identifiant les synergies se présente sous la forme de cercles entrelacés dans lesquels figurent les institutions relevées dans l'inventaire. Les cercles (représentés par un trait uni) correspondent aux politiques identifiées dans le cadre de la réalisation de l'inventaire. Deux grandes politiques ont d'abord été considérées : la politique de santé et la politique d'action sociale. Cette classification a ensuite été affinée ; les institutions étudiées ont été réparties entre six politiques (pouvant toutefois s'interpénétrer)²¹. Il n'a été tenu compte que des politiques institutionnalisées, c'est-à-dire celles qui figurent dans les textes relatifs à la répartition des compétences²². Plus précisément, il s'agit de :

- la politique de santé ;
- la politique d'action sociale ;
- la politique de la famille ;
- politique des personnes handicapées ;
- la politique du troisième âge.

La politique d'accueil et d'intégration des étrangers qui figure dans l'inventaire a été intégrée dans la politique d'action sociale.

La taille des cercles est fonction de l'importance des politiques. Les deux plus importants représentent la politique de santé et la politique d'action sociale. Des cercles plus petits venant se greffer en partie sur ceux-ci sont donc réalisés. Tous les outils figurant dans l'inventaire sont répartis dans ces cercles ; lorsque l'un d'eux peut relever d'autres politiques, il est intégré dans l'intersection des cercles concernés.

Des cercles en pointillés sont indiqués mais ne correspondent pas à une politique en particulier. D'une part, dans le cadre de la politique de la santé, on peut distinguer des outils de dispensation de soins en généraux des outils spécialisés dans la santé mentale. Un sous-ensemble comprenant les outils ayant des missions particulières de santé mentale est créé. D'autre part, pour des raisons pratiques, un cercle pointillé est réalisé pour intégrer les centres de planning et de consultation familiale et conjugale puisqu'ils relèvent de trois politiques (social, santé et famille).

Afin que le schéma soit le plus complet possible, les outils qui y figurent ont été distingués. En premier lieu, les institutions sont différenciées selon le(s) pouvoir(s) compétent(s). Plus précisément, les outils qui sont indiqués en italique sont ceux qui relèvent de la Communauté française ; ceux qui sont indiqués en normal sont ceux qui relèvent exclusivement de la Région wallonne ; ceux qui sont en normal souligné sont ceux pour lesquels le fédéral et la Région wallonne sont simultanément compétents ; ceux qui sont indiqués en gris sont ceux pour lesquels seul le fédéral est compétent. En second lieu, les services ambulatoires²³ sont distingués des services résidentiels. Lorsque la lettre (A) apparaît à côté de l'outil, cela signifie qu'il s'agit d'une institution ambulatoire ; lorsqu'un (R) est indiqué à côté de l'outil, cela signifie que c'est un service résidentiel. Lorsque les deux lettres sont indiquées c'est que l'outil peut revêtir les deux formes. Enfin, dans chacune des deux politiques principales (politique de santé et politique d'action sociale), on a pu identifier un outil central, étant amené à collaborer avec toutes les autres institutions, quelle que soit la politique à laquelle elles appartiennent. Il s'agit dans le cadre de la politique de santé des hôpitaux (généralistes et universitaires) et, dans le cadre de la politique d'action sociale, des CPAS. En effet, ces

²¹ MRW, CPDT, Thème 3.3 : Besoins et offre sociale et sanitaire au travers d'une approche globale et territoriale, rapport final de la subvention 2002-2003, septembre 2003, voir annexe I.

²² Articles 128 et 138 de la Constitution et article 5, §1^{er}, I et II, de la Loi spéciale du 8 août 1980.

²³ Service ou centre qui offre une aide (médicale, psychologique, sociale,...) sans prise en charge résidentielle.

outils concernent un public large (toute personne) et ont également des missions très larges, ce qui implique des interactions avec tous les autres outils.

3.2.2 Commentaires

Les commentaires du schéma sont réalisés par cercle et par conséquent sont relatifs aux structures relevant de leur politique.

3.2.2.1 Politique de santé²⁴

Dans le cadre de la politique de la santé, une institution centrale pouvant avoir des affinités avec chacune des institutions socio-sanitaires, quelle que soit la politique à laquelle elle appartienne, a été identifiée. Il s'agit des hôpitaux (généralistes et universitaires) qui sont destinés à l'ensemble de la population et dont les missions sont larges. Leurs missions revêtent également un aspect social.

Un sous-ensemble, faisant partie du cercle politique de santé a été établi. En effet, on peut différencier les organismes qui procurent des soins généraux et pluridisciplinaires (hôpitaux et associations de santé intégrée), d'autres plus spécialisés (santé mentale). Dans le cadre de la santé mentale, on a distingué les outils qui concernent les auteurs d'infractions à caractère sexuel en particulier.

Les centres PMS revêtent un aspect social important par conséquent, ils sont intégrés dans l'intersection formée par le cercle « action sociale » et celui « santé » (et plus précisément celui de la santé mentale). D'autres institutions de la politique de santé ont un lien étroit avec le domaine social, par conséquent elles se situent dans l'intersection des cercles de ces deux politiques. Il s'agit des services spécialisés en assuétudes et des réseaux d'aide et de soins en assuétudes. Les centres PMS pour l'enseignement spécial, à la différence des centres PMS traditionnels ont un lien avec une politique supplémentaire, la politique des personnes handicapées.

Un lien étroit entre les plates-formes de soins palliatifs (accompagnement de fin de vie) et la politique du troisième âge existe, par conséquent elles ont été insérées dans l'intersection formée par les deux cercles de ces politiques.

Enfin, les institutions d'aide à domicile (les centres de coordination de soins et services à domicile et les services intégrés de soins à domicile) ont des interactions avec la politique du troisième âge (alternative au placement en institution). Elles revêtent également une dimension sociale et sanitaire (outre divers services, elles procurent des soins à domicile), elles figurent donc dans l'intersection des trois cercles « santé », « action sociale » et « troisième âge ».

²⁴ La liste des outils étudiés dans le cadre de la politique de santé figure en annexe II.

3.2.2.2 Politique d'action sociale²⁵

Dans le cadre de la politique d'action sociale, une institution centrale ayant des affinités avec chacune des institutions socio-sanitaires, quelle que soit la politique à laquelle elle appartienne, a été identifiée. Il s'agit des CPAS qui d'une part sont destinés à l'ensemble de la population et d'autre part ont des missions larges.

Etant donné leur aspect social évident, les centres régionaux d'intégration des personnes étrangères ou d'origine étrangère ont été intégrés dans la politique d'action sociale.

Certaines structures sont laissées dans leur politique de départ, aucune synergie évidente avec les autres politiques n'ayant été identifiée sur la base des textes. Plus précisément, il s'agit :

- des centres de service social ;
- des services de médiation de dettes ;
- des centres de référence pour services de médiation de dettes ;
- des services d'aide aux victimes près les parquets ;
- des relais sociaux (urbains et intercommunaux) ;
- des services d'insertion sociale (guidance sociale uniquement).

Les services d'aide sociale aux justiciables et les services d'aide sociale aux détenus en vue de leur réinsertion sociale sont dans l'intersection du cercle de la politique d'action sociale et de la politique de santé dans la mesure où d'une part, ils fournissent une aide sociale et que, d'autre part, ils prodiguent des consultations psychologiques à un public large.

Enfin, tout ce qui est relatif à l'aide à domicile a une interaction particulière avec les personnes âgées (alternative au placement en institution). Plus précisément, les services d'aide aux familles et aux personnes âgées sont intégrés dans l'intersection formée par le cercle de la politique du troisième âge avec celui de la politique d'action sociale.

3.2.2.3 Politique du troisième âge²⁶

Parmi les outils étudiés dans le cadre de la politique du troisième âge, deux institutions constituent des structures de soins et font l'objet de législation différente (la loi du 27 juin 1978 modifiant la législation sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de dispensation de soins²⁷). Il s'agit des maisons de repos et de soins ainsi que des centres de soins de jour qui figurent donc dans l'intersection formée par le cercle de la politique de santé avec celui de la politique du troisième âge.

En ce qui concerne les trois autres outils relevant de cette politique (maisons de repos, résidences-services et centres d'accueil de jour pour personnes âgées), aucune synergie particulière n'a été dégagée avec les autres outils.

²⁵ La liste des outils étudiés dans le cadre de la politique d'action sociale figure à l'annexe II.

²⁶ La liste des outils étudiés dans le cadre de la politique du troisième âge figure à l'annexe II.

²⁷ M. B. du 12 juillet 1978.

3.2.2.4 Politique de la famille²⁸

Les structures d'accueil, d'hébergement et d'accompagnement des personnes en difficultés sociales (centres d'accueil pour adultes, maisons maternelles, maisons d'accueil, maisons de vie communautaire, maisons d'hébergement de type familial et abris de nuit) visent essentiellement à la (ré)intégration sociale de leurs bénéficiaires. Ces institutions ont une vocation sociale évidente, ils sont par conséquent intégrés dans le cercle action sociale.

Enfin, les centres de planning et de consultation familiale et conjugale sont intégrés dans un cercle pointillé représentant l'intersection de trois politiques : la politique familiale (politique d'origine), la politique d'action sociale (guidance sociale) et politique de santé (consultations médicales, psychologiques, interruptions volontaires de grossesse,...).

3.2.2.5 Politique des personnes handicapées²⁹

La politique des personnes handicapées revêt une dimension sociale évidente notamment par le biais des outils visant à la (ré)insertion socio-professionnelle et plus précisément :

- les centres d'évaluation et d'orientation professionnelle ;
- les centres de formation professionnelle ;
- les entreprises de travail adapté ;
- les services d'accueil et de formation en entreprises de travail adapté ;
- les dispositifs de maintien.

Ces derniers figurent donc à l'intersection des cercles des personnes handicapées et celui de l'action sociale.

Les institutions d'accueil de jour et résidentielles (tant pour les jeunes que pour les adultes) fournissent une guidance sociale ; ils figurent dans l'intersection formée par le cercle personnes handicapées et celui de l'action sociale. Les services d'aide précoce sont également dans cette intersection (guidance psychosociale aux parents).

Les services de placement familial, les services d'aide à l'intégration et les services résidentiels de transition sont des outils spécifiques à la politique des personnes handicapées, aucune synergie évidente avec d'autres institutions n'est identifiée sur la base des textes ; ils demeurent donc uniquement dans le cercle propre à la politique des personnes handicapées.

Enfin, les centres de réadaptation fonctionnelle ont un lien évident avec la santé, ils se situent donc dans l'intersection formée par le cercle de la politique des personnes handicapées avec celui de la politique de santé.

²⁸ La liste des outils étudiés dans le cadre de la politique familiale figure à l'annexe II.

²⁹ La liste des outils étudiés dans le cadre de la politique des personnes handicapées figure en annexe II.

3.2.3 Conclusion

En vue d'une action optimale et afin de répondre correctement à la demande, il convient de répartir les institutions sociales et sanitaires de façon adéquate, en tenant compte notamment des affinités qu'elles pourraient avoir entre elles. Suite aux analyses qui ont été réalisées, les synergies suivantes apparaissent :

- entre les institutions de soins de santé de première ligne (hôpitaux, associations de santé intégrée) ;
- entre les institutions ayant des missions de santé mentale (hôpitaux comprenant un service psychiatrique, hôpitaux psychiatriques, services de santé mentale, centres de planning et de consultation familiale et conjugale, initiatives d'habitations protégées, maisons de soins psychiatriques) ;
- entre les institutions pouvant s'adresser aux auteurs d'infractions à caractère sexuel (centre d'appui, équipes de santé spécialisées, équipes psychosociales spécialisées, centre hospitalier psychiatrique -établissement de défense sociale-, services de santé mentale, services d'aide aux détenus et services d'aide sociale aux justiciables) ;
- entre les institutions de soins susceptibles de prendre en charge les personnes âgées (maisons de repos et de soins, centres de soins de jour et hôpitaux) ;
- entre les institutions spécialisées dans l'accompagnement de fin de vie (maisons de repos et de soins, hôpitaux avec un service palliatif et plates-formes de soins palliatifs) ;
- entre les institutions relatives à la prise en charge des personnes âgées (accueil et hébergement, services d'aide aux familles et aux personnes âgées, centres de coordination de soins et services à domicile, services intégrés de soins à domicile) ;
- entre les institutions spécialisées dans l'aide aux détenus (services d'aide sociale aux justiciables et services d'aide aux détenus -pénitentiaire et post pénitentiaire-) ;
- entre les institutions spécialisées dans l'aide aux victimes (services d'aide sociale aux justiciables et services d'aide aux victimes) ;
- entre les services pour personnes handicapées leur octroyant une aide dans la vie quotidienne (d'aide aux activités de la vie journalière et services d'accompagnement des personnes handicapées adultes) ;
- entre les institutions visant à l'intégration socio-professionnelle (centres d'orientation et d'évaluation professionnelle, centres de formation professionnelle, entreprises de travail adapté et centre PMS pour l'enseignement spécial) ;
- entre les institutions spécialisées dans la prise en charge des personnes en grande difficulté sociale (répartition des lits dans le cadre de l'aide aux personnes en difficultés sociales et les relais sociaux ainsi que les services d'insertion sociale) ;
- entre les institutions compétentes en matière de toxicomanie (hôpitaux, hôpitaux psychiatriques, services de santé mentale, services spécialisés en assuétudes, réseaux d'aide et de soins en assuétudes, centres de planning et de consultation familiale et conjugale, associations de santé intégrée) ;
- ...

Comme stipulé ci-dessus, les synergies identifiées sont théoriques et non limitées. Une étude de cas serait idéale pour les mettre en évidence, de façon pratique, notamment en ce qui concerne le territoire pertinent (il n'y pas de cohérence dans les textes en ce qui concerne le territoire ni d'approche globale mais plutôt sectorielle) et les réseaux existants. Cette démarche est en cours de réalisation (voir chapitre III). Par ailleurs, il serait judicieux

(dans la mesure du possible) de représenter concrètement ces synergies au travers de cartes comprenant plusieurs informations (il est probable que d'autres combinaisons soient envisagées suite aux réflexions nécessaires pour les réaliser). Cet aspect fait l'objet du point suivant.

Chapitre II : ESSAI DE CARTOGRAPHIE

1. MÉTHODOLOGIE

En vue de visualiser l'offre, il a été décidé de réaliser des cartes relatives à la répartition des institutions sociales et sanitaires en Région wallonne. Il s'agit de donner un aperçu de ce qui se fera au cours de la subvention 2004-2005. En particulier, il s'agira de localiser tous les services sociaux et de santé qui existent en Région wallonne. Ce travail sera d'abord réalisé pour les institutions étudiées dans l'inventaire et il pourrait être étendu à d'autres outils. Il sera intéressant de cartographier les accords de coopération que les institutions peuvent passer entre elles en vue d'identifier leur zone d'influence³⁰. Toutefois, pour la faisabilité de cette étude, une recherche préalable sur la disponibilité des données sera nécessaire.

Treize cartes³¹ ont été réalisées sur base de données issues de la DGASS et de l'AWIPH. La nature des outils étant différente, les données à considérer pourront également l'être. Dans certains cas il s'agira d'identifier le nombre d'institutions (comme pour les services d'aide aux victimes,...). Par contre, lorsqu'on est confronté aux institutions résidentielles (maisons de repos, maisons de repos et soins, hébergement de personnes en difficultés sociales,...), tenir compte de la répartition des lits s'avère beaucoup plus pertinent puisqu'ils permettent de tenir compte de l'importance de ces institutions. Ensuite, des cartes plus élaborées, comprenant la localisation de structures différentes simultanément pourront être réalisés. En effet, l'analyse comparative a permis de confronter les outils relevés dans l'inventaire sur trois de leurs aspects : les bénéficiaires, le champ d'application territorial et les missions en vue d'identifier des doubles emplois éventuels et des possibilités de réseau et de synergies entre certains outils. Les cartes plus élaborées pourront être réalisées sur cette base. Enfin, il s'agira également de réaliser des cartes comprenant plusieurs types d'informations différentes (par exemple identifier les zones où la population est la plus âgée tout en localisant les institutions spécifiques aux personnes âgées). Comparer ces cartes de localisation avec les programmations prévues peut en outre s'avérer intéressant.

L'étape suivante consistera à associer les cartes de localisation avec des données relatives à l'âge de la population, aux revenus, au taux de chômage, à la densité de population, à la nationalité,... afin de permettre d'aborder la problématique de la demande. Il sera en outre possible d'identifier des zones de coordination. Des commentaires sur ces cartes seront alors réalisés.

Les communes de la Communauté germanophone ne sont pas considérées dans le cadre de cette étude dans la mesure où cette dernière est complètement autonome en la matière. Par conséquent, les données disponibles couvrent le territoire de la Région wallonne à l'exception des communes suivantes :

- Eupen ;
- Raeren ;
- La Calamine ;
- Lontzen ;
- Butgenbach ;
- Bullange ;

³⁰ Comité d'accompagnement du 24 juin 2004.

³¹ Voir précision méthodologique, annexe III.

- Amblève ;
- Saint Vith ;
- Burg-Reuland.

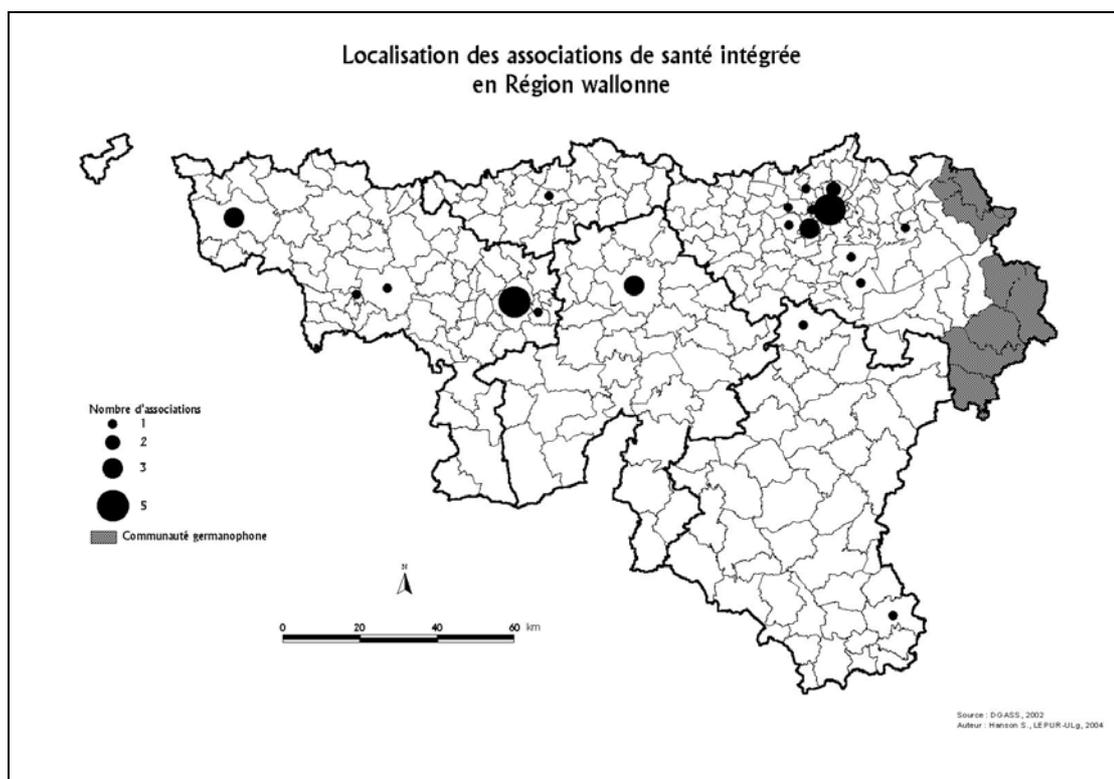
2. OUTILS CARTOGRAPHIÉS

A titre d'exemple, un (voire deux) outil(s) par politique a (ont) été cartographié(s). Cette partie sera développée au cours de la subvention 2004-2005, notamment en ce qui concerne les données à utiliser en fonction des institutions à cartographier, la confrontation avec des données globales et impersonnelles ainsi que les commentaires y afférents.

