

Relais santé

Rapport
d'activités
et d'évaluation

2015



Table des matières

1. Introduction	2
2. Contextualisation et méthodologie de travail et de récolte des données du Relais santé de Namur.....	3
2.1 Historique et mise en place du projet.....	3
2.2 Finalité principale et public cible du Relais santé de Namur.....	3
2.3 Les partenaires	4
2.4 Méthodologie et définition des items utilisés.....	4
3. Données épidémiologiques relatives aux patients suivis au Relais santé.....	5
Méthodologie et précisions concernant la récolte des données	5
3.1 Sexe.....	6
3.2 Age.....	7
3.3 Etat civil	8
3.3.1 Avec ou sans enfants à charge.....	9
3.4 Nationalité.....	10
3.5 Statut général des patients suivi.....	11
3.6 Connaissance et maîtrise du Français	12
3.7 Revenus.....	13
3.8 Catégorie professionnelle.....	14
3.9 Situation de logement	14
3.10 Scolarité	16
3.11 Suivi médical existant ou non.....	17
3.12 Le médecin est il accessible géographiquement si il existe un médecin traitant ?	18
3.14 Lieu de la première rencontre	21
3.15 Statut mutuelle	23
4. Récolte des données de l'année 2015 : Les chiffres.....	28
5. Constats et analyse des chiffres 2015.....	34
5.1 Nombres de contacts réalisés	34
5.2 Les permanences au dispensaire de soins.....	34
5.3 Le nombre et le type de demandes reçues	35
5.4 Les présences institutionnelles.....	36
5.5 Les soins et actes réalisés	37
5.6 Les constats spécifiques, les questionnements et défis pour l'année à venir	39
6. Evaluation de l'atteinte des objectifs 2015.....	46
7. Conclusion	53



1. Introduction

L'année 2015 étant terminée, il est temps pour l'équipe du Relais santé de faire le bilan de ces 12 mois à nouveaux très soutenus.

Nous avons en effet pu établir, depuis l'évaluation informelle réalisée à la mi-parcours, que la grande précarité et le nombre de personnes en décrochage du système conventionnel de soins ne cesse d'augmenter. Les chiffres qui vont être présentés en attestent largement.

En ce qui concerne la composition de l'équipe, cette année a vu le départ d'un des infirmiers pour des raisons familiales et géographiques. Hormis cette modification de l'équipe, les autres membres « fixes » sont bien en place et donc totalement autonomes et opérationnels. Cette stabilité ayant certainement joué sur l'efficacité du service, il est utile de souligner l'arrivée d'Aurélie Godinas, Infirmière engagée à mi-temps pour renforcer l'équipe dans le cadre de la participation au nouveau projet de Housing First Namurois qui a débuté en juillet 2015. A ce renfort s'ajoute encore le renfort hivernal annuel, représenté cette année par Romy Van Noppen, infirmière engagée à plein temps pour la période du 1^{er} novembre 2015 au 31 mars 2016.

Au moment de rédiger ce rapport, l'équipe du Relais santé se compose donc de 3 infirmiers temps plein constituant l'équipe de base ainsi que de deux renforts momentanés respectivement à mi-temps (Housing first) et à temps plein (Plan Hiver).

La prise de recul entraînée par la rédaction de ce travail va maintenant permettre de mettre les chiffres de l'année 2015 en évidence, de revenir sur les grandes étapes qui ont jalonné ces douze mois mais aussi de faire ressortir les constats importants ainsi que les initiatives heureuses qui ont pu être mises en place.

Ainsi, après une brève re-contextualisation du service, les données épidémiologiques concernant le profil des patients suivis par le Relais santé seront présentées. Ces données seront également analysées et confrontées à celles des années précédentes. Ensuite seront proposés les chiffres 2015. Ceux-ci concernent les actes infirmiers réalisés ainsi que le nombre et le type de suivis et démarches effectués. Ils seront analysés et mis en parallèle des chiffres obtenus les années précédentes. Au terme de cette analyse quantitative, une approche plus subjective et qualitative sera alors proposée afin de revenir sur certains questionnements et/ou problématiques rencontrés plus spécifiquement sur le terrain par l'équipe.



2. Contextualisation et méthodologie de travail et de récolte des données du Relais santé de Namur

2.1 Historique et mise en place du projet

Le Relais santé de Namur a été initié en août 2009 par le Relais social urbain namurois sur l'impulsion de la Région Wallonne. Les Relais Sociaux, régis par le décret du Gouvernement Wallon du 17 juillet 2003 relatif à l'insertion sociale, ont ainsi pour mission de créer des Relais santé visant à prendre en compte la problématique médicale de proximité des personnes grandement précarisées.

Le projet et ses orientations se sont construits notamment à partir des constatations des travailleurs sociaux de proximité de la Ville de Namur pour l'année 2006. Ces derniers relevaient en effet un nombre important de problématiques médicales ou de santé de manière générale au sein de la population en grande précarité qu'ils rencontraient lors de leur travail de rue. Pourtant, ils relevaient également le fait que ces mêmes personnes n'avaient que difficilement accès aux services de soins de santé et que la demande de soins de santé elle-même n'était que rarement formulée.

C'est donc sur base de ces constatations que le Relais santé de Namur a été créé dans le courant du mois de septembre 2009.

2.2 Finalité principale et public cible du Relais santé de Namur

La finalité principale du Relais santé de Namur est de permettre l'accès aux soins aux personnes grandement précarisées ainsi que de les accompagner vers un niveau de santé global (médical, social et mental) satisfaisant.

Le Relais santé est un service de première ligne piloté par le Relais social urbain namurois. Son public cible est donc les personnes en grande précarité et/ou sans abri en décrochage avec les services de soins conventionnels ou ayant des problématiques de santé non suivies par d'autres professionnels de la santé.

Le Relais santé se veut être un service proactif. Il agit en amont en allant à la rencontre des personnes et n'attend pas toujours que la demande vienne à lui pour la prendre en charge. Il est toutefois très important de souligner que le Relais santé veille à ne pas se substituer au réseau et qu'un de ses objectifs prioritaires reste de tenter de raccrocher la personne avec un système de soins conventionnels. Dès que cet objectif est atteint, et dans la mesure où il paraît être en



mesure de se maintenir dans le temps, le Relais santé se retire. Dans la pratique, un lien peut toutefois être maintenu, toujours dans l'optique de jouer le rôle de relais et de facilitateur vers l'accès aux soins.

2.3 Les partenaires

Le Relais santé fonctionne beaucoup avec le réseau et veille à ne pas se substituer à celui-ci ni à dépasser son rôle infirmier. Il est donc souvent amené à collaborer avec d'autres partenaires, que ceux-ci relèvent de l'action sociale, de la santé mentale ou bien évidemment du pôle médical : différents services sociaux, les hôpitaux du Namurois, les restaurants sociaux, le travail social, l'abri de nuit, les maisons d'accueil, les différentes autres équipes effectuant du travail de rue et/ou étant en contact avec le public sans-abri,...

2.4 Méthodologie et définition des items utilisés

Afin d'objectiver l'analyse de cette année écoulée ainsi que l'évaluation des objectifs 2014, l'équipe du Relais santé se base notamment sur le relevé des chiffres issus de sa récolte des données quotidienne.

Ainsi, lors des permanences, du travail de rue ou des présences institutionnelles, chaque contact, intervention, démarche et soins sont soigneusement consignés. Ce relevé systématique permet, à la fin de chaque mois, de faire le point.

À terme, ce relevé permettra également de déterminer si certaines problématiques et/ou demandes exprimées ou détectées le sont de la même manière au cours de l'année ou si certaines ressurgissent de manière plus cyclique.

Les demandes ou le nombre de personnes en difficultés au niveau de leur santé fluctuent d'un mois à l'autre. Les chiffres obtenus peuvent également parfois fortement varier.

Toutefois, certains items relevés restent stables d'un mois à l'autre ou sont parfaitement explicables. Il en va ainsi par exemple pour le nombre de personnes rencontrées durant les permanences. Il est en effet assez facile de faire le lien entre le nombre de personnes rencontrées en rue et dans les autres institutions et le nombre de personnes fréquentant notre permanence. Beaucoup de personnes poussent la porte du Relais santé car elles y ont été invitées par l'équipe lors d'une rencontre les jours précédents. Une fois de plus, les chiffres viennent soutenir l'importance et l'efficacité d'une démarche proactive en ce qui concerne la détection et la prise en charge de problèmes de santé chez les personnes les plus précarisées.



3. Données épidémiologiques relatives aux patients suivis au Relais santé

3.1 Méthodologie et précisions concernant la récolte des données de profit

Comme abordé précédemment, l'équipe du Relais santé n'ouvre réellement de dossier que pour les personnes venant physiquement au sein du dispensaire. Quelques exceptions arrivent lorsqu'un suivi important doit se faire dans le « lieu de vie » de la personne sans que celle-ci n'accepte de se rendre (ou ne puisse le faire pour des raisons de santé) au dispensaire. Toutefois, ce dernier cas de figure reste exceptionnel et le nombre de dossier ouvert dans ces conditions reste minime (moins de 10 sur l'année).

Sur les 998 personnes différentes rencontrées cette année, toutes n'ont pas des problèmes de santé. Toutes ne souhaitent pas non plus avoir de suivi et pour certaines, la prise en charge peut se faire directement sur le lieu de rencontre. Cette action dite « décentrée » est d'ailleurs réalisée par l'équipe dès que possible et permet à la personne de réduire ses déplacements mais aussi de gagner du temps et de l'énergie pour le reste de ces démarches.

Ex.: Pour une personne relativement autonome, en ordre de mutuelle et disposant d'un GSM, l'équipe peut prendre le rendez-vous sans faire déplacer la personne et lui en communiquer les modalités par la suite à condition que l'entretien initial ait été suffisamment complet et que la demande soit impulsée par l'utilisateur lui-même.

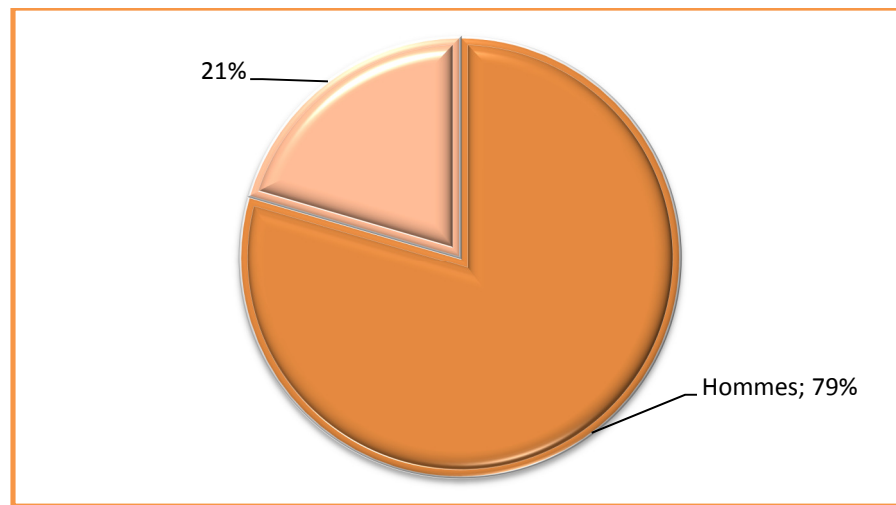
Au final, sur la totalité des personnes rencontrées, un tiers se rend physiquement jusqu'au dispensaire pour y réaliser un suivi, demander un soin, réaliser des démarches, un dépistage,... Sur l'année 2015, 282 des 998 personnes rencontrées ont ainsi fait l'objet de l'ouverture d'un dossier (soit 28% exactement).

Comparativement aux années précédentes, cette proportion de personnes franchissant la porte du Relais santé, après avoir eu un premier contact à l'extérieur (rue ou institution partenaire), est en légère augmentation ; soit 25% des patients en 2014 et 24% pour l'année 2013.

Les points suivants vont maintenant détailler plus spécifiquement les données épidémiologiques relevées au cours de cette année. Disposant de chiffres rigoureusement récoltés depuis maintenant trois ans pour la majorité des items, quelques comparaisons par rapport aux années précédentes peuvent être présentées.



3.2 Sexe



Une augmentation de 5% de femmes est constatée par rapport à l'année passée (15% de femmes). Toutefois, cette proportion rejoint celle déjà constatée en 2013 (près de 20%) et si l'on fait une comparaison sur plusieurs années, on peut valider une augmentation de la proportion de femmes au sein de la population en très grande précarité (13% en 2011, 14% en 2012, 20% en 2013, 15% en 2014 et finalement 21% pour cette année).

La problématique des femmes en rue est complexe : ce public a, en effet, des besoins bien spécifiques avec des demandes parfois fort différentes de celles des hommes.

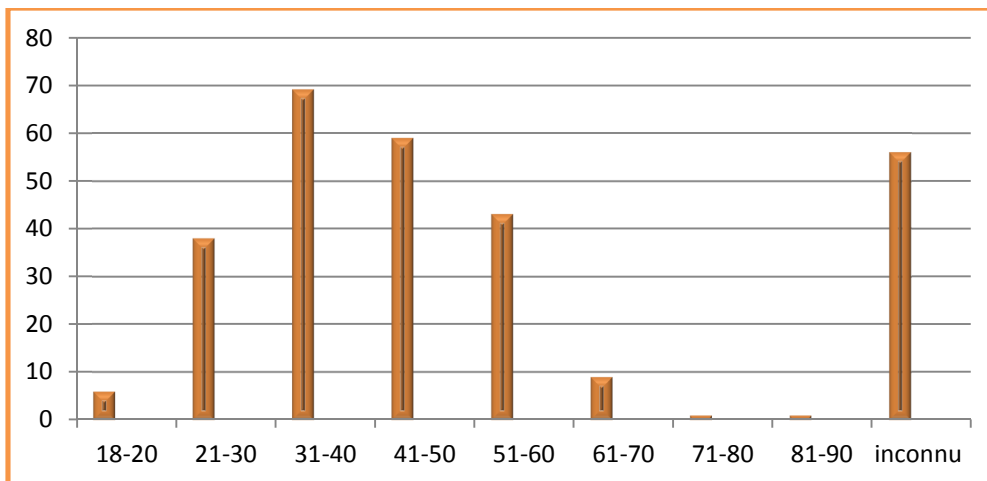
La vie en rue pour une femme est d'autant plus compliquée que la nécessité d'avoir accès à des sanitaires, notamment des WC, est indispensable. Contrairement à un homme qui pourra soulager un besoin pressant en urinant debout dans un endroit discret, une femme ne pourra le faire sans mettre en péril important sa pudeur, sa dignité et son intégrité.

