

Relais social urbain namurois



Association Chapitre XII
régie par la loi du 08/07/76
N° 0882 683 667

9, Rue d'Harscamp
5000 Namur
081 / 337.457
info@rsunamurois.be
www.rsunamurois.be

Relais santé Relais santé Relais santé Relais santé Relais santé Relais santé Relais
santé Relais santé Relais santé Relais santé Relais santé Relais santé Relais santé
Relais santé Relais santé Relais santé Relais santé Relais santé Relais santé Relais
santé Relais santé Relais santé Relais santé Relais santé Relais santé Relais santé
Relais santé Relais santé Relais santé Relais santé Relais santé Relais santé Relais
santé Relais santé Relais santé Relais santé Relais santé Relais santé Relais santé
Relais santé Relais santé Relais santé Relais santé Relais santé Relais santé Relais
santé Relais santé Relais santé Relais santé Relais santé Relais santé Relais santé
Relais santé Relais santé Relais santé Relais santé Relais santé Relais santé Relais
santé Relais santé Relais santé Relais santé Relais santé Relais santé Relais santé
Relais santé Relais santé Relais santé Relais santé Relais santé Relais santé Relais
santé Relais santé Relais santé Relais santé Relais santé Relais santé Relais santé
Relais santé Relais santé Relais santé Relais santé Relais santé Relais santé Relais
santé Relais santé Relais santé Relais santé Relais santé Relais santé Relais santé
Relais santé Relais santé Relais santé Relais santé Relais santé Relais santé Relais
santé Relais santé Relais santé Relais santé Relais santé Relais santé Relais santé


Rapport d'activités et d'évaluation 2010 du Relais santé



Avec le soutien du Ministre de la Santé, de l'Action Sociale et de l'Égalité des Chances de la Région Wallonne

Table des matières

Chapitre 1 : Historique	5
• Aperçu de l'histoire du centre depuis sa création et son impact sur l'initiative :.....	7
• Evolution du personnel	9
• Evolution de la motivation	11
Formation continue « Travail social de rue », à l'Ecole FPS (Liège, septembre 2009 - juin 2010) par Amélie Pirotte	11
1.Introduction :.....	11
2.Evaluation et analyse du travail de rue au Relais santé :	12
3.Liens entre la pratique de terrain et la formation TSR :.....	15
4.Conclusion :	19
Formation « Hygiène et soins en rue », par Infirmiers de rue (Bruxelles, 19.03.2010) Olivier Dembus, Amélie Pirotte	20
Formation à « la gestion de la violence verbale », dispensée par le SPMT (organisation CCS- RSUN) (Salzinne, 09.03.2010- 16.03.2010). Olivier Dembus, Amélie Pirotte.....	21
Colloque « Santé et précarité », par l' ACN (Association belge des praticiens de l'Art infirmier) et l'ASBL « Infirmiers de rue » (Bruxelles, 29.04.2010. Amélie Pirotte	22
• Statut du pouvoir organisateur	26
Chapitre 2 : L'initiative.....	27
• Composition de l'équipe et place de cette équipe dans l'ensemble de l'institution.....	29
• Présentation de l'initiative subsidiée	29
Objectifs poursuivis et moyens mis en œuvre	29
Présentation du public-cible.....	30
Comment s'organise la collaboration avec les partenaires du réseau.....	30
Dans quels lieux se réalise notre travail	30
• Description du programme d'activités.....	31
Données épidémiologiques	31
• Evaluation de la réalisation des objectifs.....	47
• Perspectives.....	67



Chapitre 1 : Historique

Chapitre 1. Historique

- **Aperçu de l'histoire du centre depuis sa création et son impact sur l'initiative :**

« Les Relais sociaux sont régis par le décret du Gouvernement wallon du 17 juillet 2003 relatif à l'insertion sociale. L'action vise également à créer des Relais santé intégrés dans chaque Relais social de sorte que la problématique médicale de proximité des personnes très précarisées soit prise en compte. (...) Les Relais santé (...) sont venus s'ajouter à cette organisation dans le but de dispenser les premiers soins aux personnes en grande précarité sociale qui, sans cette intervention, ne seraient pas prises en charge par les réseaux et établissements de soins. Ces usagers se caractérisent par un besoin d'accompagnement dans les soins, ce qu'offre le Relais santé. Ces structures ouvrent les portes des services de soins classiques (hôpital, maison médicale, service de santé mentale, etc.), notamment pour les malades chroniques ou de longue durée.»¹ Leur mission est également définie comme telle : « Les Relais santé sont particulièrement destinés à lever les obstacles des personnes précarisées dans leurs démarches d'accès aux soins (personnes en rupture sociale, personnes non-régularisées, sans domicile fixe, personnes isolées,...). Leur mission est donc l'accueil, l'information, la prévention, les premiers soins, le bilan de santé. Au cœur du réseau, ces Relais réorientent les patients vers des structures existantes qui peuvent répondre à leurs besoins (médecins généralistes et spécialistes, maisons médicales, hôpitaux, services de santé mentale).

Les Relais santé sont initiés par les Relais sociaux qui associent les institutions publiques comme les CPAS et les associations dans les arrondissements concernés autour de la problématique de la grande précarité². Six expériences existent actuellement en Wallonie : à Liège, Charleroi, Mons, Verviers, La Louvière et Namur.

A la mise en place du Relais social urbain namurois fin 2007, le Relais santé de Namur a vu le jour, en août 2009. Son objectif est l'accès des personnes précarisées aux

¹ Extrait du PLAN D'ACTION NATIONAL INCLUSION SOCIALE (PAN-incl) 2008 – 2010, http://cohesionsociale.wallonie.be/spip/IMG/doc/E12_Relais_sante.doc, avril 2010

² Extrait du site du Ministre Donfut à propos des relais santé, référence inconnue, février 2009

services de santé et faire le lien avec les services psycho-médico-sociaux, dans une perspective de santé globale.

Il s'est élaboré sur base des constats concernant l'état de santé des personnes grandement précarisées qui avaient été réalisés par le réseau, et notamment par l'équipe des Travailleurs Sociaux de Proximité de la Ville de Namur, qui observait en 2008, que le pourcentage d'usagers rencontrant des problèmes de santé (santé mentale, problèmes médicaux divers, alcoolisme, toxicomanie,...) progressait chaque année. Elle témoignait également du cumul de plus en plus fréquent de problèmes de santé chez un même individu :

«Cependant, pour un certain nombre des personnes rencontrées, la réelle problématique de santé ne fait l'objet d'aucune demande de « prise en charge », le plus souvent par déni de la maladie (davantage lorsqu'il s'agit d'une dépendance à l'alcool). En effet, ces personnes ciblent la problématique sur l'absence de logement mais sont incapables d'autonomie si le problème de santé ne fait l'objet d'aucun accompagnement. Dès lors, il est très difficile de les inscrire dans une recherche de solution durable en termes de restructuration globale et d'hébergement.

Ainsi, en 2006 :

- 1) Sur 467 personnes rencontrées, 65% présentaient un problème de santé mais seul 3% de cette population a formulé une demande pour cette problématique.
- 2) 47 personnes ne pratiquant pas nécessairement la mendicité ont été rencontrées en rue. Environ 80% d'entre elles ont fréquenté l'abri de nuit. Une dizaine de ces personnes n'ont formulé aucune demande d'aide pour quelque domaine que ce soit.
- 3) Sur 240 personnes ayant formulé une demande par rapport à une problématique logement, 9% d'entre elles ont été orientées vers une hospitalisation.
- 4) 12,5% de la population rencontrée ne s'est inscrite dans aucune démarche concrète de recherche d'hébergement et/ou logement. »³

- Par ailleurs, un certain nombre de personnes ne sont pas en ordre de mutuelle, parfois malgré leurs contacts réguliers avec des travailleurs sociaux (ou un administrateur de bien).

³ Document transmis par l'équipe des travailleurs sociaux de rue, Service des Affaires sociales, février 2008.

- Les difficultés de santé mentale sont également souvent présentes chez les personnes fragilisées, et a fortiori pour les personnes à la rue pour lesquelles il s'agit parfois de pathologies lourdes (préexistantes ou conséquentes à la vie en rue).
- Certaines personnes mobilisent une série de services, tant sociaux que sanitaires. Or, ces services ayant un champ d'action propre ne sont pas toujours amenés à collaborer. Des services s'épuisent à ne pas faire aboutir certaines situations.

D'autres constats de partenaires du réseau (Centre de Service Social) ont mis en évidence qu'il existe des initiatives qui permettent la prise en charge de l'hygiène et de la santé des personnes fragilisées, mais elles ne sont pas suffisantes pour traiter cette problématique de manière globale et totalement professionnelle.

La création d'un Relais santé à Namur étant un projet cohérent en réponse aux difficultés rencontrées par les partenaires du réseau, il est né au mois d'août 2009 avec l'engagement de deux infirmiers. Le Relais social urbain namurois (RSUN) est donc son opérateur, dont il constitue le seul service de première ligne.

• ***Evolution du personnel***

Le Relais santé est composé de 2 infirmiers temps plein depuis sa création, jusqu'en septembre 2010 (départ de l'Infirmier Coordinateur adjoint dont le remplacement est assuré pour février 2011) et d'un médecin référent volontaire, anciennement Chef des Urgences du Centre Hospitalier Régional de Namur, aujourd'hui retraité.

La Coordinatrice générale du Relais social soutient les infirmiers et les oriente à travers des échanges réguliers ainsi que des réunions ; elle est aussi la responsable hiérarchique.

Voir composition de l'équipe chapitre 2.

Certains infirmiers volontaires se sont montrés intéressés de s'inscrire dans le projet. Leur intégration à celui-ci a été opérationnelle à partir de juillet 2010 pour notre première bénévole. Etant donné la plus-value que les volontaires apportent au projet, le souhait est de pouvoir élargir ce type de collaboration. Fin 2010, l'équipe

comptait 4 volontaires réguliers : un médecin référent, 2 infirmières et une psychologue. Des collaborations ponctuelles ont eu lieu avec deux autres infirmiers bénévoles dans le cadre des maraudes saisonnières.

- ***Evolution de la motivation***

Formation continue « Travail social de rue », à l'Ecole FPS (Liège, septembre 2009- juin 2010) par Amélie Pirotte

La formation en travail de rue s'est clôturée en septembre 2010 avec la rentrée d'une épreuve intégrée. Ce travail a pour objet d'intégrer les différents concepts et outils méthodologiques enseignés durant l'ensemble de la formation et de les appliquer à la mise en place du travail de rue au sein du Relais santé. Par ce travail de réflexion, j'ai réalisé l'évaluation de notre pratique de travail de rue, j'ai mis en évidence des concepts théoriques éclairant la pratique du Relais santé, mais également le cheminement parcouru en tant que travailleur de terrain.

Extraits de l'épreuve intégrée « Quand l'infirmier se rend au 'domicile' des habitants de la rue... » par Amélie Pirotte :

Préalable : le « Je » utilisé correspond donc au discours d'Amélie Pirotte, Infirmière au Relais santé.

1. Introduction :

Les personnes de la rue sont généralement définies à partir du critère d'absence de logement (sans-abri, SDF,...). Par ailleurs, Emmanuel NICOLAS⁴ avance que : « (...) les personnes sont définies par défaut, à partir de ce qu'elles n'ont pas. Le terme « habitant de la rue » fait consensus auprès de professionnels et de ces personnes de par la légitimité qu'il propose sur le territoire tout en ne niant pas les détresses multiples vécues, il semble alors moins stigmatisant et ouvre différemment le débat ». Contrairement à certains qui n'accordent pas d'importance au terme utilisé, je suis d'avis que c'est justement le terme que nous utilisons qui définit la manière dont nous regardons la réalité et la place que nous lui accordons. Si j'ai choisi de parler en termes positifs des personnes que je rencontre en rue, c'est justement pour éviter de les placer moi-même dans une situation de disqualification sociale.

⁴ Extrait d'une enquête de terrain d'Emmanuel Nicolas (Coordinateur de l'abri de nuit de Charleroi) : « Expérience ethnographique auprès de travailleurs sociaux de proximité en souffrance ».

A travers ce travail, je souhaite mettre à l'épreuve l'idée que les personnes habitant la rue sont avant tout des sujets et acteurs sociaux à part entière.

Je me rappelle ce jeune homme habitant la rue qui me disait : « Tu sais où j'habite ! Passe quand tu veux, tu seras toujours la bienvenue ! ». Cette phrase est, à mon sens, significative car elle est révélatrice de la manière dont les intervenants devraient travailler. Ne devons-nous pas oublier que se rendre dans la rue c'est aussi se rendre chez la personne qui a pour seul abri l'espace public ; la rue ? Avant d'entrer chez quelqu'un, il faut y être convié. Il s'agit d'un préambule de respect mutuel indispensable pour entamer un dialogue, la co-construction d'un travail à deux. C'est ainsi que dans la rue - lieu de vie de ces personnes et lieu de travail pour nous à la fois -, il est nécessaire de s'adapter aux codes et aux règles de la rue partagées de ses habitants, tout comme je devrais le faire si je me rendais au domicile d'un patient.

Dans cette partie, je vous propose en premier lieu une description de mon cadre de travail au sein du Relais santé, nouveau projet piloté par le Relais social urbain namurois, en y abordant les aspects législatifs, les projets en cours, la définition du public-cible, entre autre. En second lieu, et en partant du chapitre descriptif, je m'attèlerai à l'analyse du travail effectué. J'ai choisi dans le même chapitre d'y adjoindre l'évaluation car elle est inhérente à l'analyse. C'est dans cette partie du travail que je mettrai en lien la pratique avec les acquis théoriques issus de la formation en travail social de rue. J'y amènerai la question du secret professionnel partagé ainsi que les concepts de « prétexte à la rencontre », de « double amorce » et de « symptôme de rupture ». L'articulation de ces différents points et concepts permettront une réflexivité nécessaire sur ma pratique.