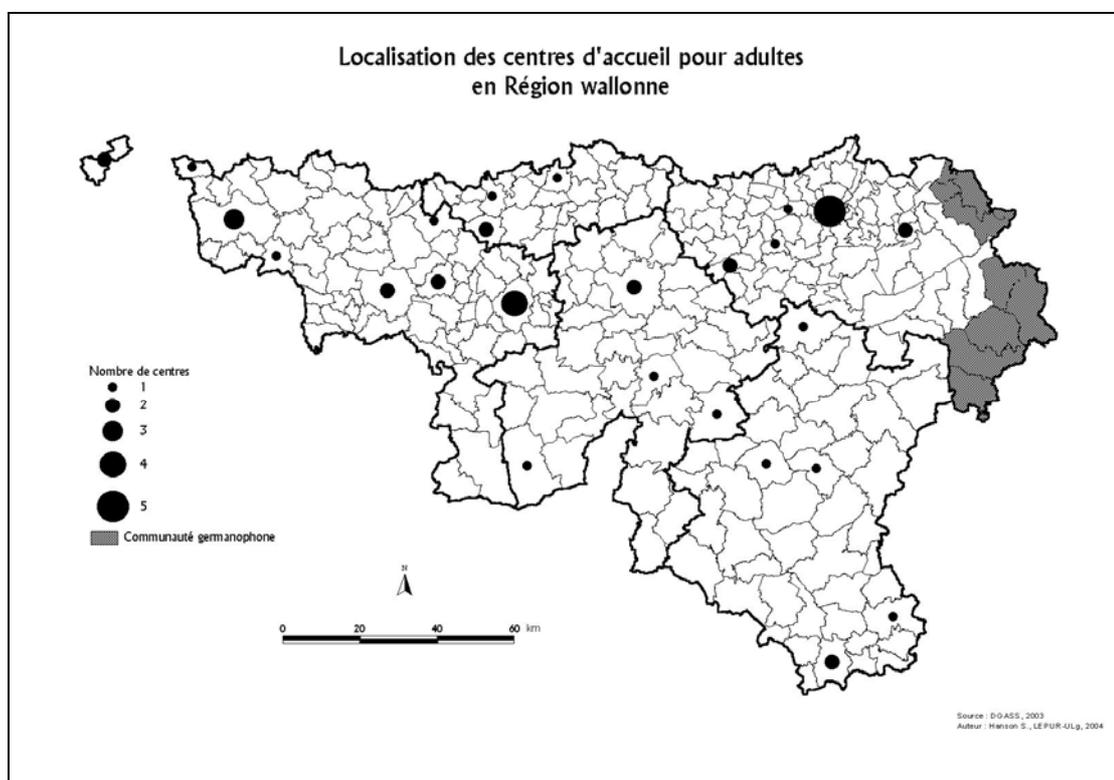
Plus précisément, les institutions cartographiées jusqu'à présent sont :

- les associations de santé intégrée ;
- les centres d'accueil de jour pour adultes ;
- les maisons maternelles ;
- les centres régionaux d'intégration des personnes étrangères ou d'origine étrangère ;
- les centres de soins de jour (par places) ;
- les maisons de repos et de soins (par lits) ;
- les services d'aide aux familles et aux personnes âgées ;
- les centres de service social ;
- les centres de planning et de consultation familiale et conjugale ;
- les services d'accompagnement des personnes handicapées adultes ;
- les services d'accueil de jour pour adultes ;
- les services d'aide sociale aux justiciables ;
- les services de santé mentale.

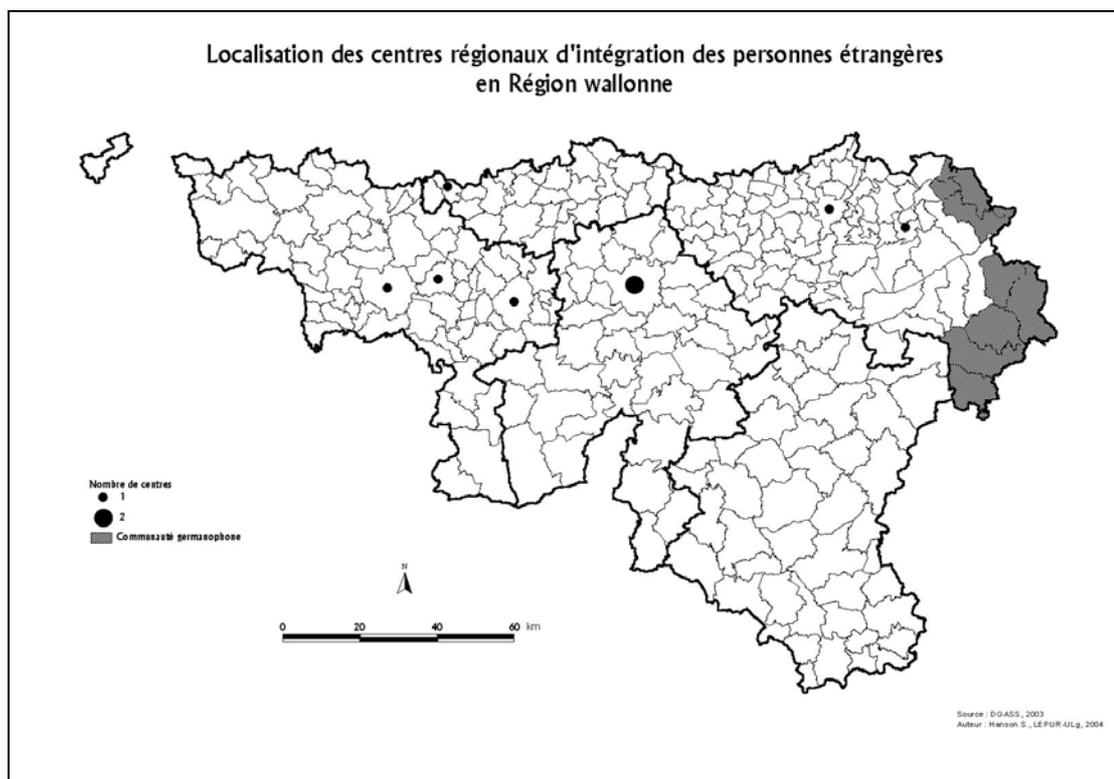
Carte II.2.1 - Localisation des associations de santé intégrée en Région wallonne



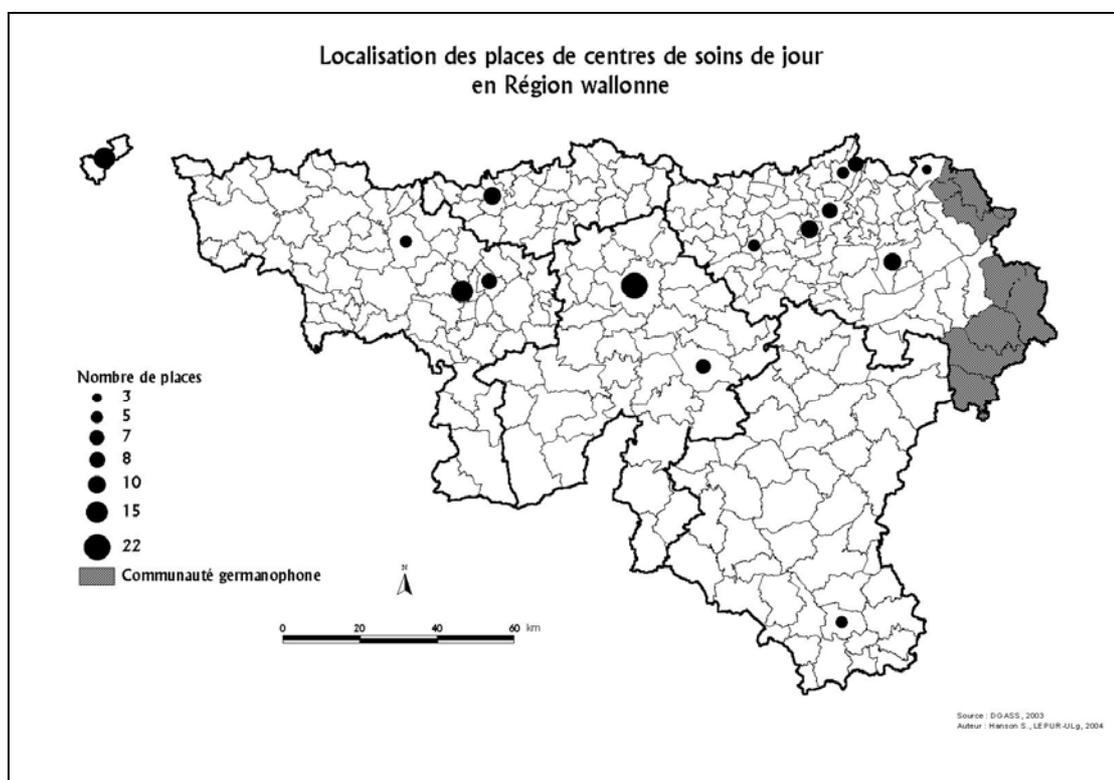
Carte II.2.2 - Localisation des centres d'accueil pour adultes en Région wallonne



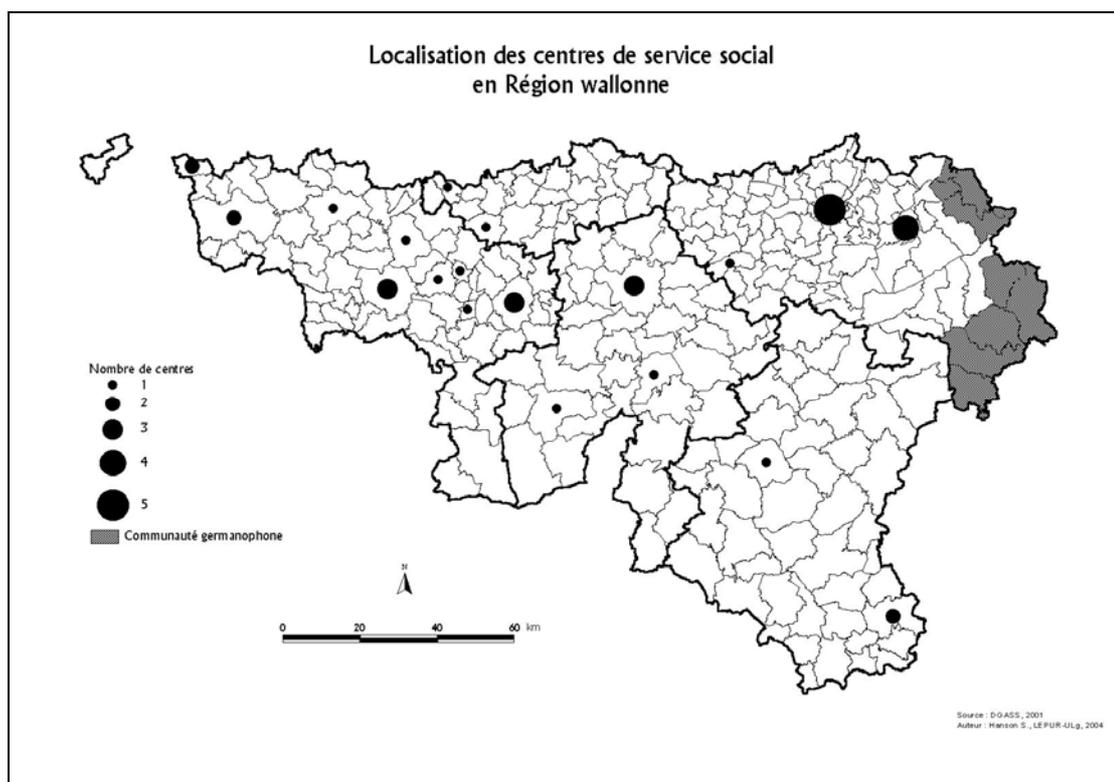
Carte II.2.3 - Localisation des centres régionaux d'intégration des personnes étrangères en Région wallonne



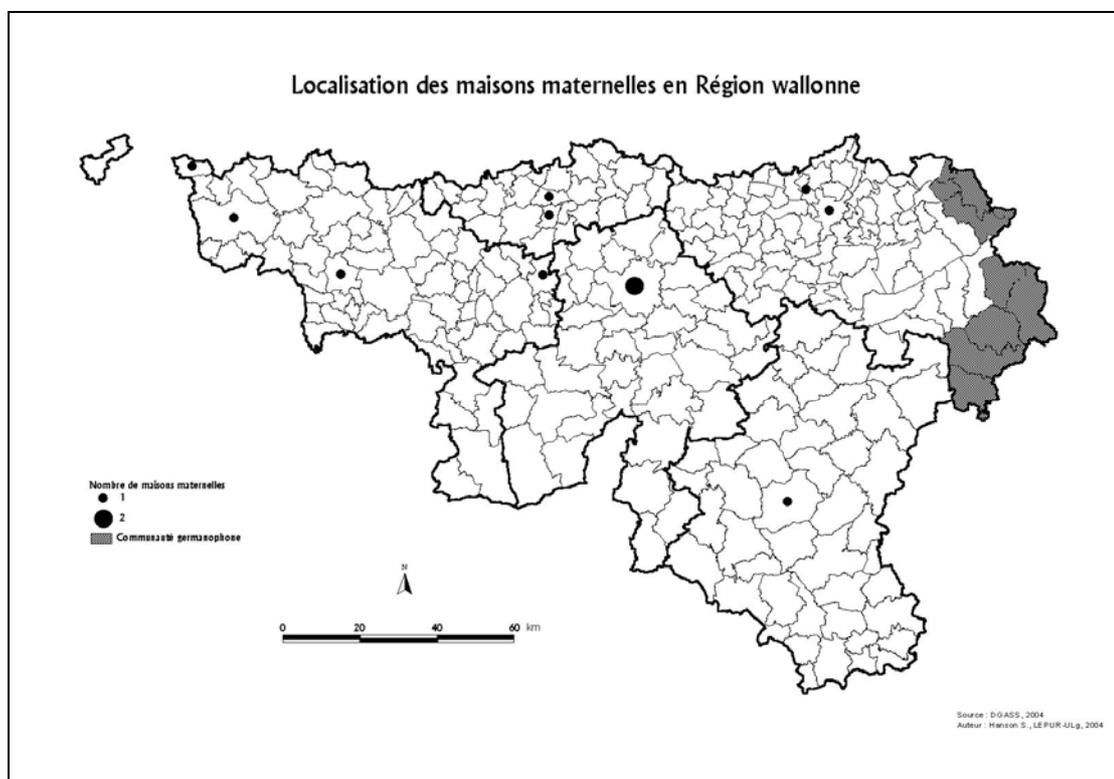
Carte II.2.4 - Localisation des places de centres de soins de jour en Région wallonne



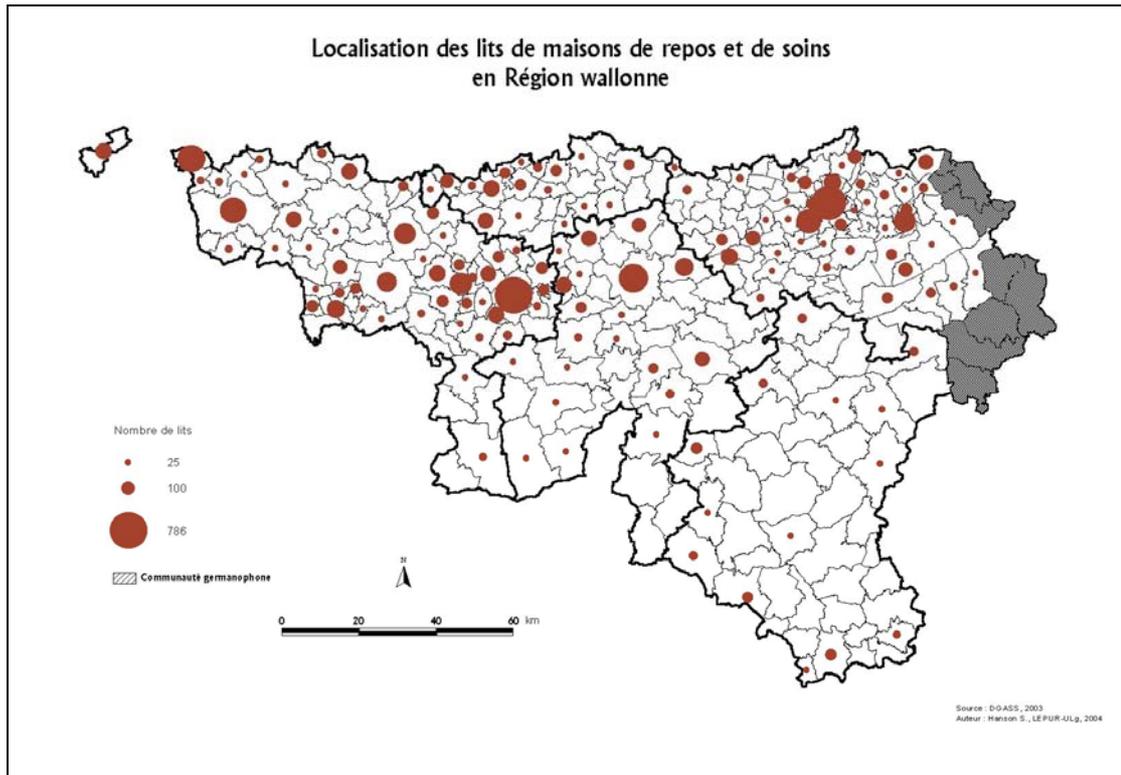
Carte II.2.5 - Localisation des centres de service social en Région wallonne



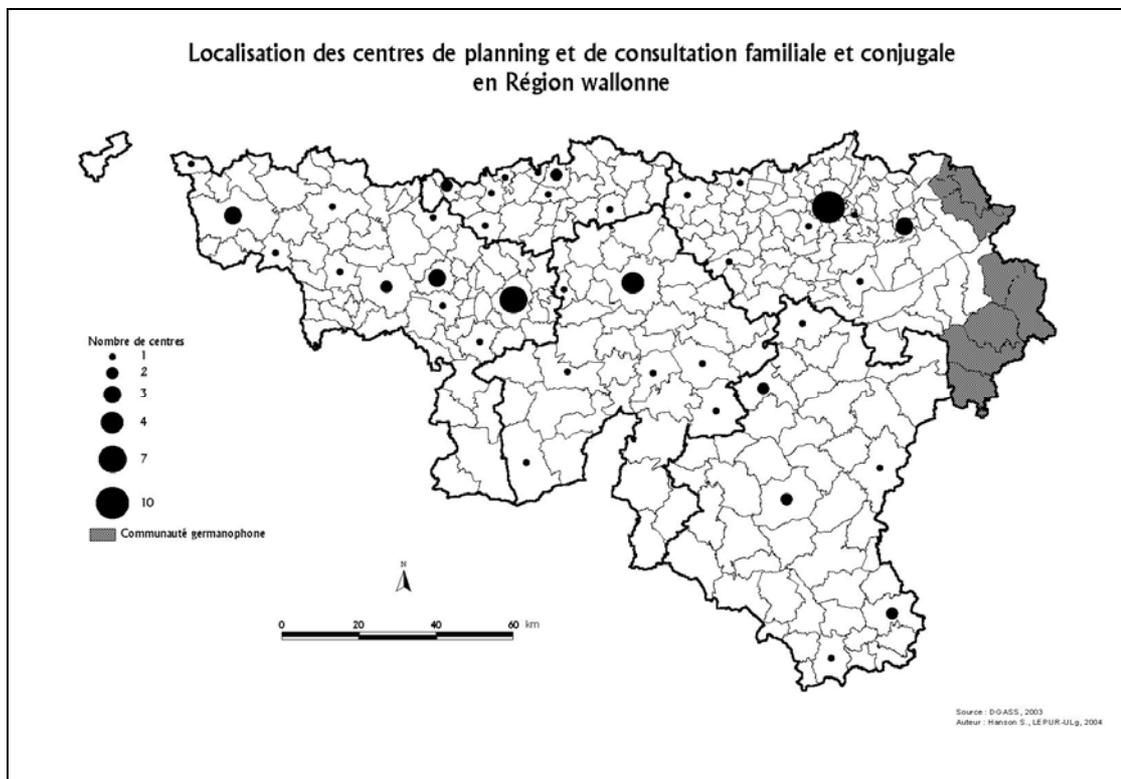
Carte II.2.6 - Localisation des maisons maternelles en Région wallonne