Le rapport de force n'est également pas le même et s'il est vrai que souvent la femme en rue a un compagnon et/ou fait partie d'un groupe « protecteur », il n'est pas rare que celle-ci soit fréquemment victime d'abus et d'agression en tous genres.

La vie en rue marquera (physiquement et psychiquement) également plus vite une femme. Il est en effet aisé d'imaginer, par exemple, que les conséquences d'un manque d'hygiène et/ou de soins du corps se marqueront plus vite chez une femme dont les cheveux sont souvent longs que pour un homme aux cheveux courts. La société elle-même imposant fréquemment plus de « normes esthétiques » aux femmes qu'aux hommes (épilation, coiffure, maquillage, habits,...) sera à prendre en compte.



3.3 Age



Ce graphique met en évidence une certaine constante dans la répartition des tranches d'âges des patients fréquentant le Relais santé de Namur.

La tranche des 18-20 ans est de 2 %, soit en diminution par rapport à l'année précédente (3,6%). Les 21-30 ans sont également un peu moins représentés avec 13,5% contre 17,5% l'année précédente.

La proportion des patients âgés de 31 à 40 ans reste la plus importante avec 24,5%, ce qui constitue également une diminution de quelques pourcents par rapport à 2014.

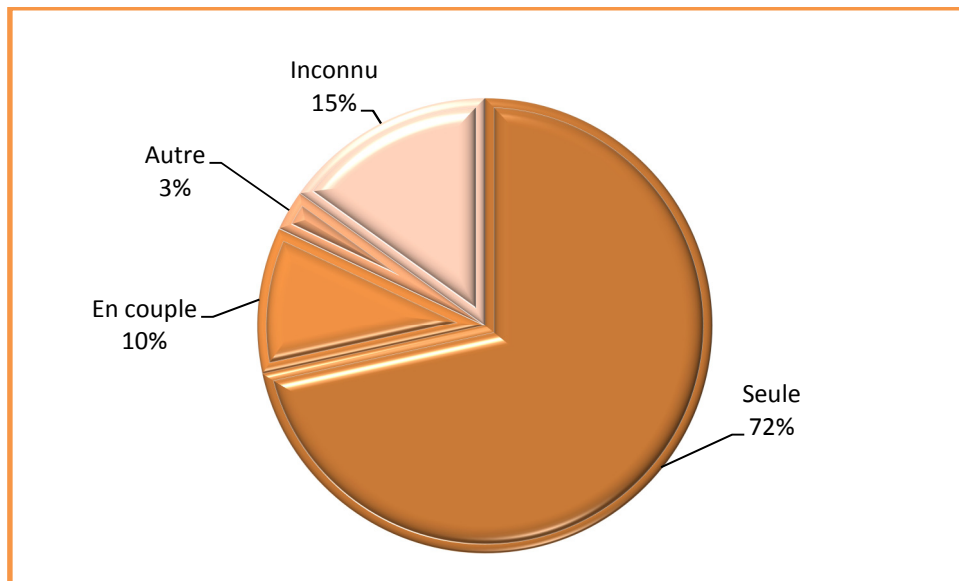
Par contre, les tranches de 41-50 ans passent de 20% à 21% et celle de 51 à 60 ans de 13% à 15%, les personnes de plus de 60 ans représentent 4 % du public (contre 3% l'année dernière).

Cette année encore, les personnes de moins de 60 ans sont majoritaires. Il est heureux de le constater car la plupart des structures d'accueil (en dehors de l'abri de nuit) fixent une limite d'âge à 65 ans. Par contre, les différences de quelques pourcents constatées semblent indiquer une tendance au vieillissement des patients suivis. Cette mouvance sera à observer de près car si elle venait à se confirmer, cela pourrait entraîner des remaniements plus ou moins importants dans la manière de travailler, surtout vis-à-vis des solutions d'hébergement (accès PMR, escaliers et lits superposés, distance de marche, limite d'âge,...). Toutefois, cette tendance n'étant basée que sur une période de 2 ans, il faudra la vérifier dans le futur proche. D'autant plus que les données concernant les personnes dont l'âge n'est pas connu passent de 15,5% à 18,7% et que ce biais de quelques pourcents pourrait aussi fausser l'interprétation.

Une analyse spécifique sera consacrée à la problématique des femmes de plus de 60 ans lors du point 5.6.1.



3.4 Etat civil



La majorité des personnes suivies au Relais santé de Namur est célibataire ou se décrit comme telle. Pour les personnes en couple, elles le sont dans les faits, mais sans statut officiel. Comme pour les années précédentes, les personnes suivies au dispensaire sont dans la plupart des cas seules dans les faits. Ce constat est donc totalement stable d'une année à l'autre.

Cet isolement et cette impossibilité à pouvoir compter sur quelqu'un de confiance se constate d'ailleurs bien au-delà du seul statut de l'état civil. Cette problématique de la solitude est peut être le seul point commun (avec celle de la fatigue) que l'on peut retrouver chez la quasi-totalité des patients suivis, à quelques exceptions près.

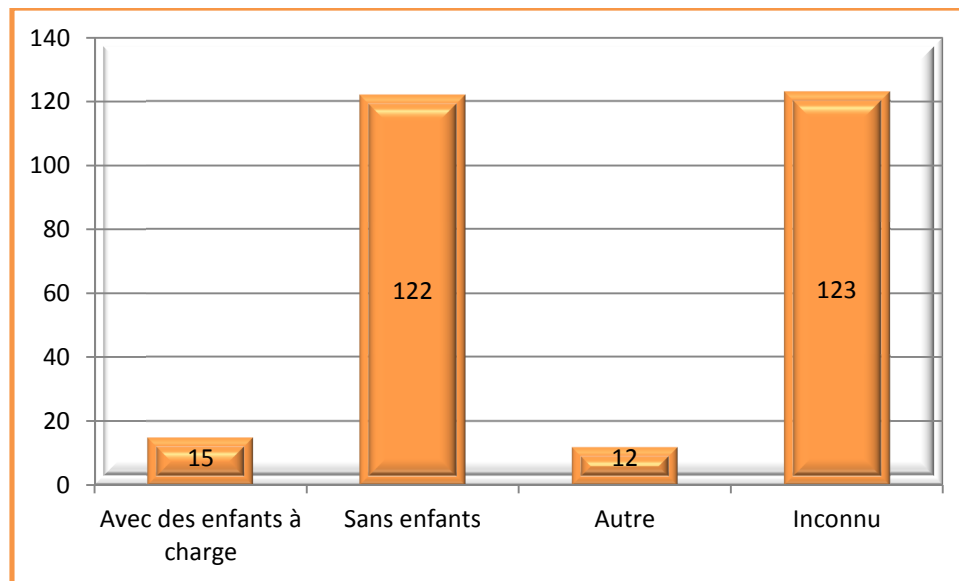
Les patients n'ont souvent aucune personne ressource. Ce point leur est en effet demandé lors de l'anamnèse et dans la majorité des situations, aucune personne ne peut prétendre à ce statut aux yeux du patient interrogé.

Dans les quelques cas où le patient dispose tout de même de quelqu'un de confiance sur qui compter, il s'agit d'un parent (mère, père, frère ou sœur) mais le plus souvent de l'administrateur de biens !

Il est également très fréquent de rencontrer des patients pour qui l'élément principal ayant entraîné l'arrivée en rue est justement la rupture sentimentale avec le conjoint ou le décès de celui-ci.



3.4.1 Avec ou sans enfants à charge



Cet item n'est recensé que depuis cette année. Nous n'avons donc pas de recul quantitatif mais dans les constats directs sur le terrain, l'équipe peut confirmer que les patients ont rarement leurs enfants à charge quand ils sont parents. De même, tant lors des permanences institutionnelles que lors du travail de rue, les enfants ne sont que très rarement rencontrés. Pour les quelques mineurs croisés, il s'agissait de tout jeunes enfants (moins de dix ans) accompagnant leurs parents Roms.

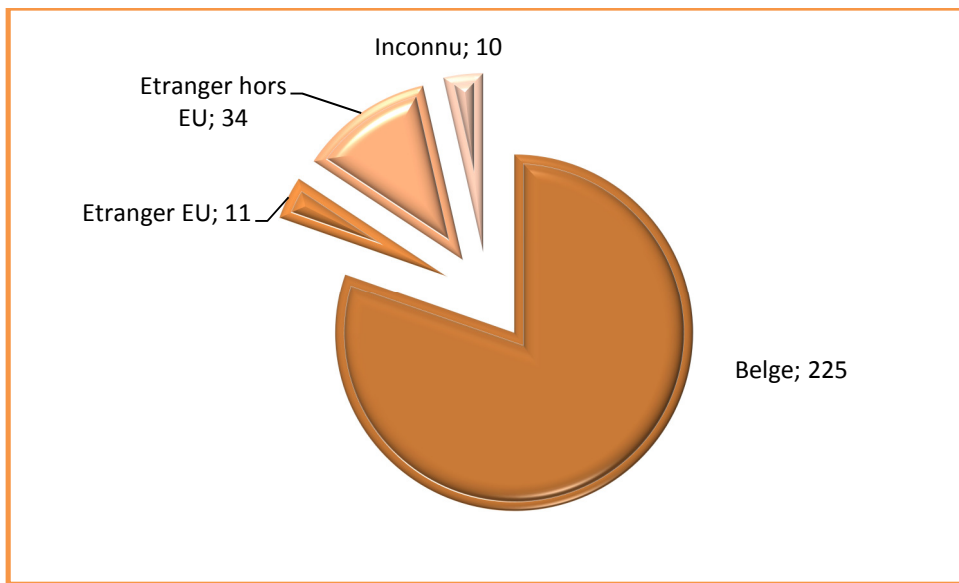
Une seule prise en charge réelle d'enfant a eu lieu. Il s'agissait d'une fillette de deux ans, Rom, prise en charge en collaboration avec un des hôpitaux du Namurois et le Dispositif d'Urgence Sociale de la Ville de Namur, suite à des symptômes de forte fièvre avec déshydratation importante.

Certains patients (toujours des hommes) doivent payer une pension alimentaire. D'ailleurs, celle-ci est parfois à l'origine de l'arrivée en rue car source d'endettement. Dans quelques rares situations, le papa paie une pension alimentaire et voit encore régulièrement ses enfants mais ce cas de figure reste assez marginal.

La majorité des patients ayant des enfants ne les voit plus dans les faits. Certains parents nous en parlent de temps en temps mais nous disent attendre que leur situation s'améliore avant de tenter de renouer un contact. Dans ce genre de situation, la honte est souvent verbalisée par le patient qui ne souhaite pas que son enfant soit conscient et/ou confronté à la situation de sans abris dans laquelle se trouve son papa ou sa maman.



3.5 Nationalité



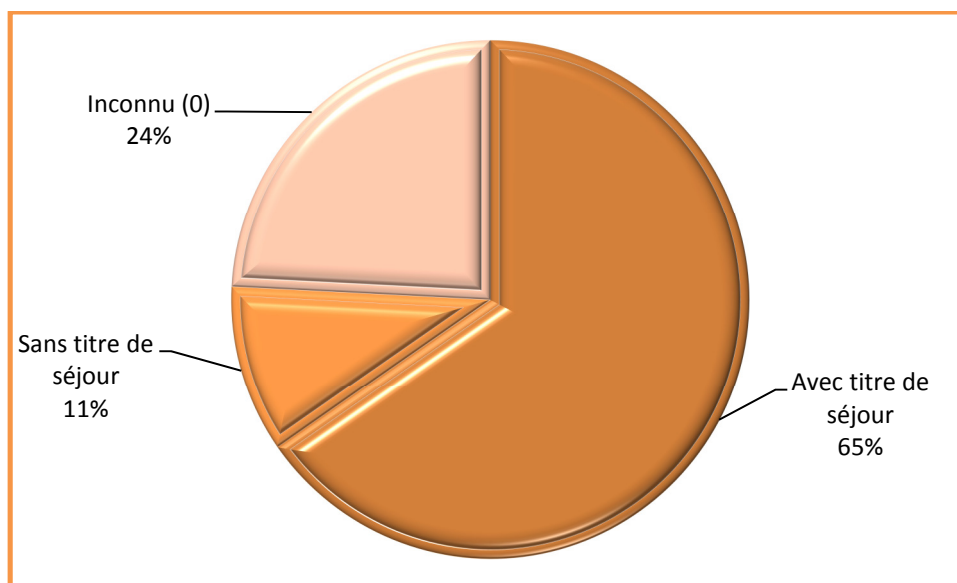
Ici encore, la proportion de patients belge reste majoritaire. Elle a même légèrement augmenté depuis les années précédentes avec 80% de personnes suivies ayant la nationalité belge (contre 74% en 2014 et 77% en 2013). Parmi les personnes étrangères dont l'origine est connue, 60% proviennent de pays extérieurs à l'Union Européenne.

La problématique des suivis réalisés avec les 40% de patients étrangers provenant de l'Union Européenne (France et Roumanie pour la plupart) est la grande difficulté d'accès aux soins, étant donné que durant les 3 premiers mois ces derniers sont considérés comme touristes et n'ont ainsi pas droit à l'aide médicale urgente.

Cet item de nationalité est à analyser en relation avec les deux points suivants. Il est en effet très utile de prendre également en compte le nombre de patients en ordre de séjour malgré leur origine étrangère ainsi que le fait pour la personne de maîtriser suffisamment le français pour ses démarches sociales et médicales au quotidien par exemple.