2. Evaluation et analyse du travail de rue au Relais santé :

Objectif général :

Mettre en place des permanences de rue afin d'aller à la rencontre de notre public-cible par :

- une démarche généraliste, c'est-à-dire sans nous imposer en tant que paramédicaux « traquant » des problématiques de santé mais dans l'objectif de permettre la rencontre et de créer une relation de confiance (à l'exception de la prise en charge d'urgences médicales). Cependant, nous défendons une prise en charge proactive car nous ne savons jamais quand nous reverrons la personne

<p>(la double amorce n'est pas toujours possible du fait de l'itinérance des habitants de la rue);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une approche globale pour éviter de segmenter la personne en fonction de la problématique, pour considérer l'humain et non la symptomatologie de la rupture psychologique, médicale et/ou sociale. <p>Par la création de ce lien, étape primordiale, nous pensons qu'il est possible de tendre vers notre finalité (générale) qui est de permettre aux personnes en situation de désaffiliation socio-sanitaire d'accéder aux soins et de les conscientiser sur l'importance de prendre en charge leur santé.</p>	
Objectifs opérationnels	Résultat => atteint ?
<p>Acquérir les connaissances méthodologiques et théoriques nécessaires à l'instauration du travail de rue dans notre projet du Relais santé :</p> <p>L'équipe a suivi une formation courte avec l'ASBL Infirmiers de rue de Bruxelles afin d'être formée aux prises en charge infirmières spécifiques aux conditions de vie en rue. De plus, un membre de l'équipe a participé à une année de formation en travail social de rue, permettant un apport méthodologique et conceptuel à la mise en place du projet.</p>	oui
Déterminer le mode de prise de contact :	oui
<p>Déterminer un horaire de permanences de rue et assurer une régularité :</p> <p>L'horaire a été déterminé (le vendredi de 14H à 16H), il n'est cependant pas respecté car les permanences en rue doivent être assurées en binôme, c'est une règle que nous avons mise en place pour assurer un maximum de sécurité. Mais l'équipe est petite (2 infirmiers) et le travail de terrain (zonage institutionnel, soins, accompagnements, concertations,...) nous demande beaucoup de temps et bien souvent c'est la permanence de rue qui ne peut être maintenue. Ce n'est pas normal et le maintien impératif de cette permanence est notre objectif prioritaire (l'arrivée des bénévoles nous permettra cette régularité). De plus, l'irrégularité des permanences risque de fragiliser ou de</p>	Partiellement

<p>rompre le lien établi avec les habitants de la rue qui ont souvent « un rapport à l'autre biaisé⁵ » lié aux expériences antérieures d'abandon. Il est donc très important d'amener de la sécurité dans la relation par des passages réguliers (l'idéal serait les mêmes heures, les mêmes jours, d'où l'importance du respect de la permanence) pour créer et maintenir une relation de confiance.</p>	
<p>Créer un outil de récolte de données afin de recenser et analyser les données récoltées sur le terrain :</p> <p>Nous avons créé un outil général de récoltes de données à l'ensemble des prises en charge du Relais Santé afin de ne pas alourdir les tâches administratives. Malheureusement l'outil n'est pas toujours adapté. Cette récolte de données est problématique car nous ne sommes pas en mesure de quantifier notre action « invisible » sur le terrain et nous risquons de rencontrer des difficultés pour remplir notre fonction d'observatoire et de relais vers les pouvoirs publics. Le Relais santé est un jeune projet qui doit prendre le temps de développer tous les outils nécessaires. Cependant, il faut garder cela comme perspective prioritaire afin de ne pas se figer dans un rôle d'exécutant de soins sans réflexion mais de se questionner en permanence sur les phénomènes du terrain et sur nos réponses, ainsi que sur le comment faire pour amener une prise en charge globale des problématiques liées à la grande précarité ou menant à celle-ci.</p>	Partiellement
<p>Délimiter les lieux de zonage :</p> <p>Il serait intéressant de réaliser une cartographie des lieux prioritaires et de faire évoluer ces données dans le temps. Actuellement ces informations sont connues mais non répertoriées.</p>	Partiellement
<p>Rencontrer le réseau psycho-médico-social et collaborer avec celui-ci:</p> <p>Nous avons rencontré différents services sociaux, maisons médicales, services hospitaliers, lieux d'accueil, CPAS, services de santé mentale... afin de présenter notre projet et d'envisager des partenariats. Notre rôle étant de permettre à la personne d'accéder aux soins, c'est par l'accompagnement vers des partenaires que c'est possible.</p>	Oui

⁵ Grégoire RODEMBOURG, psychologue de rue à « Psy'chic » à La Louvière.

En effet, nous ne pouvons nous substituer au réseau car le but n'est pas de créer un système de soins parallèle mais d'intégrer la personne au système de soin existant, être en quelque sorte « un facilitateur » et impulser la mise en réseau de la personne.	
Adopter une « posture » commune d'équipe : Travailler en équipe, c'est également réfléchir la question de la posture afin d'harmoniser les prises en charge. L'absence de cadre institutionnel lorsqu'on travaille en rue justifie une réflexion approfondie.	Partiellement

3. Liens entre la pratique de terrain et la formation TSR :

Dans cette partie, je souhaite mettre en réflexion quelques notions ou concepts vus lors des différents cours.

Le secret professionnel partagé :

« On se dédouane un peu vite du secret professionnel, partager le secret revient à le vider. Etre avec un autre travailleur social n'est pas une raison suffisante pour lever le secret »⁶. Notre médecin référent partage un vieil adage du monde médical : « Le médecin sait tout mais ne dit rien, l'assistante sociale ne sait rien mais dit tout » le ton est évidemment provocateur et ne remet pas en cause le travail des assistants sociaux. Par contre, il met en évidence une difficulté pour faire cohabiter le monde médical et social dans une prise en charge globale. C'est également à ce titre que le Relais santé a un rôle intéressant. En effet, étant paramédicaux, nous accédons plus facilement à des données médicales nécessaires aux prises en charge et nous sommes en mesure d'assurer le relais vers les services sociaux. La difficulté est de juger l'information qu'il est utile et nécessaire de partager dans la prise en charge. Légalement, nous ne pouvons briser le secret professionnel, même si le patient nous donne son accord. Il y a une réelle prise de conscience de l'importance de ce secret qui n'est pas toujours compris lorsqu'on travaille en partenariat. Le fait de dire au patient que nous sommes infirmiers implique d'office que la totalité de ce qu'il me confiera sera soumis au secret professionnel. Par exemple, lorsque nous accompagnons

⁶ Mr THONON, Cours éthique et déontologie, Formation continue « Travail social de rue », Ecole FPS année 2009-2010.

une personne pour une aide médicale urgente au CPAS afin d'obtenir l'intervention financière pour un traitement, l'assistante sociale nous demande très souvent pourquoi le patient doit recevoir ce traitement : nous devrions justifier la nécessité de ce patient d'être soigné (nous ressentons que le contrôle social est très présent) alors que nous n'avons pas à donner ces informations. Tout comme le patient n'a pas à le faire non plus mais la plupart du temps, il ne connaît pas ses droits. Le seul interlocuteur au CPAS à qui nous devrions révéler ces informations est le médecin du CPAS.

Les conséquences sont évidemment de mettre à mal des collaborations car certains intervenants sociaux pourraient juger que nous n'avons pas assez de transparence et par conséquent mettre en péril le partenariat. Ce questionnement est vraiment complexe. De plus, il est au cœur de notre pratique quotidienne de travail en réseau.

« Le prétexte à la rencontre »⁷ :

Il s'agit d'une technique pour entrer en contact avec le public cible et ainsi de permettre de travailler la relation.

Si nous prenons l'exemple des maraudes hivernales organisées dans le cadre du Relais social urbain namurois, notre prétexte à la rencontre est de proposer du matériel aux personnes en rue pour qu'elles puissent se réchauffer (et ce, à l'aide de gants, bonnets, écharpes, couvertures,...) et ainsi éviter les risques mortels d'hypothermie. J'ai décidé de ne pas détailler cet aspect de notre travail de rue car il est spécifique au Plan Hiver et les objectifs diffèrent de notre pratique générale. L'objectif étant humanitaire, l'objet de la prévention est bien défini : éviter les risques liés aux conditions climatiques.

Il semble pertinent de faire un lien avec le concept d'objet de la prévention : plus celui-ci est défini, plus la prise en charge risque d'être restreinte. Le risque serait alors de ne pas tenir compte d'éléments importants, induisant ainsi une approche non globale de la personne.

Nous n'avons pas de prétexte à la rencontre dans le travail de rue. Par contre, lors du zonage institutionnel, notre prétexte à la rencontre est le partage d'un repas ou d'un moment convivial autour d'une tasse de café. Cette démarche permet à la personne d'être actrice et de choisir elle-même

⁷ Mr TOUSSAINT, Cours de techniques d'approches et communication, Formation continue « Travail social de rue », Ecole FPS année 2009-2010.

ou non de nous interpeller sur l'une ou l'autre problématique. Il est à noter que nous nous présentons systématiquement d'emblée à la personne pour qu'elle sache qui est son interlocuteur et ce qu'elle peut éventuellement nous déposer.

Ce travail d'accroche en institution permet de nous faire connaître auprès de notre public-cible et bien souvent, les personnes connues du Relais santé amènent de nouvelles personnes par le bouche à oreille.

Si nous n'avons pas de prétexte à la rencontre lors de nos permanences (périodes prévues de travail en rue) ou présences en rue (passages spontanés en rue), il n'empêche qu'un « Bonjour » sympathique et un sourire bienveillant sont à eux seuls des prétextes à la rencontre.

« La double amorce »⁸:

Il s'agit d'un concept central qui permet de placer la personne au centre de la prise en charge en tant que sujet et acteur de sa vie et non en tant que « problématique sociale » aux yeux du travailleur. Cette approche se passe en deux temps ; premièrement, il s'agit d'entrer en relation avec la personne et deuxièmement, s'établit la relation d'aide à proprement parler.

Dans notre réalité de terrain, la difficulté réside dans le fait que le public-cible est itinérant et de ce fait, il est difficile de savoir si une deuxième rencontre aura lieu. La démarche est délibérément généraliste lors de la première rencontre. Bien que nous nous identifions clairement en tant qu'infirmiers du Relais santé et sommes attentifs à ne pas stigmatiser la personne, notre démarche est proactive. Si elle peut sembler justement stigmatisante, elle se justifie par la finalité d'accessibilité aux soins, sachant que la santé est mise en danger à partir du moment où la personne est à la rue.

« Les poteaux »⁹ :

Ce concept d'origine québécoise décrit des personnes non professionnelles qui ont connaissance d'autres personnes en rue. Il s'agit donc de citoyens qui peuvent orienter le professionnel vers son public-cible et jouer le rôle de facilitateur et de ré-activateur.

⁸ Mr TOUSSAINT : Cours de techniques d'approches et communication, Formation continue « Travail social de rue », Ecole FPS année 2009-2010.

⁹ Mme VILLAIN, cours de « techniques d'approches et communication », Formation continue « Travail social de rue », Ecole FPS année 2009-2010.

Dans notre pratique de terrain, nous avons pu identifier différents « poteaux », lesquels nous permettent d'avoir des nouvelles de personnes que nous ne voyons plus ou nous appellent lorsqu'un des habitants de la rue est en danger ou en besoin de soins. L'intérêt d'avoir eu connaissance de ce concept nous a ouvert les yeux sur l'importance de ces personnes non-professionnelles dans la prise en charge du public-cible. Et renforce bien entendu la question du secret professionnel et des limites à poser avec les « poteaux ».

«Signe de rupture »¹⁰ :

Les signes de rupture renvoient aux normes, c'est-à-dire à notre construction identitaire, laquelle doit donc être perméable.

Il faut déceler s'il y a rupture vis-à-vis de l'environnement de la personne, d'où l'importance de connaître cet environnement. En cas de doute, il est nécessaire de se fier à la répétition de ces signes.

¹⁰ Mr ZANARDI, cours d'approche individuelle, collective et communautaire », Formation continue « Travail social de rue », Ecole FPS année 2009-2010.

4. Conclusion :

J'ai eu l'opportunité de faire cette formation en travail social de rue afin de bénéficier des outils méthodologiques et conceptuels qui contribueraient à la construction du projet de travail de rue au sein du Relais santé.

Par ce travail de réflexion et de rédaction sur ma pratique professionnelle au sein du Relais santé, en tant que travailleur de rue, j'ai pu me rendre compte des aspects importants à mettre en œuvre pour la pérennité du projet.

La première partie de ce présent travail a permis de remettre du cadre là où il peut sembler, à première vue, ne pas y en avoir. Cette phase a été d'autant plus importante qu'en rue, il n'y a pas de cadre au sens institutionnel du terme. Le fait de maîtriser l'ensemble des notions afférant à son travail permet de se fixer des limites, mais aussi d'en fixer à son public-cible ainsi qu'aux autres intervenants.

La deuxième partie de mon travail a permis d'esquisser une analyse du projet de travail de rue au sein du Relais santé. Elle a mis en exergue que « nous avons fait le bon chemin ». J'ai conscience que l'évaluation est sommaire, néanmoins, elle met en évidence l'amélioration à apporter et les bonnes pratiques.

Respecter les permanences de rue est impératif pour nous permettre d'entrer en contact avec notre public, c'est-à-dire, des personnes en désaffiliation socio-sanitaire.

La troisième partie m'a permis de prendre conscience des différents acquis théoriques dans ma pratique professionnelle quotidienne.

J'en retire tout particulièrement la nécessité et l'utilité de remettre constamment sa pratique en question et de mettre de la valeur dans ses actions.

Au début de ma formation, le travail de rue était pour moi une démarche qui s'apparentait à une démarche d'assistance mais au fil de la formation et grâce au recul qu'elle m'a offert, j'ai pris conscience que les personnes sont réellement actrices de leur projet de vie. Ce n'est donc pas l'infirmier€ qui se rend au secours des personnes sans-abris, mais l'infirmier(e) qui se rend au domicile des habitants de la rue...

Formation « Hygiène et soins en rue », par Infirmiers de rue (Bruxelles, 19.03.2010) Olivier Dembus, Amélie Pirotte

Les membres de l'équipe (OD, AF et AP) ont participé en 2009 à une formation théorique dispensée par « Infirmiers de Rue », orientée sur les problématiques de soins et d'hygiène des personnes sans-abri. Dans la continuité de cette formation, les infirmiers du Relais santé se sont rendus sur le terrain des « Infirmiers de rue » (une journée) à Bruxelles, afin de bénéficier de leur expérience par la découverte de leur méthodologie et leurs spécificités propres. Par la suite, nous avons eu une supervision à Namur, par Emilie Meessen - Coordinatrice « Infirmiers de rue » - qui nous a accompagnés tout au long d'une journée de travail pour évaluer nos méthodes de travail ainsi que nos adaptations de pratiques infirmières liées aux spécificités de la rue.

L'immersion dans leur association a mis en évidence leur cohésion d'équipe. En effet, chaque infirmier(e) adopte une posture commune qui a été réfléchi, à savoir, le vouvoiement impératif de chaque personne. De plus, quel que soit l'âge de la personne, elle doit être appelée par son nom de famille afin d'appuyer la démarche respectueuse et permettre de rétablir une relation soignant/soigné semblable à celle que l'on retrouve dans des structures de soins plus conventionnelles.