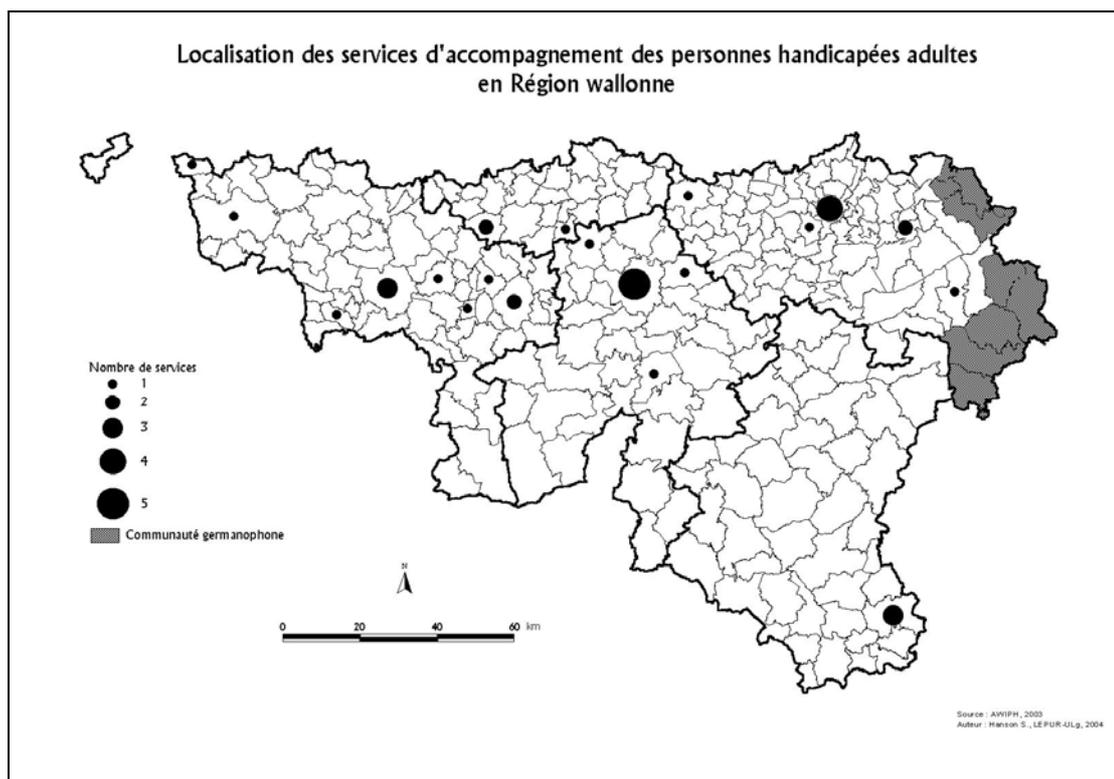
Carte II.2.7 - Localisation des lits de maisons de repos et de soins en Région wallonne



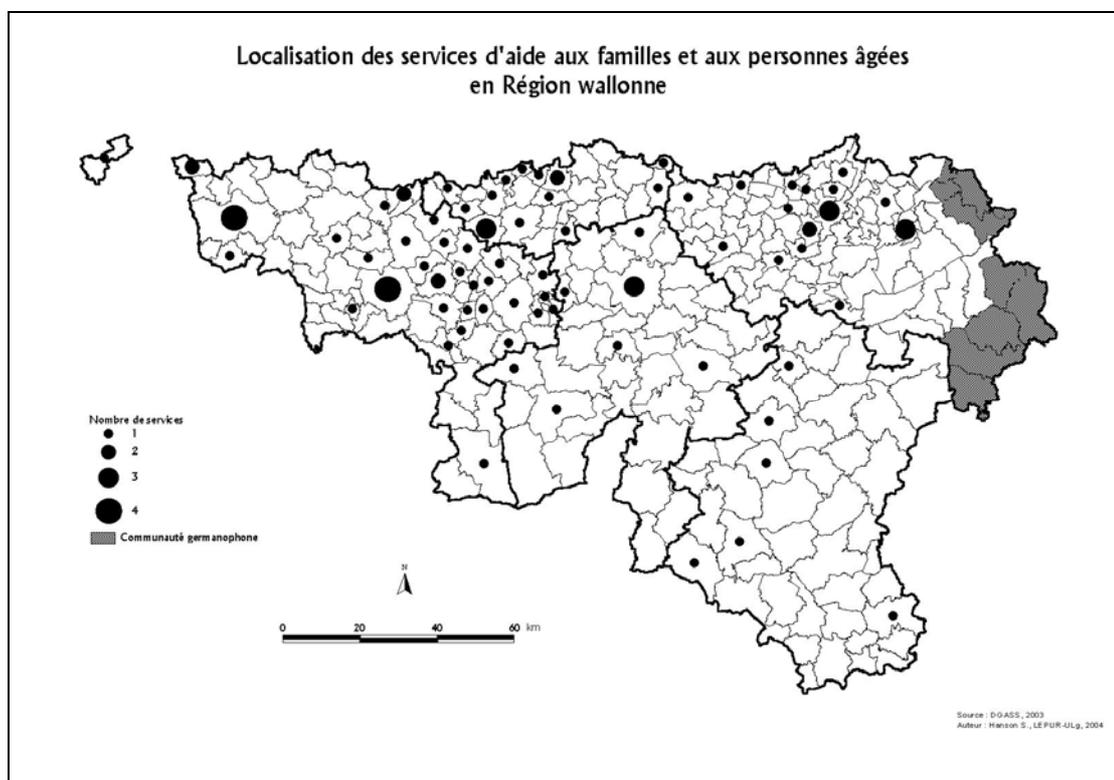
Carte II.2.8 - Localisation des centres de planning et de consultation familiale et conjugale en Région wallonne



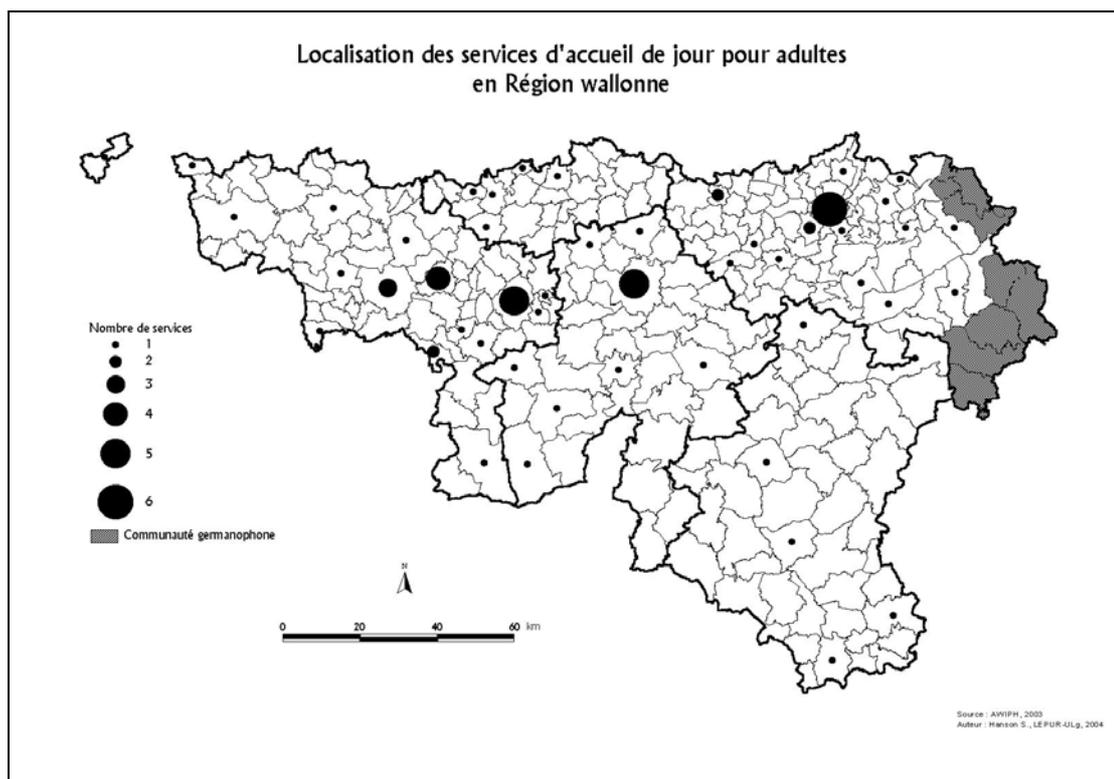
Carte II.2.9 - Localisation des services d'accompagnement des personnes handicapées adultes en Région wallonne



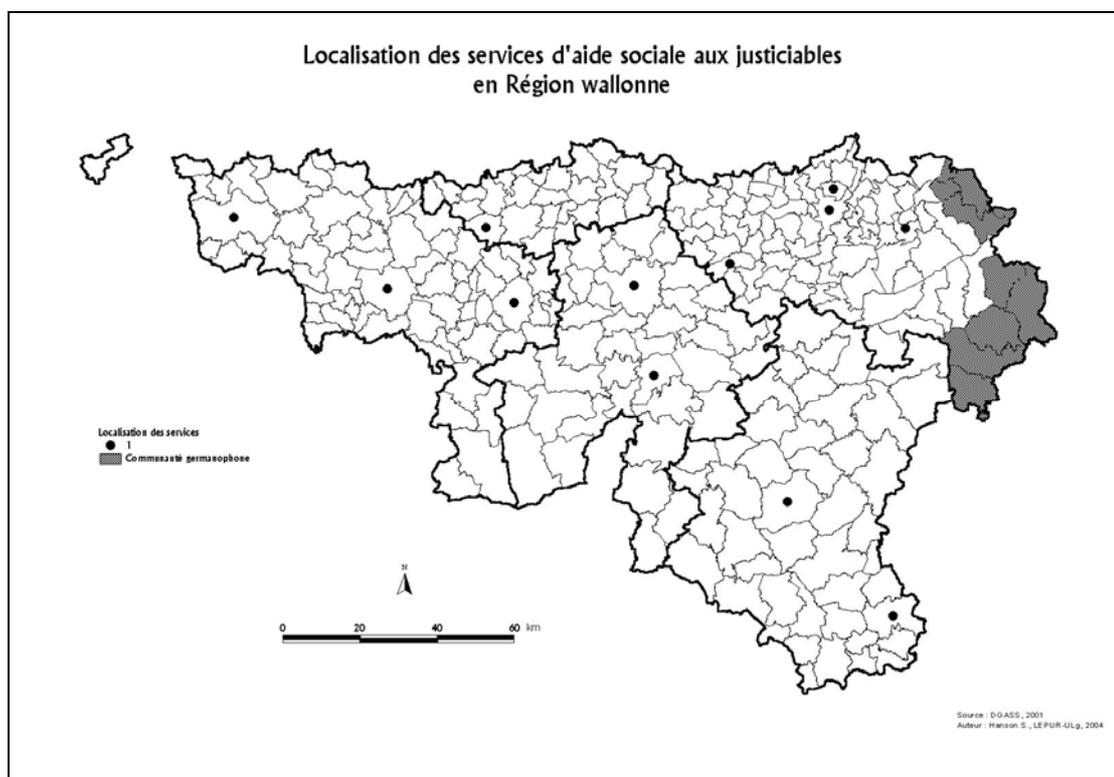
Carte II.2.10 - Localisation des services d'aide aux familles et aux personnes âgées en Région wallonne



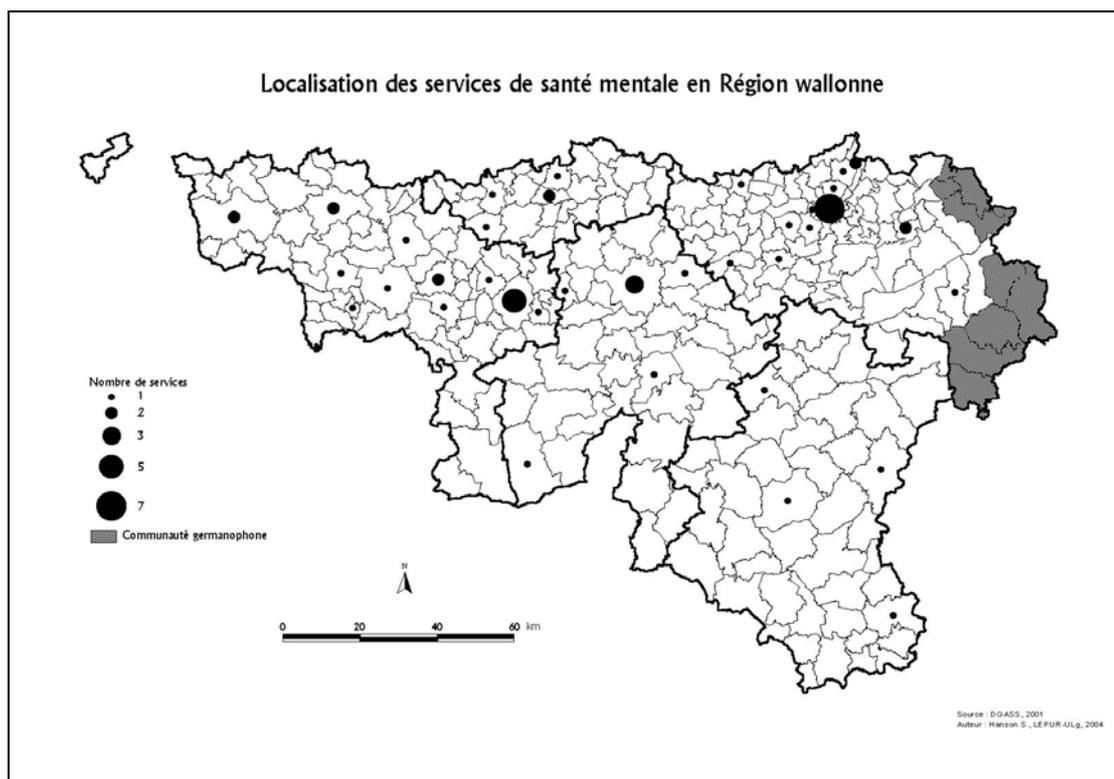
Carte II.2.11 - Localisation des services d'accueil de jour pour adultes en Région wallonne



Carte II.2.12 - Localisation des services d'aide sociale aux justiciables en Région wallonne



Carte II.2.13 - Localisation des services de santé mentale en Région wallonne



Chapitre III : ETUDE DE CAS : ANALYSE SOCIO-SANITAIRE DE LA COMMUNE DE HUY

1. INTRODUCTION

Suite au comité d'accompagnement thématique du 24 juin 2003, il s'est avéré qu'un inventaire plus complet rencontrerait mieux les objectifs assignés à la recherche. Il a été suggéré de l'étendre notamment :

- aux structures privées ;
- aux structures bénéficiant d'une intervention financière de la Région ;
- aux structures relevant exclusivement de la Communauté française ou du pouvoir fédéral.

Afin de répondre à cet objectif, il a été décidé, en accord avec le groupe de travail et le comité d'accompagnement, de procéder à une étude de cas afin de vérifier la faisabilité d'une telle étude³². En effet, un relevé exhaustif des services sociaux et sanitaires de l'ensemble de la Région wallonne s'est avéré inapproprié. Plus précisément, il s'agit d'analyser les services sociaux et sanitaires disponibles dans la ville de Huy. La commune de Huy a été choisie et ce, pour différentes raisons. D'une part, la nécessité d'un champ d'investigation suffisamment large a orienté le choix vers une commune urbaine et de taille moyenne. D'autre part, afin de ne pas altérer les résultats, le choix s'est porté en faveur d'une commune suffisamment éloignée des frontières pour ne pas subir l'influence des villes étrangères. Enfin, l'entité étudiée doit être suffisamment éloignée des grands centres urbains.

Cette étude de cas permet d'affiner l'inventaire dans la mesure où une analyse exhaustive des institutions socio-sanitaires hutoises est menée (outils privés, outils pour lesquels la Communauté française est compétente). Par ailleurs, l'aspect demande est aussi envisagé puisqu'il s'agit, par la rencontre des personnes de terrain, de recueillir des données permettant l'identification de flux de personnes, d'aborder la problématique de la programmation,... Il sera dès lors possible d'approcher la demande par l'offre ; ce qui consiste en une méthode pertinente dans le domaine de la santé où certains besoins ne sont pas exprimés. L'étude de cas permettra enfin de confronter les synergies existantes à Huy à celles (théoriques) dégagées suite à l'analyse comparative. Cet aspect de la recherche permet de confronter la réalité de terrain (spécificités locales) avec ce qui est prévu dans les normes.

2. MÉTHODOLOGIE

Il s'agit en premier lieu de réaliser une carte d'identité socio-sanitaire de la commune de Huy en identifiant les institutions agissant dans ces domaines en son sein. En premier lieu, une évaluation du formel sera effectuée. Ensuite, on identifiera tout ce qui est informel. Cette démarche est importante puisque les institutions informelles peuvent être des indicateurs de déséquilibre entre offre et demande. Enfin, une liste des médecins généralistes et spécialistes ainsi que des professions para-médicales sera établie afin d'obtenir une vue complète de l'offre.

³² Comité d'accompagnement du 24 septembre 2003.

Une fois que l'on aura une bonne vision de la situation de Huy dans ce domaine, on identifiera les outils manquants au sein de la commune. Il s'agira d'identifier parmi ces derniers, ceux qui existent dans les communes les plus proches. Par conséquent, il faudra appréhender les communes périphériques puis monter au niveau de l'arrondissement, de la province et de la Région.

La seconde étape consiste à approcher l'aspect demande. Il conviendra de se rendre auprès des institutions socio-sanitaires hutoises et de récolter les données spécifiques sur certains points. Un questionnaire comprenant cinq parties leur sera soumis. Plus précisément, il permettra de recueillir :

- des données générales sur l'institution ;
- des données relatives aux bénéficiaires ;
- des données relatives aux activités ;
- des données relatives à l'offre et à la demande ;
- des données relatives aux collaborations ou mise en réseau.

Dans ce questionnaire, un tronc commun pour l'ensemble des institutions est réalisé. Certaines données supplémentaires ou différentes sont demandées compte tenu de la spécificité des outils (lieu de décès en ce qui concerne les maisons de repos et de soins, types de dépendances, types de handicaps pour les institutions spécifiques aux personnes handicapées, types de services pour ce qui concerne l'hôpital, etc.). Grâce à ces informations, il sera possible d'effectuer des représentations cartographiques (mouvement de population, zone d'influence des outils,...) et graphiques (évolution des demandes au cours du temps par exemple) sur la commune de Huy. Le questionnaire se présente sous la forme de questions ouvertes. Il figure en annexe IV.

3. PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE LA COMMUNE DE HUY

En premier lieu, il convient de situer la commune de Huy dans son contexte géographique. En second lieu, une présentation socio-économique est réalisée. Cette présentation de la commune est faite grâce aux données statistiques issues de l'INS (suite au recensement de 2001) ainsi que sur la base du logiciel « Cytise III » qui consiste en un tableau de bord statistique des communes wallonnes. Cette démarche permet en outre de situer Huy par rapport à la Région wallonne en ce qui concerne certains éléments (la densité de population par exemple). A chaque fois, les données les plus récentes ont été considérées. Enfin, il convient de situer cette commune par rapport aux autres communes belges en matière d'équipements ou de zone d'influence.