3.6 Statut général des patients suivi



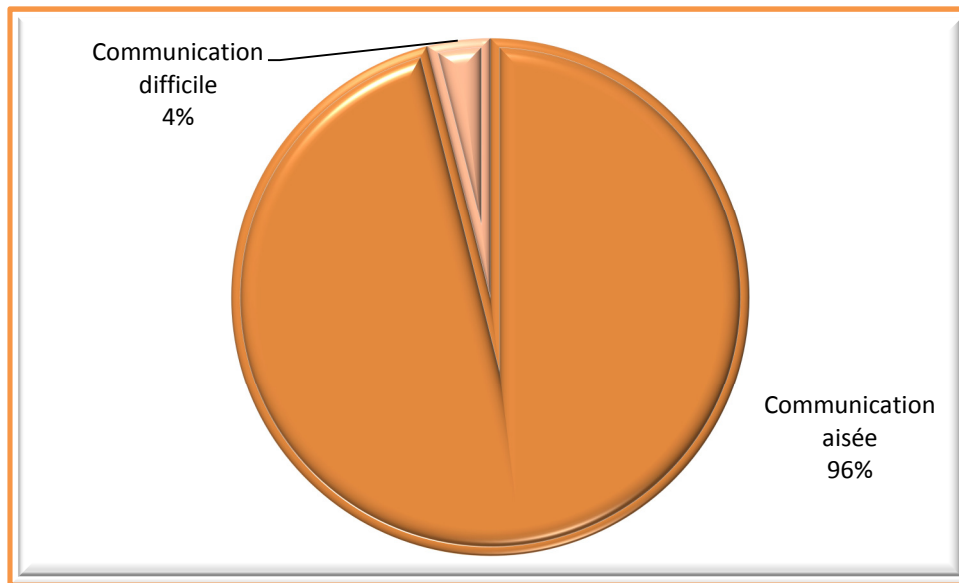
En parallèle du fait que 80% du total des patients dispose de la nationalité belge, on compte 65 % de personnes dont le titre de séjour est vérifié (belge, en ordre de titre de séjour). La grande différence s'explique principalement par le fait que pour toute une catégorie de patients, bien que se disant belges, la situation exacte de régularité n'est pas connue, surtout quand la personne affiche clairement avoir une double nationalité, n'être pas née en Belgique ou encore n'avoir aucun papier.

Il est aussi fréquent que la question ne soit pas d'emblée abordée avec la personne quand l'infirmier(e) sent beaucoup de méfiance de la part de l'utilisateur et/ou que la raison pour laquelle la personne s'adresse au Relais santé ne se prête pas du tout à approfondir cette question.

Il est donc probable que, dans les faits, la proportion de personnes en ordre de séjour par rapport à celle de personnes en séjour irrégulier se rapproche des trois quarts/un quart.



3.7 Connaissance et maîtrise du Français



Afin de mieux refléter la réalité, il a été convenu pour cette année de ne plus se baser sur la langue maternelle de la personne qui consulte mais bien sur sa connaissance effective du français.

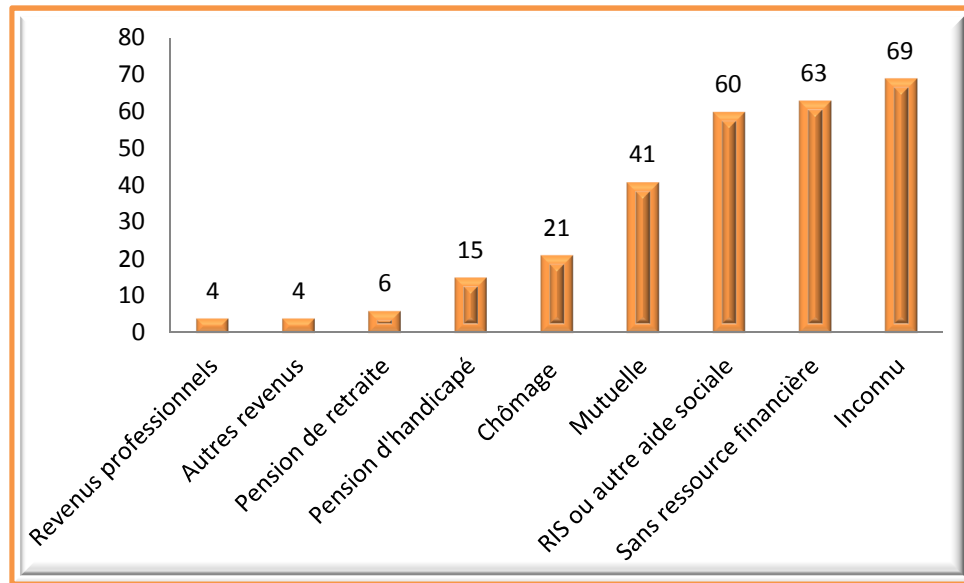
Cette manière de procéder est en effet bien plus représentative de la difficulté ressentie ou non par la personne pour s'exprimer, comprendre et réaliser ses démarches qu'elles soient médicales et/ou sociales.

Au final, cette nouvelle manière d'appréhender et de comptabiliser les problématiques de barrière de la langue met bien en évidence que les cas où la communication est réellement difficile sont rares. Seuls 4% des patients suivis ont des lacunes importantes en français au point de ne pas pouvoir communiquer (ou très difficilement) avec l'équipe du Relais santé et les autres intervenants.

Les solutions d'interprétiariats sont rares et souvent coûteuses. Au regard du faible besoin en traduction du Relais santé, il pourrait être efficient d'avoir recours à un ou deux bénévoles de confiance parlant suffisamment bien la langue et formés au secret professionnel. Les langues posant le plus souvent de difficultés sont l'arabe et le roumain.



3.8 Revenus



Pour cette année, 22.3% des patients suivis sont sans revenu lors de la prise en charge. Ce chiffre serait donc un peu en diminution au regard de l'année précédente où 27.6% des patients étaient initialement sans revenu.

Toutefois, cette donnée est à prendre avec du recul dans le sens où, pour la première fois, le nombre de personnes dont le type de revenu est inconnu est proportionnellement le plus élevé. Ainsi, il ne peut être nié que, parmi les 24.5% de personnes dont le revenu est inconnu, une bonne partie ne dispose pas d'un revenu initial fixe et fiable.

21% touchent le revenu d'intégration sociale, ce qui implique une diminution de 5% par rapport à l'année 2014.

Par contre, le nombre de personnes percevant un revenu de remplacement de la mutuelle est en légère augmentation avec 14.5% contre 13% l'année dernière.

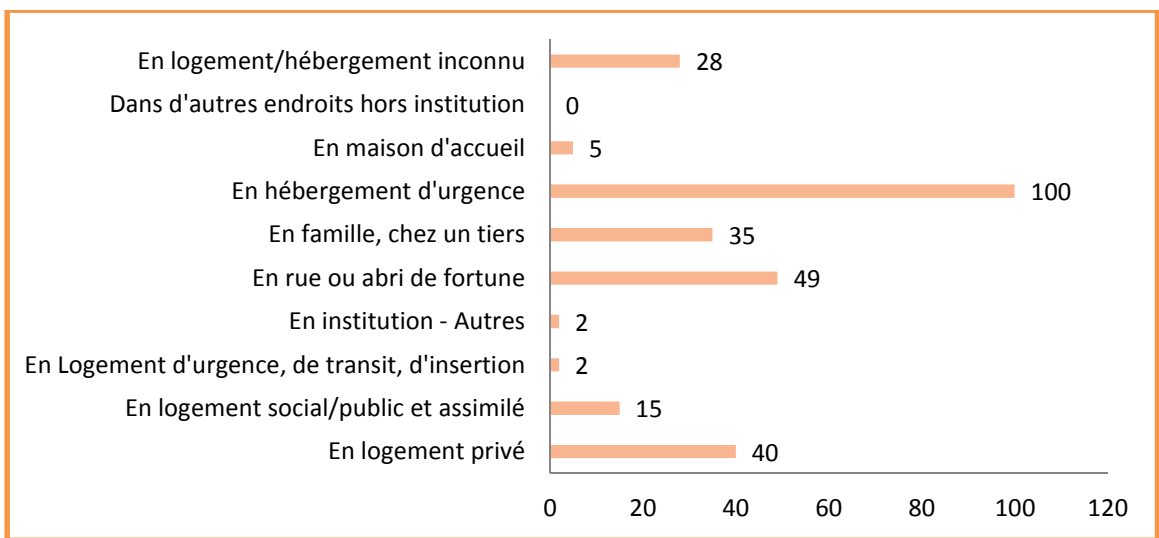
Le nombre de patients dépendant du chômage est quant à lui pratiquement identique avec un taux de 7.5% (contre 6.5% en 2014). Il en est de même pour le nombre de patients bénéficiant d'une allocation pour personne handicapée qui, à un pourcent près, est le même (5.3%) et le pourcentage de patients touchant une pension de retraite qui est totalement identique avec 2%.



3.9 Catégorie professionnelle

Sans surprise au regard du point précédent (3.7 Revenus), les patients suivis sont plus que majoritairement sans emploi déclaré et stable. Si certains effectuent en effet occasionnellement des petits travaux (saisonnier, bâtiment et horeca le plus souvent), il ne s'agit alors que de temps de travail très limité, extrêmement précaire et dans la grande majorité des cas, non déclaré. Ainsi, seul 1.3 % des patients (donc 4 personnes au total) suivi est considéré comme disposant d'un contrat de travail valide et prétend donc à un revenu professionnel (bien que très bas).

3.10 Situation de logement



14% des personnes pour lesquelles un suivi a été réalisé dispose d'un logement privé. Ce point n'induit pourtant pas forcément que ces personnes disposent d'un logement adapté.

En effet, le logement peut être privé tout en étant insalubre, inadapté, mal chauffé ou encore surpeuplé. D'autre part, cette proportion de personnes fréquentant le Relais santé tout en disposant d'un logement personnel est en proportion grandissante d'année en année. Si l'on rajoute les 5 % des patients venant au Relais santé, disposant d'un logement social, la proportion de personnes en décrochage des soins conventionnels malgré un logement atteint les 19% !

La raison principale pour laquelle ces personnes s'adressent à notre service est un manque de moyens financiers. Ce manque de moyens est dû, d'une part à un petit revenu, d'autre part à une grande méconnaissance des alternatives qui permettent de réduire le coût des soins de santé (recours à une maison médicale, à un centre de planning familial, sollicitation du tiers payant, demande de bons pharmaceutiques, de bons médicaux et/ou de carte santé dans certaines situations).



35.5% des personnes suivies fréquentent l'abri de nuit. Cela les amènent donc à passer certaines nuits en rue en raison de la durée maximale d'hébergement qui régit l'accès à l'abri de nuit. 17% des personnes suivies dorment en rue, en tente ou dans leur voiture et ne se rendent volontairement pas à l'abri de nuit.

52.5% des patients sont donc réellement sans abri et sans autre alternative. Il faut ajouter à ce chiffre les 12.5% des personnes pour lesquelles l'hébergement est assuré par un membre de la famille ou un ami.

Ces hébergements sont le plus souvent fort précaires et provisoires. Il n'est pas rare que lors du rendez-vous suivant, la situation de la personne aie déjà changé et que cette dernière se retrouve alors à l'abri de nuit ou en rue. (L'item logement étant défini lors de l'ouverture du dossier, la situation peut en effet se modifier par la suite). Nous pouvons donc considérer également ces personnes comme « sans domicile fixe ». La proportion totale de patients se trouvant en situation de sans abris est donc de 69.5%.

Le type de logement reste inconnu pour près de 10% des personnes suivies.

Une précision peut être apportée concernant les 17% de personnes dormant et vivant en rue. Nous avons pu constater une évolution sur cinq ans. Le type « d'habitat » tend à se diriger vers des structures précaires telles que tentes, campements organisés, voiture et caravane. Auparavant, nous rencontrions beaucoup plus de personnes squattant des logements privés en état d'insalubrité.

A l'heure actuelle, il nous semble que ce genre de « squats » est quelque peu délaissé ou en tout cas beaucoup plus fluctuant et moins organisé que par le passé où certains squats pouvaient l'être pendant des mois et où les personnes tentaient un aménagement, même précaire, du lieu de vie choisi. Pour cette année, les quelques squats répertoriés ont été beaucoup plus « mouvants » et souvent occupés par des personnes en séjour irrégulier ne restant pas longtemps sur le territoire de Namur.



3.11 *Scolarité*

Cette question, fort délicate à poser, reste souvent sans réponse au sein des dossiers patients. L'équipe a pu constater avec le temps, que les réponses fournies étaient souvent peu précises, le patient ne sachant pas toujours répondre correctement à la question.

Le seul élément objectif est que la majorité des patients suivis ont été au-delà du Certificat d'Etudes de Base.

Le parcours qui s'en suit est fréquemment plus chaotique et relève du cas par cas. Certaines personnes ont en effet arrêté leurs études peu de temps après le début de leurs humanités, d'autres ont par contre été jusqu'à l'obtention d'un diplôme universitaire.

D'autres encore ont bifurqué vers l'enseignement spécialisé, sans qu'elles ne sachent dire précisément à partir de quel moment ni si elles ont pu suivre le cursus jusqu'au bout.

D'autre part, il n'est pas rare que des patients reprennent une formation telle que dans l'Horeca ou l'art durant leur suivi au Relais santé.

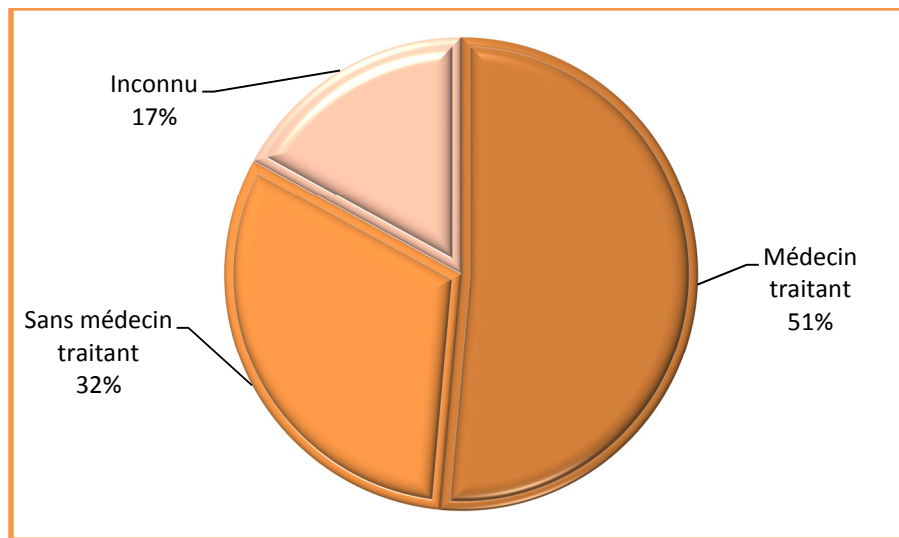
La fréquence de l'analphabétisme n'est pas connue mais l'équipe est toujours fort vigilante à simplifier au maximum les écrits lorsqu'ils sont destinés au patient et à utiliser spontanément les autres moyens disponibles (rappels des rendez vous par téléphone ou via l'intermédiaire de partenaires, accompagnements physiques, utilisation des moyens de repères visuels comme certains magasins ou restaurants reconnus, repères dans le temps en fonction des heures d'ouvertures de tel ou tel magasin/service,...).