Nous retenons que l'échange des informations est efficace : il y a un carnet de rue qui est commun à l'équipe. Lors de la tournée en rue, chacun doit y inscrire les personnes rencontrées en indiquant les observations, l'évaluation de l'hygiène (selon une échelle d'évaluation qu'ils ont créée pour tendre vers une objectivation de l'hygiène et permettre de prendre conscience des retentissements prévisibles sur la santé) et le suivi nécessaire. Ce fonctionnement n'est pas applicable au Relais santé car nous travaillons très différemment. Cependant, nous retenons l'importance de la transmission des informations via un dossier commun par patient mais également en systématisant des réunions quotidiennes concernant le suivi des patients ainsi que des réunions hebdomadaires concernant le fonctionnement général et des interventions dans le cadre de prises en charge « compliquées », avec le regard de Dr Fox.

La supervision d'Emilie Meessen a permis un regard nouveau et expérimenté sur notre pratique. Son évaluation a renforcé l'idée que notre démarche est pertinente et que « l'accroche » de notre public cible est efficace (car nous connaissons de nombreuses personnes de la rue qui viennent, pour la plupart, spontanément à notre rencontre avec des demandes). Néanmoins, Emilie Meessen a mis en évidence qu'il fallait systématiser davantage l'observation globale pour déceler des problématiques de santé, en faisant référence à l'objectivation de l'évaluation de l'hygiène et de son impact sur la santé des personnes. Mais également, plus de rigueur dans l'observation de signes qui pourraient nous orienter dans la prise en charge, comme la présence de plaies, bandages ou autres éléments spécifiques. Ce fût un moment de réflexion très enrichissant qui donne l'envie de réitérer l'expérience afin d'enrichir sa pratique infirmière spécifique au milieu de la rue.

Formation à « la gestion de la violence verbale », dispensée par le SPMT (organisation CCS-RSUN) (Salzennes, 09.03.2010 - 16.03.2010). Olivier Dembus, Amélie Pirotte

Les infirmiers du Relais santé ont participé à une formation de gestion de l'agressivité verbale car il leur arrive d'être confronté à ce type de violence. Les objectifs poursuivis étant d'adopter un comportement adéquat dans ce type de situation, nous avons parcouru les principes de la communication non-violente en prenant conscience de notre part de pouvoir dans une situation où l'agressivité verbale se présente. Nous avons également appris à détecter à quel type d'agressivité verbale on est confronté pour permettre une réaction adaptée, mais aussi d'adopter une bonne attitude corporelle pour favoriser la résolution du conflit. La formation était riche d'enseignement, cependant nous étions en attente d'outils orientés vers la gestion de la violence verbale inhérente aux personnes souffrant de pathologies psychiatriques car c'est principalement dans ces situations que nous sommes le plus démunis.

Colloque « Santé et précarité », par l' ACN (Association belge des praticiens de l'Art infirmier) et l'ASBL « Infirmiers de rue » (Bruxelles, 29.04.2010. Amélie Pirotte

Ce colloque sur la « Santé et précarité » s'est déroulé en deux temps. Le matin, par des conférences avec l'intervention des « Infirmiers de rue » de Bruxelles, de la « F.E.A.N.T.S.A. » et d'une Infirmière alcoologue au CHU Brugmann de Bruxelles. L'après-midi se déclinant en différents ateliers, j'ai participé à l'atelier « Soins : adaptations, choix et suivi d'un traitement » et « Sur quels réseaux le soignant peut-il s'appuyer ? ».

Conférence « La précarité en Belgique » par Mme Del Zotto de la F.E.A.N.T.S.A. (Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-abris) :

Explication de la grille ETHOS qui est une typologie européenne de l'exclusion liée au logement (différenciation entre sans-abri, sans logement, logement précaire et logement inadéquat). Mise en évidence avec cet outil que les personnes sortant d'institution psychiatrique ou pénitentiaires représentaient une réelle problématique qui nécessitent un changement des pratiques. De plus en France, 1/3 des enfants qui avait été pris en charge par la DDASS se retrouvaient sans logement à l'âge de 18 ans. La FEANTSA souligne qu'il est très compliqué d'obtenir des chiffres significatifs et comparables.

Nous avons parcourus les facteurs de vulnérabilité et de risque de « la précarité » qui peuvent être :

- Structurel : processus économiques, délocalisation, travail précaire, l'immigration.
- Institutionnel : indisponibilité des services qui peuvent répondre à la demande tel que les logements sociaux, ainsi qu'une coordination des différents services concernés.
- Relationnel : mise en évidence de la vulnérabilité des personnes seules +> fracture liée aux changements familiaux tels que les divorces.
- Personnel : selon le statut de citoyenneté, **les problèmes de santé (facteurs déclenchant ou répercussions ?)**, les phénomènes d'addiction et les facteurs de genre (prédominance d'hommes).

En Belgique, 14.7 % de la population est sous le seuil de risque de pauvreté.

Le logement est un préalable pour accéder aux autres besoins, en effet, comment travailler avec l'absence d'un logement ?

Défis en termes de santé (pistes d'action):

- La FEANTSA travaille sur différents groupe : la **santé**, le logement, l'emploi, la récolte de données, le droit au logement avec une approche législative et la participation des usagers.
- Les besoins concurrents : la personne est amenée à faire des choix (se soigner ou se nourrir ?). Il est important de ne pas fragmenter la santé physique et mentale et de viser une prise en charge globale.
- Sortie des hôpitaux généraux et psychiatriques : augmentation des sorties hospitalières vers la rue. En France, des structures d'accueil spécifiques existent et pourraient servir de modèle.
- Manque de continuité de la prise en charge : la personne n'est pas toujours dans la possibilité d'expliquer sa trajectoire de soins et ne connaît pas toujours ses antécédents.
- Lacunes en terme de services spécifiques : il manque des services appropriés comme l'accueil de chiens lors d'une hospitalisation, des services hospitaliers n'acceptent pas que les personnes consomment des substances (alcool, drogues) alors que c'est une affection très présente.
- Manque de coordination entre les différentes politiques : l'exemple de l'Italie est souligné : certaines personnes en situation irrégulière sont décédées suite à la tuberculose.

Conférence « L'impact de la vie en rue sur la santé » par Emilie Meessen, Infirmière Coordinatrice de l'ASBL Infirmiers de rue :

L'espérance de vie des personnes en rue est limitée à une moyenne de 47 ans. Ce chiffre met en évidence que la vie en rue est un facteur de risque important pour la santé.

Les facteurs de morbidité sont :

- Le stress permanent ;
- Les intempéries : les personnes sont en recherche constante d'un lieu pour s'abriter ;
- L'insécurité : les personnes sont en permanence sur « le qui vive » ;
- Le manque d'intimité : en permanence sous le regard de tous ;

- Le sommeil : manque crucial de sommeil, environ 4h/nuit. C'est chaque nuit le même combat : le corps est en souffrance, il n'y a pas moyen de récupérer. Les conséquences sont la déstructuration de la personne et les difficultés d'entreprendre des démarches.
- La santé mentale : difficultés de structuration en lien avec la vie en permanence dans un lieu public. Il n'y a pas de contrôle sur l'environnement, ce qui peut être anxiogène.
- L'alimentation et les dépendances : l'alcool est un véritable fléau avec les risques somatiques qu'il engendre (problèmes hépatiques, risques de chutes,...); la toxicomanie (abcès, contaminations, problèmes dentaires...), l'anorexie, menus peu variés et déséquilibrés, avitaminose,...
- Les infections : pulmonaires, cutanées (parasitoses, liées à l'hygiène déficitaire,...).

Causes de morbidité : causes accidentelles (chutes), surdosage de médicaments, conséquences à long terme de l'alcool sur les voies digestives,...

Quelques outils pour sortir de cette précarité :

- Etablir des liens positifs avec d'autres personnes pour permettre l'émergence « d'autres possibles ».
 - Travailler la confiance en soi : travailler l'image des personnes (à partir de l'hygiène, par exemple) pour améliorer l'estime de soi et favoriser les retours positifs.
- ⇒ La création d'une relation de confiance et permettre les liens sociaux sont des pistes primordiales.

Au cours de ce colloque, d'autres conférences et ateliers ont été proposés comme :

- Conférence « Pathologies et traitements de l'alcoolisme - comment gérer le problème » par Maud AMIOT, Infirmière alcoologue au CHU Brugmann de Bruxelles :
- Atelier « Soins : adaptations, choix et suivis d'un traitement » animé par Marie-Thérèse Reul, Infirmière à l'ASBL La Fontaine, centre de soins et d'hygiène pour les sans-abri.

- Atelier « Sur quels réseaux le soignant peut-il s'appuyer ? » animé par les « Infirmiers de rue ».

Il serait difficile de rendre ici toute la valeur des éléments qui ont pu être mis en évidence au cours de ces nombreux échanges mais ils ont permis d'enrichir notre réflexion sur la pratique de terrain. Nous avons pu également en retirer des outils très concrets qui soutiennent notre pratique de manière quotidienne. Nous avons ainsi pu comprendre et cerner toute l'importance de garder une personne-relais pour un usager afin d'augmenter les chances de réussite de la prise en charge. Un autre exemple très concret est celui de la réalisation des soins de plaie qui doit se faire dans une optique particulière et parfois bien différente de celle que l'on peut retrouver dans un service conventionnel de soins. Exemple : réfection d'un pansement en gardant à l'esprit que la personne ne suivra peut-être plus ses soins par la suite. Il faut dès lors utiliser du matériel qui ne portera pas préjudice à la personne s'il n'est pas retiré en temps voulu (bande non extensible, pansement non absorbant pour ne pas adhérer à la plaie,...).

- ***Statut du pouvoir organisateur***

Le Relais santé est un service dont l'opérateur est le Relais social urbain namurois.

« Le Relais social urbain namurois est constitué sous la forme d'une association régie par le Chapitre XII de la loi organique des CPAS du 08 juillet 1976.

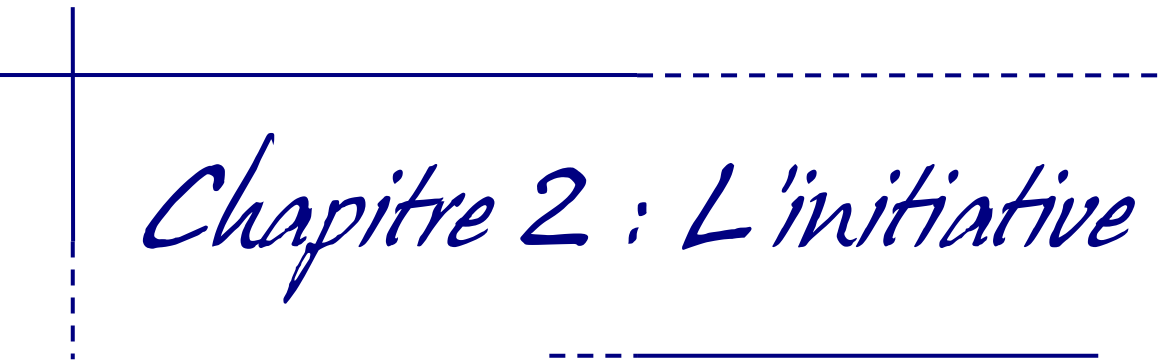
L'objectif d'un réseau social est de coordonner, de manière optimale, les différents outils créés en vue de lutter contre toute forme de précarité, de pauvreté et d'exclusion.

Pour mener à bien ce projet, le RSUN a la volonté de former un filet social solide et serré afin d'empêcher les plus démunis de passer au travers des mailles de ce filet.

Pour ce faire, les institutions publiques et le tissu associatif se sont réunis afin de répondre à l'appel à projet de la Région wallonne et ont ainsi constitué le Relais social urbain namurois.

La philosophie du projet se base sur un partenariat réel entre ces deux acteurs distincts mais complémentaires. C'est pourquoi, les organes constitutifs du RSUN (Assemblée générale, Conseil d'administration et Comité de pilotage) sont composés à parts égales de représentants des institutions publiques et des associations fondatrices de l'association. Si le Relais social urbain namurois a été créé via ses statuts le 27 juillet 2006, ce dossier a été finalisé en juillet 2007. En ce qui concerne les projets, ceux-ci ont été élaborés de commun accord et sont le fruit de diverses concertations »¹¹.

¹¹ Extrait du rapport d'activités du Relais social urbain namurois 2007, mars 2008.



Chapitre 2 : L'initiative

Chapitre 2. L'initiative

- ***Composition de l'équipe et place de cette équipe dans l'ensemble de l'institution***

L'équipe est composée de :

- Virginie Olivier, Coordinatrice générale du Relais social urbain namurois et Responsable du Relais santé.
- Olivier Dembus, Coordinateur adjoint et Infirmier (jusqu' en septembre 2010)
- Amélie Pirotte, Infirmière.
- Albert Fox, Médecin référent (volontaire).
- Bénédicte Espeel, Infirmière enseignante, licenciée en santé publique (volontaire depuis 2009).
- Marie-Pierre Prevost, Infirmière (volontaire à partir de novembre 2010).
- Gaëlle Maigret, Psychologue (volontaire à partir de novembre 2010).

Cette équipe, malgré le fait qu'elle travaille en première ligne, est totalement intégrée au sein du RSUN, les réunions d'équipe sont communes et les échanges nombreux.

- ***Présentation de l'initiative subsidiée***

Objectifs poursuivis et moyens mis en œuvre

Le Relais santé vise à permettre un accès aux soins de santé et une amélioration de la santé aux personnes précarisées dans une dimension telle que décrite par l'OMS : une santé psycho-médico-sociale.

Pour l'atteindre, le Relais santé va d'une part, créer du lien avec les usagers, mais aussi créer ou recréer du lien entre l'utilisateur et le réseau. D'autre part, le Relais santé va soutenir les usagers dans leurs démarches tout en étant attentif à maintenir ou à recouvrer leur autonomie (accompagnement).

Notre spécificité infirmière permet une prise en charge de soins ponctuels (soins de plaies, retrait de fils, traitement de parasitose, prise en charge de l'hygiène) mais aussi de déceler une nécessité de prise en charge médicale pour relayer l'utilisateur vers un intervenant adéquat (médecin, maison médicale, structure hospitalière). L'affiliation à un médecin traitant est une démarche qui nous paraît prioritaire.

Mais aussi, remettre en ordre des situations administratives avec des mutuelles, par exemple, permettre à un usager d'avoir ses médicaments ou simplement faire rencontrer un service pour trouver un logement.

Présentation du public-cible

Le Relais santé s'adresse aux personnes précarisées qui n'ont, pour diverses raisons, plus accès à la santé. Il ne concerne donc pas uniquement les personnes sans-abri. A l'heure actuelle, le travail se réalise uniquement sur le territoire de la Ville de Namur.

Comment s'organise la collaboration avec les partenaires du réseau

Le début de l'activité a été consacré à la rencontre des différents partenaires du réseau. D'une part, les associations dans lesquelles le zonage institutionnel s'est mis en place, d'autre part, les institutions avec lesquelles nous devons travailler en collaboration dans l'accompagnement de notre public-cible afin de permettre un relais efficace vers les structures psycho-médico-sociales (Cf. Evaluation des objectifs).