3.1 CONTEXTE GÉOGRAPHIQUE

La commune de Huy est située en Région wallonne, dans la Province de Liège, et plus précisément dans le sillon Sambre et Meuse, à mi-chemin entre Liège et Namur. Elle est limitrophe à la province de Namur ainsi qu'aux communes d'Andenne, Héron, Wanze, Amay, Modave, Marchin et Ohey.

Huy fait également partie de l'arrondissement administratif de Huy dont il est le Chef-lieu. Plus précisément, il comprend les communes d'Amay, d'Anthisnes, de Burdinne, de Héron, de Huy, de Wanze, de Villers-le-Bouillet, de Verlaine, d'Engis, de Nandrin, de Marchin, de Modave, de Clavier, de Tinlot, d'Ouffet, d'Hamoir, et de Ferrières.

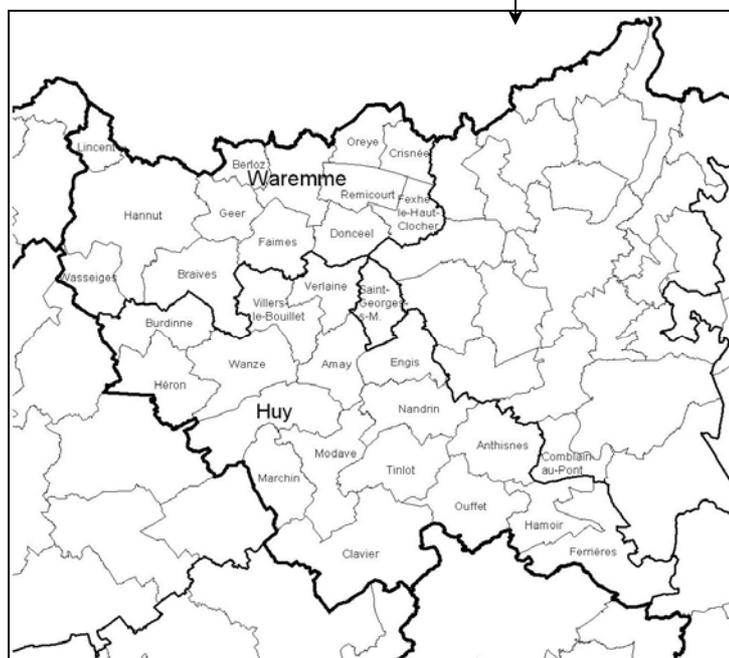
Enfin, le canton judiciaire de Hamoir (dont font partie les communes de Anthisnes, Clavier, Comblain-au-Pont, Ferrières, Hamoir, Modave, Nandrin, Ouffet et Tinlot), le premier canton de Huy (qui comprend la ville de Huy et les communes de Amay, Engis, Marchin et Wanze)

et le second canton de Huy-Hannut (intégrant la ville de Hannut et les communes de Braives, Burdinne, Héron, Lincenx, Saint-Georges-sur-Meuse, Villers-le-Bouillet, Verlaine et Wasseiges) forment un arrondissement judiciaire³³. Le siège du tribunal de première instance, du tribunal du travail et du tribunal de commerce est établi à Huy³⁴. La présence d'un palais de justice implique l'existence d'institutions sociales y afférentes.

Carte III.3.1 - Situation de Huy en Wallonie



Carte III.3.2 - Communes de l'arrondissement administratif de Huy et de l'arrondissement judiciaire de Huy

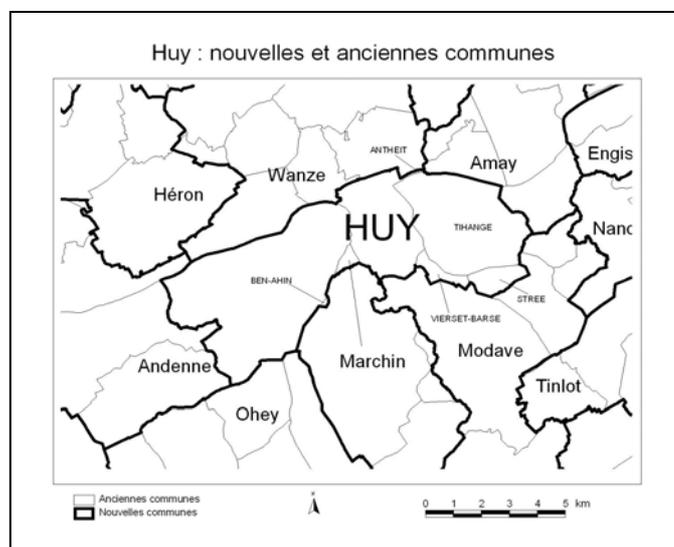


³³ Code judiciaire, annexe, limites territoriales et siège des cours et tribunaux, article 1^{er}, section 8.

³⁴ Code judiciaire, annexe, limites territoriales et siège des cours et tribunaux, article 4, point 17.

Le territoire pris en considération pour l'étude de cas est la commune issue de la fusion de Ben-Ahin, Tihange et Huy pour l'intégralité et Vierzet-Barse, Marchin et Strée pour partie, qui a eu lieu en 1977.

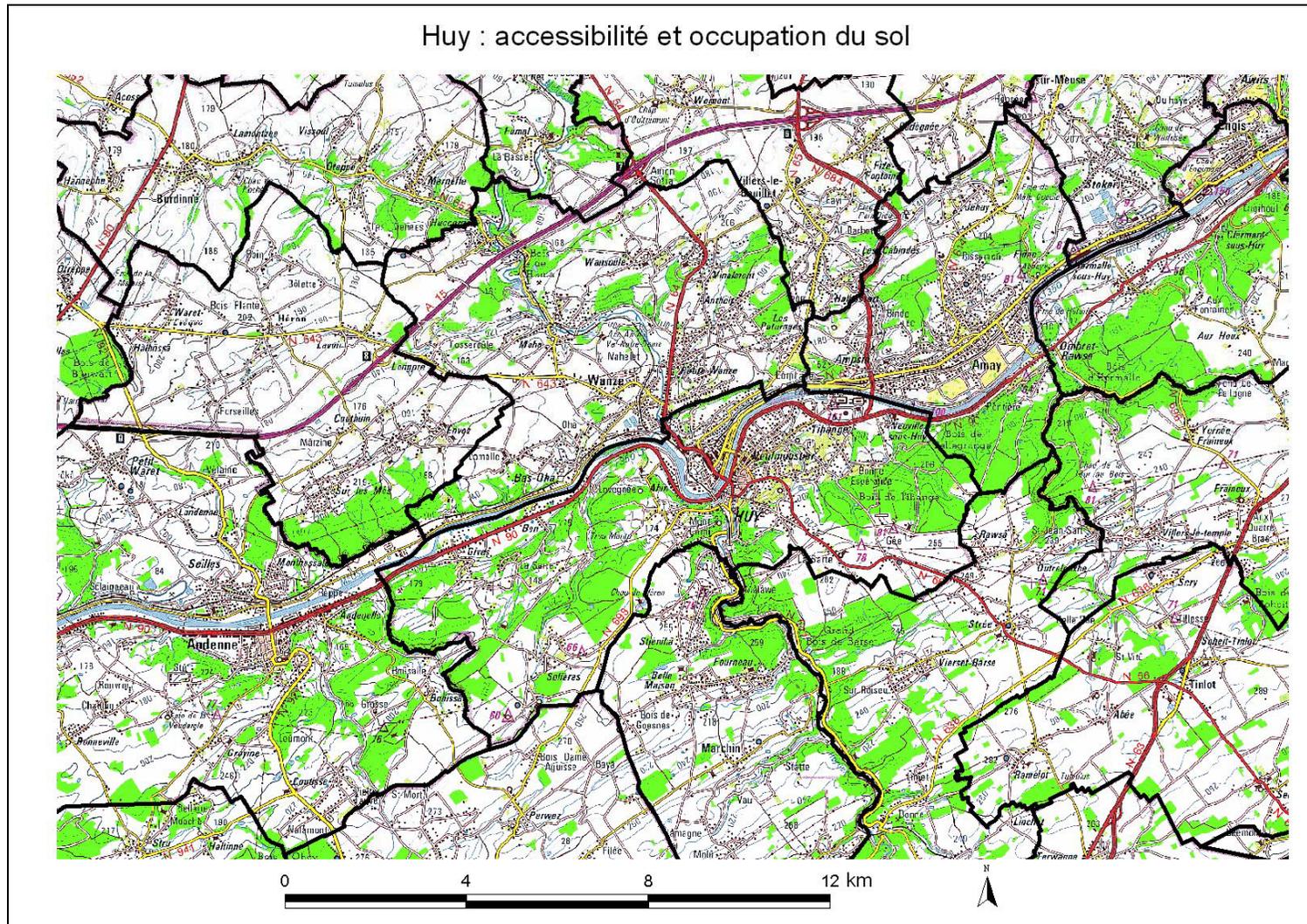
Carte III.3.3 - Nouvelles et anciennes communes en région hutoise



Au niveau politique, le collège échevinal comprend exclusivement des représentants du PS. Le Bourgmestre (A.-M. Lizin) est également de cette couleur. Au conseil communal, les quatre principaux partis démocratiques PS (9 représentants), MR (4 représentants), CDH (4 représentants) et écolo (2 représentants) sont représentés³⁵.

³⁵ <http://www.huy.be>.

Carte III.3.4 - Accessibilité et occupation du sol à Huy



La commune de Huy s'étend de part et d'autre de la Meuse, à proximité du confluent du Hoyoux. Elle a une superficie de 47,7 km² comprenant notamment :

- 9,2 % d'habitations ;
- 32,6 % de terres agricoles et de pâtures ;
- 34,3 % de bois.

Le noyau d'habitat de Huy s'étend bien au-delà du centre historique et même des limites communales. Ce continuum d'habitat englobe Tihange et se prolonge sur la commune voisine de Wanze, en ce compris la localité d'Antheit. L'entité de Huy comprend également divers villages et hameaux plus ou moins isolés du centre urbain :

- à l'ouest de ce centre, Ben, Ahin et Gives, dans la vallée, Solières sur le plateau ;
- à l'est de ce centre, Neuville-sous-Huy dans la vallée, La Sarte et Gée sur le plateau.

Huy revêt la particularité d'avoir sur son territoire une centrale nucléaire (centrale de Tihange) qui lui procure des ressources fiscales importantes par rapport à des communes de taille identique. Elle constitue un gros employeur pour la ville de Huy et les communes avoisinantes. Suite à la présence de cette centrale, Huy dispose d'un important service d'incendie. En dehors de la centrale nucléaire, l'activité économique est essentiellement de type tertiaire (dans le secteur marchand et non-marchand). Le territoire de la commune est assez restreint et localisé dans la vallée et sur le versant ce qui implique que peu de place est disponible pour le développement de grands parcs d'activités économiques. Le seul qui existe est celui de Tihange, monopolisé en grande partie par la centrale. Les parcs les plus proches sont ceux de Villers-le-Bouillet et de Hermalle-sous-Huy. Enfin, l'attrait touristique de la commune est non négligeable.

En ce qui concerne les voies d'accès, Huy se situe à 5 km au sud de l'autoroute de Wallonie (E42). Il y a trois sorties d'autoroute pour accéder à Huy : la sortie 6 Villers-le-Bouillet, la sortie 7 Huy-Fumal et 8 Huy-Couthuin. Huy est également relié à Liège, et Namur par la nationale 90 qui la traverse en son centre. La commune est desservie par une gare et est dotée d'un port fluvial.

Une étude visant à classer les communes selon leur niveau d'équipement (et, entre autres, en soins de santé et accompagnement social) a été réalisée et actualisée en 1998³⁶. Cette étude a permis de déterminer des niveaux hiérarchiques entre les villes et les zones d'influence qui y sont associées. Dans ce cadre, Huy correspond à une petite ville bien équipée. Dans la même catégorie on retrouve : Ath, Eupen, Wavre, Marche-en-Famenne et Nivelles. Les petites villes bien équipées présentent un attrait sur leur propre population à raison de 60 à 70 % et attirent une population extérieure égale ou supérieure à la population interne polarisée. Une série de tâches sont prises en charge par les petites villes, la population s'adressant moins fréquemment à une ville régionale (comme Namur). Toujours selon cette étude, Huy présenterait un hinterland assez vaste, alors même que des centres aussi bien équipés mais situés à proximité de grandes villes ne disposent que d'un hinterland réduit.

Une étude menée par l'Institut Wallon de l'Évaluation, de la Prospective et de la Statistique identifie des bassins d'emploi wallons sur base des navettes intercommunales « domicile-travail » du recensement de 1991 ; trente et un bassins d'emploi sont structurés dont celui de Huy qui comprend cinq communes (Wanze, Marchin, Huy -qui est le noyau du pôle c'est-à-

³⁶ VAN HECKE E., « Actualisation de la hiérarchie urbaine en Belgique », Extrait du *Bulletin du Crédit Communal*, 52^{ème} année, n°205, 1998/3.

dire la commune agrégeante initiale-, Burdinne et Héron)³⁷. Le bassin d'emploi de Huy couvre seulement une petite partie de l'arrondissement de Huy ou une partie du plan de secteur de Huy-Waremme³⁸. Enfin, ces bassins d'emploi font l'objet d'une typologie socio-économique ; quatre classes étant identifiées³⁹. Le bassin d'emploi de Huy est situé en classe 1 (cette dernière comprend neuf bassins d'emploi représentant à eux seuls 74 % de la population wallonne ; on y reconnaît le sillon industriel wallon. La densité de population y est forte, le secteur agricole y est peu représenté contrairement au secteur des services aux entreprises et la population est assez vieille). Il convient de faire remarquer que, dans une étude menée par la CPDT, le centre d'emploi de Huy comprend une commune supplémentaire (Modave) ; cela étant dû à des divergences méthodologiques afin de les identifier⁴⁰.

En ce qui concerne les établissements d'enseignement secondaire, Huy a une zone d'influence comparable, en terme d'étendue, à Liège, Charleroi, Namur ou Tournai. Concrètement, le centre scolaire de Huy a une zone d'influence s'étendant sur plusieurs communes (Huy, Burdinne, Héron, Wanze, Villers-le-Bouillet, Amay, Saint-Georges-sur-Meuse, Engis, Nandrin, Modave, Tinlot, Clavier et Marchin)⁴¹.

En matière de santé, Huy constitue un centre hospitalier local dont la zone d'influence s'étend aux communes de Burdinne, d'Héron, de Wanze, de Villers-le-Bouillet, d'Amay, d'Engis, de Modave et de Marchin⁴². Précisons que, dans ce cadre, les zones d'influence sont déterminées par le lieu préférentiel d'hospitalisation des résidents de chaque commune.

Par ailleurs, Huy constitue un pôle d'achat semi-courants (vêtement, chaussures, jouets,...) dont la zone d'influence s'étend à Héron, Wanze, Villers-le-Bouillet, Marchin, Modave et Tinlot. Sur Burdinne et Ohey, on constate une influence partagée entre le pôle de Huy et le pôle de Namur. La même observation peut être effectuée pour Amay et Clavier dont l'influence du pôle de Huy est partagée avec le pôle de Liège⁴³.

Enfin, Huy consiste en un bassin de vie (c'est-à-dire le regroupement de communes dont les habitants partagent globalement les mêmes comportements spatiaux en matière de recours aux services, de culture, d'emploi,...)⁴⁴ comprenant les communes d'Amay, Burdinne, Clavier, Héron, Huy, Marchin, Modave, Nandrin, Villers-le-Bouillet, Wanze, Engis, Tinlot et Saint-George-sur-Meuse.

Ces aspects seront développés ultérieurement, et plus précisément lorsqu'il s'agira de tirer les conclusions sur l'étude socio-sanitaire de Huy.

³⁷ DE WASSEIGE Y., LAFFUT M., RUYTERS CH., SCHLEIPER P., *Bassins d'emploi et Régions fonctionnelles – Méthodologie et définition des bassins d'emploi wallon, Discussion Papers du SES, n° 0101, Ministère de la Région wallonne, Février 2001.*

³⁸ DE WASSEIGE Y., LAFFUT M., RUYTERS CH., SCHLEIPER P., *Bassins d'emploi et Régions fonctionnelles – Inventaire et synthèse des territoires sous-régionaux, Discussion Papers du SES, n° 0102, Ministère de la Région wallonne, Février 2001.*

³⁹ DE WASSEIGE Y., LAFFUT M., RUYTERS CH., SCHLEIPER P., VANDEN DOOREN L., *Bassins d'emploi et Régions fonctionnelles – Elaboration d'une typologie socio-économique des bassins d'emploi wallons, Discussion Papers du SES, n° 0203, Ministère de la Région wallonne, Mai 2002, p. 25.*

⁴⁰ MRW, CPDT, *Atlas - Repères pour une dynamique territoriale en Région Wallonie, 2002, p. 19.*

⁴¹ Ibidem, p. 24.

⁴² Ibidem, p. 27.

⁴³ Ibidem, p. 32.

⁴⁴ MRW, CPDT, *Tableau de bord du développement territorial, 2003, <http://cpdt.wallonie.be/>, pp. 218 à 221.*

3.2 CONTEXTE SOCIO-ÉCONOMIQUE

Il s'agit dans ce cadre d'illustrer, au travers de données statistiques, la situation socio-économique de Huy. Les données ont été choisies en fonction du thème traité (social et sanitaire) et sont comparées avec les données de l'ensemble de la Région wallonne. Les statistiques des institutions hutoises pourront être confrontées à des chiffres généraux de ce genre (choisis en fonction des cas à traiter).

3.2.1 Caractéristiques de la population hutoise

La Région wallonne compte, au 1^{er} janvier 2002, 3 358 560 habitants dont 19 297 à Huy. La densité de population à Huy est de 404,2 habitants par km² alors qu'elle est de 199,4 habitants par km² en Région wallonne. Par conséquent, Huy est une commune à forte densité par rapport à l'ensemble de la Région wallonne.

L'étude porte, notamment sur les institutions destinées aux personnes de plus de 60 ans. Il est par conséquent intéressant d'observer l'âge et le vieillissement de la population de la commune. L'âge moyen des hommes est de 37,7 ans alors que celui des femmes est de 42,2 (l'âge moyen total étant donc de 40,0 ans). L'âge moyen des habitants de Huy correspond, à peu de choses près, à celui de l'ensemble de la Région wallonne à savoir, 37,8 ans pour les hommes, 41,2 ans pour les femmes et 39,5 ans de moyenne totale.

Tableau III.3.2.1.1 - Vieillesse de la population au 1^{er} janvier 2002

	> 60 ans			> 80 ans		
	Hommes	Femmes	Proportion totale	Hommes	Femmes	proportion totale
Huy	18,1 %	26,3 %	22,3 %	2,4 %	6,1 %	4,3 %
Région wallonne	18,1 %	24,3 %	21,3 %	2,3 %	5,2 %	3,8 %

Sur base de ce tableau, on peut constater que presque un quart (22,3 %) de la population totale de la commune de Huy à plus de 60 ans ; à l'instar des statistiques afférentes à la Région wallonne (21,3 %). A 60 ans, l'espérance de vie entre le 1^{er} janvier 1997 et le 1^{er} janvier 2002 des hommes est de 18,0 ans contre 22,5 pour les femmes (respectivement 18,6 ans et 23,3 ans pour la Région wallonne). Au total l'espérance de vie de la population hutoise à 60 ans est de 20,5 ans contre 21,1 ans pour l'ensemble de la Région wallonne. L'espérance de vie des Hutois est légèrement en dessous des chiffres de la Région wallonne. Le nombre de décès à Huy entre 1997 et 2002 était de 1 291, le taux de mortalité brut étant de 13,6 %. En Région wallonne, il y a eu durant la même période 184 777 décès, le taux de mortalité brut étant de 11,1 %.