L'utilisation de pictogrammes est également très fréquente, notamment sur les affiches posées dans les locaux du Relais santé (concernant le cadre, les services proposés,...).

Ces moyens permettent ainsi de limiter au maximum les difficultés des patients liées à la lecture (que ce soit en raison d'un analphabétisme ou d'une barrière de la langue).



3.12 Suivi médical existant ou non



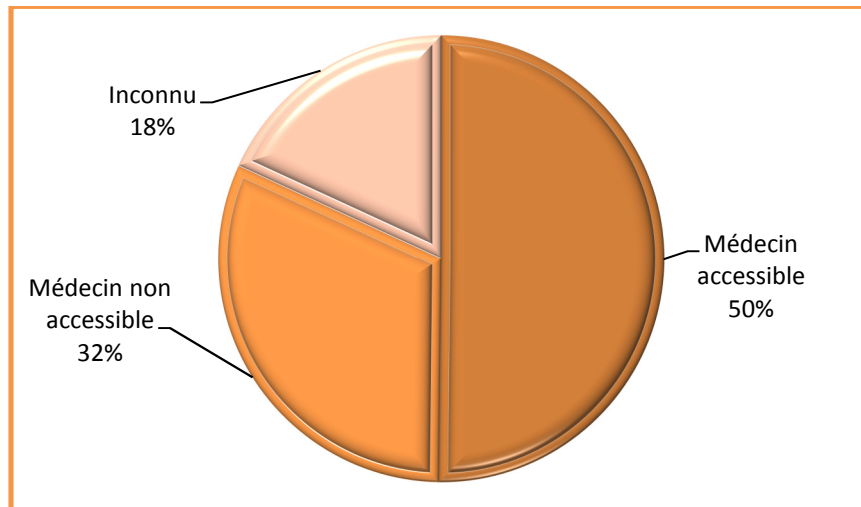
La moitié des patients du Relais santé dispose d'un suivi médical auprès d'un médecin traitant. Ce point est bien entendu à mettre en parallèle du fait que, bien qu'affilié auprès d'un médecin traitant, certains patients n'y ont pas toujours accès. Cela peut être dû à une trop grande distance géographique (la personne étant par exemple contrainte de venir dormir à l'abri de nuit de Namur alors que son médecin habite très loin), un changement de statut (plus en ordre de mutuelle et/ou perte de revenu), d'une situation conflictuelle (un exemple fréquent est le fait que le médecin traitant soit également le médecin de famille avec laquelle le patient a coupé les ponts).

Un tiers des patients reste sans médecin. Le plus souvent, il s'agit d'un refus de la part du patient (celui-ci ne souhaite pas de suivi de santé autre que celui fourni par le Relais santé ou n'en ressent pas le besoin). L'équipe maintient alors le travail d'accroche avec le patient et le milieu de soin conventionnel.

Le Relais santé insiste fortement auprès de ses utilisateurs sur l'importance de bénéficier d'un suivi médical régulier et cohérent avec un même médecin traitant. Les nombreux avantages de ce système sont très fréquemment répétés lors des entretiens, suivis et soins. L'accent est aussi mis sur le fait qu'en disposant d'un DMG (Dossier Médical Global), les soins de santé sont moins chers et que le suivi est plus efficient car réalisé « en connaissance de cause » par le médecin choisi. Pourtant, au quotidien, nombreux sont encore les patients qu'il reste à convaincre de l'utilité de ce suivi. Beaucoup attendent alors, pris dans l'urgence de leur situation, de souffrir d'une pathologie réelle et sévère pour accepter d'entamer les démarches. D'autre part, la proportion de 30% de patients présentant des troubles psychiatriques sérieux vient également peser dans la balance de ce refus de suivi médical « de fond ».



3.13 *Accessibilité géographique du médecin traitant.*



L'item de l'accessibilité géographique du médecin traitant, lorsqu'il existait, a systématiquement été répertorié.

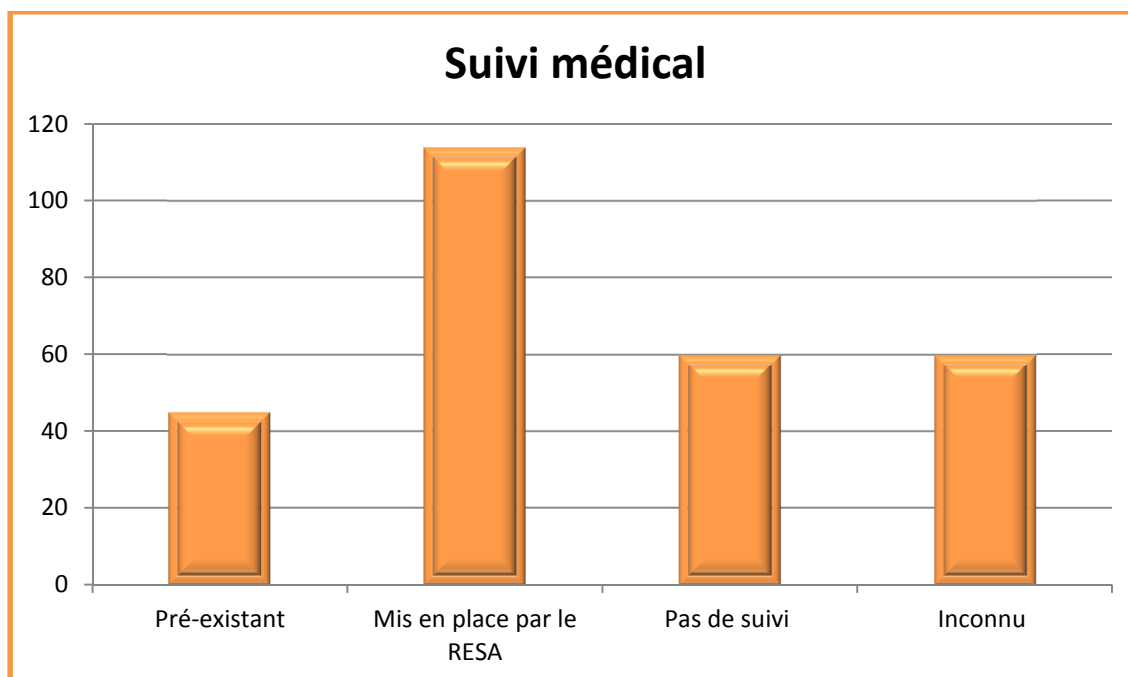
Il est important de souligner que, si la moitié des patients suivis disposent d'un médecin traitant, il faut encore diviser par deux cette proportion si l'on prend en compte la possibilité réelle du patient à consulter son médecin.

Cette donnée désigne l'importance de pouvoir disposer d'un panel de solutions en ce qui concerne le suivi des patients. Si le patient dispose initialement d'un médecin traitant et qu'il fréquente le territoire de Namur que durant le temps de sa situation de sans abris, il serait contre-productif de lui proposer une affiliation avec une maison médicale namuroise au forfait. Au contraire, l'équipe peut alors bénéficier de la collaboration avec une maison médicale travaillant à la prestation. Cela permet à la fois de répondre à la demande de soins et à la fois de ne pas dés-insérer plus encore la personne et de lui faire maintenir ses contacts avec son médecin traitant initial.

Le fait également d'effectuer de bon relais d'informations et de maintenir une collaboration efficace entre les intervenants médicaux (y compris et surtout le médecin traitant habituel) permet aussi d'assurer la continuité du traitement. Il n'est pas exceptionnel qu'une personne, se retrouvant en rue et perdant un peu ses repères, ne sache plus avec exactitude quel traitement elle prenait, sous quel dosage et selon quelle posologie. Un contact et un échange d'informations avec le médecin habituel sont donc très pertinents, lorsque la personne y est favorable. En effet, quelque soit la démarche réalisée, elle est toujours faite en collaboration avec le patient qui est acteur de sa prise en charge. Cela explique que, parfois, ces contacts et démarches ont du mal à être concrétisés.



3.14 Préexistence du suivi médical



Concernant les 51% de patients pour lesquels le suivi médical est existant et connu, environ un tiers dispose d'un suivi préalable à la prise en charge du Relais santé. Ce tiers, en parallèle du nombre de patients disposant d'un médecin traitant inaccessible géographiquement, tend à démontrer que dans la plupart des cas, une personne se retrouvant sans-abri se retrouve également délocalisée et perd ainsi momentanément ses repères socio-médicaux habituels !

Pour les deux autres tiers restants, le suivi du médecin traitant a été mis en place par les infirmiers du Relais santé.

Cette donnée implique autant de nouveaux suivis par les partenaires médicaux, telles que les maisons médicales. Ainsi, il est probable que pour les 114 patients pour lesquels le suivi médical a été mis en place, une très grande majorité a été inscrite dans une maison médicale du Namurois, que ce soit via le système forfaitaire ou à l'acte.

Certaines des personnes affiliées via ce moyen ont réellement « accroché » avec leur nouveau médecin traitant et le consultent régulièrement. Certains patients ont d'ailleurs gardé, des années après, le médecin vers qui l'équipe les avait dirigés à l'époque. D'autres personnes, choisissant ou devant partir dans une autre ville, n'auront bénéficié que d'un suivi plus ponctuel.



Enfin, il est utile de préciser que même en disposant d'un médecin traitant accessible, tant géographiquement que financièrement, la personne vivant une situation de sans-abrisme ou de très grande précarité continue souvent à avoir recours aux services du Relais santé.

Les demandes peuvent alors être des soins d'hygiène, des soins de plaies, des soins de pieds, des entretiens de soutien, une aide dans les démarches avec le CPAS ou la mutuelle,...

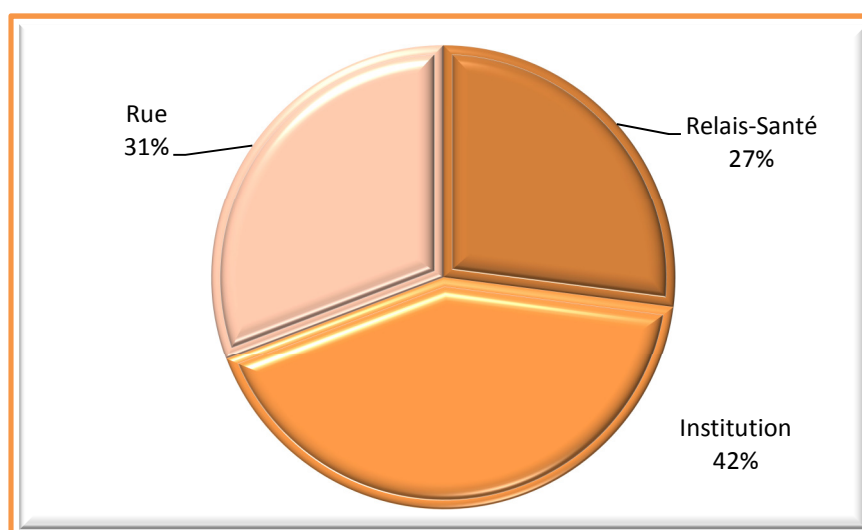
Certains patients continuent également à fréquenter le Relais santé pour garder un lien mais aussi pour venir se faire « expliquer » leur état de santé lorsque des rendez vous médicaux ont eu lieu.

D'autres patients fréquentent le dispensaire pour y déposer une partie de leur traitement (évitant ainsi les pertes et les vols) ou y demander une délivrance fractionnée. Cette dernière demande est rencontrée moyennant un cadre bien strict (pas de traitement de substitution ou considéré comme stupéfiant, nécessité d'avoir au moins une copie de l'ordonnance initiale comprenant la posologie exacte et utilité d'avoir recours au Relais santé plutôt qu'à une délivrance quotidienne en pharmacie, respect des rendez-vous fixés,...).

In fine, dans certaines situations spécifiques (incapacité physique réelle de se rendre chez le médecin, urgence du diagnostic ou encore nécessité de traitement gale,...) un système de « visite à domicile » par le médecin peut être organisé par l'équipe du Relais santé. Le médecin se rend alors au dispensaire pour y réaliser la consultation, comme il ferait en se rendant au domicile de la personne si elle en disposait.



3.15 *Lieu de la première rencontre*



Pour cette année 2015, un nouvel item a été initié. Il semblait important pour l'équipe de déterminer le lieu de la première rencontre avec les patients. Ces résultats nous permettent ainsi d'analyser l'impact des trois pôles de travail (le travail de rue – les permanences au dispensaire – les présences/permanences institutionnelles) en ce qui concerne la création de contact et de lien.

Avec surprise, nous arrivons à une répartition plus ou moins équivalente. Avec une petite majorité de personnes initialement rencontrées au sein des institutions partenaires. Par contre, l'équipe ne mesurait pas l'importance du nombre de personnes rencontrées pour la première fois lors du travail de rue ou encore dirigée vers le Relais santé sans qu'aucun contact n'ait déjà eu lieu avec les infirmiers du service au préalable.

Ce dernier point est particulièrement intéressant car il met en avant deux éléments importants : la bonne connaissance du service par les professionnels du réseau mais aussi la confiance bien installée auprès de certains de nos patients qui n'hésitent pas à relayer et/ou accompagner eux-mêmes de nouvelles personnes vers le Relais santé.

Un dernière analyse intéressante peut être établie au regard des 31% de personnes rencontrées pour la première fois lors du travail de rue. Ce pourcentage vient nous conforter dans l'importance du pôle travail de rue.

Ce dernier chiffre démontre en effet quantitativement que le travail de rue ne sert pas seulement à garder un lien et travailler la relation de confiance, il constitue également, et de manière importante, un réel moyen d'instaurer un premier contact avec la personne en grande précarité.