Dans quels lieux se réalise notre travail

Nous réalisons des permanences régulières :

- Lundi matin, de 7h à 8h30, aux petits déjeuners du Resto du Cœur ;
- Mercredi soir, de 18h30 à 21h30, à la Saint-Vincent de Paul.

L'équipe ayant été réduite à un seul infirmier à partir de septembre 2010, les permanences ont été limitées à ces deux lieux fixes. Cependant, des passages réguliers, mais non programmés, ont été réalisés à Li Ptite Buwèye et à Li Vi Clôtchi. Notons que l'équipe sera à nouveau au complet en février 2011 et que les lieux et fréquences des permanences seront à nouveau évalués.

Nous travaillons également en rue pour aller à la rencontre de personnes qui ne fréquentent pas les institutions et également pour permettre la continuité de certaines prises en charge.

Nous réalisons également des prises en charge à partir de notre local de soins sur rendez-vous. Nous remarquons que les personnes se déplacent de plus en plus vers notre dispensaire. Il est important de pouvoir mettre en place une permanence pour 2011.

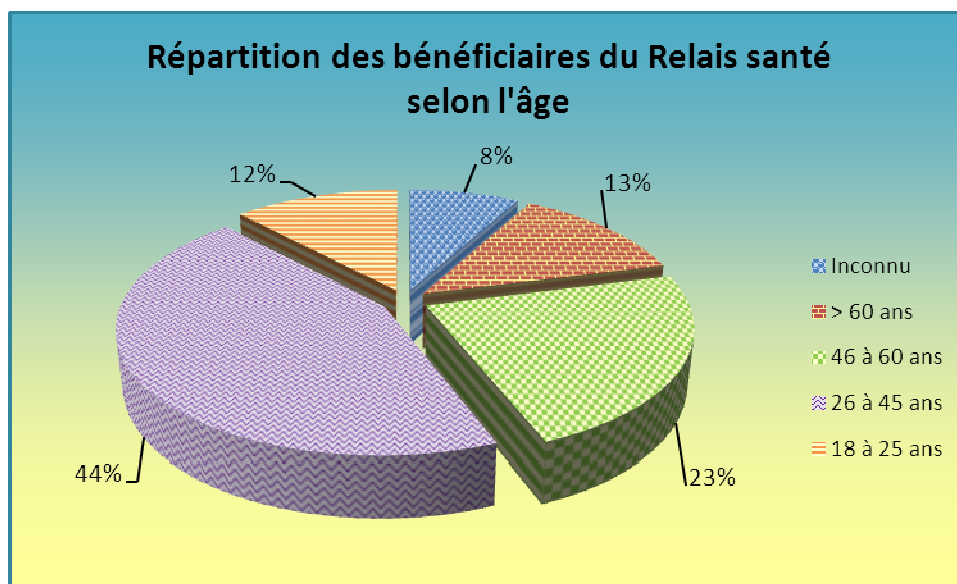
- ***Description du programme d'activités***

Cf. Evaluation des objectifs.

Données épidémiologiques

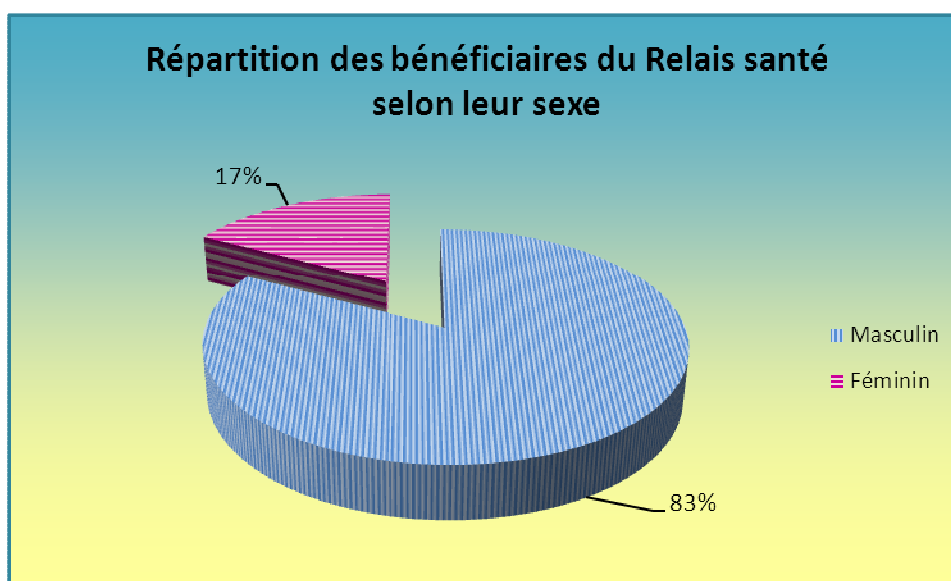
Pour l'activité 2010, nous avons constitué **146 dossiers**. Nous avons conditionné l'ouverture d'un dossier à une intervention du Relais santé en vue d'améliorer la santé globale telle que définie par l'OMS : santé physique, psychologique ou sociale.

Ce chiffre est peu représentatif de l'ampleur du travail réalisé sur le terrain. En effet, une partie importante du travail est consacrée à « l'accroche » de notre public cible, c'est-à-dire en allant à la rencontre des personnes en désaffiliation socio-sanitaire sévère, via le zonage institutionnel et le travail de rue. Les données quantitatives sont donc peu révélatrices, la priorité pour 2011 sera l'élaboration d'un canevas de récolte de données plus élaboré, permettant d'intégrer les données épidémiologiques mais également, des données particulières en lien avec les spécificités du Relais santé de Namur.



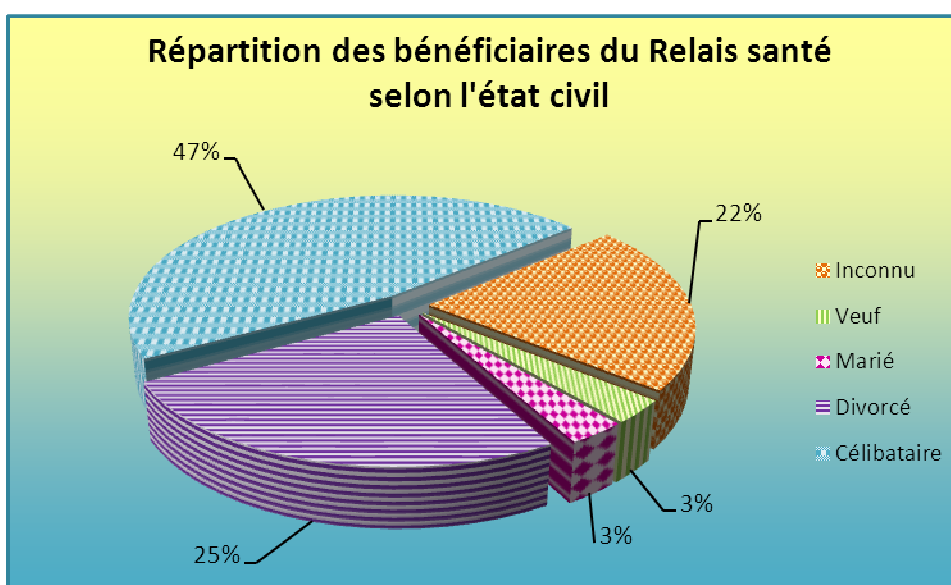
Commentaires :

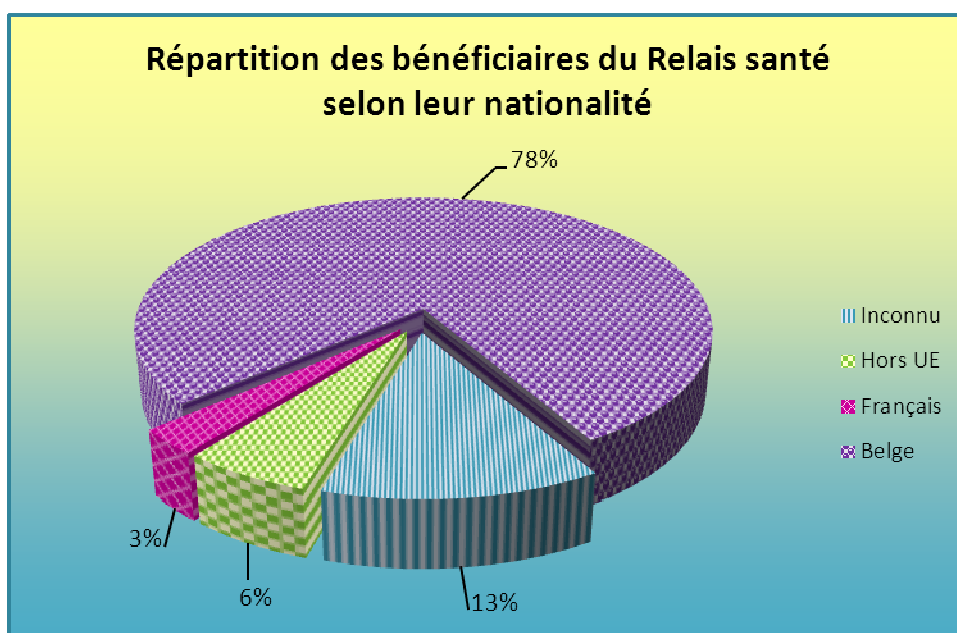
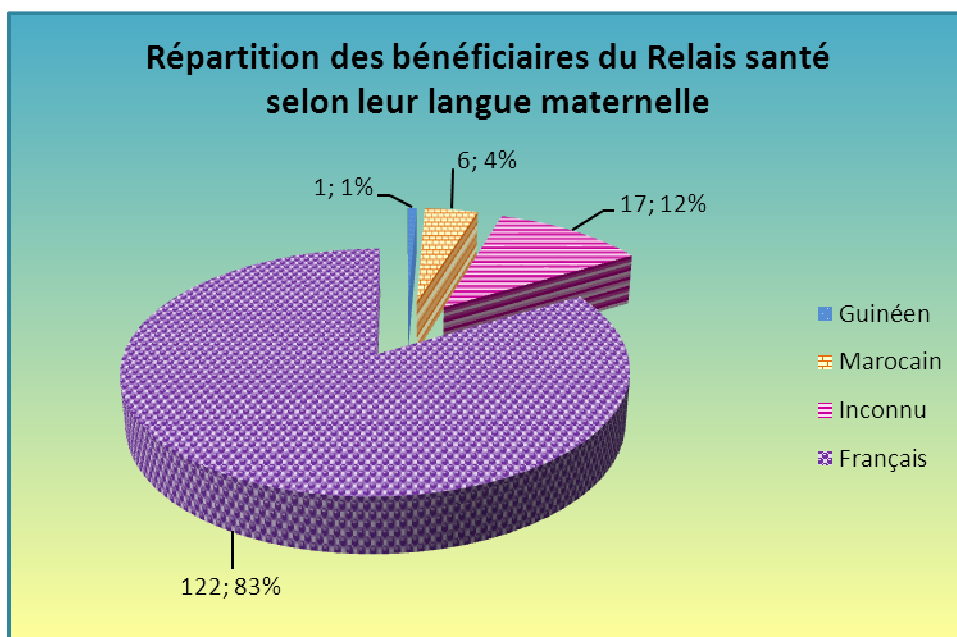
- Près de la moitié des personnes sont âgées de 26 à 45 ans.
- Un peu plus d'une personne sur dix est âgée de 18 à 25 ans, ce qui traduit la présence d'une population très jeune en rue. On remarque que ces jeunes personnes vivent pour la plupart une rupture familiale liée à un conflit ou à un passé de prise en charge par les services d'aide à la jeunesse. Nous ne voudrions pas faire de raccourcis hâtifs mais les parcours de vie (rupture familiale, parcours via SAJ,...) de ces jeunes mettent en lumière, par le caractère répétitif de ces témoignages, une difficulté dans la continuité des prises en charge sociales de ces services spécialisés à la majorité.
- 13 % des personnes sont âgées de plus de 60 ans. Ce constat est assez dramatique quand on sait qu'il s'agit, pour la plupart, de personnes qui fréquentent l'abri de nuit et pour lesquelles la situation sociale évolue très lentement.



Commentaire :

Une moyenne de 2 femmes sur 10 personnes prises en charge par le Relais santé. Ces chiffres sont représentatifs de la présence des femmes en rue.



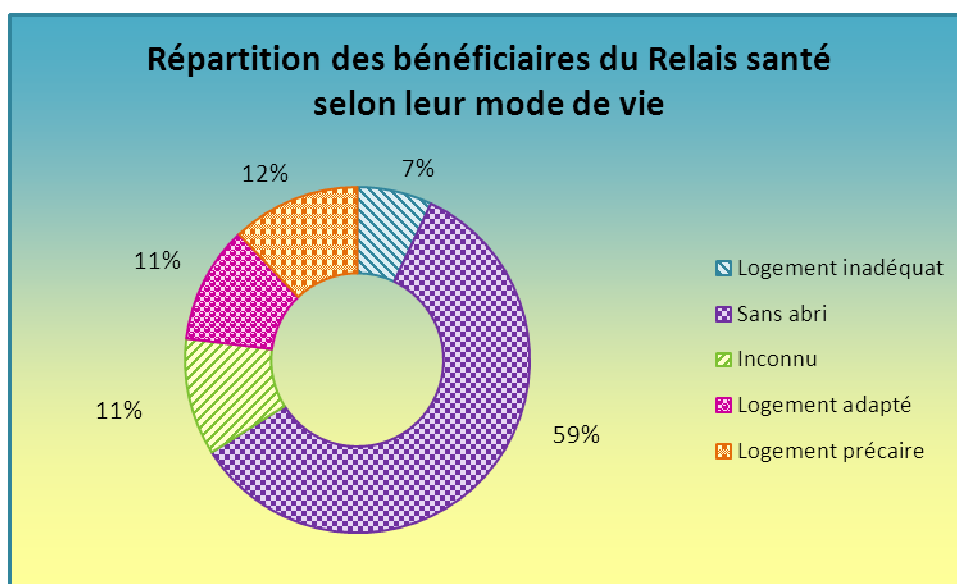


Commentaire :

Notons que la situation des personnes de nationalité étrangère et/ ou en situation irrégulière sur le territoire belge complique les prises en charge.