Outre l'âge, d'autres données sont intéressantes dans le cadre de l'étude socio-sanitaire de la ville de Huy comme la nationalité (notamment en ce qui concerne l'insertion sociale). Les personnes de nationalité belge représentent environ 95 % de la population hutoise (alors qu'elle représente environ 91 % de la population en Région wallonne). Pour l'ensemble des étrangers, 3 % sont de l'Union européenne (des 15) et 2,0 % hors Union européenne. En Région wallonne, 7,5 % des étrangers sont européens et 1,8 % des non ressortissants de l'Union européenne.

3.2.2 Caractéristiques des ménages hutois

Huy compte 8 593 ménages dont la taille moyenne est de 2,2 personnes (1 373 352 en Région wallonne dont la moyenne est de 2,4 personnes). Plus précisément, il y a 37,8 % d'isolés à Huy (29,8 % en Région wallonne) et 32,7 % des ménages sont composés de deux personnes (32,1 % en Région wallonne). Pour les ménages composés de trois personnes, un écart entre Huy et la Région wallonne apparaît (13,6 % dans le premier cas et 17,0 % dans le second cas), dans le sens inverse que celui observé pour les isolés. La même remarque peut être effectuée pour les ménages de quatre personnes (9,3 % des ménages hutois contre 13,3 % des ménages wallons). Les ménages comptant plus de cinq personnes représentent 4,6 % des ménages à Huy et 5,4 % en Région wallonne, la situation se rééquilibre. Il en va de même pour les ménages de six personnes et plus (2,0 % à Huy et 2,3 % en Région wallonne). On peut conclure que, par rapport à la Région wallonne, les ménages de la ville de Huy sont plus petits.

Tableau III.3.2.2.1 - Individus selon leur situation de ménage au 1^{er} janvier 2002

	Isolés		Couples		Monoparentaux		Cohabitants		Autres	Collectivités	
	Hommes	Femmes	Sans enfant	Enfants	Hommes	Femmes	Sans enfants	Enfants		Hommes	Femmes
Huy	7,8 %	9,7 %	14,9 %	33,7 %	1,6 %	10,5 %	7,0 %	7,0 %	4,5 %	1,5 %	1,9 %
Région wallonne	5,3 %	6,9 %	15,3 %	42,2 %	1,5 %	9,6 %	4,2 %	5,5 %	7,1 %	0,7 %	1,0 %

Le tableau représenté ci-dessus illustre la façon dont se répartissent les individus en fonction de leur situation familiale.

3.2.3 Revenus de la population hutoise

Tableau III. 3.2.3.1 : Fiscalité et revenus au 1^{er} janvier 2000 (par proportion de déclarations)

	<10 000 €	Entre 10 001 et 20 000 €	Entre 20 001 et 30 000 €	Entre 30 001 et 40 000 €	Entre 40 001 et 50 000 €	> 50 000 €
Huy	18,4 %	41,7 %	20,0 %	8,5 %	4,9 %	6,5 %
Région wallonne	17,3 %	40,8 %	20,4 %	9,7 %	5,3 %	6,6 %

Le nombre total de déclaration à Huy en 2000 était de 8 790 (45,6 % de la population totale de Huy) et 1 488 405 en Région wallonne (40,9 % de la population wallonne). Si l'on compare Huy et la Région wallonne, on constate que la répartition des déclarations en fonction des revenus est similaire.

Le revenu moyen par habitant⁴⁵ à Huy est de 10.255 € contre 10.088 € en Région wallonne. Le revenu moyen par déclaration est de 22.219 € à Huy contre 22.658 € en Région wallonne. Enfin, le revenu médian⁴⁶ correspond à 17.081 € à Huy contre 17.652 € en Région wallonne. En ce qui concerne les revenus des habitants, Huy et Région wallonne sont

⁴⁵ Quotient du revenu net imposable et nombre total de déclaration.

⁴⁶ Revenu attaché à la déclaration se situant au centre de la série, les déclarations ayant été classées par ordre de grandeur du revenu.

équivalents. Le taux de chômage en 2002 est toutefois supérieur dans la commune de Huy par rapport à celui de la région (21,07 % pour Huy par rapport à 14,9 % pour la Région wallonne).

3.2.4 Niveau d'instruction de la population hutoise

La proportion de non diplômés pour Huy et la Région wallonne est équivalente (21,3 % et 21,4 %). La même remarque peut être formulée en ce qui concerne les personnes ayant atteint le niveau primaire (15,6 % et 16,6 %) et le niveau secondaire inférieur (23,5 % et 21,4 %). La proportion est un peu plus importante pour Huy par rapport à la Région wallonne en ce qui concerne le secondaire supérieur (17,8 % et 14,7 %). Mais la situation est inversée pour ce qui concerne le supérieur (21,7 % et 25,8 %).

4. ÉTUDE DE CAS

Il s'agira dans un premier temps d'identifier toutes les institutions sociales et sanitaires de la commune sans exceptions et ensuite de faire une enquête de terrain.

4.1 CARTE D'IDENTITÉ SOCIO-SANITAIRE DE HUY

La carte d'identité socio-sanitaire consiste en un relevé de toutes les institutions offrant des services sociaux et sanitaires, sans exception, dans la commune de Huy. Les outils formels et informels sont donc identifiés. Par ailleurs, afin d'obtenir une vue complète de l'offre socio-sanitaire de Huy, une liste des médecins généralistes et spécialistes, des cabinets médicaux et des professions paramédicales agissant à Huy sera établie⁴⁷.

Les institutions ont été identifiées grâce à la collaboration de la DGASS et de l'AWIPH. De plus, des contacts avec la Communauté française doivent être pris afin de ne négliger aucune structure. Par ailleurs, lors des enquêtes auprès des institutions déjà identifiées, les personnes de terrain nous informent sur ce point (voir infra). Enfin, des recensements plus ou moins complets des institutions sociales et sanitaires existent. D'une part, le guide social⁴⁸ présente un annuaire de ces structures (notamment par communes). Toutefois il n'est pas exhaustif dans la mesure où les institutions doivent faire la demande pour y figurer et apporter une contribution financière à cette fin. D'autre part, le centre d'études et de la documentation sociales est notamment chargé de réaliser une base de données répertoriant les services et institutions qui initient et développent une action dans les domaines du social ou de la santé⁴⁹.

La liste des institutions déjà identifiées figure en annexe V. Elle est évolutive puisque l'identification des outils informels se fait également grâce aux informations recueillies sur le terrain. Plus de 120 institutions de soins et de services sociaux ont été identifiées jusqu'à présent dans de multiples domaines.

Enfin, lorsqu'une institution n'existe pas à Huy, il s'agira d'identifier celle qui est la plus proche. Pour les outils n'ayant pas été relevés dans l'inventaire, une analyse comparable à celle effectuée dans ce cadre sera réalisée.

⁴⁷ Les contacts nécessaires ont été pris en vue d'obtenir ces données.

⁴⁸ <http://www.guidesocial.com>.

⁴⁹ Cette base de données peut être consultée sur Internet (<http://www.prov-liege.be/telesoc>, pour la province de Liège. Une base de données identique existe pour les autres provinces).

4.2 ANALYSE DES INSTITUTIONS SOCIALES ET SANITAIRES HUTOISES

4.2.1 Méthodologie

Un canevas d'informations identiques à relever pour l'ensemble des structures est réalisé. Des informations spécifiques à certains secteurs doivent également être obtenues (par exemple, les types de handicaps pour les institutions relatives aux personnes handicapées). Cela peut également être le cas pour des outils en particulier comme les services de médiation de dettes par exemple. Il conviendra de se rendre sur le terrain, auprès des outils concernés, afin d'identifier les données dont ils disposent réellement. Un éclairage de celles-ci par les personnes de terrain, par le biais d'interviews, s'avère également utile. Le document présenté en annexe IV contient les informations à obtenir auprès des outils existants dans la commune de Huy permettant :

- l'identification de certains comportements ;
- l'approche de la demande et son adéquation avec l'offre ;
- l'aspect programmation ;
- l'identification de zones de coordination autour de la commune ;
- ...

Les informations obtenues auprès de ces différents organismes seront confrontées aux données générales relatives à la commune de Huy.

Une fiche par institution est réalisée sur la base des données recueillies (celles relevées dans l'inventaire étant réalisée en priorité). Leur contenu variera évidemment en fonction des données disponibles (certaines institutions étant plus développées que d'autres). Toutefois, un tronc commun reprenant les cinq thèmes du questionnaire est respecté (voir annexe IV). Plus précisément il s'agit :

- du contexte ;
- des bénéficiaires ;
- des missions ;
- de l'offre et de la demande ;
- des collaborations que l'institution entretient avec d'autres organismes.

Les fiches concernant le même type d'institution devront être harmonisées. Les fiches sont réalisées sur la base des données 2002 lorsque seul un rapport d'activités est disponible (les entretiens ayant débutés fin 2003). Toutefois, certaines institutions disposent d'informations sur la situation existante (maisons de repos par exemple), dans ce cas une date commune à plusieurs institutions est choisie en fonction de la date des interviews. Une synthèse des contenus des fiches est réalisée, leur contenu intégral peut être consulté en annexe VI.

4.2.2 Le service d'entraide familiale (centre d'accueil pour adultes⁵⁰)

Bien que la philosophie du centre soit de privilégier la mixité, force est de constater que la majorité des personnes hébergées en 2002 sont des personnes de sexe masculin et isolées (66 % des bénéficiaires). Les bénéficiaires du SEF en 2002 étaient relativement jeunes puisque dans 65 % des cas, leur âge était compris entre 18 et 40 ans. En outre, on peut affirmer, même si les données sont quasi inexistantes, que la zone d'influence du service d'entraide familial reste circonscrite à Huy et aux alentours.

⁵⁰ Les centres d'accueil pour adultes ont été étudiés dans l'inventaire et plus précisément dans le cadre de la politique familiale.

En ce qui concerne ses missions, le SEF ne se limite pas à l'hébergement mais dispose d'une large palette d'activités (guidance post-hébergement, travail social extérieur,...).

En ce qui concerne l'offre et la demande, on constate qu'il n'y a pas d'adéquation. En effet, le centre affiche toujours complet, il n'est pas rare que le « divan » serve à dépanner. Les motifs de refus sont à 84,54 % dus au manque de place. La deuxième cause de refus est l'inadéquation entre la mission du centre et la demande d'aide. En cas de refus, les personnes sont réorientées notamment vers les centres équivalents les plus proches qui sont situés à Liège, Engis, Namur et Grâce-Hollogne. Par ailleurs, en ce qui concerne l'origine des demandes, elles sont dans la majorité des cas spontanées. Les services sociaux peuvent effectuer la demande pour les personnes en difficultés (CPAS, police, service d'aide à la jeunesse,...) ; elles n'émanent pas des établissements sanitaires (hôpital ou institutions psychiatriques).

Enfin, le SEF a constitué au travers de ses actions un réel réseau social à Huy en fonction des personnalités et des affinités entre travailleurs sociaux. De nombreuses collaborations ont été établies avec les autres institutions sociales hutoises voire liégeoises. Ces coopérations ne sont pas figées, elles s'effectuent en fonction des problèmes rencontrés et des opportunités qui se présentent.

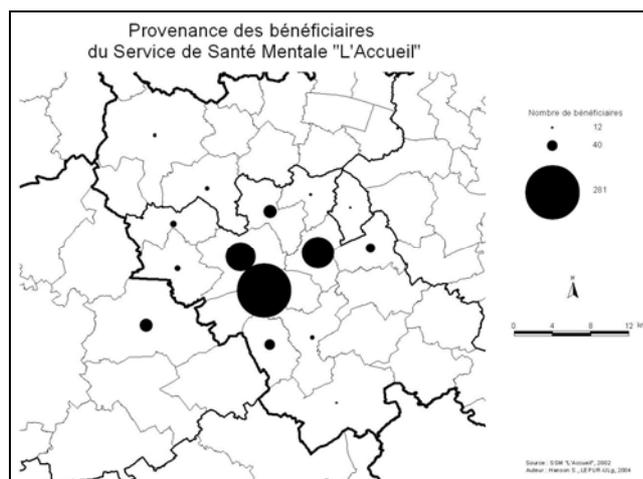
4.2.3 L'accueil (service de santé mentale⁵¹)

Le service de santé mentale « L'Accueil » est confronté à un public extrêmement large puisqu'il compte parmi ses bénéficiaires des enfants, des adolescents et des adultes. Toutes les classes d'âge sont représentées si ce n'est les personnes âgées, beaucoup moins présentes. Les hommes et les femmes sont représentés dans des proportions équivalentes. Enfin, une équipe s'occupe en particulier des auteurs d'infractions à caractère sexuel.

La zone d'influence du centre se concentre essentiellement dans l'arrondissement administratif de Huy. Il convient de faire remarquer qu'une bonne partie des bénéficiaires d'Andenne sont des auteurs d'infractions à caractère sexuel de la prison de cette commune.

Carte III.4.1 - Provenance des bénéficiaires du SSM de Huy

⁵¹ Les services de santé mentale ont été étudiés dans l'inventaire et plus précisément dans le cadre de la politique de santé.



Les services de santé mentale les plus proches sont situés à Namur, Andenne, Waremme, Nandrin, Saint-Nicolas, Seraing, Flémalle et Liège.

L'activité du service de santé mentale « L'Accueil » consiste en l'octroi de consultations individuelles ou de groupe, une partie de celle-ci étant spécifique aux auteurs d'infractions à caractère sexuel. La quasi-majorité des consultations (94 %) sont individuelles. Le service de santé mentale consiste donc en un centre généraliste devant répondre à des demandes tous azimuts.

Le service voit sa demande croître sans arrêt, il a par conséquent du mal à satisfaire la demande. Au cours de l'année 2002, 42 % des dossiers constituaient des nouvelles demandes dont 8,2 % spécifiques aux auteurs d'infractions à caractère sexuel. L'augmentation des demandes serait due au fait que la santé mentale devient un sujet moins tabou et que la santé psychologique des gens décline. Les délais d'attente sont longs (il n'y a pas de liste d'attente, les personnes doivent patienter ou s'orienter vers d'autres services) entre le premier contact et la prise en charge, ce qui pose problème pour les cas urgents. Il n'y a pas de refus au sens strict si ce n'est lorsque les demandes ne correspondent pas aux missions du centre (demandes d'aide en logement par exemple).

Le service oriente des personnes vers le centre de planning et de consultation familiale ou conjugale ou l'hôpital, vers des institutions de santé mentale d'autres communes (Amay, Liège, Namur, Lierneux) voire vers des médecins privés (l'inconvénient étant que les consultations sont beaucoup plus onéreuses). Au cours de l'année 2002, 2 % des demandes ont été réorientées. Le service de santé mentale collabore également avec d'autres services, tant sociaux (CPAS, service d'entraide familiale,...) que sanitaires (initiatives d'habitations protégées, médecins généralistes,...).

BIBLIOGRAPHIE

Cette bibliographie n'est pas exhaustive. Les textes juridiques ayant contribué à la réalisation de l'étude ne sont pas indiqués sous peine d'alourdir la bibliographie. Toutes les références sont mentionnées dans l'inventaire.

OUVRAGES - ARTICLES - RAPPORTS D'ACTIVITÉS

Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées, *Les entreprises de travail adapté en Région wallonne*, 10^{ème} édition, juin 2002, 78 pages.

Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées, *Les entreprises de travail adapté en Région wallonne*, 11^{ème} édition, juin 2003, 90 pages.

Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées, *Rapport d'activités, exercice 2000*, 127 pages.

Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées, *Rapport d'activités, exercice 2001*, 118 pages.

Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées, *Rapport d'activités, exercice 2002*, 120 pages.

AMORY E., *Le traitement social des délinquants sexuels dans le cadre de l'Accord de coopération entre l'Etat fédéral et la Région wallonne*, U.Lg., Mémoire de licence en criminologie, inédit, 2000-2001.

ARCQ E., « Le transfert de l'exercice des compétences de la Communauté française », *CRISP*, 1993, n° 1410-1411, 61 pages.

BARDIEU B., « Le troisième âge à la carte », *Le Soir en ligne*, 4 juin 2003.

BERGER J.-M., *Vade-mecum de l'action sociale*, Bruxelles, Kluwer, 2002.

BORN R., « Bilan de l'exercice des compétences transférées par la Communauté française », *CRISP*, 2002, n° 1783-1784, 91 pages.

Cabinet du Ministre des Affaires sociales et de la Santé, « Evaluation des projets pilotes de services intégrés de soins à domicile », dossier de presse, 2003.

Cabinet du Ministre des Affaires sociales et de la Santé, « L'accompagnement à domicile débat autour d'un projet de société, communiqué de presse, 2003.

Cabinet du Ministre des Affaires sociales et de la Santé, « Le relais social – un réseau de lutte contre l'exclusion sociale », dossier de presse, 2004.

Cabinet du Ministre des Affaires sociales et de la Santé, « Les relais sociaux en Région wallonne – De l'urgence sociale à l'insertion », dossier de presse, 2004.

Cabinet du Ministre des Affaires sociales et de la Santé, « Parlons-en », dossier de presse, 9 janvier 2004.

Cabinet Detienne, Affaires sociales et santé au Gouvernement wallon, 63 marques dans une participation, 2003

COLLECTIF, *Le guide social*, Bruxelles, CPGA, 15^{ème} édition, 2003, 928 pages.

DELVAUX B., « Les hôpitaux en Belgique », *CRISP*, 1986, n° 1140-1141, 67 pages.

DETIENNE T., « Bien vieillir, bien vivre en Wallonie ; les chemins de l'autonomie », dossier de presse, 3 juin 2003.

DETIENNE T., « Conférence de presse – Journée européenne des victimes », dossier de presse, 20 février 2004.

DETIENNE T., « Le secteur des centres de planning familial », discours, 10 février 2003.

DETIENNE T., « Les dispositifs de lutte contre le surendettement en Région wallonne », discours, 7 janvier 2003.

DETIENNE T., « Maisons médicales – 60.000 wallons ont accès à des soins gratuits », conférence de presse, 2 février 2004.

DETIENNE T., « Nouveau décret d'aide aux justiciables – Victimes, prévenus, détenus... au centre d'une politique cohérente », conférence de presse, 13 juillet 2001.

DE WASSEIGE Y., LAFFUT M., RUYTERS CH., SCHLEIPER P., *Bassins d'emploi et Régions fonctionnelles – Inventaire et synthèse des territoires sous-régionaux*, Discussion Papers du SES, n° 0102, Ministère de la Région wallonne, Février 2001, 56 pages.

DE WASSEIGE Y., LAFFUT M., RUYTERS CH., SCHLEIPER P., *Bassins d'emploi et Régions fonctionnelles – Méthodologie et définition des bassins d'emploi wallon*, Discussion Papers du SES, n° 0101, Ministère de la Région wallonne, Février 2001, 28 pages.

DE WASSEIGE Y., LAFFUT M., RUYTERS CH., SCHLEIPER P., VANDEN DOOREN L., *Bassins d'emploi et Régions fonctionnelles – Elaboration d'une typologie socio-économique des bassins d'emploi wallons*, Discussion Papers du SES, n° 0203, Ministère de la Région wallonne, Mai 2002, 28 pages.

Ligue de la santé mentale, *Cadastre des services de santé mentale en Région wallonne – Etude exploratoire*, mai 2002, 106 pages.

Ministère de la justice, Secrétariat général, Service d'information, « Les services d'accueil des victimes au sein des parquets et tribunaux », 2001, (http://www.juridat.be/img_publi/pdf/309-FR.pdf)

Ministère de la justice, Secrétariat général, service d'information, « Vous êtes victimes », 2001 (http://www.juridat.be/img_publi/pdf/003-FR.pdf).

Ministère de la Région wallonne, Conférence Permanente du Développement Territorial, *Atlas - Repères pour une dynamique territoriale en Wallonie*, Namur, MRW-DGATLP, 2002.