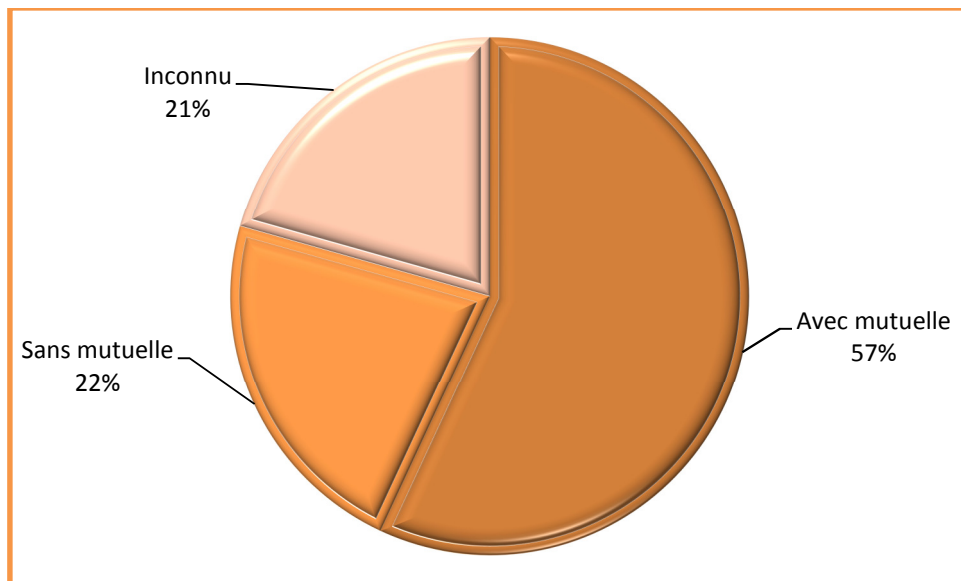


Ce point questionne donc également sur l'importance du travail de rue dans la fréquentation de certains services. On pourrait en effet croire, à tort, que les services sont bien connus et naturellement fréquentés par les personnes en ayant besoin et que le travail de rue est là pour garder le lien et se rappeler à elles.

Au contraire, ces 31% de personnes pour qui le premier contact a lieu dans le cadre de la rue nous confronte au fait que ce n'est pas forcément le cas et qu'une démarche proactive d'outreaching (le fait d'aller vers et à la rencontre des personnes là où elles se trouvent, sans demande préalable) est et reste nécessaire.



3.16 Statut mutuelle



Pour cette année, le nombre de personnes bénéficiant d'une couverture mutuelle en ordre et valable est de 57%.

Il s'agit d'un léger recul par rapport aux chiffres de l'année dernière où 61% des patients suivis disposait de cette couverture. Le nombre de personnes pour lesquelles la couverture est inconnue passe de 17.5% à 21%. Il est utile de préciser que pour ce point, dans bien des situations, ce n'est pas par manque d'informations dans le dossier que l'item reste « inconnu » mais par incapacité de la personne à dire si elle est en ordre d'assurance santé.

Afin de ne pas brusquer la personne ou de ne pas aller au-delà de son accord et sa demande, nous ne contactons pas systématiquement le service social de la mutuelle afin d'obtenir l'information quand il n'y a pas de nécessité immédiate ou que la personne n'y tient pas. De plus, pour toute une série de personnes, l'urgence est d'abord de récupérer un statut et un revenu avant de pouvoir penser à se remettre en ordre de mutuelle. Toutefois, concernant le pourcentage de personnes pour lesquelles la situation mutuelle est inconnue, il s'agit le plus souvent de personnes non-couvertes.

Par contre, le nombre de personnes pour lesquelles il y a une absence de couverture avérée reste exactement le même que l'année dernière, c'est-à-dire 22%.

La situation d'assurabilité à la mutuelle est l'un des éléments essentiels, si pas l'élément indispensable, à un bon accès aux soins.

En effet, dans la majorité des cas, l'accès à un médecin est possible via les maisons médicales à condition que la personne soit couverte par une mutuelle.



Il en est de même pour l'accès au traitement où le fait de ne pas être couvert amènera la personne à devoir payer le prix plein du médicament. Certains traitements pris en charge totalement par la mutuelle (antiépileptique, insuline,...) ou grandement (antibiotiques,...) deviennent alors souvent inaccessibles financièrement à une personne non-couverte.

D'autre part, nous maintenons le constat que, de plus en plus, le monde médical en vient à vérifier la couverture mutuelle et la solvabilité du patient avant de réaliser les soins.

Ainsi, il n'est pas rare de voir des personnes pour qui les soins (y compris intervention chirurgicale nécessaire sans pour autant être vitale) sont reportés ou refusés faute de couverture mutuelle et/ou d'assurance préalable que les frais seront bien payés (que ce soit par le CPAS ou la personne elle-même).

Enfin, cette dérive en entraîne une autre, plus pernicieuse.

Nous constatons de plus en plus que les patients que nous suivons sont réticents à l'idée de se présenter à l'hôpital, même pour des problématiques réellement urgentes, voire vitales.

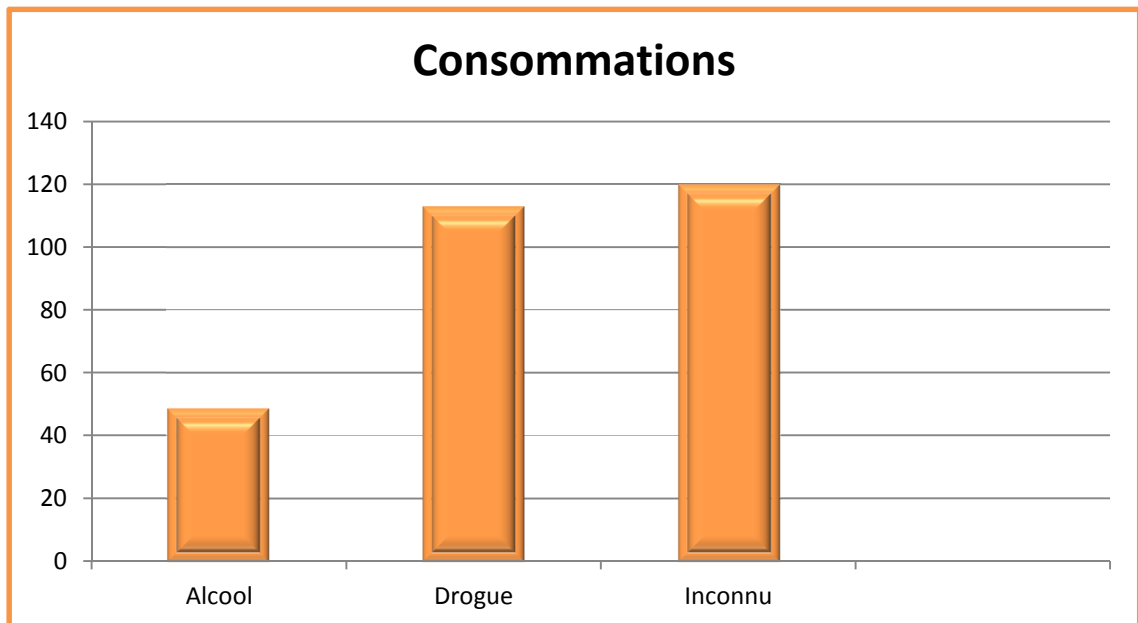
Et pour cause : ces personnes nous expliquent avoir déjà été confrontées à un refus de soins de la part du secteur hospitalier, faute de disposer d'une mutuelle. Par la suite, ces mêmes personnes sont alors convaincues que tant qu'elles ne seront pas en ordre, elles seront systématiquement refusées. Ce point n'est évidemment, et heureusement, pas vrai dans des situations d'urgence, mais les patients ne le savent souvent pas. De plus, il leur est, la plupart du temps, impossible de dire si leur problématique médicale est d'ordre urgent, voir vital ou si les soins peuvent en effet être postposés sans menacer leur vie...

A cette problématique s'ajoute alors celle de la barrière de la langue, lorsqu'il est difficile pour l'équipe infirmière de faire comprendre cette différence fondamentale à la personne en besoin de soins.

D'autre part, cet élément nous amène également à souligner toute l'importance des bonnes collaborations avec les maisons médicales, le CPAS, les plannings familiaux, les services de santé mentale,.... En effet, en permettant d'éviter un recours plus fréquent et souvent abusif aux services d'urgence, ces partenariats viennent quelque peu contrecarrer cette nouvelle problématique.



3.17 Et en matière d'assuétude ?



Cette question, fréquemment posée à l'équipe, était restée jusqu'à cette année sans réelle donnée chiffrée. Il était donc important aux yeux de l'équipe d'établir une récolte des données fiable incluant cet item, afin d'avoir des éléments quantitatifs sur lesquels se baser. Bien qu'il restera sans doute toujours un flou concernant la problématique initiale lorsqu'une personne cumule à la fois une assuétude et une situation de sans-abrisme, il peut être avancé avec quasi certitude que l'une et l'autre se potentialisent entre elles.

Ainsi, une personne sans-abri sera plus facilement à risque de présenter une consommation problématique, la rue entraînant toute une série de difficultés pouvant inciter la personne « à se déconnecter » à l'aide de substances toxicologique ou alcoolique. D'un autre côté, le fait de dépendre d'une assuétude entrainera plus de risques pour la personne en logement de ne pas pouvoir correctement entretenir ce dernier. Les risques pourront s'étendre aux problèmes de voisinage, de paiement du loyer, à la salubrité du logement,... pouvant entrainer dans certains cas la perte de ce dernier.

Enfin, un lien étant clairement établi entre la consommation de drogue et certaines problématiques psychiatriques, cela constituera un facteur de risque supplémentaire.

La consommation de drogue étant illégale et pouvant être problématique même si très occasionnelle, la question qui nous intéresse est de savoir si la personne consomme des drogues, même de temps en temps.



En réponse à cette question, il peut être établi que 17 % des 282 patients suivis présentent une consommation importante et problématique d'alcool et que 40% des 282 patients interrogés consomment, ne fût-ce que de temps à autre, des drogues. Il est aussi à préciser que pour 42.5% des patients, la réponse n'a pas pu être obtenue.

Il est interpellant, au regard de ces chiffres, de voir le nombre important de patients consommant des drogues ne fût-ce que ponctuellement.

La consommation d'alcool est, quant à elle, souvent surestimée en ce qui concerne la population en très grande précarité. Si l'on compare les chiffres obtenus par le Relais santé à la moyenne nationale belge, les chiffres concernant l'alcoolisme ne sont pas beaucoup plus élevés ;

Ainsi, on considère qu'en Belgique 12% des adultes boivent de l'alcool tous les jours et 10% présente une consommation dite «problématique»¹ (liée à un risque concret de dépendance alcoolique, quelle que soit la quantité consommée).

Ces chiffres sont d'ailleurs confirmés par d'autres études datant de la même époque, si ce n'est que de 12%, certains auteurs passent parfois à 13%. Les hommes sont également plus touchés que les femmes.

La prévalence de problème de type alcoolo-dépendant parmi les patients du Relais santé n'est donc pas beaucoup plus élevée que ces moyennes nationales, surtout si on insiste sur le fait que les critères selon lesquels les patients admettaient une consommation d'alcool importante et problématique étaient fort large (consommation très régulière et jugée comme problématique). La différence de 5% reste donc relative, même si les conditions de vie en rue et parfois l'alcoolisme ayant lui-même mené cette arrivée en rue sont des facteurs de risques bien présents.

De plus, la représentation fréquemment véhiculée du nombre plus important d'alcooliques dans la population en très grande précarité vient peut être également du fait que ces mêmes personnes ont plus de mal à masquer leur alcoolisme qu'une personne bénéficiant d'un logement et pouvant boire à l'abri des regards.

Toutefois, il serait intéressant de comparer ces chiffres avec les années futures et de tenter de diminuer au maximum le nombre de personnes pour qui cette donnée est inconnue.

Les chiffres obtenus pourraient alors permettre d'attirer l'attention sur telle ou telle problématique et de permettre une plus grande réflexion interservices sur la question.

Il pourrait également être pertinent de faire le compte des personnes qui cumulent les deux problématiques.

¹ Institut Scientifique de Santé Publique: Enquête de santé par interview, Belgique 2008 (www.iph.fgov.be/)



Enfin, en matière d'assuétude, une problématique reste souvent rencontrée par l'équipe sans pour autant pouvoir être quantifiée : la surconsommation médicamenteuse.

La consommation abusive et/ou détournée concerne ici surtout les benzodiazépines, les tranquillisants de toutes sortes mais aussi les médicaments considérés comme stupéfiants ainsi que les stimulants.

Cette problématique est particulièrement pernicieuse car, s'agissant de consommation de médicaments qui ont souvent été prescrits de manière légale (contrairement aux drogues), la surconsommation ou la mauvaise utilisation sont beaucoup plus difficiles à établir et ensuite à travailler.

D'une part, il faudrait pouvoir en discuter avec le médecin prescripteur, seule personne à même d'évaluer la juste consommation de médicament et la pertinence de celle-ci. Reste que ce médecin ne peut se fier qu'aux dires du patient, mêmes si ces derniers sont erronés. D'autre part, et c'est le cas le plus fréquent, il n'est pas rare de voir des patients mettre en place une forme de « shopping médical », cumulant les médecins et les services médicaux consultés.

Afin d'éviter au maximum ce risque, l'équipe du Relais santé insiste toujours pour que le suivi soit au maximum réalisé par le même médecin et que les informations soient centralisées autant que possible. Ces démarches ne sont font bien entendu qu'avec l'accord du patient.

D'autre part, dès que l'équipe « suspecte » une prise abusive ou aléatoire, elle prendra toujours le temps d'en discuter délicatement avec la personne.

Plusieurs solutions peuvent alors être proposées, toujours en accord avec le patient : inviter la personne à en discuter d'elle-même avec son médecin, proposer de l'accompagner dans cette démarche si nécessaire, lui proposer une délivrance quotidienne en pharmacie ou fractionnée via le Relais santé, lui parler des risques liés à une mauvaise consommation de son traitement,....

Dans certains cas, la surconsommation médicamenteuse pourra aussi être évitée ou limitée par un changement de traitement qui conviendra mieux à la personne, toujours en collaboration avec le médecin. Il vaut parfois mieux augmenter un traitement pour que la personne se sente bien et aie moins de risque de surconsommer que de maintenir un traitement insuffisant incitant la personne à s'auto-médiquer ou à surconsommer sur le côté.