Nous prendrons l'exemple d'un jeune homme de nationalité étrangère « hors Europe » hospitalisé pour une tuberculose. Son hospitalisation prend fin car le patient n'est plus contagieux. Cependant, sa pathologie nécessite une prise en charge adaptée (continuité du traitement et suivi médical) pour éviter une réactivation du bacille, rendant le patient à nouveau malade mais également contagieux. Les enjeux sont donc multiples : d'une part, la santé d'un individu mais également la santé publique. A la sortie de l'hôpital, cette personne se retrouvait en rue sans ressource. Le traitement ne pouvait pas être suivi au départ de la rue mais aucun CPAS ne se déclarait compétent, ayant pour conséquence l'impossibilité de trouver un financement du traitement (l'aide médicale urgente ne pouvait être demandée au CPAS de Namur, mais envoyer la personne sur un autre territoire était dangereux car cela risquait de mettre à mal la prise en charge et de ce fait, se confronter aux enjeux précédemment cités). C'est grâce à l'appui du réseau que la prise en charge s'est mise en place. D'une part, le Centre pour Immigrés de Namur a pu nous informer sur la situation de la personne et trouver une place rapidement dans un centre pour immigrés, d'autre part, le service social de l'hôpital a pu trouver un financement du traitement via le FARES¹². Quant au Relais santé, nous avons fait le lien entre la sortie d'hôpital et l'entrée au Centre pour personnes Immigrées en permettant la continuité du traitement, l'accompagnement de la personne vers les lieux d'accueil et la transmission d'informations. Ce qui est accablant dans cette situation, c'est le constat que cette personne n'aurait pu accéder à ses droits sans l'intervention du Relais santé car l'hôpital ne peut réaliser un suivi extra-muros et la personne se confronte à des refus de prise en charge sans alternative.

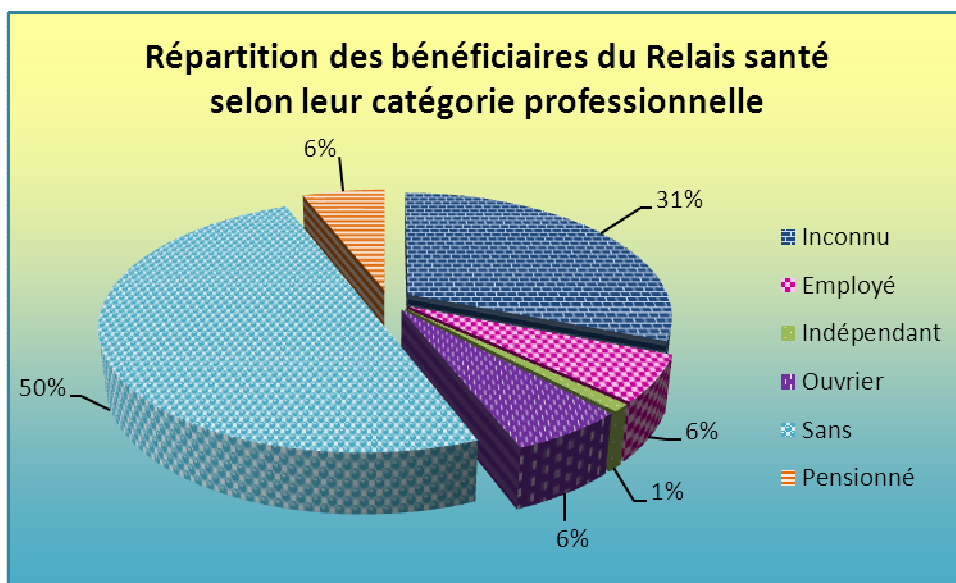
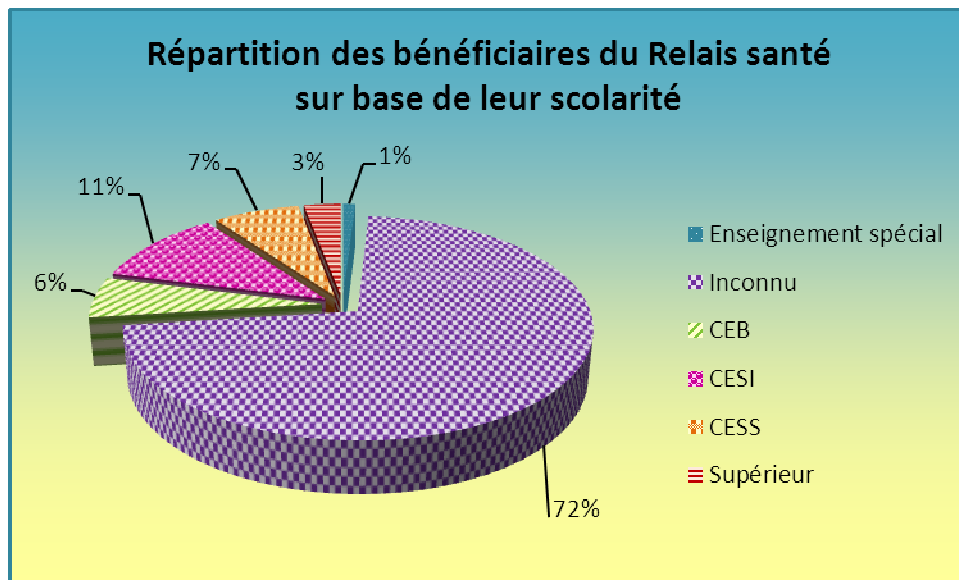
¹² Fonds des Affections Respiratoires

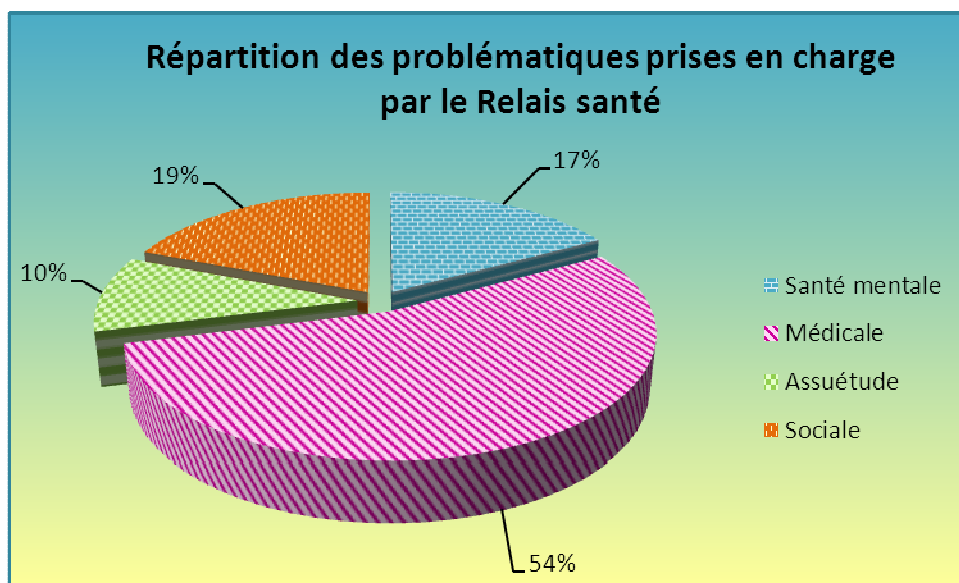


Commentaires :

Concernant le mode de vie, nous nous basons sur la classification ETHOS de la FEANTSA qui établit des critères objectivables en fonction du type de logement ou d'hébergement. Il nous paraît également opportun de préciser qu'il s'agit ici d'une récolte « figée » au moment de la mise en commun des données au vu de la mouvance de cette question en ce qui concerne notre population cible.

Plus de la moitié des personnes rencontrées sont sans abri, c'est-à-dire qu'elles fréquentent l'abri de nuit ou qu'elles dorment en rue. Une personne sur 10 est en situation de logement précaire, c'est-à-dire provisoirement hébergée chez un ami ou en procédure d'expulsion, ce qui traduit un risque pour ces personnes de se retrouver en situation de sans-abrisme. Le logement inadéquat, regroupe des personnes qui vivent dans des logements qui ne sont pas adaptés pour être habités. Les personnes vivant en squat sont regroupées dans cette catégorie (près d'une personne sur 10).





Commentaires :

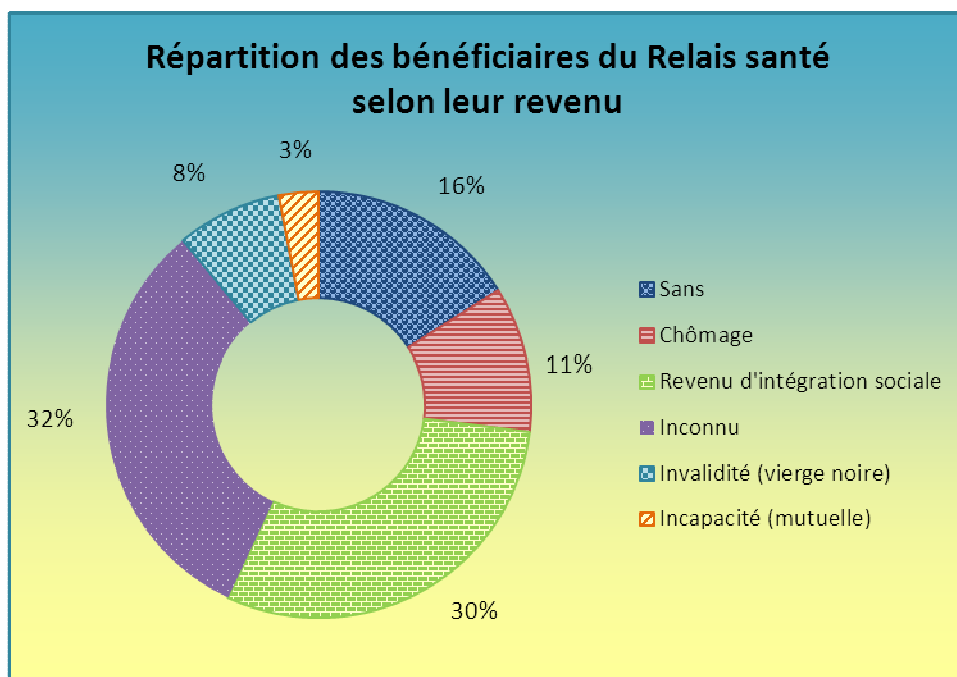
Ces données mettent bien en évidence l'importance de la problématique médicale dans le travail quotidien du Relais santé. Cependant, toujours dans une optique de prise en charge bio-psycho-sociale, nous pouvons mettre en évidence que près de la moitié de nos démarches concernent la santé dans sa vision au sens large. Ainsi, toujours en collaboration avec le réseau et les partenaires compétents, nos prises en charges dépassent fréquemment le cadre médical au sens propre.

Il nous paraît également pertinent de préciser qu'une problématique peut être souvent plus complexe qu'une dénomination. Ainsi, dans la réalité, il n'est pas rare que nous rencontrions un patient ayant une demande initiale médicale mais présentant également des problématiques associées d'ordre sociale (mise en ordre de mutuelle), de santé mentale (dépression associée,...) et d'assuétude (alcoolisme ou toxicomanie).

Si les pourcentages présentés ci-dessus sont donc représentatifs de la demande initiale ou principale, ils sont par contre à prendre avec tout le recul inhérent à la complexité des situations que nous sommes amenés à prendre en charge.

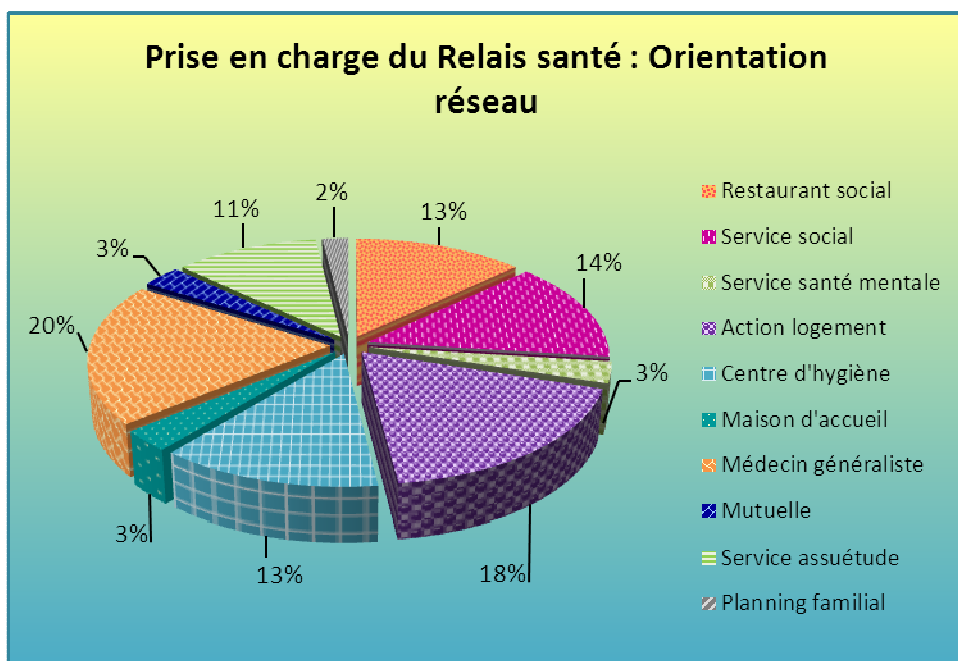
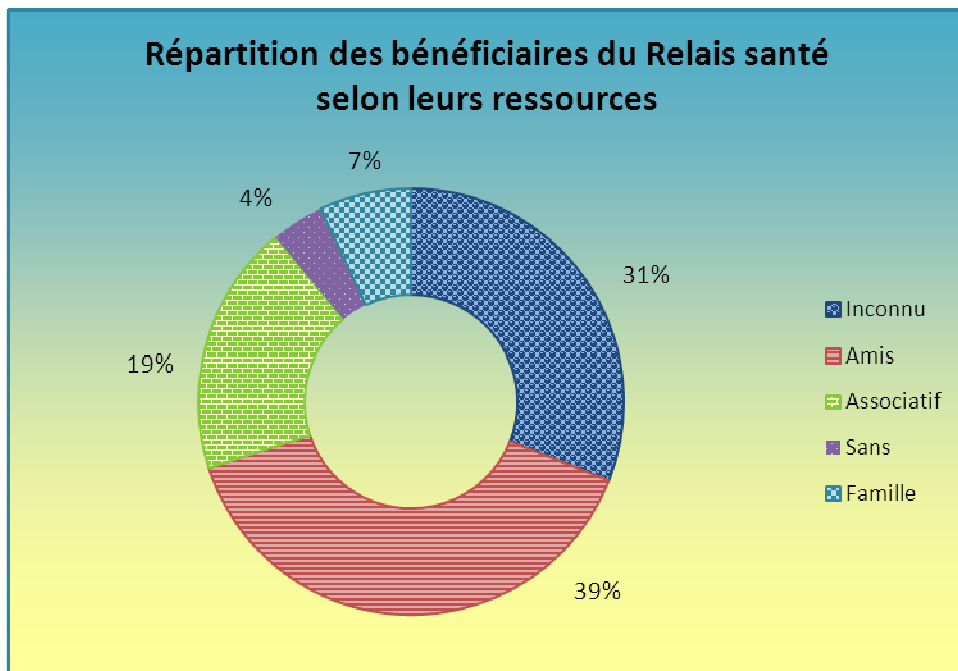
Il nous paraît également intéressant de faire la distinction entre la demande initiale de l'utilisateur et la problématique réelle mise en évidence par le Relais santé. Ce point sera l'objet de notre attention pour l'année 2011.