Ministère de la Région wallonne, Conférence Permanente du Développement Territorial, *Tableau de bord du développement territorial*, 2003, <http://cpdt.wallonie.be/>, 234 pages.

Ministère de la Région wallonne, Conférence Permanente du Développement Territorial, *Thème 3.3 : Besoins et offre sociale et sanitaire au travers d'une approche globale et territoriale*, Rapport final de la subvention 2002-2003, septembre 2003.

Ministère de la Région wallonne, Conférence Permanente du Développement Territorial, *Thème 3.3 : Besoins et offre sociale et sanitaire au travers d'une approche globale et territoriale*, Rapport intermédiaire de la subvention 2003-2004, mars 2004.

Ministère de la Région wallonne, Direction Générale de l'Action Sociale et de la Santé, *Les associations de santé intégrée (maisons médicales) en Région wallonne*, Bruxelles, avril 2001.

Ministère de la Région wallonne, Direction Générale de l'Action Sociale et de la Santé, *Rapport d'activités 2001*, 160 pages.

Ministère de la Région wallonne, Direction Générale de l'Action Sociale et de la Santé, *Rapport d'activités 2002*, 160 pages.

Ministère de la Région wallonne, Direction Interdépartementale de l'Intégration Sociale, *Premier rapport sur la cohésion sociale en Région wallonne*, Namur, MRW, 2001, 384 pages.

MONTAIGNE F. et REYNER H., *Enquête auprès des centres de coordination de soins et services à domicile*, SES et DGASS, 72 pages.

QUERTAINMONT Ph., *Législation hospitalière*, Bruxelles, Story Scientia, 1993, 122 pages.

Service d'Entraide Familiale, *Rapport d'activités 2002*, Huy, 16 pages.

Service d'Entraide Familiale, *Rapport d'activités 2003*, Huy, 13 pages.

Service de santé mentale « L'Accueil », *Rapport d'activités 2002*, Huy, 8 pages.

THIEL P., *Les hôpitaux en Belgique - fonctionnement et financement*, Bruxelles, Kluwer,, 2000, 332 pages.

VAN HECKE E., « Actualisation de la Hiérarchie urbaine en Belgique », Extrait du *Bulletin du Crédit Communal*, 52^{ème} année, n° 205, 1998/3, page 45 à 71.

Les rapports d'activités pour Huy

DOCUMENTS LÉGAUX OU OFFICIELS

Gouvernement wallon (1999). Schéma de développement de l'Espace Régional (SDER).

Gouvernement wallon (2000). Contrat d'Avenir pour la Wallonie (CAW).

Gouvernement wallon (2002). Contrat d'Avenir pour la Wallonie Actualisé (CAWA).

Gouvernement wallon (1999). Déclaration de Politique Régionale (DPR).

Gouvernement wallon (2004). Déclaration de Politique Régionale 2004>2009.

SITES INTERNET

<http://cpdt.wallonie.be/> (site de la Conférence Permanente du Développement Territorial, août 2004)

<http://detienne.wallonie.be> (site du Cabinet Detienne, juin 2004)

<http://just.fgov.be> (site du Ministère de la justice, consultation quotidienne)

<http://mrw.wallonie.be/dgass/> (site de la Direction Générale de l'Action Sociale et de la Santé, août 2004)

<http://mrw.wallonie.be/dgatlp/dgatlp/> (site de la Direction Générale de l'Aménagement du Territoire, du Logement et du Patrimoine, août 2004)

<http://mrw.wallonie.be/sq/dsg/diis/> (site de la Direction Interdépartementale de l'Intégration Sociale, août 2004)

<http://statbel.fgov.be> (Site de l'Institut National de Statistiques, août 2004)

<http://statistiques.wallonie.be> (site de l'Institut Wallon de l'Evaluation, de la Prospective et de la Statistique, août 2004)

<http://wallex.wallonie.be> (base de données juridiques de la Région wallonne, consultation quotidienne)

<http://www.awiph.be> (site de l'Agence Wallonne pour l'Intégration des Personnes Handicapées, août 2004)

<http://www.cfwb.be> (site de la Communauté française, août 2004)

<http://www.fedito.be> (site de la Fédération wallonne des institutions pour toxicomanes, août 2004)

<http://www.fih-w.be> (site de la Fédération des Institutions Hospitalières de Wallonie, août 2004)

<http://www.lnami.fgov.be> (site de l'Institut National d'Assurance Maladie Invalidité, août 2004)

<http://www.guidesocial.com> (site du Guide social, août 2004)

<http://www.chrh.be> (site du Centre Hospitalier Régional Hutois, août 2004)

<http://www.hbmhuy.be> (site de la Société de Logement de Service Public Meuse Condroz, août 2004)

<http://www.health.fgov.be> (site du Ministère Fédéral de la Santé Publique, de la Sécurité de la Chaîne Alimentaire et de l'Environnement, août 2004)

<http://www.huy.be> (site de la ville de Huy, août 2004)

<http://www.julierenson.be> (site de la Fondation Julie Renson, active dans la santé mentale, août 2004)

<http://www.observatoire-credit.be> (site de l'Observatoire du Crédit et de l'Endettement, août 2004)

<http://www.prov-liege.be/telesoc/TELESOC.HTM> (Banque d'Informations sociale et psycho-médico-sociale de la province de Liège, août 2004)

<http://www.socialsecurity.be> (site de la Sécurité Sociale et des Institutions Publiques de Sécurité Sociale, août 2004)

<http://www.theseas.be> (site sur la santé mentale, août 2004)

DIVERS

Dictionnaire cartographique de la CPDT (octobre 1999).

Dictionnaire des données statistiques du LEPUR (juin 2002).

GEDAP, Logiciel Cytise III – Tableau de bord statistique des communes wallonnes, UCL, 2003.

ANNEXES

ANNEXE I : LISTE DES RAPPORTS DU THÈME 3.3	47
ANNEXE II : STRUCTURES ÉTUDIÉES DANS L'INVENTAIRE (CLASSEMENT PAR POLITIQUE) 49	
ANNEXE III : CARTOGRAPHIE : PRÉCISION MÉTHODOLOGIQUE	52
ANNEXE IV : DONNÉES À RÉCOLTER AUPRÈS DES INSTITUTIONS SOCIALES ET SANITAIRES DE HUY	54
ANNEXE V : LISTE DES INSTITUTIONS SOCIALES ET SANITAIRES DE LA COMMUNE DE HUY	58
ANNEXE VI : FICHES D'ANALYSE DES INSTITUTIONS HUTOISES	62
ANNEXE VII : ERRATUM.....	72

ANNEXE I : LISTE DES RAPPORTS DU THÈME 3.3

Cette annexe reprend, par ordre chronologique, l'ensemble des documents distribués ainsi qu'un bref aperçu du contenu de ces différents documents. Ces derniers peuvent être obtenus sur demande au secrétariat de la CPDT.

SUBVENTION 2002 – 2003

Mars 2003

Ministère de la Région wallonne, Conférence permanente du développement territorial, Rapport intermédiaire de la subvention 2002–2003, mars 2003, Thème 3.3 : Besoins et offre sociale et sanitaire au travers d'une approche globale et territoriale.

Le premier rapport présenté dans le cadre du thème 3.3 consiste en un état d'avancement présentant les objectifs de la recherche, la méthodologie utilisée ainsi que les principaux résultats obtenus. A ce stade, l'analyse de la répartition des compétences est achevée et l'inventaire est en voie de finalisation. L'annexe du rapport présente :

- l'analyse de la répartition des compétences ;
- la liste des structures qui seront étudiées dans l'inventaire ;
- une illustration de l'inventaire par l'analyse des outils repris dans l'aide sociale aux justiciables ;
- un exemple de tableau croisé.

Ce document a été envoyé aux membres du Comité d'accompagnement en version papier.

Juin 2003

Ministère de la Région wallonne, Conférence permanente du développement territorial, Note d'orientation de la subvention 2002–2003, juin 2003, Thème 3.3 : Besoins et offre sociale et sanitaire au travers d'une approche globale et territoriale.

La note d'orientation présente l'inventaire.

Ce document n'a pas été distribué en version papier aux membres du Comité d'accompagnement mais leur a été adressé par e-mail.

Septembre 2003

Ministère de la Région wallonne, Conférence permanente du développement territorial, Rapport final de la subvention 2002–2003, septembre 2003, Thème 3.3 : Besoins et offre sociale et sanitaire au travers d'une approche globale et territoriale.

Le rapport final reprend l'ensemble des travaux qui ont été réalisés au cours de la subvention 2002–2003 à savoir :

- l'analyse du partage des compétences ;
- l'inventaire finalisé ;
- une première série de tableaux croisés visant à comparer les outils figurant dans l'inventaire. Les institutions relevant d'une même politique entre elles sont confrontées sur trois de leurs aspects (bénéficiaires, champ d'application territorial et missions).

Ce document a été envoyé aux membres du Comité d'accompagnement en version papier.

SUBVENTION 2003 – 2004

Mars 2004

Ministère de la Région wallonne, Conférence permanente du développement territorial, Rapport intermédiaire de la subvention 2003–2004, Thème 3.3 : Besoins et offre sociale et sanitaire au travers d'une approche globale et territoriale.

Ce rapport contient la deuxième partie des tableaux croisés (comparaisons des outils relevant de politiques différentes entre eux). A ce stade, tous les outils relevés dans l'inventaire ont donc été comparés entre eux sur trois de leurs aspects : les bénéficiaires, le champ d'application territorial et leurs missions.

Ce document a été envoyé aux membres du Comité d'accompagnement en version papier.

ANNEXE II : STRUCTURES ÉTUDIÉES DANS L'INVENTAIRE (CLASSEMENT PAR POLITIQUE)

1. POLITIQUE DE SANTÉ

Hôpitaux généraux

Hôpitaux universitaires

1.1 SECTEUR PSYCHIATRIQUE

Hôpitaux psychiatriques

Centres hospitaliers psychiatriques

Initiatives d'habitations protégées

Maisons de soins psychiatriques

1.2 SANTÉ AMBULATOIRE

Associations de santé intégrée

Centres de télé-accueil

Plates-formes de soins palliatifs

Services de santé mentale

Services spécialisés en assuétudes

Réseaux d'aide et de soins en assuétudes

1.3 ACCOMPAGNEMENT À DOMICILE

Centres de coordination de soins et services à domicile

Services d'aide aux familles et aux personnes âgées

Services intégrés de soins à domicile

1.4 GUIDANCE ET TRAITEMENT DES AUTEURS D'INFRACTIONS À CARACTÈRE SEXUEL

Equipes psychosociales spécialisées

Equipes de santé spécialisées

Centre d'appui

1.5 DIVERS

Service écoute-enfants

Equipes SOS-enfants

Centres PMS

Centres PMS pour l'enseignement spécial

2. POLITIQUE FAMILIALE

Centres de planning et de consultation familiale et conjugale

2.1 ACCUEIL, HÉBERGEMENT ET ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES EN DIFFICULTÉS SOCIALES

Centres d'accueil pour adultes

Maisons maternelles

Maisons d'accueil

Maisons de vie communautaire

Abris de nuit

Maisons d'hébergement de type familial

3. POLITIQUE DES PERSONNES HANDICAPÉES

3.1 INTÉGRATION SOCIALE ET PROFESSIONNELLE

Centres d'évaluation et d'orientation professionnelle

Centres de formation professionnelle

Centres de réadaptation fonctionnelle

Entreprises de travail adapté

Section d'accueil et de formation en entreprise de travail adapté

Dispositifs de maintien

3.2 SERVICES NON-RÉSIDENTIELS

Services d'accompagnement des personnes handicapées adultes

Services d'accueil de jour pour adultes

Services d'accueil de jour pour jeunes

Services d'accueil de jour pour jeunes non scolarisés

Services d'aide à l'intégration

Services d'aide aux activités de la vie journalière

Services d'aide précoce aux enfants handicapés

Services de placement familial

3.3 SERVICES RÉSIDENTIELS

Services résidentiels pour adultes

Services résidentiels pour jeunes

Services résidentiels de nuit pour adultes

Services résidentiels de transition

4. POLITIQUE D'ACCUEIL ET D'INTÉGRATION DES ÉTRANGERS

Centres régionaux d'intégration des personnes étrangère ou d'origine étrangère

5. POLITIQUE D'ACTION SOCIALE

5.1 AIDE SOCIALE

Centres de service social

CPAS

5.2 AIDE AUX JUSTICIALES

Services d'aide sociale aux détenus en vue de leur réinsertion sociale

Services d'aide aux victimes

Services d'aide sociale aux justiciables

5.3 LUTTE CONTRE LE SURENDETTEMENT

Services de médiation de dettes

Centres de référence pour services de médiation de dettes

5.4 INSERTION SOCIALE

Services d'insertion sociale

Relais sociaux urbains

Relais sociaux intercommunaux

6. POLITIQUE DU TROISIÈME ÂGE

Centres d'accueil de jour pour personnes âgées

Maisons de repos

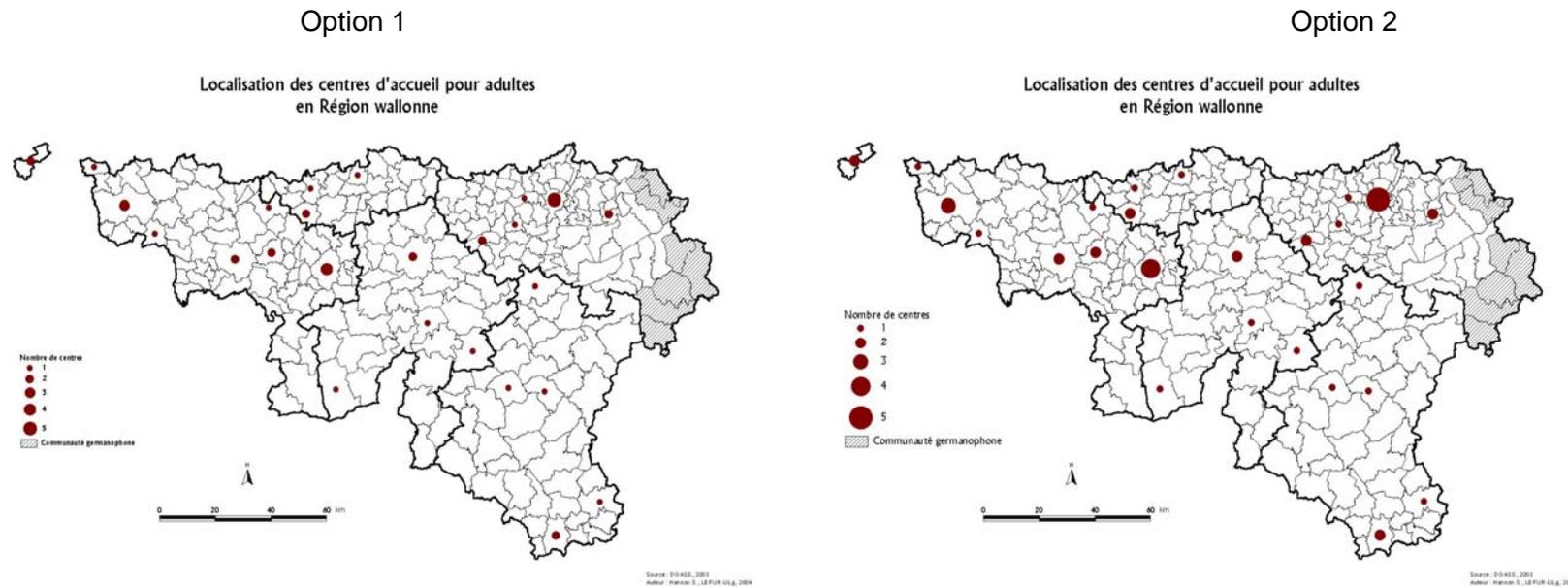
Résidences-services

Maisons de repos et de soins

Centres de soins de jour

ANNEXE III : CARTOGRAPHIE : PRÉCISION MÉTHODOLOGIQUE

Les cartes sont réalisées avec des points de tailles différentes en fonction du nombre. Se pose dès lors la question de savoir quelle taille leur octroyer. En effet, dans la mesure où plusieurs classes sont déterminées, il faut savoir si la surface des cercles doit être proportionnelle ou si on la détermine de façon anarchique. Afin d'illustrer nos propos, les deux options ont été réalisées pour les centres d'accueil pour adultes.



Dans l'option 1, la surface des cercles est proportionnelle au nombre de centre. Le problème apparaît tout de suite : on distingue mal les classes lorsqu'elles sont peut nombreuses et proches. Ce qui pourrait être résolu par la rédaction d'annexe (indiquer en annexe les communes qui ont un/des centres d'accueil pour adultes).

Dans l'option 2, la surface des cercles n'est pas proportionnelle au nombre de centres. On constate, par rapport à l'option 1, que l'on peut immédiatement déterminer le nombre de centres d'accueil pour adultes par commune rien qu'en regardant la carte. Dans ce cadre, le problème est que la représentation est non exacte sur le plan scientifique mais la lisibilité de la carte s'en trouve améliorée.

Dans la mesure où une représentation géographique a pour but d'illustrer une situation de façon visuelle, l'option 2 a été choisie par le Comité d'accompagnement et le groupe de travail⁵². Toutefois, lorsque les classes sont trop nombreuses, l'option 1 a été conservée.

⁵² Comité d'accompagnement du 24 juin 2004.

ANNEXE IV : DONNÉES À RÉCOLTER AUPRÈS DES INSTITUTIONS SOCIALES ET SANITAIRES DE HUY

1. DONNÉES COMMUNES À CHAQUE OUTIL

1.1 INFORMATIONS RELATIVES À L'OUTIL

- coordonnées de l'outil (adresse, numéro de téléphone, e-mail, personne de contact) et, le cas échéant, le nombre de sites avec les coordonnées de ces derniers ;
- contexte de création ;
- forme juridique ;
- ...

1.2 INFORMATIONS RELATIVES AUX BÉNÉFICIAIRES DE L'OUTIL

- âge ;
- sexe ;
- provenance (communes) ;
- nationalité ;
- ...

1.3 INFORMATIONS RELATIVES AUX ACTIVITÉS DE L'OUTIL

- missions de la structure (générales et particulières), types d'activités et types d'aide ;
- fonction du personnel ;
- qualifications du personnel ;
- ...

1.4 INFORMATIONS RELATIVES À L'OFFRE ET À LA DEMANDE

- nombre de demandes ;
- filières d'accès au service (entourage, bénéficiaire lui-même, organismes, autres) ;
- nombre de prises en charges ;
- nombre de refus (identification des raisons des refus) ;
- capacité de la structure (le cas échéant) ;
- ...

1.5 DIVERS

- services manquant au sein de la commune ;
- collaborations éventuelles avec d'autres structures ;
- structures semblables les plus proches ;
- ...

2. DONNÉES SPÉCIFIQUES

2.1 POLITIQUE DE LA SANTÉ

- Hôpitaux⁵³
 - types de services ;
 - types de maladies traitées ;
 - durée d'hospitalisation (le cas échéant) ;
 - activités sociales ;
 - taux d'occupation par service ;
 - durée du séjour par service ;
 - ...
- Initiative d'habitations protégées
 - types de troubles traités ;
 - ...
- Service de santé mentale
 - types de troubles traités ;
 - ...
- Services d'aide aux familles et aux personnes âgées
 - types et taille des ménages ;
 - nombre d'heures prestées par les aides familiales en moyenne par ménage ;
 - revenus des bénéficiaires (sources, montants) ;
 - ...
- Centres PMS (idem Centres PMS pour l'enseignement spécial)
 - nombre d'établissements scolaires couverts ;
 - types d'enseignement ;
 - ...