4. Récolte des données de l'année 2015 relative à l'utilisation du service

4.1 Méthodologie et précisions concernant la récolte des données d'utilisation du service

La récolte des données qui suit reprend deux catégories d'items. Les premiers permettent de comptabiliser le nombre de personnes rencontrées au cours du mois. Précisons que par « rencontrées » nous entendons qu'il y a eu au minimum une prise de contact (dire bonjour, donner une poignée de main,...). Il faut aussi ajouter que sont comptabilisés le nombre de contacts (150 contacts ne veulent pas dire qu'il s'agit de 150 personnes différentes à chaque fois). Cette catégorie reprend donc :

- Les personnes rencontrées en rue et en institution autre que le Relais santé, à l'exception du travail réalisé en Equipes Mobiles de Rue² avec d'autres services. Il est plus difficile de recenser le nombre exact de passages en rue informels dans le sens où ces derniers se font souvent entre deux démarches ou deux permanences.
- Les personnes rencontrées en rue lors du travail en EMR.
- Les personnes suivies au Relais santé dans le cadre des permanences fixes (le lundi matin et/ou le jeudi après-midi).
- Les personnes suivies au Relais santé en dehors des permanences fixes. Ces personnes sont alors suivies sur rendez-vous ou lorsque leur situation est telle que la prise en charge ne peut être postposée à la prochaine permanence fixe.
- Le nombre de nouveaux dossiers ouverts. D'une manière générale, un dossier est ouvert lorsqu'une nouvelle personne bénéficie d'un suivi dans les locaux du Relais santé. Dans quelques cas particuliers, un dossier est tout de même ouvert si la personne ne se présente pas au Relais santé mais qu'un suivi important est réalisé à l'extérieur. Ce cas de figure est cependant très rare. Pour illustrer celui-ci, l'exemple pourrait être donné via la situation de ce Monsieur vivant en rue, souffrant de problèmes psychiatriques importants et ayant contracté la gale. Dans son cas, aucune prise en charge au Relais santé n'a finalement été possible et le diagnostic médical par un médecin ainsi que le traitement ont dû se faire en rue. Afin de consigner les éléments importants, un dossier fut ouvert.
- Le nombre de dossiers ré-ouverts. Ce cas de figure se présente lorsqu'un patient déjà suivi précédemment par le Relais santé est amené à bénéficier à nouveau du service.

² EMR = Equipe Mobile de Rue : projet coordonné par le RSUN. Il consiste à réaliser le travail de rue en binôme inter-services (projet Salamandre – TSP (Travailleurs Sociaux de Proximité) – Relais santé – Comptoir d'échange



En effet, chaque année, les dossiers sont archivés afin de permettre une actualisation optimale de la récolte des données. Ils doivent donc être ré-ouverts à la première prise en charge de l'année.

La seconde catégorie d'items regroupe les soins infirmiers, les suivis, démarches et accompagnements réalisés au cours de chaque mois. Si la majorité de ces items ne nécessite pas d'explication supplémentaire (injection, ...), d'autres valent la peine d'être précisés :

- Les demandes initiales et problématiques principales consignées sont uniquement celles qui font l'objet d'une prise en charge et/qui émanent du patient. Ce mode de comptabilisation permet ainsi de clarifier les problématiques suivies dans le sens où, sans cette limitation, pratiquement toutes les personnes suivies pourraient alors présenter toutes les problématiques à la fois (sociale pour l'absence de logement, santé mentale pour l'insécurité de vivre en rue ou les difficultés liées aux événements qui ont conduit la personne à sa situation actuelle, assuétude dès que la personne est consommatrice même si elle ne souhaite pas prendre ce point en compte, soins d'hygiène liés aux conditions de vie en rue,...).
- En ce qui concerne le point "pas de demande initiale", il s'agit des personnes n'ayant aucune demande à la base de la rencontre (que celle-ci soit réalisée en rue ou en permanence). Ce point est particulièrement intéressant car c'est souvent sous couvert de cette "non-demande" que les infirmiers se font connaître et créent le lien suffisant qui permettra à la demande d'émerger par la suite. Une bonne partie (difficile à chiffrer de manière exacte) des patients n'arrive d'ailleurs pas par ce biais au Relais santé (notion de "double amorce").
- L'item « relais vers le Relais santé » est utilisé dès qu'une personne rencontrée en dehors du Relais santé est invitée à venir au dispensaire lors d'une permanence ou sur base d'un rendez-vous donné.
- En ce qui concerne les soins d'hygiène, l'équipe parle de soutien lorsqu'il s'agit d'apporter essentiellement une aide matérielle à la personne pour qu'elle puisse se laver. Lorsqu'il s'agit de seconder la personne pour se laver (cheveux, dos, pieds,...), les infirmiers cochent l'item « aide partielle ». L'aide complète n'est comptabilisée que lorsque la personne est entièrement dépendante des infirmiers pour réaliser ses soins d'hygiène. Ce point est également l'occasion de rappeler qu'en vue de ne pas se substituer au réseau, le Relais santé ne propose des soins d'hygiène que lorsque ces derniers sont directement liés à un soin de santé. Pour les personnes sans besoin de soins, autonomes et ne nécessitant aucune prise en charge infirmière, un relais est réalisé vers Li P'tite Buweye ou les Sauvèrdias.
- L'item relatif aux soins des pieds regroupe tous les soins réalisés en vue de garder ou de restaurer la santé des pieds sans soin de plaie ou de pédicurie, chacun de ces



deux items étant repris séparément. Cette distinction est réalisée en vue de pouvoir analyser l'importance de la problématique des pieds (mycoses, plaies, douleurs,...) dans le suivi de la santé des personnes en grande précarité. Ce point a été mis en évidence suite à l'analyse des soins réalisés les années précédentes.

- En ce qui concerne la plupart des autres items, il est pertinent de préciser trois termes utilisés par l'équipe :
 - Orientation : l'équipe fournit les informations nécessaires afin que la personne dispose des informations suffisantes pour se rendre auprès d'un autre service.
 - Relais : la situation demande qu'un contact (téléphonique, mail...) soit réalisé par l'infirmière avec le service vers lequel elle relaie la personne.
 - Accompagnement : la situation ou le contexte nécessite que la personne soit physiquement accompagnée dans sa démarche vers un autre service. Ce point peut parfois prendre de nombreuses heures, voire une journée entière. C'est pourquoi l'équipe veille toujours à préserver au maximum l'autonomie de la personne et ne réalise d'accompagnement que lorsque la situation le nécessite vraiment. L'objectif est également d'éviter d'infantiliser la personne.

Item	2012	2013	2014	2015
Catégorie 1				
Contacts personnes rencontrées au Relais santé Hors permanence	544	526	425	504
Contacts personnes rencontrées au Relais santé en permanence	1057	1065	1132	1457
Contacts Personnes rencontrées en rue hors EMR et institutions	1394	378	426	510
Contacts personnes rencontrées en institutions hors rue et EMR		2073	1672	1904
Nombre de contacts réalisés en EMR	961	1139	905	1189
Nombre de nouveaux dossiers ouverts	152	156	123	153
+ Nombre de dossiers ré-ouverts	33	55	94	129
Total dossiers ouverts sur l'année	185	211	217	282
Nombre de personnes différentes rencontrées sur l'année	*	883	871	998
Nombre d'entretiens téléphoniques	*	*	*	174
Demandes médicales	996	1237	1103	1469
Demandes santé mentale	243	222	243	410
Demandes sociales	463	526	403	582
Demandes soins d'hygiène	169	112	263	306



Demandes assuétude	23	32	13	59
Pas de demande initiale	1197	3136	2451	3191
Nombre de relais vers le Relais santé	318	610	607	955
Nombre de permanences Relais santé	*	92	95	96
Nombre de passages à Li P'tite Buwèye	10	27	19	17
Nombre de contacts réalisés à Li P'tite Buweye	*	260	146	84
Nombre de permanences au Resto du Cœur	*	44	46	40
Nombre de contacts réalisés au Resto du Cœur	*	755	704	704
Nombre de permanences à UMT	*	37	26	31
Nombre de contacts réalisés à UMT	*	522	238	350
Nombre de permanences à l'Abri de Nuit	*	31	37	35
Nombre de contacts réalisés à l'Abri de Nuit	*	536	584	766
Nombre de passages à Li Vi Clotchi	3	2	2	9
Nombre de contacts à Li Vi Clotchi	*	*	*	23
Nombre de passages aux 2R		*	30	52
Nombre de contacts réalisés aux 2R		*	*	165
Nombre de participations aux EMR	84	89	70	77
Nombre de présences en rue hors EMR	*	77	59	71
Catégorie 2				
Soins d'hygiène Soutien	256	241	398	356
Soins d'hygiène Aide partielle	23	6	16	5
Soins d'hygiène Aide complète	12	0	6	9
Soins de bouche	7	3	1	0
Bain de pieds	136	160	83	139
Soins des pieds (sans plaie)	167	168	103	106
Education aux soins d'hygiène	14	2	1	7
Soutien famille/proche	8	8	7	13
Soutien professionnels	/	5	6	18
Prise température	24	4	6	11
Prise tension artérielle, Pouls	35	43	9	17
Prise glycémie	1	4	2	5
Dépistage parasitaire	24	13	17	11
Dépistage gale	6	9	15	33
Education à la santé	133	286	162	330
Entretien de soutien	1098	1122	1579	2996
Travail compliance au traitement	31	44	20	27
Travail acceptation soins	23	24	21	22
Démarche obtention traitement/ rôle propre	7	11	17	25
Soins lésion dermato sans plaie	31	13	6	6
Pansement simple	136	99	226	237
Retrait de fils	10	9	15	16



Plaie aux pieds	71	51	14	19
Pansement complexe	2	29	16	18
Traitement parasitaire	10	7	5	1
Traitement gale	5	19	13	14
Injection : sous cutanée	2	16	11	20
Injection : Intra-musc.	0	0	1	0
Prise de sang	0	0	0	0
Soins des yeux	3	4	0	2
Application crème	70	82	44	97
Orientation médicale	164	170	166	214
Relais médical	101	72	51	61
Accompagnement médical	21	25	25	15
Aide à la fourniture traitement (hors AMU, bon pharma)	32	34	42	43
Démarche MM et/ou Médecin traitant	26	58	78	90
Collaboration Médicale	64	33	36	62
Appel 112	9	9	5	5
Orientation sociale	143	180	171	236
Relais social	144	126	67	115
Accompagnement social	25	22	17	26
Mise en ordre mutuelle	11	28	14	13
Démarche bon pharmaceutique	12	15	5	9
Démarche bon médical	2	2	4	4
Démarche AMU	27	8	6	30
Démarche carte santé	0	2	2	1
Collaboration sociale	61	42	69	181
Orientation assuétude	15	11	21	47
Relais assuétude	24	11	11	17
Accompagnement assuétude	1	2	2	2
Collaboration assuétude	12	4	3	21
Orientation Santé mentale	29	15	5	18
Relais santé mentale	34	16	15	9
Accompagnement Santé mentale	15	2	3	4
Collaboration Santé mentale	28	8	13	18
Visite squat	1	2	1	0
Visite domicile	10	12	37	39
Relais EMR	0	11	3	13
Appel police	0	1	0	0
Soins pédicurie	27	25	37	82
Don matériel	321	389	552	656
Repos	*	459	833	1019
Visite hôpital	*	12	20	47



Visite lieu de vie	*	17	12	3
Concertation	*	9	7	9
Soins vétérinaires (collabo vétérinaire)	*	11	32	52
Collaboration SSM	*	*	20	17
Accompagnement incontinence	*	*	22	28
Gestion animal	*	*	8	38
Soin fin de vie/convalescence	*	*	*	9
Soins bien être/esthétique	*	*	*	19
Relais Housing first	*	*	*	39

- * = donnée non répertoriée ou item inexistant durant l'année



5. Constats et analyse des chiffres 2015 relative à l'utilisation du service

5.1 Nombre de contacts réalisés

En ce qui concerne les contacts réalisés en institutions, hors ceux réalisés au dispensaire, on passe de 1672 en 2014 à 1904 pour 2015, soit une augmentation de 15 %. Si l'on prend en compte les contacts réalisés à Li Vi Clotchi (accueil café-tartine) et aux 2R (maison de stabilisation) qui n'entraient pas en compte pour l'année 2015, on arrive à 2092 contacts, soit une augmentation de 25 % !

En ce qui concerne le nombre de contacts réalisés en rue, on note une augmentation de 19% hors cadre des Equipes Mobiles de Rue³ (soit un passage à 510 contacts pour 2015 contre 426 en 2014). De même, en ce qui concerne le nombre de contacts réalisés en collaboration avec d'autres services dans le cadre des EMR, le résultat passe de 905 en 2014 à 1189 pour 2015, soit une augmentation de 31%.

Comme expliqué précédemment, un contact peut avoir lieu à plusieurs reprises avec une même personne. Pour l'année 2015, ce sont 998 personnes différentes qui ont été rencontrées. Soit une augmentation de 14.5% en un an avec une moyenne de 5 à 6 contacts par an par personne (sachant que certaines personnes ne seront rencontrées qu'une fois et que d'autres nécessiteront un suivi très régulier, voir quotidien par moment).

5.2 Les permanences au dispensaire de soins

Le nombre de permanences réalisées au dispensaire reste stable depuis trois ans (92 pour 2013, 95 pour 2014 et 96 pour cette année). Malgré ce chiffre pratiquement identique, le nombre de patients reçus lors des permanences a considérablement augmenté, passant de 1132 l'année dernière à 1457 pour cette année, soit une augmentation de 28 %.

En comparant les chiffres des dernières années, cela revient à une augmentation de suivi en permanence de 37% en 4 ans mais dont la majeure partie a eu lieu au cours de cette dernière année.

Pour les suivis réalisés au dispensaire mais hors permanence, nous sommes, pour cette année, à 504 suivis, ce chiffre reste donc relativement stable. Ce constat est logique étant donné que les patients reçus hors permanence le sont sur rendez vous et que l'équipe peut donc mieux gérer et contrôler le nombre de personnes reçues via ce procédé. Le fait de recevoir

³ EMR : Equipe Mobile de Rue : initiative du RSUN de faire collaborer plusieurs équipes du Namurois afin de réaliser du travail de rue en binôme inter-services.



certain patients hors permanence permet de mieux prendre en charge certaines demandes et/ou pathologies (traitement de maladie contagieuse, suivi de personnes délirantes ou dont l'hygiène est vraiment problématique, patients accompagnés de plusieurs animaux, personnes souffrant de troubles anxieux sévères ou nécessitant un certain temps pour les soins,...). Il est donc important pour l'équipe de maintenir ces moments de rendez vous et de ne pas les diminuer au profit d'une permanence supplémentaire.

Toutefois, si l'augmentation du nombre de suivis en permanence se maintient, l'équipe sera confrontée au fait de devoir faire des choix et d'éventuellement modifier l'organisation du travail.