Nous tenions également à souligner notre incapacité légale à établir des diagnostics concernant notre public-cible et donc de mettre en avant les pathologies décelées. Pour cette raison, ce critère n'apparaît pas dans notre rapport d'activité.



Commentaire :

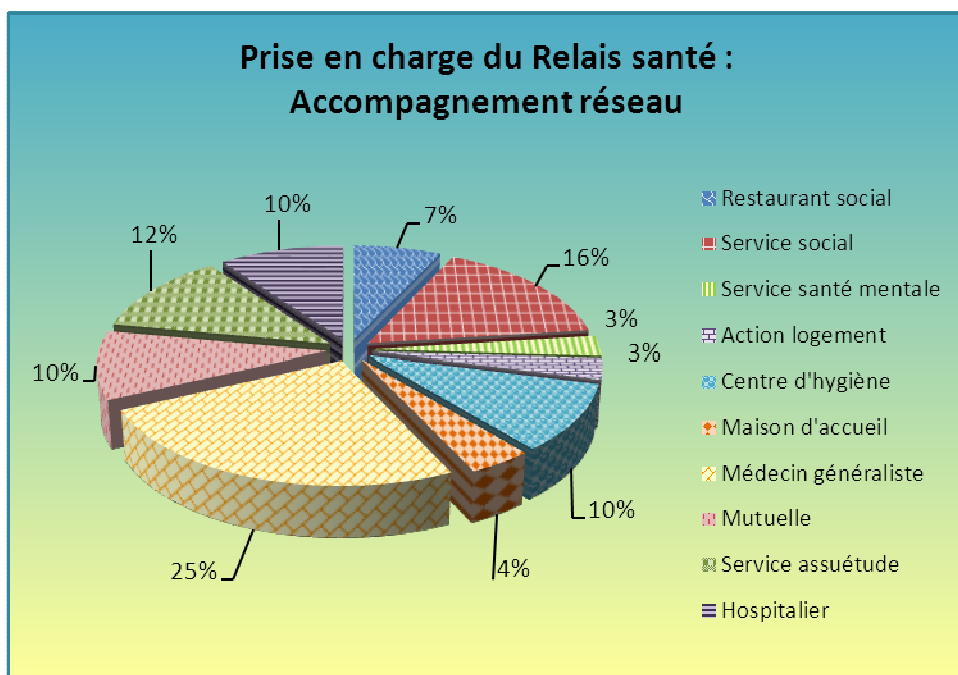
16 % des personnes prises en charge par le Relais santé sont sans revenu. Il est important de préciser que dans la majorité des cas, il s'agit de personnes qui arrivent sur le territoire de Namur et qui sont provisoirement sans revenu le temps des démarches administratives. Ces personnes émargent pour la plupart au CPAS et nous remarquons une difficulté et une grande différence dans l'octroi d'une aide d'urgence. Prenons l'exemple d'une personne sans abri qui va demander une aide d'urgence et se voit octroyer des colis alimentaires. C'est absurde de se retrouver avec 1 Kg de sucre en rue... Ce constat traduit, à notre sens, une difficulté pour les personnes de relater leur situation à un travailleur social qui ne peut évaluer l'aide qu'à partir de ce que la personne lui dit. Nous pensons également jouer un rôle à ce niveau en faisant « le lien entre la rue et les institutions » car nous avons un regard différent de par nos immersions en rue et dans les différentes associations, nous permettant de légitimer certaines demandes mais également d'apporter, en plus de notre spécificité paramédicale, une autre analyse de la situation de la personne.



Commentaires :

Ce schéma nous permet de mettre en évidence la réalisation de notre objectif de travail en réseau avec les partenaires. Ces derniers sont en effet tous représentés et ce, de manière assez homogène. Au vu du parallèle qui peut être fait avec le type de problématiques prises en charge au sein de notre relais, les orientations réalisées semblent pertinentes.

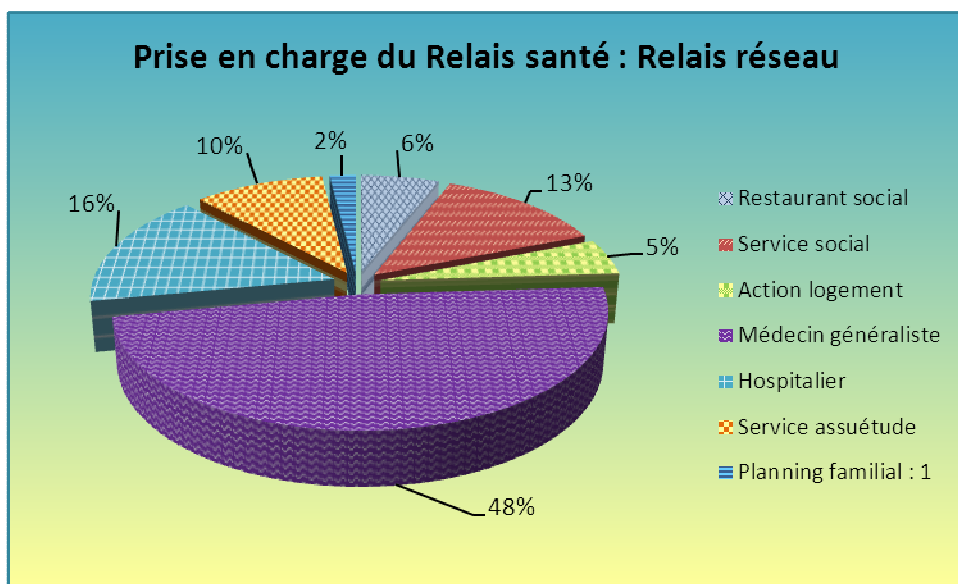
Il nous paraît également opportun de préciser ici les quelques termes plus spécifiques utilisés au Relais santé. Ainsi, par accompagnement, nous entendons un déplacement en personne de l'infirmière du Relais santé pour accompagner physiquement le patient dans sa démarche. Par orientation, nous pensons aux conseils et/ou informations donnés directement à l'utilisateur sans qu'il n'y ait eu d'autres formes de contact avec le réseau et les partenaires. Finalement, le terme de relais est utilisé lorsque la prise en charge ne nécessite pas d'accompagnement physique mais bien des contacts téléphoniques ou manuscrits avec le réseau et les partenaires afin de concrétiser et soutenir la démarche



Commentaires :

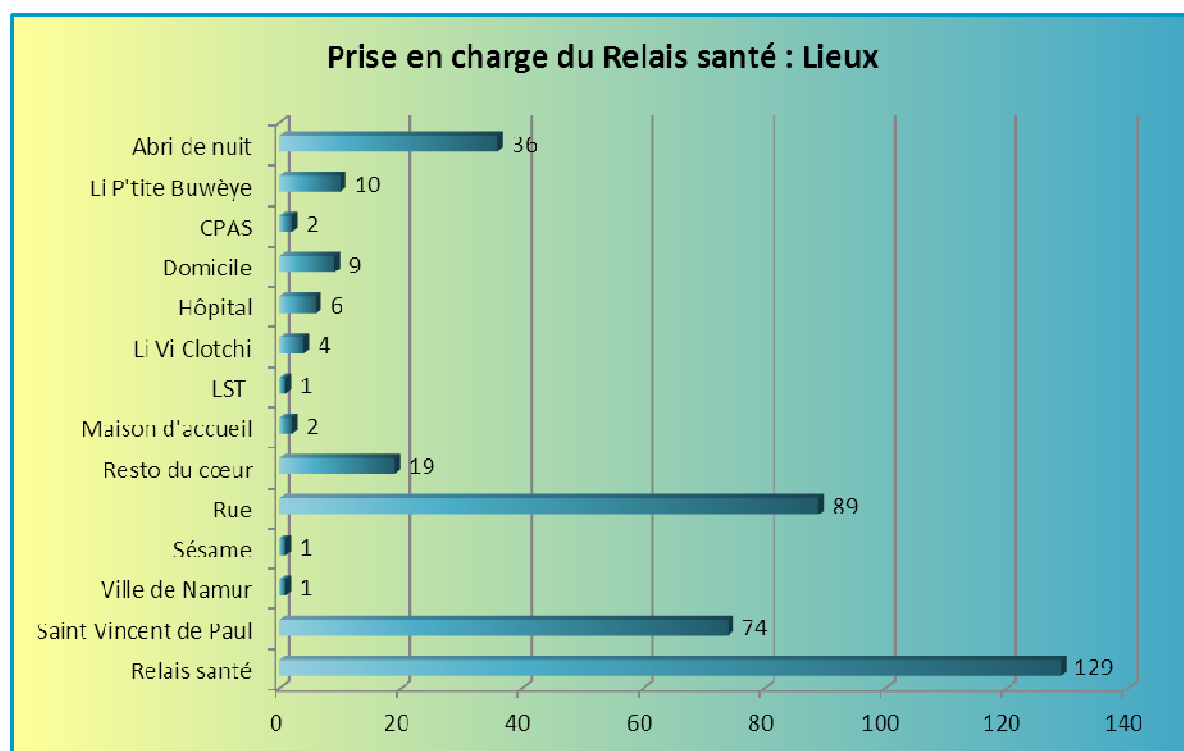
Cette facette « accompagnement » de notre travail est peut être la partie mobilisant le plus de temps et d'énergie. En effet, un seul accompagnement vers une maison médicale ou un service hospitalier peut parfois mobiliser un des infirmiers pendant une demi journée. A cela peut s'ajouter les démarches préalables nécessaires à l'accompagnement (mise en ordre mutuelle,...) mais aussi tout le travail d'accroche pouvant s'avérer nécessaire afin d'obtenir la compliance de l'utilisateur en ce qui concerne la démarche proposée.

Nous pouvons observer que 35% de nos accompagnements concernent la prise en charge d'une problématique médicale au sens propre. Ces pourcentages augmentent à 47% si nous prenons en compte les problématiques de santé mentale qui relèvent aussi de la santé dans sa dimension globale.



Commentaire :

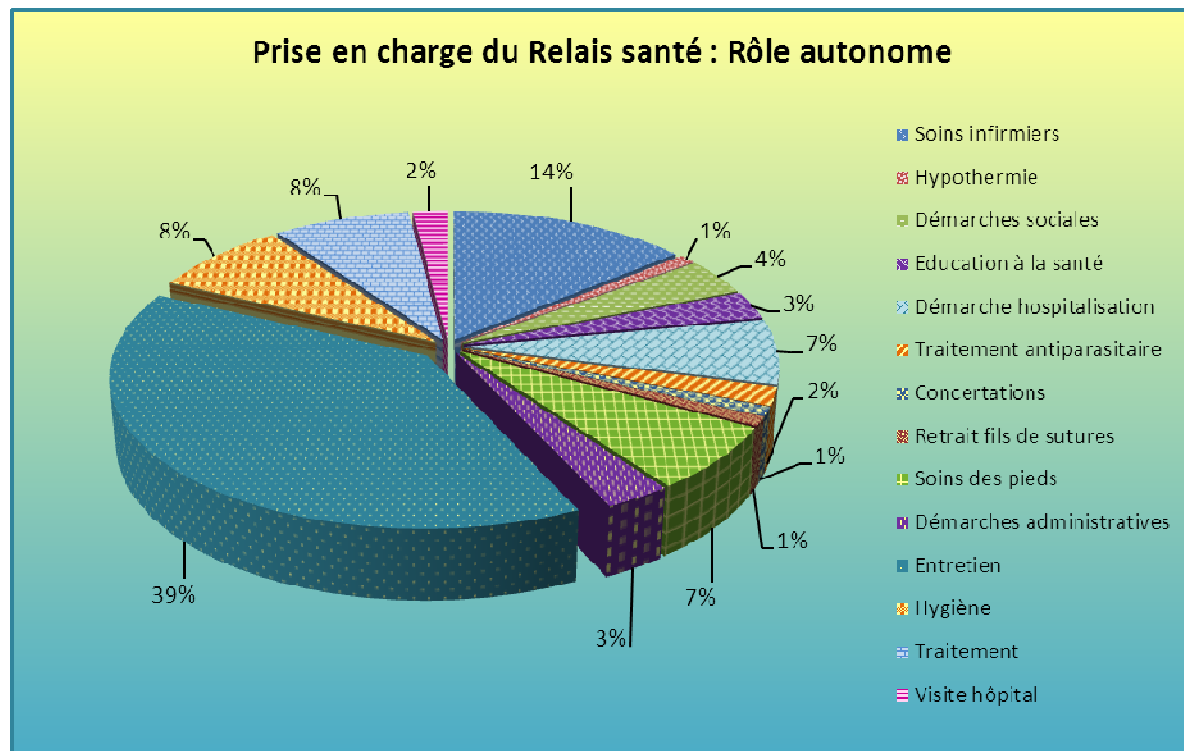
Nous remarquons que les relais vers un médecin traitant sont majoritaires. Ils reflètent une adéquation entre notre pratique et notre objectif de réaffiliation au système de soin. Il est important de souligner que cette démarche n'aboutit pas toujours car certaines personnes sont marginalisées à un point tel que la prise en charge de leur santé, même à un stade urgent, n'est pas possible et se solde par un refus de soin. Le Relais santé se questionne sur la pertinence d'une permanence d'un médecin au dispensaire du Relais santé pour permettre une prise en charge médicale de personnes qui ne sont pas prêtes pour un relais vers le réseau et éviter des conséquences graves.



Commentaires :

Le Relais santé est très mobile et réalise des prises en charge durant des permanences structurelles mais également sur détection de services de première ligne. Nous remarquons cependant qu'une majorité de prises en charge s'effectue au Relais santé. Cela s'explique par le fait qu'il s'agit des personnes pour lesquelles un dossier a été constitué. En effet, il est difficile de chiffrer les prises en charge lors de permanences où nous « travaillons le lien » et la conscientisation de l'importance de prendre en charge sa santé. Par conséquent, afin de tenter de rendre de manière plus précise l'ampleur de notre travail lors des différentes permanences réalisées, nous parlerons en termes d'heures passées dans les différents lieux de permanences.

Ainsi, nous pouvons compter un minimum de 36 heures au Resto du Cœur, de 108 heures à la Saint-Vincent de Paul et de 20 heures à Li Ptite Buwèye. Ces chiffres sont malgré tout à prendre avec beaucoup de recul dans le sens où ne sont comptabilisées que les heures de permanences fixes et non les multiples passages de l'équipe qui peuvent avoir lieu entre les heures fixées. De plus, de nombreuses autres présences institutionnelles ont été effectives au cours de cette année sans qu'elles ne soient comptabilisées (ex : chez d'autres partenaires comme Li Vi Clôtchi,...)