2.2 POLITIQUE FAMILIALE

- Centres de planning et de consultation familiale et conjugale
 - types et taille des ménages ;
 - niveau d'instruction ;
 - revenus des bénéficiaires (sources, montants) ;
 - prix des consultations ;
 - ...
- Centre d'accueil pour adultes
 - durée du séjour ;
 - revenus des bénéficiaires (sources, montants) ;
 - ...

⁵³ Il serait opportun d'obtenir les informations pour l'hôpital en général mais également par service.

2.3 POLITIQUE DES PERSONNES HANDICAPÉES

- Entreprises de travail adapté
 - types de handicaps ;
 - types d'activités ;
 - ...
- Accueil et hébergement
 - types de handicaps ;
 - durée de l'accueil ou du séjour ;
 - ...

2.4 POLITIQUE D'ACTION SOCIALE

- Centres de service social
 - revenus des bénéficiaires (sources, montants) ;
 - types d'intervention sociale réalisée ;
 - problèmes rencontrés de façon récurrente et leur fréquence ;
 - ...
- CPAS
 - revenus des bénéficiaires (sources, montants) ;
 - types d'aide ;
 - types de ménages, composition des ménages ;
 - ...
- Services d'aide sociale aux justiciables
 - types d'infractions subies (pour les victimes) ;
 - types de peines et pour quelles infractions (pour les ex-détenus, condamnés) ;
 - types d'infractions commises (pour les inculpés) ;
 - types de prise en charge ;
 - commune de l'infraction ;
 - situation socioprofessionnelle ;
 - niveau d'études ;
 - solvabilité de l'auteur de l'infraction ;
 - état de la procédure ;
 - recours à la commission de l'aide aux victimes d'actes de violence (aide pécuniaire).
- Services de médiation de dettes
 - causes du surendettement ;
 - nature du surendettement (crédit à la consommation, crédit hypothécaire) ;
 - niveau d'endettement ;
 - niveau d'instruction ;

- profession ou statut (ouvrier, employé,...) ;
- types et tailles des ménages ;
- revenus des bénéficiaires (sources, montants) ;
- ...

2.5 POLITIQUE DU TROISIÈME ÂGE

- durée du séjour ou de l'accueil ;
- type de dépendances ou de maladies ;
- âge à l'entrée et à la sortie ;
- revenus ;
- prix de la pension.

ANNEXE V : LISTE DES INSTITUTIONS SOCIALES ET SANITAIRES DE LA COMMUNE DE HUY

1. SANTÉ

- un centre hospitalier
- un centre local de promotion de la santé
- une association de santé intégrée
- un centre médical (polyclinique)
- un dispensaire (fondation contre les affections respiratoires et pour l'éducation de la santé)
- une structure d'accueil pour toxicomanes
- un service de promotion de la santé à l'école
- un service éducation pour la santé Huy

1.1 SANTÉ MENTALE

- une initiative d'habitations protégées
- un service de santé mentale
- un centre de guidance des mutualités chrétiennes (consultations psychologiques)

1.2 GUIDANCE ET TRAITEMENT DES AUTEURS D'INFRACTIONS À CARACTÈRE SEXUEL

- une équipe de santé spécialisée

1.3 ACCOMPAGNEMENT À DOMICILE

- un service intégré de soins à domicile
- deux services d'aide aux familles et aux personnes âgées
- une plate-forme de concertation en soins palliatifs

1.4 DIVERS

- cinq centres PMS
- une association des licenciés en sciences de la santé publique de l'ULG (Huy)

2. FAMILLE

- un centre de planning et de consultation familiale et conjugale
- deux centres d'accueil pour adultes
- une ligue des familles (Hesbaye Condroz Huy Tihange)
- une antenne de l'association vie féminine

3. PERSONNES HANDICAPÉES

- une entreprise de travail adapté
- un service d'accueil de jour pour adultes

- deux services résidentiels pour adultes
- une association régionale de soutien aux insuffisants mentaux
- un service résidentiel pour jeunes
- une association pour la promotion des personnes handicapées et/ou invalides
- une association active pour sport pour personnes invalides ou handicapées
- une association active pour le travail, les loisirs, l'art et les sports de handicapés

4. ACTION SOCIALE

- un centre de service social
- un CPAS
- une section locale de la Croix Rouge
- l'association espace services (épicerie sociale, lavoir social,...)
- un service social et logement à la Haute école Charlemagne Huy
- une association active dans l'accompagnement psychologique et social des personnes ayant perdu un conjoint
- une section de la ligue des droits de l'homme
- l'ordre des avocats du barreau de Huy palais de justice
- un tribunal du tribunal du travail
- un service social du personnel electrabel Huy (centrale de Tihange)

4.1 INSERTION SOCIO-PROFESSIONNELLE (EMPLOI/FORMATION)

- une agence locale pour l'emploi
- carrefour formation Huy
- un centre d'insertion professionnel
- un comité subrégional de l'emploi et de la formation de Huy-Waremme
- un institut provincial d'enseignement de promotion sociale Huy
- une antenne de l'association « Lire et écrire »
- un office communautaire et régional de la formation professionnelle et de l'emploi (forem Huy)
- Un service de réinsertion socio-professionnelle CPAS de Huy

4.2 AIDE AUX JUSTICIABLES

- un bureau d'assistance aux victimes (zone de police de Huy)
- un service d'aide sociale aux justiciables (ASBL aide et reclassement)
- un service de médiation de dettes
- un centre d'expression libre et de créativité en milieu carcéral
- un service consultant en justice réparatrice
- un service psychosocial à l'établissement pénitentiaire de Huy
- une fédération des associations pour la formation et l'éducation permanente en prison

- une maison de justice de Huy
- un service d'assistance aux victimes (police fédérale)

4.3 LOGEMENT

- Une association visant à la mise en location de logements à des personnes à revenus modestes
- l'habitat social hutois c/o CPAS de Huy
- une maison de l'enfant
- un service logement de la commune

4.4 DIVERS

- La Lumière Huy
- mille lieux de vie Huy
- une association pour l'accueil de la femme enceinte (seule ou en couple)
- un centre d'information et d'éducation permanente du MOC (CIEP)

5. TROISIÈME ÂGE

- un centre d'accueil de jour pour personnes âgées
- dix maisons de repos
- une résidence service
- quatre maisons de repos et de soins

6. JEUNES

6.1 PETITE ENFANCE

- un comité d'initiative et de défense des habitants du quartier Nord Huy
- des consultations ONE prénatale
- deux services de consultations des nourrissons de l'ONE
- une crèche petit à petit
- une garderie des tout petits
- une halte garderie
- un service de gardiennes d'enfants à domicile

6.2 AIDE À LA JEUNESSE

- un service de placement familial
- un centre d'accueil et accompagnement des jeunes en milieu ouvert
- un centre d'animation pour la jeunesse
- un centre régional de recherche et d'action sociale sur les problèmes familiaux notamment les enfants maltraités
- un conseil de l'arrondissement de l'aide à la jeunesse
- un Infor jeunes

- un service d'orientation des familles et de thérapies brèves
- un service d'aide et d'intervention éducative
- un service de l'aide à la jeunesse
- un service de protection judiciaire

6.3 SCOLARITÉ

- deux centres d'éducation et de formation en alternance
- un centre de scolarité et de loisirs
- deux écoles de l'enseignement spécial
- un centre d'accueil extra-scolaire
- un centre de jour pour jeunes en décrochage scolaire

7. DIVERS

- un service de prestations éducatives ou philanthropiques
- forem conseil ;
- un service de protection judiciaire
- un centre de formation professionnelle (forem formation Huy)
- un cercle sportif cardio-respiratoire Hutois
- Contacts sociaux diabétiques Meuse Hesbaye Condroz Huy ;
- Coordination Huy-Waremme pour la tolérance ;
- Famille sans frontière Huy ;
- Génération Saint-Léonard ;
- Saint-Vincent de Paul ;
- îles de paix ;
- Equipe d'interventions thérapeutiques en Famille pour Enfants et Adolescents (ETFA).

ANNEXE VI : FICHES D'ANALYSE DES INSTITUTIONS HUTOISES

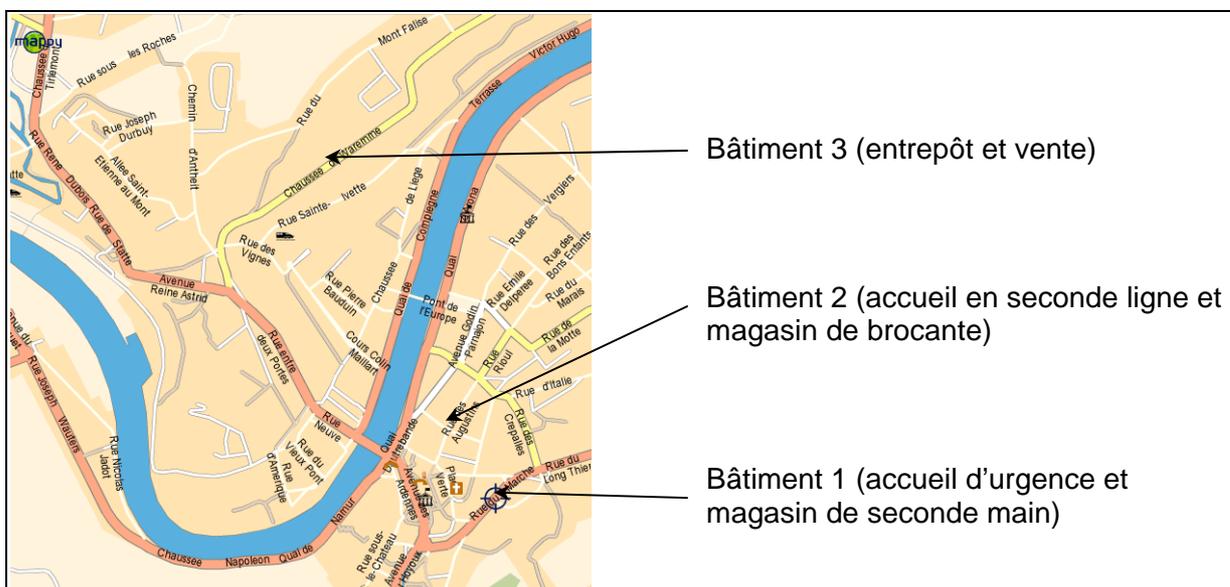
1. LE SERVICE D'ENTRAIDE FAMILIALE (CENTRE D'ACCUEIL POUR ADULTES⁵⁴)

La fiche est réalisée sur la base du rapport d'activités 2002, des propos recueillis auprès de Madame Millet⁵⁵, directrice du centre, et du dossier de presse du centre d'études et de documentation sociales.

- Contexte

Le service d'entraide familiale (SEF) est une ancienne organisation puisqu'il a été fondé par le Père Dominique Pire (prix Nobel de la paix et créateur des Iles de paix) en 1938. Au départ, le SEF agissait, durant la guerre et les années qui ont suivi, en tant que service d'aide aux familles pauvres au travers d'équipes bénévoles. Au cours des années 80, la crise du logement fait rage, il est difficile de trouver des logements corrects à des prix abordables. Le SEF ouvre alors, en 1981, sa première maison d'accueil pour personnes adultes en difficultés rue du Marché, 35 à Huy (bâtiment 1). Une deuxième maison est créée à deux pas de là en 1992 (rue des Augustins, 27, bâtiment 2). Les projets d'accueil sont différents en fonction du lieu (voir infra). Le SEF dispose de ressources financières qu'il obtient via une subvention régionale mais ses besoins sont surtout financés grâce à ses magasins de seconde main et de brocante. Il dispose enfin d'un dépôt rue de Waremme, 18 (qui se situe de l'autre côté de la Meuse) où sont proposés des meubles, électroménagers d'occasion,... à des prix modiques (bâtiment 3).

Carte 1 : Localisation des points d'activités du service d'entraide familiale



La forme juridique du service est l'ASBL et il fait partie de l'Association des Maisons d'Accueil (AMA).

⁵⁴ Les centres d'accueil pour adultes ont été étudiés dans l'inventaire et plus précisément dans la politique familiale.

⁵⁵ Entretien du 14 janvier 2004, rue des Augustins, 27 à 4500 Huy.

- Bénéficiaires

Le SEF s'adresse aux personnes de plus de 18 ans (ainsi qu'aux enfants qui les accompagnent). Il offre un hébergement d'urgence ce qui implique que les personnes qui s'y présentent doivent n'avoir aucune autre solution de logement. Au cours de l'année 2002, 80 personnes ont été hébergées en urgence au SEF (67,5 % d'hommes, 22,5 % de femmes et 10 % d'enfants). Cette population se compose de 66,3 % d'hommes isolés (contre 12,9 % de femmes isolées). Peu de femmes seules font la demande, cela arrive dans certains cas (violences conjugales) mais de façon très limitée dans le temps et sans « accrochage » social. Pour les femmes isolées, affronter un milieu très masculin en soirée et le week-end est un obstacle, c'est pour cette raison que le SEF les oriente vers « L'accueil Sainte-Marie »⁵⁶. Aucune femme seule n'a été hébergée ou n'est restée seule dans la maison plus de 15 jours. On trouve également au SEF 8,1 % de couples et 4,9 % de couples avec enfants. Enfin, il y a 6,5 % de familles monoparentales (qui se répartissent exactement de la même façon -3,2 %- entre famille monoparentale père et famille monoparentale mère). Bien que le centre tente de privilégier la mixité (afin de favoriser la non-séparation des couples et des familles), on constate que les femmes sont peu nombreuses.

Parmi les personnes accueillies et hébergées en 2002, 12,5 % avait moins de 18 ans (80 % d'entre eux avaient moins de 12 ans), 43,8 % avaient de 18 à 30 ans (dont 27,5 % de moins de 25 ans), 22,5 % avaient entre 31 et 40 ans et, enfin, 15,0 % de 41 à 50 ans. Les bénéficiaires âgés de plus de 50 ans ne représentent plus que 5,0 % dont 3,8 % ont entre 50 et 60 ans.

Les personnes accueillies et hébergées au SEF au cours de l'année 2002 étaient presque toutes belges (91,3 %, les 8,7 % restants sont des personnes étrangères hors de l'Europe CEE).

Après leur passage au SEF, les adultes se dirigent vers un logement autonome (35,6 %), une institution (23,3 %), la famille (19,2 %), aucun endroit fixe (19,2 %) et 2,7 % vers un endroit inconnu.

Les assuétudes peuvent être la cause d'un déracinement social important dans la mesure où 42,5 % des personnes adultes ayant bénéficié d'un hébergement en 2002 avaient un problème majeur de toxicomanie ou d'alcoolisme. Pour les autres adultes accueillis (soit 46,2 %) le recours à des substances toxiques était très fréquent. La dépendance à certains produits peut même constituer le motif d'entrée au SEF (dans 26,0 % des cas), les autres causes étant les problèmes de logements (23,7 %), les problèmes administratifs (16,8 %), la sortie d'une autre institution (13,7 %), les problèmes de violence (4,6 %) et d'autres (15,3 %).

Les personnes qui demandent de l'aide au SEF le font dans la majorité des cas de façon spontanée (41,7 % des cas). Sinon, ce sont les familles ou relations qui les mettent en contact avec le centre (29,2 %) ou encore le CPAS (9,7 %), la police (8,3 %), les services d'aide à la jeunesse (4,2 %), une autre maison d'accueil (4,2 %), d'autres services sociaux (1,4 %) ou la prison (1,4 %). Aucune demande via l'hôpital ou une institution psychiatrique n'a été enregistrée.

Il n'y a pas de données précises en ce qui concerne la commune de provenance des bénéficiaires. Toutefois, il apparaît que tous proviennent de la région hutoise. Ce manque d'information peut être dû au fait que 45,8 % des demandeurs ne proviennent d'aucun endroit fixe (22,2 % proviennent de la famille, 15,3 % proviennent d'une institution, 15,3 % proviennent d'un logement autonome et 1,4 % proviennent d'un endroit inconnu).

- Activités

⁵⁶ Centre d'accueil pour femmes situé à Huy et qui sera étudié ultérieurement.

Le SEF accueille et héberge en urgence (c'est-à-dire de quelques jours à une durée maximale de six mois) les personnes en décrochage social. La maison de la rue du Marché vise à un hébergement d'urgence. La maison de la rue des Augustins est destinée à ceux qui, après leur passage dans la première maison, sont prêts à mener une vie autonome mais qui ont encore besoin d'une structure semi-communautaire. Dans ce cadre, le SEF propose des hébergements à plus long terme.

La durée moyenne des séjours est de 70 jours pour les hommes et de 68 jours pour les femmes (4 jours pour les enfants). Plus précisément :

- 21,3 % des séjours ont duré moins de 3 jours ;
- 17,5 % des séjours ont duré de 3 jours à moins de 8 jours ;
- 17,5 % des séjours ont duré de 8 jours à moins de 1 mois ;
- 22,5 % des séjours ont duré de 1 mois à moins de 3 mois ;
- 5,5 % ont duré de 3 mois à moins de 6 mois ;
- 11,3 % des séjours ont duré de 6 mois à moins d'1 an ;
- 2,5 % des séjours ont duré plus d'1 an.

Si la durée est équivalente en ce qui concerne les hommes et les femmes, un nombre plus important de séjour est effectué par les hommes (voir supra).

Outre l'hébergement, un travail social important se traduisant par des entretiens personnalisés dans les maisons (4 255), des entretiens au téléphone (2 117) et des démarches téléphoniques (3 426) est réalisé par les SEF. Toutefois, le manque de place ou d'un endroit discret se fait sentir. Le SEF procure également une guidance après le passage en institution.

Parallèlement à ces activités, le travail extérieur s'intensifie puisque, au cours de l'année 2002, 1 195 entretiens hors du SEF ont été réalisés (au domicile d'anciens hébergés, à l'hôpital, dans les gares ou cafés, pour aller à la rencontre des personnes très marginalisées). De plus, 839 accompagnements dans certaines démarches (accompagner des personnes vers d'autres services sociaux à Huy -CPAS, hôpital, service d'aide sociale aux justiciables, service de protection de la jeunesse,...-, accompagner la personne plus loin c'est-à-dire la réorienter vers une autre institution -hôpital, désintoxication, maison d'accueil,...-) des personnes en difficultés sociales ont été effectués.

Afin d'étoffer la subvention régionale et de subvenir à ses besoins, le SEF a également ouvert un magasin de seconde main « Bric à Brac » accessible à tous (rue du Marché), un magasin de brocante (situé rue des Augustins) ainsi qu'un dépôt d'appareils électroménagers d'occasion vendus à prix modestes (chaussée de Waremme).

Enfin, le SEF se charge également d'aider les gens qui le souhaitent à gérer leur argent. Parfois, cette démarche est nécessaire dans la mesure où le mandat postal a tendance à disparaître au profit du paiement par compte bancaire (CPAS, chômage, caisses d'allocations familiales,...) ; or, parmi les personnes hébergées au SEF, très peu en ont un (d'autres n'y ont plus accès). En 2001, le SEF a ouvert un compte tiers pour les résidents. Ce compte permet le versement des ressources, la gestion de l'argent versé (en concertation avec la personne intéressée) et des avances éventuelles en cas de nécessité. Le libre choix est toujours laissé au résident. En 2002, 55 % des hébergés ont fait transiter leurs ressources via le compte solidarité. Certains anciens demandent à pouvoir continuer de bénéficier de ce service. D'une manière générale, la gestion budgétaire est transitoire et vise à l'insertion sociale.

Pour remplir l'ensemble de ces activités, il y a :

- 1 ETP directeur ;

- 1 ETP assistante sociale ; correspond au cadre de la Région wallonne
- 1,5 ETP éducateurs.

Une partie du personnel est engagé sur fonds propres :

- 1 ETP éducateur ;
- 0,5 ETP secrétaire.

La plupart des membres du personnel proviennent de la région hutoise (deux sont issus de Liège).

Des bénévoles (pensionnés, gens généreux connaissant les actions du SEF, gens hébergés dans les maisons du SEF,...) tiennent le magasin, font les déménagements, trient les vieux objets,... mais ne remplissent pas de mission sociale au profit des hébergés.