5.3 Le nombre et le type de demandes reçues

Pour ce point, sans surprise, une forte augmentation générale des demandes est constatée. **Avec 1469 demandes médicales en 2015 (+ 33 % en un an) et 410 demandes en santé mentale (+ 68 % en un an), ce sont clairement les pôles médicaux et psychiques/psychiatriques qui ont été le plus sollicités par les patients fréquentant le Relais santé.** Tout aussi interpelant, les 582 demandes sociales reçues (+ 44% en un an) et les demandes en matière d'assuétude, revenues 59 fois et qui augmentent ainsi de 53%.

Les demandes en matière d'hygiène sont également en augmentation de 16%. Cette plus faible augmentation pourrait être due à deux vecteurs. D'une part, le fait que l'abri de nuit dispose de douches accessibles aux usagers et que ces derniers puissent aussi se laver dans le lavoir social, d'autre part car l'équipe du Relais santé reste ferme sur le fait que l'accès à ses sanitaires est conditionné par un besoin de soin. Aujourd'hui plus qu'auparavant, l'augmentation conséquente du nombre de patients et de suivis impose en effet à l'équipe de limiter l'accès aux sanitaires pour les personnes qui en ont besoin en vue de raisons médicales (traitement, soin ou pansement après lequel la personne ne pourra plus se laver sans nuire au soin reçu).

Parallèlement à ces chiffres, une augmentation de 30% de « pas de demande initiale » a été observée. Celle-ci, inhérente au travail d'outreaching réalisé par le Relais santé, a souvent conduit à la création d'un lien de confiance solide permettant un suivi adapté.

Enfin, l'équipe a noté une élévation du nombre de demandes de repos (+22% en un an et + 122% au total depuis deux ans). Par demande de repos, faute de moyens disponibles au sein du dispensaire, il s'agit la plupart du temps pour la personne de se poser ou se « pauser » afin de pouvoir souffler un peu, se réchauffer, se détendre, boire une tasse de café dans un lieu sécurisé, discuter avec l'équipe,... Une fois de plus, la question de la création d'un lieu



d'accueil de jour pour offrir un lieu de « pause » aux personnes sans abri durant la journée revient donc de manière importante.

En conclusion des chiffres sur le nombre de demandes reçues, l'augmentation en une seule année est spectaculaire. Si la demande la plus fréquente est d'ordre médical, les demandes pour lesquelles l'augmentation a été la plus forte sont la santé mentale. Viennent ensuite les demandes liées à l'assuétude, suivies de près par les demandes de type social.

En parallèle à cette énorme augmentation des demandes en santé mentale (68%), le Relais santé n'a augmenté que de 11% ses orientations, relais, collaboration et accompagnements pour le pôle santé mentale. Etant donné le fait que l'équipe est extrêmement attentive à ne pas se substituer au réseau et à relayer dès que possible/réalisable, cela amène à réfléchir sur deux questions :

- **Le nombre de patients souffrant/exprimant des problématiques de santé mentale n'est il pas en plus grande augmentation que la proportion seule de l'augmentation du nombre de patient ?**
- **Les réponses existantes (y compris les délais et les modes de prises en charge) dans le réseau namurois sont elles suffisantes (réseau saturé) et adaptées (réponses spécifiques et adaptées aux problématiques des personnes en grande précarité) ?**

5.4 Les présences institutionnelles

En ce qui concerne les présences institutionnelles, le nombre de permanences et de présences à l'extérieur reste relativement stable d'une année à l'autre en dehors de Li Vi Clotchi, particulièrement réinvesti cette année, ainsi que le service de stabilisation des 2R où le nombre de passages a doublé.

Les deux services auprès desquels le plus de contacts ont été réalisés sont l'Abri de Nuit et le Resto du Cœur.

Au total, 184 permanences institutionnelles extérieures ont ainsi été réalisées, contre 160 l'année passée. Cette augmentation concrète mais limitée ne peut donc expliquer à elle seule « l'explosion » des chiffres de cette année. Les chiffres de l'Abri de Nuit en sont un bon exemple étant donné que, pour un même nombre de permanences réalisées en ses murs, on note une augmentation nette de 31% de contacts effectués en un an.

A ce point peuvent être rajoutés le nombre de relais directement effectués par un membre de l'équipe vers le dispensaire de soins rue Saint Nicolas. Avec 955 relais cette année, l'équipe comptabilise une augmentation de 57%. **Si l'on compare le nombre de relais vers le dispensaire sur quatre ans, l'augmentation se chiffre alors à 300% !**



5.5 Les soins et actes réalisés

Tous les soins réalisés au quotidien par l'équipe sont répertoriés dans la grille « récolte des données » présentée précédemment. Afin d'avoir une meilleure vue d'ensemble et de mieux pouvoir cerner l'évolution des besoins et des demandes, les chiffres de cette année ont systématiquement été mis en parallèle de ceux des années précédentes. Certains items n'étant pas relevés à l'époque, une « * » en remplace la comptabilisation pour certaines années.

Chacun des chiffres présentés mettent en évidence une augmentation des besoins, d'année en année.

Quelques items supplémentaires ont été ajoutés dans la récolte des données quotidienne. Il s'agit par exemple du nombre d'entretiens et démarches téléphoniques réalisées avec les patients via leur GSM. Ce genre de démarche prend en effet du temps, peut mener à l'aboutissement de démarches mais aussi entraîner un entretien de soutien par téléphone de parfois plusieurs dizaines de minutes. Ainsi, sur l'année 2015, ce sont 174 démarches téléphoniques qui ont été réalisées.

D'autres items ont également été ajoutés tels que : soins de fin de vie/convalescence, soins esthétiques, soins vétérinaires et bien-être ainsi que le nombre de relais vers le projet Housing First.

5.5.1 Les soins infirmiers généraux et les démarches médico-sociales

Si certains types de soins restent stables d'une année à l'autre, d'autres ont considérablement augmenté en une année.

Les bains de pieds, les soutiens aux autres professionnels mais aussi aux proches des patients suivis sont en augmentation importante.

Si le nombre de dépistages et de traitements de la gale reste relativement identique, l'équipe n'a eu qu'un traitement parasitaire autre que la gale à effectuer cette année.

Augmentent également le nombre d'orientations médicales, de soins de la peau (application crème), les démarches vers une maison médicale ou un médecin traitant, ainsi que les collaborations médicales.

En ce qui concerne le pôle social, tous les styles de suivis : accompagnement, relais et orientations ont largement augmenté au cours de l'année 2015. Les démarches en matière d'Aide Médicale Urgente ont été multipliées par 5 en un an et le nombre de collaborations sociales a pratiquement triplé !



Le nombre d'entretiens de soutien a quant à lui doublé, passant de 1579 entretiens à 2996 ! Ce chiffre est à mettre en parallèle des 68% d'augmentation de demande en matière de santé mentale. Ces chiffres maintiennent également le fait que l'entretien de soutien est l'acte le plus souvent réalisé par l'équipe.

Il est également à souligner que le nombre de visites à l'hôpital a doublé, le nombre de situations où l'équipe a dû gérer un animal a également fortement augmenté, de même que le nombre de dons de matériel ainsi que les demandes de repos.

Enfin, les démarches (collaborations, mais aussi orientations, accompagnements, suivis et relais) en matière d'assuétudes ont nettement augmenté (augmentation de 37% !). Ce constat est logique au regard de la demande assuétude qui a augmenté de 54% en un an.

5.5.2 Une particularité : la pédicurie médicale

Cette offre rencontre toujours autant de succès et le nombre de soins de pédicurie réalisés cette année a plus que doublé en un an. (37 en 2014 contre 82 cette année).

Nécessitant une approche et des connaissances spécifiques, les soins des pieds chez les personnes sans-abri requièrent beaucoup de précautions et de douceur. La relation de confiance passe aussi et surtout par le fait que la personne ne craigne pas qu'on la blesse ou qu'elle reparte avec une petite plaie aux pieds. S'il est vrai que lors des soins de pédicurie conventionnelle ce genre de chose fait partie de certaines prises en charge, cela doit à tout prix être évité lorsque la personne repart par la suite en rue et que le soignant ne peut s'assurer du moment du prochain suivi ou du moment auquel la personne pourra retirer ses chaussures. De plus, étant le premier « véhicule » des personnes en très grande précarité, les pieds doivent être le moins douloureux possibles. Les soins de pédicurie se font donc toujours dans ce sens et c'est cette considération qui sera toujours souveraine dans le choix des techniques et des soins réalisés.

5.5.3 La permanence Service de Santé Mentale

En collaboration avec le Service de Santé Mentale Reine Astrid, le Relais santé propose une permanence avec la présence d'un psychologue à raison d'un jeudi sur deux. Lors de celle-ci, les usagers du service sont libres de prendre contact avec le professionnel en santé mentale comme « bon lui semble ». En effet, toujours avec une volonté de maintenir l'usager au centre de sa prise en charge, en aucun cas le contact ne sera forcé ou exigé. Ceci dit, un premier contact peut-être proposé ou conseillé dans un souci de bienveillance de la personne. Cette permanence compte, pour l'année 2015, 17 collaborations, ce qui signifie trois de moins que pour l'année 2014.



5.5.4 La permanence vétérinaire

Depuis deux ans, un vétérinaire bénévole vient proposer ses services un mercredi sur deux. Cette offre semble de mieux en mieux connue tant des patients que des partenaires. Si, initialement, elle a été créée pour le suivi des animaux des personnes sans-abri, la permanence s'est petit à petit ouverte à un autre public en grande précarité financière et/ou sociale. Ainsi, la permanence profite également à des personnes suivies par le service accompagnement du CPAS et le service de l'Aide Individuelle du CPAS. Certaines personnes sont aussi orientées par les services sociaux des mutuelles.

Le fait de pouvoir prendre soin des animaux, gratuitement ou à prix coûtant en cas de vaccination ou d'intervention chirurgicale, participe grandement à la création du lien et à l'instauration d'une relation de confiance. Les usagers de ce service se montrent d'ailleurs très impliqués dans le suivi de leur animal et ne manquent jamais de payer les produits utilisés (vaccins) dès qu'ils le peuvent.

Rassurés par le suivi de leur animal, rares sont les propriétaires qui ne s'assoient pas un instant dans la salle d'attente pour parler avec l'équipe, prendre un café, aborder l'une ou l'autre problématique de santé. Il est d'ailleurs fréquent qu'une personne, venue à la base pour son animal, profite de son passage par le relais Santé pour y recevoir elle-même un suivi ou un soin via les infirmiers. Cette collaboration vétérinaire, en partenariat avec les services sociaux du Namurois a également permis d'éviter une expulsion dont le motif était le surpeuplement animalier en mauvaise santé. Dans cette situation, la participation du vétérinaire a permis une amélioration de la santé d'une partie des animaux et l'accompagnement dans une famille d'accueil pour les autres. Pour l'année 2015, une augmentation de 60% de l'utilisation de ce service a pu être constatée.

5.6 Les constats spécifiques, les questionnements et défis pour l'année à venir

5.6.1 Un questionnaire spécifique ; les femmes de plus de 60 ans – une question en cours de réflexion

Dans le rapport de l'année 2014, il avait été constaté une nette diminution de femmes âgées parmi les patients suivis. En confrontant ce constat avec celui de cette année, il n'est pas possible, à l'heure actuelle, de valider cette variation de manière objective.

L'équipe a en effet été amenée à accompagner et collaborer autour de la situation de plusieurs femmes âgées au cours de l'année. Ces suivis n'ont pas toujours entraîné l'ouverture d'un dossier car les situations étant fort préoccupantes, les collaborations se sont faites immédiatement depuis la structure de l'Abri de Nuit, en travail étroit avec le Dispositif d'Urgence Sociale ainsi que les Travailleurs Sociaux de Proximité de la Ville de Namur. Fidèles



à notre méthodologie habituelle de ne pas ouvrir de dossier lorsque la personne ne vient pas physiquement jusqu'au Relais santé, nous n'avons donc pas répertorié ces données dans nos fichiers. Toutefois, nous pouvons mettre en évidence que pour cette année, nous avons œuvré autour de la situation d'au moins 5 femmes de plus de 65 ans.

Si ce chiffre peut paraître faible proportionnellement, il mérite d'être souligné car il s'agit d'une problématique bien spécifique, d'une grande importance aux yeux de l'équipe. La vulnérabilité des femmes en rue est bien connue et a d'ailleurs été soulignée à plusieurs reprises au cours de ce rapport. Si à cette question du genre s'ajoute celle de l'âge (et donc également de l'accès réduit à certaines structures d'accueil, des difficultés majorées en ce qui concerne la santé,...), la situation peut devenir rapidement catastrophique à tous les niveaux. Le frein principal rencontré par l'équipe et les autres travailleurs sociaux devient alors l'absence d'alternative réelle d'hébergement. Dans la majorité des situations, seule la maison de repos peut être proposée dans l'immédiat et il est très fréquent (et tout à fait compréhensible) que la personne refuse cette proposition, ne se voyant pas aller en « home » et ayant peur que cette solution ne devienne rapidement définitive.

Il est donc primordial et heureux de voir certaines initiatives de logements voir le jour de manière de plus en plus régulière. Ainsi, les pensions de familles, logements « kangourous », résidences-services,... deviennent autant de possibilités à investiguer en fonction de chaque situation.

5.6.2 La problématique de la fatigue des usagers

L'équipe « Infirmiers De Rue » de Bruxelles estime qu'une personne habitant la rue ne « profite » que « de 4h de repos par nuit et ce, par tranche de 10 minutes, à moins que l'alcool ou le froid ne les mettent dans un état de sommeil plus profond. »⁴. En parallèle, une étude menée récemment par la National Sleep Foundation américaine révèle qu'un adulte a, en moyenne, besoin de huit heures de sommeil⁵ par jour. Bien que ce chiffre soit scientifique et que le besoin du nombre d'heures de sommeil soit propre à chacun, il nous semble quand même important d'approfondir la question.

En tant que travailleur médico-social sur le territoire namurois, la problématique de ce manque de sommeil des usagers nous touche quotidiennement. En effet, il n'est pas rare d'observer des personnes qui s'endorment dans notre salle d'attente lors de nos permanences de deux heures. Suite à de nombreuses expériences telles que celles-ci, nous

⁴ MEESEN Emilie, infirmière au sein de l'ASBL « Infirmiers De Rue »

⁵ SENDER Elena, « Infographie. Combien d'heure de sommeil avez-vous besoin pour être en forme ? » en ligne sur <http://www.sciencesetavenir.fr/sante/20150205.OBS1810/infographie-combien-d-heures-de-sommeil-vous-faut-il-pour-etre-en-forme.html>, consulté le 12/01/2016



déplorons le manque criant de lieux tels que des centres de jour ainsi que des lieux proposant un petit moment de répit.