Commentaires :

Nous remarquons que la majorité de nos prises en charge - plus d'un tiers - repose sur l'écoute active (entretien). C'est concrètement la première étape avant d'accompagner la personne dans son « projet de soins » mais également un besoin primordial de pouvoir mettre des mots sur ses difficultés et souffrances, en les déposant à un travailleur paramédical.

Presque une prise en charge sur dix concerne l'hygiène. Nous permettons à certaines personnes d'accéder à une douche quand il n'y a pas d'alternative dans le réseau mais de manière générale, nous prenons en charge les soins d'hygiène lorsque nous réalisons un soin (préalable nécessaire) mais également des aides à la toilette pour des personnes dépendantes (souvent âgées).

Un cinquième de notre activité autonome représente les soins infirmiers (14%) et soins de pieds (7%). Cela signifie que nous rencontrons notre objectif de réaliser les premiers soins aux personnes sans abri. Nous avons fait une distinction entre les soins généraux et les soins de pieds car ils représentent une problématique spécifique et récurrente de notre population cible.

Près d'une prise en charge sur dix est lié à l'obtention, la préparation ou la délivrance d'un traitement. La prise d'un traitement en rue est extrêmement compliquée ! Notre rôle est de faciliter l'accès au traitement pouvant éviter des conséquences graves et par conséquent, éviter dans certains cas une hospitalisation.

- **Evaluation**

Evaluation de la réalisation des objectifs

Objectif général : 1. Donner les premiers soins aux personnes sans-abri ou en situation de grande précarité	
<i>Objectifs opérationnels</i>	<i>Résultat → Atteint : oui – non – partiellement</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aller à la rencontre du public précarisé ▪ dans la rue 	<p style="text-align: center;">Oui</p> <p>Le Relais santé se rend régulièrement en rue, lors de ses déplacements vers le réseau. Cependant, il est important de mettre en place des permanences de rue afin d'y assurer des présences régulières, car jusqu'à présent, des plages horaires ont été fixées mais ne sont pas respectées. Pourtant, c'est en octroyant des heures fixes au travail de rue que l'on pourra être réellement disponible pour notre public-cible. En effet, les présences en rue sont des moments de passage ne permettant pas toujours aux personnes rencontrées de s'exprimer aussi librement que possible alors que l'enjeu du travail de rue est justement celui de rencontrer un public en désaffiliation extrême et de permettre l'expression des besoins, ainsi que le travail de la demande. De plus, le Relais santé prend une part active au projet « Equipes Mobiles de Rue » initié par le Relais social urbain namurois, permettant ainsi une approche multidisciplinaire par la composition de binômes interservices (Salamandre, Travailleurs sociaux de</p>

<ul style="list-style-type: none"> ▪ dans les institutions qu'il fréquente : <ul style="list-style-type: none"> ○ Fréquentation des restaurants sociaux ; ○ Fréquentation de l'abri de nuit ; ○ Intervention à la demande des institutions partenaires. 	<p>proximité de la ville de Namur, l'Echange) mais également d'harmoniser les permanences de rue afin d'assurer une présence suffisante sur le terrain, et également pour éviter une sollicitation intempestive des habitants de la rue.</p> <p>Le Relais santé fréquente les différents restaurants sociaux c'est-à-dire le Resto du Cœur et la Saint-Vincent de Paul. Il y a des permanences fixes dans ces lieux afin d'assurer une présence régulière et permettre ainsi aux usagers de nous y retrouver. Il s'avère que nous sommes dépassés par les demandes, c'est-à-dire qu'à l'arrivée de l'équipe dans ces lieux, nous sommes assaillis de demandes, ce qui nous fait penser que nous risquons de répondre à la demande de « celui qui crie le plus fort » avec la difficulté de rester attentif aux nouveaux arrivants et aux personnes qui ont des difficultés pour exprimer leur demande. Pour cela, Il nous paraît important de redéfinir pour 2011 les objectifs des permanences institutionnelles afin de permettre l'accroche et le travail du lien, légitimant ainsi le report de certaines demandes non-urgentes.</p> <p>Nous avons mis un terme aux permanences aux Sauverdias car la population fréquentant ce restaurant social ne correspond pas à notre public-cible. Il nous semble néanmoins important d'assurer des passages ponctuels pour évaluer la pertinence de ce choix.</p>
<p>Réaliser les soins.</p>	<p style="text-align: center;">Oui</p> <p>A la Saint-Vincent, à Li Ptite Buwèye, au Resto du Cœur ainsi que dans les locaux du Relais santé depuis février 2010. Pour 2011,</p>

	nous allons établir des procédures afin de définir un cadre d'intervention car il n'est pas possible de réaliser des soins dans les conditions de certaines permanences au vu de la disposition des lieux de soins (isolement de l'infirmière qui se retrouve dans une situation potentiellement dangereuse).
Identifier les problèmes de santé.	<p style="text-align: center;">Oui</p> <p>L'identification des problèmes de santé se fait sur base de l'anamnèse et de l'observation infirmière. Rappelons que l'équipe est composée de paramédicaux et qu'à ce titre, nous ne pouvons établir un diagnostic médical. Raison pour laquelle les données épidémiologiques ont été adaptées à notre réalité. Les diagnostics ne pouvant être établis, nous avons répertorié les différentes problématiques sur base des symptômes observables et de l'évaluation des plaintes exprimées.</p>
Mettre à disposition un lieu d'hygiène.	<p style="text-align: center;">Partiellement</p> <p>Dans l'attente des locaux définitifs, nous occupons un lieu aménagé d'une salle de bain qui permet la prise en charge de l'hygiène. Cependant, nous n'avons pas, actuellement, les moyens humains d'assurer des heures d'ouvertures fixes. L'accès à la douche est donc conditionné à la nécessité de soins ou à l'incapacité d'utiliser les douches du réseau. Ce qui semble restrictif est par ailleurs un élément permettant la réflexion sur la pertinence des prises en charge, c'est-à-dire de ne pas créer une nouvelle « offre » de prise en charge alors que le réseau la met déjà à disposition du</p>

	<p>public-cible. Par ailleurs, le seul lieu d'accueil sanitaire au centre de Namur (Li Ptite Buwèye) semble saturé par les demandes. Partant de ce constat, il nous semble important de réfléchir, avec le réseau, à des réponses cohérentes et concertées, raison pour laquelle le Relais santé participe au groupe de travail sur « L'hygiène et les vestiaires sociaux » organisé par le RSUN.</p>
<p>Objectif 2010 : Réaliser des permanences et des soins au sein du nouveau dispensaire.</p>	<p style="text-align: center;">Partiellement</p> <p>Nous réalisons les soins dans un local spécialement aménagé que nous occupons dans l'attente du dispensaire définitif. Il nous est cependant difficile d'y assurer des permanences par manque de moyens humains (par sécurité, la permanence doit être assurée par deux personnes). Notons que l'arrivée de bénévoles rend cet objectif réaliste pour 2011.</p>
<p><u>Commentaires :</u></p> <p>La prise de contact avec notre public-cible est efficace, nous le mesurons par le fait que le service est reconnu par les usagers et que les prises en charge sont très nombreuses. Nous effectuons des permanences dans le réseau (Saint-Vincent de Paul, Resto du cœur, Li Ptite Buwèye). Un indicateur d'efficacité est que des usagers retiennent nos jours de passage et attendent notre venue. Par conséquent, un objectif prioritaire à poursuivre est d'assurer des permanences en rue régulières. Nous avons fixé le vendredi après-midi, chaque semaine. Cette plage horaire a été déterminée en fonction des permanences de rue qui sont planifiées par d'autres structures partenaires afin d'éviter une sollicitation intempestive des personnes de la rue, pour permettre de couvrir équitablement la semaine en passages des services afin d'assurer des présences en rue régulières. La participation au projet « Equipes Mobiles de Rue » du RSUN nous a permis cette analyse. L'intérêt du travail de rue étant de permettre ce travail d'accroche avec les personnes en désaffiliation ne fréquentant pas les lieux où nous réalisons nos permanences.</p>	

Pour 2010, nous nous étions fixé comme objectif opérationnel supplémentaire de réaliser des permanences et de réaliser des soins au sein du nouveau dispensaire. Cet objectif est partiellement atteint car nous réalisons des soins dans notre local. Par contre, il est prioritaire de mettre en place des permanences fixes dans ce lieu car, lors d'une première rencontre en permanence dans le réseau ou en rue, nous donnons un rendez-vous au dispensaire qui est souvent difficilement honoré par notre public. Donner à la personne des alternatives à ce rendez-vous permettrait une meilleure adaptation aux difficultés fréquemment observées avec nos bénéficiaires.

L'intensification du travail en équipe ainsi que la présence régulière de nos bénévoles permettra la mise en place de permanences début de l'année 2011.

Objectif général 2 : S'assurer du relais à d'autres professionnels de première ligne / Créer un réseau autour des situations	
<i>Objectifs opérationnels</i>	<i>Résultat → Atteint : oui – non – partiellement</i>
Se rendre au domicile des personnes si détection par un service de première ligne.	<p style="text-align: center;">Oui</p> <p>Nous sommes régulièrement interpellés par le service Accompagnement du CPAS, le Service Social de la Ville de Namur ainsi que par le service des Urgences du CHR, concernant des personnes ayant un logement, avec une problématique de santé, dans une situation de grande précarité. L'objectif est de créer un réseau de soins autour de la personne ou d'intervenir quand ce réseau de soins n'arrive plus à effectuer la prise en charge (« portes de bois », non compliance, refus de soin...).</p>
Recomposer la trajectoire de la personne au niveau santé/ mise en ordre sociale.	<p style="text-align: center;">Partiellement</p> <p>Lors d'une mise en ordre sociale, nous réalisons l'anamnèse de la trajectoire de la personne afin d'apporter une prise en charge la plus adaptée (quel est le réseau actuel ou passé de la personne, comment la personne explique-t-elle l'origine de son problème ou plus spécifiquement son arrivée en rue,...). Nous entendons par mise en ordre sociale, les démarches administratives nécessaires permettant l'accès aux soins, allant du contact direct avec une mutuelle à l'accompagnement physique de la personne vers un service social. La difficulté est d'utiliser ces données car chaque parcours de vie que nous retraçons permet la résolution individuelle d'une problématique individuelle, mais il est</p>

	difficile d'établir des constats généraux sur base de ces données.
Accompagner la personne le temps qu'il faut pour qu'elle soit prête à réintégrer le circuit de soins classique.	<p style="text-align: center;">Oui</p> <p>L'accompagnement est souvent de longue durée avant de pouvoir passer définitivement le relais vers le circuit de soins classique.</p>
Téléphoner au professionnel vers qui la personne est orientée pour prévenir du relais.	<p style="text-align: center;">Oui</p> <p>Nous téléphonons systématiquement aux services concernés lors d'un relais et lorsque nous ne joignons pas la personne, nous rédigeons un document explicatif que nous remettons au bénéficiaire. Par contre, il faudrait systématiser un retour vers un service qui a fait un relais vers nous, pour assurer l'échange d'informations nécessaires, mais également pérenniser les collaborations (de cette manière, le service peut se rendre compte qu'une prise en charge du relais a bien été réalisée).</p> <p>NB : faire le relais induit d'office une prise de contact téléphonique. Dans le cas contraire, nous parlons d'orientation : nous transmettons une information à un patient sans contact préalable avec le service (c'est très courant pour le CPAS lorsque nous informons un nouvel arrivant par exemple). Cependant, lorsque nous passons le relais vers un médecin du réseau, nous ne le contactons pas systématiquement par téléphone afin de ne pas le déranger inutilement. Par contre, nous remettons une lettre au patient qui explique clairement le motif de sa venue à la consultation et nous invitons le médecin à nous recontacter à sa meilleure convenance (cette procédure est venue naturellement suite aux appels</p>

	<p>fréquents à nos médecins et que nous avons ressenti une lassitude à chaque fois que nous prévenions de l'arrivée d'un patient à la consultation, d'autant plus quand ceux-ci ne s'y présentent pas). Avant de prendre un contact avec un service, nous demandons toujours l'autorisation de la personne.</p>
Accompagner physiquement la personne vers les services	<p>Oui</p> <p>L'accompagnement physique des personnes est une de nos interventions régulières mais la pratique a mis en évidence que cette intervention doit être réfléchie. Nous devons évaluer la pertinence de l'accompagnement, de l'objectif poursuivi (permettre l'accès aux droits de la personne, de créer du lien avec le réseau qui serait très difficile voire impossible sans l'accompagnement) afin de servir l'intérêt de la personne mais également de ne pas se disperser en interventions consommatrices de beaucoup de temps et qui finalement, risquent de perdre du sens.</p>
Organiser des concertations autour des situations en cas de multi-problématiques / multi-interventions.	<p>Oui</p> <p>En 2010, une concertation a été menée à l'initiative du Relais santé, permettant d'harmoniser la prise en charge des différents partenaires.</p> <p>Enfin, le Relais santé participe à une concertation qui est menée par la Ville de Namur.</p> <p>Remarque : le nombre de concertations paraît faible. Cependant, il n'est en rien le reflet des échanges avec le réseau autour de situations multi-problématiques. Le Relais santé contacte toujours le réseau présent</p>

	<p>autour de la personne avant d'intervenir et au besoin, recontacte les différents partenaires aussi souvent que nécessaire lors de la prise en charge (avec accord de la personne bénéficiaire).</p> <p>L'outil qui émergera de « Concertons-nous ! » permettra de nous outiller pour la suite et d'automatiser les démarches.</p>
--	--

Objectif général 3 : Créer un réseau de professionnels partenaires	
<i>Objectifs opérationnels</i>	<i>Résultat → Atteint : oui – non – partiellement</i>
<p>Rencontrer :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ les maisons médicales de Namur : <ul style="list-style-type: none"> - Maison médicale de Bomel ; - Maison médicale des Arsouilles ; - Maison médicale de la Plante. 	<p style="text-align: center;">Oui</p> <p>La saturation de deux maisons médicales du centre-ville met en évidence un besoin important de la population générale et plus encore de notre public-cible. Cette situation nous empêche de les solliciter, alors que les maisons médicales devraient être nos interlocuteurs privilégiés car :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elles fonctionnent avec un accueil permettant à notre public d'entrer en contact avec un interlocuteur direct dans une plage horaire large, alors qu'un médecin généraliste a des heures de consultations plus strictes (c'est un atout car nos patients sont majoritairement déstructurés au niveau temporel, rendant le respect d'un rendez-vous très difficile) ; - Elles permettent une prise en charge globale de la santé car il y a une présence minimale de différents intervenants tels que médecins, kinésithérapeutes et infirmiers. - La présence de ces deux structures sont proches des lieux stratégiques (centre-ville, gare, accueils de jour et de nuit,...) évitant ainsi de longs déplacements qui sont une entrave supplémentaire pour accéder aux soins. <p>Nous collaborons néanmoins énormément avec la maison médicale qui est la plus</p>