- Offre et demande

Le SEF est agréé pour 14 lits. Il y a 8 chambres rue du Marché (équivalant à 10 lits) et 3 chambres rue des Augustins (correspondant à 4 lits). Dans le dernier cas, il s'agit d'appartements supervisés accessibles uniquement après le passage dans la maison rue du Marché et destinés aux personnes prêtes à vivre de manière autonome tout en nécessitant un encadrement. L'hébergement représente 4.978 nuitées (dont 4.157 sont subventionnées par la Région wallonne) soit un taux d'occupation journalière (sur les nuitées totales) de 13,64 pour 14 lits.

D'une manière générale, les places vacantes sont rares, le SEF affiche complet quasi en permanence. Parfois des personnes sont accueillies sur le « divan ». Les refus sont difficiles à quantifier parce que les demandeurs frappent à la porte de plusieurs institutions. En 2002, 304 demandes ont été non satisfaites (contre 134 en 2001). Les motifs de refus sont dans 84,54 % des cas le manque de place, 7,2 % lorsque la demande ne correspond pas au projet pédagogique du centre, 1,3 % en cas de séjour antérieur et 6,7 % de situations diverses. En cas de refus, le SEF réoriente les personnes. Les travailleurs sociaux s'échangent les informations.

- Collaborations

Le SEF fait partie de l'Association des Maisons d'Accueil (AMA), leurs réunions lui permettent de voir la situation des sans-abri de manière plus globale. Au cours de l'année 2002, leurs rencontres ont essentiellement porté sur l'élaboration du nouveau décret sur l'accueil, l'hébergement et l'accompagnement des personnes en difficultés sociales.

Le SEF s'est également réuni avec les acteurs de terrain afin de s'interroger sur l'urgence sociale à Huy. Cette initiative du service de prévention a permis une meilleure connaissance des actions des autres services mais également la rencontre avec les autres acteurs sociaux qui dès lors se connaissent et peuvent mieux collaborer. Suite à ces réunions, une coopération avec la Croix Rouge est née (aide via des « dépannages hygiène » pour les hébergés lors de leur arrivée mais également pour des situations individuelles de certains hébergés et anciens que le SEF lui envoie).

Les Amis Notre Dame de la Sarthe sont partenaires du SEF pour le dépôt et des maisons familiales. Ils ont également assumé certains travaux et participé à l'installation du centre de tri au dépôt.

D'une manière générale, les partenariats s'effectuent en fonction des affinités sociales, le SEF collabore le plus souvent (voire quotidiennement) avec :

- le centre hospitalier régional hutois et ses services sociaux ;
- le CPAS de Huy ;
- les autres structures d'accueil ;

- le service d'aide à la jeunesse ;
- le service de protection de la jeunesse ;
- le centre régional de recherche et d'action sociale sur les problématiques familiales ;
- les services sociaux de la commune ;
- ...

Le SEF collabore aussi avec des institutions d'autres communes liégeoises pour renvoyer les personnes vers d'autres centres pour adultes (Liège, Namur, Engis). Dans la mesure où deux personnes qui travaillent au SEF proviennent de Liège, ils ont une bonne connaissance des solutions alternatives en cas d'urgence à Huy. Au cours de l'année 2002, le SEF a collaboré avec la Banque Alimentaire de Liège mais le partenariat n'a pas été fructueux et il a pris fin au terme de l'année 2002 (pour les colis individuels, le SEF s'oriente vers Saint-Vincent de Paul).

Une coopération a également été réalisée avec « La Mezon » (maison des jeunes de Huy) dans le cadre de la troupe de théâtre que le SEF a mis sur pied (prêt du local).

Enfin, le SEF est fréquemment confronté à des bénéficiaires souffrant de problèmes d'assuétudes (drogue ou alcool). Une des conditions d'acceptation au SEF est, pour les toxicomanes, une cure de désintoxication. Bien que les structures de désintoxication soient trop peu nombreuses, elles sont mieux équipées que le SEF pour faire face à ce genre de situation. Dans ce cadre, le SEF doit passer les relais à d'autres institutions, plus spécialisées (médecins, pharmaciens).

2. « L'ACCUEIL » (SERVICE DE SANTÉ MENTALE⁵⁷)

La fiche est réalisée sur la base du rapport d'activités 2002, sur les propos recueillis auprès de Mme Alice Charlier⁵⁸, responsable de gestion et psychologue pour enfants, et du dossier de presse du centre d'études et de documentation sociales.

• Contexte

Le service de santé mentale de Huy a été créé en 1974 sur initiative d'un médecin (service d'hygiène mentale) dans le but de désengorger le service psychiatrique de l'hôpital. Il s'agissait d'une sorte d'annexe à la clinique. Ce médecin travaillait en même temps à l'hôpital. Il était aidé d'une assistante sociale ainsi que d'un psychologue qui répondait aux demandes ambulatoires. Le centre est constitué sous la forme d'une ASBL.

Carte 1 - Localisation du service de santé mentale de Huy

⁵⁷ Les services de santé mentale ont été étudiés dans l'inventaire et plus précisément dans le cadre de la politique de santé.

⁵⁸ Entretien du 23 janvier 2004, rue de la Fortune, 6 à 4500 Huy.



• Bénéficiaires

Le centre s'adresse aux enfants, aux adolescents et aux adultes. Depuis 1999, il prend aussi en charge les auteurs d'infractions à caractère sexuel. Toutes les classes d'âges sont représentées (de 2 à 60 ans). Toutefois, le centre est encore peu sollicité par les personnes âgées. 94 % des dossiers concernent des personnes individuelles, le reliquat se partageant entre les couples et les familles. Les bénéficiaires proviennent de tous les milieux sociaux.

Il y a 50 % de consultants masculins et 50 % de consultants féminins qui se répartissent comme suit selon l'âge :

- 38 % ont moins de 18 ans (21,4 % de sexe féminin et 16,5 % de sexe masculin) ;
- 59 % ont entre 18 et 60 ans (27,8 % sont de sexe féminin et 31,1 % de sexe masculin) ;
- 1,9 % ont entre 60 et 80 ans (0,5 % de sexe féminin et 1,4 % de sexe masculin) ;
- aucune personne n'est âgée de plus de 80 ans.

Les bénéficiaires sont essentiellement des belges. Deux raisons principales peuvent être invoquées à ce manque de multiculturalité :

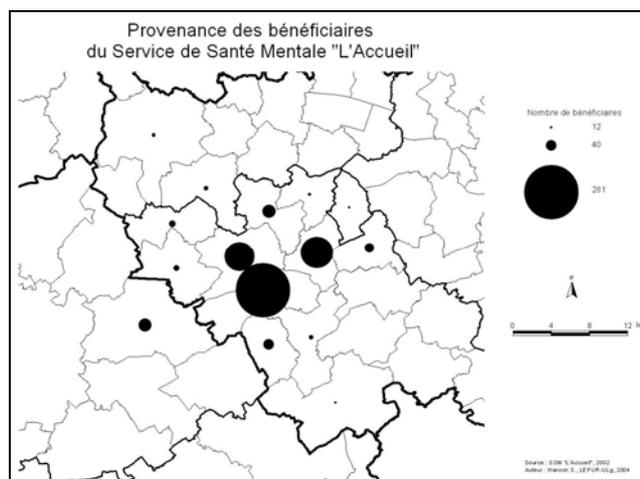
- le service de santé mentale demande une démarche plus réfléchie, ces personnes s'adressent d'abord aux services sociaux de première ligne ;
- cette situation pourrait être le résultat du barrage de la langue (une consultation psychologique dans une langue peu connue s'avère difficile).

En ce qui concerne la provenance des bénéficiaires, on constate que beaucoup d'entre eux proviennent d'Andenne, ce qui est probablement dû au fait que le centre prend en charge les auteurs d'infractions à caractère sexuel de la prison d'Andenne.

Plus précisément :

- 27,9 % de l'ensemble des dossiers sont de Huy ;
- 13,7 % viennent d'Amay ;
- 12,6 % viennent de Wanze ;
- 4,9 % viennent de Villers-le-Bouillet ;
- 4,8 % viennent d'Andenne ;
- 4 % viennent de Marchin ;
- 3,6 % viennent d'Engis ;
- 2,6 % viennent de Burdinne ;
- 2,4 % viennent de Héron ;
- 1,6 % viennent de Modave ;
- 1,6 % viennent de Braives ;
- 1,5 % viennent de Hannut ;
- 1,3 % viennent de Verlaine ;
- 1,2 % viennent de Clavier ;
- 1,2 % viennent de Saint-Georges.

Carte 2 - Provenance des bénéficiaires du SSM de Huy



Il s'agit des communes les plus courantes puisque 85 % des bénéficiaires en sont issues. Les autres bénéficiaires viennent d'autres communes mais de façon très marginale. Par exemple, quelques communes ne sont représentées qu'une fois (1/1 004 dossiers) comme Ganshoren (Bruxelles), Perwez (dans le Brabant wallon). 0,9 % des dossiers concerne des consultants de Liège et 1 % des dossiers des consultants de Namur. Les centres les plus proches sont ceux d'Andenne, de Namur, de Nandrin, de Flémalle, de Waremme, de Saint-Nicolas, de Seraing et de Liège. En gros, la zone d'influence du service couvre l'arrondissement administratif de Huy.

La nature de la démarche est :

- à 53 % orientée ;
- à 36,8 % spontanée ;
- à 9,2 % contrainte ;
- à 0,9 % inconnue.

La durée de la prise en charge est fort variable, 55 % ont une durée comprise entre 1 mois et 36 mois (la grosse majorité se terminant après 24 mois) et 2,5 % ont une durée supérieure à 3 ans.

• Activités

Le service de santé mentale « L'Accueil » assure une assistance médicale, psychologique et sociale des enfants, adolescents et adultes présentant des anomalies de comportement ou des troubles psychiatriques. Il prend également en charge les délinquants sexuels. L'activité principale du centre se concentre donc sur les consultations qu'elles soient individuelles ou de groupe (sur rendez-vous), il effectue peu de prévention. Le prix de ces consultations est de 5 €.

Les troubles traités chez les enfants qui fréquentent le centre sont généralement les suivants :

- problèmes scolaires ;
- problèmes de comportements, relationnels, agressivité (à l'école et à la maison) ;
- hyper activité, hyper kinétique ;
- problèmes liés aux séparations et divorces des parents ;
- ...

Les troubles pris en charge par le service de santé mentale pour les adultes sont en général les suivants :

- dépression ;
- problèmes de couple ;
- toxicomanie (service de prévention) ;
- alcoolisme ;
- dépendance aux médicaments ;
- personnes qui ont des problèmes psychiatriques (psychotiques,...) ;
- anorexie ;
- tentatives de suicide ;
- ...

Les consultations pour les auteurs d'infractions à caractère sexuel peuvent concerner tant des adultes que des adolescents (ils sont orientés par le juge de la jeunesse).

Le centre de santé mentale répond également à des demandes d'attestations de la part de l'AWIPH (formation professionnelle, centres résidentiels) sur le plan des altérations mentales ou des problèmes psychiques (enfants à orienter en institut médico-pédagogique).

Il s'agit donc d'un centre généraliste devant répondre à des demandes tout azimut. Cependant, il est important que ses missions restent larges sinon seules la partie privilégiée de la population aurait accès à ce type de consultation (dans le privé).

Au moment de la récolte de ces chiffres, l'équipe du service de santé mentale se composait comme suit :

- 0,5 ETP psychiatre ;
- 4 ETP psychologues ;
- 1,5 ETP assistant social ;
- 1,25 ETP secrétaire.

Tous proviennent de la région hutoise sauf un qui vient de Visé. Le SSM ne dispose pas de paramédical.

• Offre et demande

Le centre a traité 1004 dossiers en 2002 parmi lesquels 380 (37,8 %) nouveaux dossiers, 422 (42,0 %) dossiers en cours et 170 dossiers réactivés (16,9 %). (32 -3,2 %- dossiers n'ont pas de date de premier contact connue). Une partie de l'activité du centre est spécifique aux auteurs d'infractions à caractère sexuel (parmi les nouveaux dossiers, 8,2 % concernaient les auteurs d'infractions à caractère sexuel).

Les demandes sont en augmentation constante et les délais d'attente de plus en plus long. Il faut distinguer :

- le délai entre la prise de contact et le premier rendez-vous est en général d'au moins trois semaines (cela va jusqu'à deux mois) ;
- le délai entre le rendez-vous et la prise en charge est dans 93 % des cas d'une semaine ;
- entre le contact et la prise en charge il faut environ 1 mois et demi.

Une fois que le suivi est en place, il faut assurer des entretiens à intervalles plus courts et réguliers.

Il y a peu de refus, les personnes doivent attendre, si elles ne le peuvent pas, elles sont réorientées vers d'autres centres. Environ 2 % des demandes ont été réorientées vers divers services en 2002 pour manque de disponibilités. Lorsque la situation est urgente, le service de santé mentale renvoie au planning, à d'autres services de santé mentale de la région ou à des médecins privés (le problème étant que c'est nettement plus cher). Certaines demandes ne correspondent pas aux missions du service de santé mentale. En effet, il arrive que des personnes demandent une aide au logement (confusion provenant du nom du centre) dans ce cas, il n'y a pas de prise en charge. Dans d'autres cas, les personnes sont envoyées par le CPAS, les services sociaux alors qu'elles ne voient pas la nécessité d'une prise en charge.

La demande augmente sans arrêt, deux raisons essentielles peuvent être identifiées :

- les gens sont en moins bonne santé psychologiquement parlant ;
- les gens font la démarche plus rapidement qu'auparavant (la connotation de « santé mentale » est de moins en moins négative).

Pour répondre à la demande actuelle il faudrait doubler l'équipe (ce qui n'est pas possible d'un point de vue financier, les subventions octroyées étant insuffisantes) ou créer d'autres centres équivalents. Le service de santé mentale a pu étoffer son équipe grâce aux abuseurs. Dans le domaine de la santé mentale à Huy, les initiatives d'habitations protégées s'adressent à un public beaucoup plus précis et font par conséquent face à moins de demandes (elles sont moins surchargées).

En ce qui concerne l'origine de la démarche, on peut observer les chiffres suivants :

- dans 23,5 % des cas elle provient de l'entourage ;
- dans 20 % des cas il s'agit de demandes individuelles ;
- dans 13,3 % des cas elle provient de la prison ou de la justice ;
- dans 9,7 % des cas elle provient du milieu scolaire (centres PMS) ;
- dans 9,7 % des cas elle provient de soins de santé ambulatoires ;
- dans 7 % des cas elle provient de la santé mentale ambulatoire ;
- dans 5 % des cas elle provient de l'AWIPH ou d'institutions pour handicapés ;
- dans 4,9 % des cas elle provient de l'aide à la jeunesse ;
- dans 3 % des cas elle provient de services psychiatriques ;
- dans 2,9 % des cas elle provient de services sociaux.

Il y a un manque de structures pour la prise en charge des jeunes. A Huy, « Le château vert » comprend une unité de prise en charge pour enfants dans des cas limités, ses activités sont essentiellement destinées adultes. Pour la prise en charge des plus jeunes, il faut donc s'adresser à Namur, Cerex, Spa, Châtelain. Par ailleurs, il manque un centre de jour pour enfants et adultes ainsi qu'une structure pour les enfants qui doivent sortir de leur milieu familial (il n'y a pas d'institut médico-pédagogique, il faut s'adresser à Liège).

- Collaborations

Le service de santé mentale n'arrive pas à satisfaire la demande. Il doit faire appel à d'autres outils (centre de planning et de consultation familiale et conjugale ou l'hôpital). Au cours de l'année 2002, 2 % des dossiers ont été réorientés.

Le travail du SSM implique la coordination avec d'autres services :

- centres PMS ;
- écoles ;
- outils d'aide à la jeunesse (service de protection de la jeunesse, service d'aide à la jeunesse) ;
- médecins généralistes ;
- CPAS (assistantes sociales ou personnes de terrain) ;
- centre de planning ;
- service d'entraide familiale dans la mesure où il envoie des patients ;
- service de prévention (qui prend en charge des toxicomanes en toxicomanie) ;
- initiative d'habitations protégées (résulte de la coordination entre l'hôpital et le service de santé mentale) ;
- ... ;

Peu de relations existent avec :

- l'hôpital car il dispose de ses propres consultations psychiatriques ;
- l'ASBL « Aide et reclassement » en ce qui concerne les détenus. Le SSM a une équipe de 4 personnes impliquées dans la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel (depuis 1999). Elles peuvent se rendre à la prison mais reçoivent aussi des personnes en ambulatoire.

Le SSM collabore avec les structures existant à Huy mais lorsqu'elles n'existent pas il s'adresse à des communes plus éloignées (Liège, Liernux –personnes originaires de Huy– Malmédy, Namur). Par exemple, le CPAS d'Amay collabore avec le service de santé mentale « L'Accueil » puisqu'il a mis à sa disposition une secrétaire dans le cadre de l'article 60.

ANNEXE VII : ERRATUM

A la demande de l'AWIPH quelques modifications doivent être apportées aux commentaires des tableaux croisés présentés dans le rapport final de septembre 2003. Toutefois, il n'est pas nécessaire de recommencer les tableaux dans la mesure où ces modifications n'ont pas d'impact sur les conclusions.

Plus précisément, les centres d'évaluation et d'orientation professionnelle s'adressent à des personnes handicapées. Un pourcentage des altérations est requis (altération ou diminution de 30 % de la capacité physique et d'au moins 20 % de la capacité mentale). Ils s'adressent aux personnes âgées de plus de 18 ans (âge théorique pour accéder à l'emploi). Compte tenu de ces précisions, les commentaires relatifs aux bénéficiaires doivent être interprétés en conséquence⁵⁹.

En outre, certains cumuls de prise en charge ne sont pas envisageables⁶⁰ :

- prise en charge en service d'accueil de jour (pour jeunes ou pour adultes) avec une prise en charge par un service d'aide aux activités de la vie journalière ;
- prise en charge en service d'accueil de jour pour jeunes non scolarisés avec une prise en charge par un service d'aide précoce ou un service résidentiel de transition ;
- prise en charge en charge par un service d'aide à l'intégration avec une prise en charge en service résidentiel pour jeunes ou en service résidentiel de transition ;
- prise en charge en service résidentiel pour jeunes avec une prise en charge par un service d'aide précoce ;
- prise en charge en service résidentiel de transition avec une prise en charge par un service d'aide précoce, un service résidentiel (pour adultes ou pour jeunes) ou un service résidentiel de nuit pour adultes n'est pas possible.

Toutefois, bien qu'en principe, les bénéficiaires d'un service d'accompagnement doivent se trouver en dehors d'une institution, le cumul avec une prise en charge par un service d'accueil de jour pour adultes est possible.

Précisons enfin, que les services d'aide précoce (tout comme les services d'accompagnement et les services d'aide à l'intégration) sont des services ambulatoires, qui effectuent des interventions directes auprès des personnes handicapées dans leur milieu de vie ; par contre, les services d'accueil de jour pour jeunes non scolarisés, les services résidentiels pour adultes et les services résidentiels pour jeunes sont des milieux institutionnels⁶¹.

⁵⁹ MRW, CPDT, Thème 3.3 : Besoins et offre sociale et sanitaire au travers d'une approche globale et territoriale, rapport final de la subvention 2002-2003, septembre 2003, pages 252, commentaires 1, 3 à 16, 21, 27 et 29.

⁶⁰ MRW, CPDT, Thème 3.3 : Besoins et offre sociale et sanitaire au travers d'une approche globale et territoriale, rapport final de la subvention 2002-2003, septembre 2003, pages 255 à 257.

⁶¹ MRW, CPDT, Thème 3.3 : Besoins et offre sociale et sanitaire au travers d'une approche globale et territoriale, rapport final de la subvention 2002-2003, septembre 2003, pages 266 et 267, commentaires 16, 20 et 21.