<ul style="list-style-type: none">▪ les médecins généralistes qui conventionnent avec la carte santé du CPAS.	<p>« décentrée » d'entre elles car ils affichent une sensibilité sociale indéniable et une disponibilité certaine. Malheureusement, leur éloignement du centre-ville complique parfois les prises en charge.</p> <p>Il semble également important de parler d'une réunion qui a eu lieu avec la Maison Médicale de Bomel afin de clarifier les modalités de collaboration. Cette réunion a mis en évidence leur impossibilité d'étendre leur patientèle, soucieux de garantir une qualité de soins suffisante aux personnes déjà inscrites. Par contre, afin de permettre l'accès aux soins pour tous, ils acceptent de recevoir les personnes qui ne seraient pas en ordre de mutuelle. Ces personnes sont minoritaires. Néanmoins, ce sont généralement les plus déstructurées et pour lesquelles un partenariat avec la maison médicale est vraiment appréciable et nécessaire.</p> <p style="text-align: center;">Partiellement</p> <p>Le réseau de médecins généralistes avec lequel nous travaillons est assez faible à l'heure actuelle. Nous risquons « d'épuiser » nos ressources si les orientations sont toujours faites vers les mêmes médecins (étant donné la lourdeur de la prise en charge de notre public). C'est un fait qui a été relayé par l'équipe d'une maison médicale).</p> <p><u>Objectif 2011</u> : Rencontrer d'autres médecins du réseau afin d'entrevoir de nouvelles collaborations (importance de consigner les accords oraux afin de pérenniser les collaborations et permettre la transmission de l'info au sein de l'équipe).</p>
---	---

Rencontrer les services de santé mentale.	<p style="text-align: center;">Partiellement</p> <p>Les Services de Santé Mentale provinciaux ont été rencontrés via une réunion avec un représentant de chacun d'entre eux. Il nous semble donc important de rencontrer à présent les équipes de manière individuelle.</p>
Rencontrer et conventionner avec un/des service/s social/aux pour la remise en ordre administrative.	<p style="text-align: center;">Oui</p> <p>Partenariat avec les Travailleurs Sociaux de Proximité de la Ville, le Centre de Service Social et les services de l'Aide Individuelle et d'Accompagnement du CPAS. Il n'y a cependant pas de convention. Par contre, notre travail de terrain a mis en évidence des fonctionnements propres à chaque service, nous permettant de les consulter de manière plus efficiente. Exemple : les Travailleurs Sociaux de Proximité de la Ville de Namur travaillent avec le public de rue et grandement précarisé alors que le service Accompagnement ne travaille pas avec les habitants de la rue. Nous avons également de bons contacts avec les assistantes sociales de l'Aide Individuelle du CPAS, nous permettant de faire accélérer certaines procédures administrativement lourdes.</p>
Rencontrer les hôpitaux généraux et psychiatriques pour présenter le projet et demande de collaboration.	<p style="text-align: center;">Oui</p> <p>Nous collaborons régulièrement avec les hôpitaux généraux et psychiatriques. Il serait intéressant d'évaluer la fréquence et le motif des collaborations pour 2011.</p>
Contacter pour présentation les services socio-sanitaires de première ligne (services sociaux, aides-familiales, etc.).	<p style="text-align: center;">Partiellement</p>

<p>Collaborer avec des partenaires (2009) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Resto du Cœur 2. Saint-Vincent de Paul 3. Centre de Service Social 4. CHR 5. CPAS 6. Ville de Namur 7. Sauverdias 8. Phénix 9. Sésame 10. Salamandre 11. Maison médicale les Arsouilles 12. Maison médicale Bomel 13. Maison médicale de La Plante 14. Li Ptite Buwèye 15. Clinique et maternité Sainte Elisabeth 16. Clinique Saint Luc 17. Arche d'Alliance 18. Coordination Provinciale Sida Assuétudes 19. Médecins agréés CPAS 20. Li Vi Clotchi 	<p>Partiellement</p>
<p>Collaborer avec des partenaires (2010) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Centre neuropsychiatrique de Saint Martin Dave 2. Hôpital psychiatrique du Beau Vallon 3. Pousse la porte 4. Les trieux 5. Hôtel maternel Malonne 6. La Croix Rouge 7. Service Social de la Police, Pompiers 8. FARES et services Provinciaux 9. Lutte Solidarité travail 10. Services de Santé mentale 11. Service social des Mutuelles 12. Al chije 13. Oxfam 	<p>Partiellement</p> <p>4 services, sur 17 prévus, ont été rencontrés en 2010. Il est important de réfléchir sur la priorité des services à rencontrer et de mettre de nouvelles échéances raisonnables à respecter.</p>

<ul style="list-style-type: none">14. La fourmi15. Les petits riens16. Sœurs de la Charité17. Autres partenariats possibles extra Namur.	
<p><u>Commentaires :</u></p> <p>Pour évaluer ces collaborations en 2011, nous rédigerons une évaluation qui sera remise aux différents partenaires afin de permettre à chacun d'exprimer son avis sur la pertinence du travail du Relais santé et par conséquent, d'ajuster notre travail en fonction des remarques apportées (échéance : décembre 2011).</p> <p>Dans l'optique du travail en réseau, nous allons également créer une brochure (échéance début de l'année 2011) à l'attention des usagers (actuellement, nous avons une brochure qui est destinée aux professionnels), afin que nos partenaires puissent les diffuser en les mettant librement à disposition ou plus spécifiquement lorsqu'une orientation vers notre service est envisagée.</p>	

Objectif général 4 : Rester à l'écoute des besoins	
Objectifs opérationnels Recenser et analyser :	Résultat → Atteint : oui – non – partiellement
α les données épidémiologiques.	<p style="text-align: center;">Partiellement</p> <p>Il y a eu des difficultés pour le recensement systématique des données. D'une part, la difficulté de récolter des données très ciblées lorsque l'on rencontre une personne pour la première fois dans un cadre différent que celui d'un bureau et qu'à priori, la personne n'a pas de demande éclairée (démarche proactive). D'autre part, le Relais santé a éprouvé des difficultés pour formaliser un outil de récoltes de données qui soit utilisé par l'ensemble de l'équipe au vu de la configuration particulière de son activité.</p>
α les trajectoires des patients.	<p style="text-align: center;">Partiellement</p> <p>La trajectoire des patients est analysée individuellement lors de la prise en charge du patient afin de retracer le réseau autour de la personne et d'estimer la prise en charge la plus efficiente. L'analyse reste actuellement à un stade individuel et n'est pas recensée et analysée de manière globale. Cependant, cette étape nous semble difficilement réalisable avant 2012.</p>
α le témoignage des patients.	<p style="text-align: center;">Partiellement</p> <p>Que ce soit au niveau du recensement ou de l'analyse, il y a des lacunes car chaque membre consigne les données qui lui semblent importantes mais il n'y a pas de mise en commun. Le dossier ne permet pas</p>

	actuellement d'y inscrire les témoignages. L'analyse est encore moins possible car il n'y a pas de données mutualisées.
α les constats des partenaires.	<p style="text-align: center;">Partiellement</p> <p>Les constats des partenaires ne sont pas recensés. Il est évident que nous tenons compte des avis qui nous parviennent car cela permet d'ajuster notre pratique et de relayer l'information à qui de droit. Mais c'est très subjectif et il serait intéressant de recueillir ces constats, de pouvoir les consigner.</p>
<p><u>Commentaires :</u></p> <p>Le dossier infirmier est toujours en construction. Nous sommes aidé dans cette tâche par Bénédicte Espeel (Bénévole au Relais santé) qui tente de structurer les informations nécessaires afin d'obtenir un outil qui facilite les prises en charge, qui récolte les données nécessaires en évitant d'alourdir administrativement notre travail quotidien. La réalisation du dossier était prioritaire pour 2011 : il n'est toujours pas effectif à la fin de l'activité 2010. Cependant, une fiche a été créée afin de faciliter et uniformiser la récolte des données.</p>	

Objectif général 5 : Développer une dynamique de promotion de la santé	
<i>Objectifs opérationnels</i>	<i>Résultat → Atteint : oui – non – partiellement</i>
Informer les patients, en rapport à leur réalité quotidienne.	<p style="text-align: center;">Partiellement</p> <p>Individuellement, nous prodiguons les conseils de prévention. Cependant, nous ne disposons pas d'outil spécifique (ce serait intéressant de rencontrer le CLPS pour développer cet aspect) et nous pensons que de répondre constamment à l'urgence et au curatif, nous en oublions l'aspect préventif. Encore une fois, il faudrait consigner lorsque nous faisons de la prévention. Cet item pourrait apparaître dans notre diagramme de soins (cf. dossier ciblé => PV de réunion dossier) en spécifiant éventuellement le type de prévention.</p>

Objectif général 6 : Définir le cadre de travail	
<i>Objectifs opérationnels</i>	<i>Résultat → Atteint : oui – non – partiellement</i>
Organiser le temps de travail des 2 infirmiers et le répartir en permanences, suivis, participations réunions, formations, travail administratif.	<p style="text-align: center;">Partiellement</p> <p>Il y a eu un réel souci d'organisation au sein de l'équipe. Le travail de terrain est très important et a souvent primé sur l'administratif. Pourtant, la qualité de notre travail dépend aussi de notre suivi administratif afin de permettre une continuité des prises en charge mais également un recul nécessaire sur notre pratique de terrain. Néanmoins, la Coordination générale du RSUN s'est rendue compte des difficultés rencontrées et a tenté de redresser l'activité par la mise en place d'échéances, de profils de fonction et d'un soutien important lors de réunions de suivi régulières. Des dispositions ont été prises afin que l'organisation du travail puisse être efficace.</p> <p>Les permanences sont relativement bien respectées, à l'exception de la permanence en rue (car elle doit se faire à deux, à l'inverse des permanences en institution).</p> <p>Notons que l'équipe a été déforcée de l'Infirmier Coordinateur adjoint en septembre 2010. Celui-ci sera remplacé en février 2011. La période où l'infirmière s'est retrouvée seule a été très difficile à gérer pour elle et a naturellement eu une incidence sur les permanences et les prises en charge.</p>
Créer un dossier informatique infirmier et médical.	<p style="text-align: center;">Partiellement</p> <p>Pourtant objectif prioritaire pour 2010, le dossier est toujours rudimentaire. Il permet de récolter les données journalières des prises en charge mais il ne comprend pas actuellement les données</p>

	<p>épidémiologiques. Un groupe de travail a été mis en place avec l'équipe et une bénévole pour répondre aux exigences de la Région wallonne et permettre un travail de terrain de qualité, en recensant des données pertinentes pour permettre notre rôle d'observatoire. La tâche n'est pas simple, il semblerait pertinent à terme d'être outillé au niveau informatique.</p>
<p>Organiser supervisions avec autres Relais santé.</p>	<p style="text-align: center;">Partiellement</p> <p>Il s'agissait d'un objectif prioritaire pour 2010, il n'est pas effectif car la première réunion inter Relais santé a eu lieu en juin 2010 et elle a mis en évidence qu'il serait intéressant de recommencer l'expérience avec un objectif d'Intervision plus que de supervision.</p>
<p><u>Commentaires :</u></p> <p>L'équipe va être à nouveau au complet à partir de février 2011 avec l'arrivée de la nouvelle Infirmière Coordinatrice adjointe.</p> <p>L'équipe s'agrandit progressivement avec l'arrivée de bénévoles : tout d'abord, Bénédicte Espeel qui nous accompagne sur le terrain et apporte son aide dans la réalisation d'un dossier infirmier. Ensuite, deux autres bénévoles nous ont rejoints en octobre 2010. Il s'agit de Marie-Pierre Prévost et de Benjamin Gomez.</p>	

Objectif général 7 : Définir les besoins matériels	
<i>Objectifs opérationnels</i>	<i>Résultat → Atteint : oui – non – partiellement</i>
Lancer une collaboration avec le CHR pour le matériel de prélèvement du laboratoire.	Partiellement Ce point reste toutefois une zone d'ombre dans le sens où nous ne nous sommes encore jamais retrouvés confrontés au fait de devoir réaliser et/ou transmettre des prélèvements.
Lancer une collaboration avec le CHR pour la stérilisation de nos instruments médicaux pour éviter de les stériliser nous-mêmes.	Non La collaboration n'a pu être effective. Cependant, nous collaborons actuellement avec la Clinique Sainte Elisabeth mais il est nécessaire de formaliser celle-ci.
<p><u>Commentaires :</u></p> <p>L'objectif opérationnel supplémentaire était de réaliser une collaboration étendue avec le CHR concernant tous les services ainsi que la stérilisation. Ce point n'est pas complètement réalisé dans le sens où une collaboration totale n'a pas pu être initiée. Le point de la stérilisation est toujours en cours de formalisation avec la Clinique Sainte Elisabeth.</p>	

- ***Perspectives***

L'activité 2011 a été dense et riche par le travail en immersion dans les institutions, les nombreuses collaborations avec le réseau et la mise en place progressive du projet. Dans cette optique, nous pensons qu'il est important de formaliser nos actions par l'établissement de protocoles et de conventions afin d'assurer la pérennité du projet. Quelques difficultés ont entravé le cheminement du projet, principalement au niveau du cadre de travail. L'équipe a vu partir son Coordinateur adjoint et Infirmier, celui-ci sera remplacé en 2011.

La rédaction de ce rapport d'évaluation met en lumière la difficulté de relayer la réalité de terrain, ce travail « invisible », qui est difficilement chiffrable. Nous nous pencherons sur les moyens de rendre visible ce travail de lien et d'accroche. Nous devons également finaliser notre dossier infirmier qui est le fruit de nombreuses réunions et du support méthodologique de Bénédicte Espeel (Infirmière volontaire et enseignante).

Après un peu plus d'une année d'activité, nous nous rendons compte que le travail de proximité avec une population grandement précarisée et la mise en échec, parfois répétée de certaines situations, fragilisent les travailleurs. Raison pour laquelle il est primordial de mettre en place des supervisions pour 2011.

Au vu de tous les points qui viennent d'être cités, l'accent sera particulièrement mis sur la création et la validation d'outils pertinents qui serviront de support et de soutien au travail de l'équipe du Relais santé. La formalisation de certains partenariats servira également d'appui.

Une attention sera également portée au travail de prévention et d'éducation à la santé qui pourrait se mettre en place avec de nouveaux partenaires, toujours en collaboration avec le réseau et ce, dans un souci de développer le rôle propre infirmier.

D'autres points seront également à développer, comme la collaboration et l'encadrement de l'équipe bénévole qui se révèle indispensable à la continuité du travail ainsi, que le maintien et la création de nouveaux partenariats avec le réseau.