Certes, l'Abri de Nuit est accessible chaque soir de 21h00 à 07h00. Toutefois, rien n'est actuellement réellement prévu pour accueillir en toute quiétude les usagers durant la journée. Condamnés à se déplacer de service en service, parmi lesquels aucun n'a pour vocation initiale l'accueil inconditionnel en vue de se poser ou de se « pauser », les alternatives ne sont que très limitées. De plus, il n'existe ainsi aucun lieu d'accueil permettant le repos des plus grands exclus parmi lesquels beaucoup ne souhaitent pas ou ne sont pas capables d'intégrer des structures telles que l'Abri de Nuit.

En ce qui concerne le Relais santé, nous essayons tant bien que mal de pallier à ce manque en proposant aux usagers fréquentant notre service de pousser la porte de nos permanences pour profiter de la chaleur et du café afin de se reposer, ne serait-ce que quelques minutes voire quelques heures. Ce manque de sommeil s'apparentant à une insécurité quotidienne vécue dans la rue, nous pensons que ces quelques heures au sein de notre service peut leur permettre un certain « lâcher prise » face à cette vigilance qui les anime en permanence. Nous sommes conscients qu'il ne s'agit pas là d'une solution miracle mais bien d'une alternative supplétive à un manque de services adaptés. Au final, la fatigue accumulée par les usagers que nous rencontrons est énorme. Beaucoup d'entre eux nous disent être fatigués, « à bout de forces ». Ces paroles arrivent d'ailleurs très vite et il n'est pas rare que l'équipe constate un état de fatigue déjà pathologique au bout de quelques jours de vie en rue seulement.

Il n'est pas exceptionnel non plus qu'un patient s'endorme sur la table de soins alors que ces derniers ne sont pas longs et sont parfois en plus douloureux ou désagréables. Ce dernier point illustre combien la fatigue et le besoin de repos de ces personnes sont importants.

5.6.3 Une question résolue durant l'année 2015 : les soins d'esthétique et de bien-être

L'année 2014 avait permis au Relais santé de Namur de mettre en place et de développer durablement quelques services spécifiques à savoir : la pédicurie et les soins vétérinaires comme explicités précédemment. Au terme du rapport d'activités de 2014, l'équipe avait souligné son envie d'investiguer les soins de bien-être et d'esthétique.

Grâce à la proposition de bénévolat d'une personne formée dans les soins esthétiques, c'est à présent chose faites. Madame Béatrice Gillard, qui a rejoint le projet du Relais santé en début d'année, propose habituellement ses services dans le cadre des soins palliatifs. Elle a donc une approche très humaine, douce et personnalisée de chaque personne. Concrètement, une permanence esthétique a maintenant lieu chaque deuxième mercredi



du mois. Les patients qui souhaitent en bénéficier doivent s'inscrire au préalable. Dans les faits, la proposition vient aussi souvent de la part de l'équipe quand elle sent qu'une personne pourrait en retirer un bienfait.

Concrètement, les soins proposés sont limités afin de ne pas être invasifs mais surtout de correspondre aux attentes et spécificités du public auquel le service est proposé ; massages et soins du visage, massages des mains, coupes de cheveux, maquillage léger.

Ce service connaît un succès constant mais n'est pourtant pas saturé. Beaucoup de personnes suivies, dans l'urgence de leur situation, ne sont en effet pas encore prêtes à accepter de prendre du temps pour elles. Beaucoup d'autres également, en fonction de leur pathologie (surtout lorsqu'il s'agit de schizophrénie) se montrent prudentes et n'ont recours à ce service esthétique que de manière très occasionnelle, en vue d'obtenir une coupe de cheveux par exemple.

Enfin, cette nouvelle offre de services rencontre un besoin réel et des impacts positifs sont constatés par l'équipe. Un exemple est celui de l'accompagnement des personnes glissant vers un syndrome de Diogène, délaissant ainsi progressivement leur hygiène corporelle. Le fait de pouvoir se recentrer sur leur corps, de reprendre contact avec lui au travers de gestes et de soins non médicalisés permet aussi de se le réapproprier, de refaire « connaissance avec lui » et de redécouvrir l'importance d'en prendre soin.

D'autre part, l'équipe a également constaté que les soins d'hygiène, préalable aux soins esthétique, étaient mieux vécus, de manière plus normale et naturelle, par les patients. Nous avons en effet pu remarquer que, pour certaines personnes ayant des difficultés à prendre une douche, ce geste devenait normal lorsqu'il précédait une coupe de cheveux par exemple.

Au total, ce sont 19 prises en charge esthétiques et bien-être qui ont déjà pu être proposées aux patients du Relais santé pour l'année 2015.

5.6.4 Les carences nutritionnelles des personnes sans-abri, une question à investir...

Lors de la mise au vert de notre équipe en octobre 2015, nous avons étudié la problématique d'un certain déséquilibre dans l'alimentation des habitants de la rue.

En qualité d'infirmiers, nous nous sommes penchés sur l'importance de la consommation de vitamines auprès des personnes plus fragilisées. Sachant qu'une forte proportion des personnes fréquentant le Relais santé est consommatrice d'alcool et que cette pratique



engendre de fréquentes carences en vitamine B⁶, nous avons pensé à l'élaboration d'un projet favorisant la sensibilisation des usagers à l'importance de la consommation de vitamines.

Pour illustrer nos propos, en ce qui concerne les alcoolodépendants, une carence en vitamine B est fréquemment constatée et peut engendrer de graves problématiques cardiaque et neurologique. C'est ainsi que lors de sevrage ou même de manière préventive, ces personnes se voient souvent prescrire une vitaminothérapie B1⁷.

Il est aujourd'hui établi que le fait de pallier à cette carence vitaminique entraînée par la consommation abusive d'alcool a une fonction protectrice sur le cerveau et aide à prévenir et à minimiser le risque de développer un syndrome de Korsakoff ainsi que des symptômes douloureux et handicapants tels qu'une polynévrite. Ces syndromes, une fois installés, sont un frein majeur aux possibilités de prises en charge, de travail au quotidien et d'évolution positive du patient. Pourtant, tant dans la population générale qu'auprès des patients et même de certains professionnels, l'équipe du Relais santé peut constater une méconnaissance prononcée de l'importance de ce bon équilibre vitaminique.

Un autre exemple est celui de la cicatrisation des plaies. Il est également connu et validé scientifiquement que le processus de guérison d'une plaie (traumatique ou chirurgicale) dépend plus ou moins fortement du bon état nutritionnel du patient. Cependant, une fois encore, lorsque la question des carences en vitamines et minéraux est abordée, beaucoup de patients et d'intervenants minimisent la chose, la jugeant souvent accessoire et pas du tout prioritaire. D'autant plus que de nos jours, la multiplication des offres alimentaires fait que la personne elle-même mange souvent à sa faim. Pourtant, manger à sa faim ne veut pas dire que l'alimentation est équilibrée et que l'on ne souffre d'aucune carence.

Or, une plaie qui tarde à cicatriser, une polynévrite qui empêche la personne de se reposer ou l'incite à boire plus et/ou abuser des antidouleurs, une mémoire qui défaille,...sont autant d'obstacles réels et sérieux à un processus de réinsertion efficace et rapide.

Au-delà des pathologies purement médicales, de nombreux troubles sont également amplifiés par ces déficits nutritionnels. Il s'agit des troubles anxieux, de la fatigue, d'une perte de poids, d'un manque d'appétit, d'anorexie, de troubles digestifs, de troubles immunitaires, de problème de concentration et/ou de mémoire, de maux de têtes, de pathologie dermatologiques, de déchaussements dentaires, de fractures spontanées, de convalescence prolongée, ...

⁶ Larivière , Batel Philippe, « La prescription médicamenteuse dans le traitement de l'alcoolodépendance. », *Le Carnet PSY* 1/2001 (n° 61) , p. 25-28

URL : www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2001-1-page-25.htm.

⁷ Ibid



Au vu des ces premiers constats et de leur important potentiel, nous souhaitons investiguer plus en détail cette réflexion pour l'année 2016. Pour ce faire, une analyse de la situation ainsi que la mise en place de certaines pistes d'action pourront voir le jour.

5.6.5 La mise en place d'un projet Housing First sur Namur, un rayon de soleil inespéré !

Ce rapport ne serait pas complet s'il n'abordait pas la naissance d'un projet innovant sur l'entité de Namur. Le projet de « Housing First » a en effet vu le jour en juillet 2015. Co-piloté par plusieurs partenaires namurois, il offre la possibilité à des personnes cumulant, depuis plus d'un an, plusieurs problématiques importantes de sans abris, d'assuétude ou de santé mentale de retrouver un logement « avant tout ».

Interrogative mais enthousiaste, l'équipe a pu participer, moyennant le renforcement d'un travailleur à mi-temps, à ce beau projet. Rapidement, plusieurs patients connus et suivis depuis des années par le réseau namurois ont ainsi pu retrouver un logement, après une situation de sans-abrisme de plusieurs années.

Ces personnes, pour qui toutes les autres solutions avaient souvent déjà été tentées sans succès, ont pu alors réintégrer un « chez elle » et ce, parfois à la grande stupéfaction des travailleurs. Certains patients bénéficiant avec succès jusqu'à présent de ce nouveau projet, avaient en effet mis en échec d'autres alternatives, y compris pour certains le projet des 2R.

A ce stade, après seulement cinq mois de fonctionnement du projet Housing First, l'équipe du Relais santé est convaincue de l'utilité et du caractère unique et irremplaçable de ce genre d'initiative. Ce constat vient rejoindre le fait qu'au regard de l'évolution des besoins et du profil des personnes en très grande précarité, la nécessité de pouvoir proposer des fonctionnements d'hébergements multiples, variés et innovants est plus qu'indispensable. Ainsi, en alliant des projets tels que le Housing First, la pension de famille, les 2R, les logements kangourous, les systèmes de collocation, les résidences services,... peut-être pourrions-nous progressivement arriver à pouvoir proposer une alternative de logement adaptée à une plus grande proportion du public en grande précarité.

5.6.6 Quelques initiatives positives

Pour terminer ce tour d'horizon des activités et initiatives réalisées durant cette année, deux éléments sont encore à souligner :

- L'acquisition d'une bourse Ecett. Elle a permis aux trois membres de base de l'équipe de partir trois jours à Paris afin de réaliser une immersion au cœur du SAMU SOCIAL de Paris. Cette immersion a permis la visite de différentes structures d'accueil de jour et de nuit, de réaliser un échange de bonnes pratiques, de voir de l'intérieur le



fonctionnement des Lits Haltes Soins Santé et de pouvoir aborder également la question des bus médicaux permettant la prise en charge infirmière et médicale des patients là où ils se trouvent. Dans ce sens, un bus de dentisterie ambulante a également pu être visité. Le cadre et les modes de fonctionnement de ces professionnels ont pu être abordés. Ils ont permis à l'équipe d'élargir sa vision du travail infirmier au quotidien avec les personnes sans-abri mais également de venir enrichir sa réflexion.

- L'initiative de toilettage canin qui a pu avoir lieu à Noël grâce à la proposition volontaire d'une toiletteuse pour chiens proposant des soins dans un camion de toilettage mobile.

Une permanence spécifique a ainsi pu avoir lieu le matin de Noël et les personnes sans-abri souhaitant offrir ce soin à leur animal ont pu en bénéficier gracieusement. Loin d'être anodin, ce service a, de nouveau, permis de consolider l'accroche avec certaines personnes mais aussi d'offrir une parenthèse bienvenue dans le quotidien tant de l'équipe que des usagers. L'expérience ayant été positive à tous les niveaux, elle sera très certainement reconduite l'année prochaine.



6. Evaluation de l'atteinte des objectifs 2015

Objectif général 1 : Assurer les premiers soins aux personnes en grande précarité		
Objectifs opérationnels	Indicateurs de réussite	Atteinte : Oui – Non – Partiellement
1a : Assurer la réalisation des permanences infirmières prévues au sein du dispensaire	1a : permanences prévues au dispensaire assurées à 95% quand l'équipe est au complet	OUI – Les permanences restent LA priorité pour l'équipe et ne sont annulées qu'en cas de force majeure. 96 permanences ont ainsi été réalisées sur l'année 2015
1b : Réaliser le suivi de soins individuels sur rendez-vous hors permanences	1b : INFO : Nombre de suivis de soins réalisés hors permanences	OUI - Le nombre de suivis réalisés sur rendez-vous est proposé dès que nécessaire et a d'ailleurs augmenté de 18% pour cette année.
Objectif général 2 : Veiller à la création et au maintien du lien avec le public cible		
Objectifs opérationnels	Indicateurs de réussite	Atteinte : Oui – Non – Partiellement
2a : Pratiquer l'outreaching	2a : participation aux EMR prévues à raison de 80% minimum	OUI – 77 participations aux EMR ont été effectuées.
2b : Assurer les présences et permanences institutionnelles prévues	2b : participation aux permanences institutionnelles prévues à raison de 85% des présences prévues. [UMT-AdN-Resto du Cœur]	PARTIELLEMENT - les permanences au resto du cœur et à l'ADN ont été assurées à plus de 85% (40 et 35) par contre celles d'UMT ont été plus souvent annulées en raison de passages en rue préalables prolongés.
2c. Etre vigilant aux endroits fréquentés par le public-cible	2c. visite de lieux pour évaluer la pertinence d'un passage potentiel [ex. Les petits cafés au grand cœur, Li Vi Clotchi, etc.]	OUI - Li Vi Clotchi a été réinvesti plus régulièrement. Il en est de même pour certains endroits fort fréquentés par nos patients (gare, gare des bus, parcs, citadelle,...)
2d. Travailler la relation de confiance avec les patients	2d. Régularité des permanences 2d. Nombre d'entretiens de soutien 2d. Proactivité – Fréquentation spontanée des permanences [parfois via le bouche-à-oreille]	OUI - les permanences ont eu lieu de manière très régulière. 2996 entretiens de soutien ont été réalisés (soit une augmentation de 89% en un an !) et un tiers des patients sont venus au Relais santé de manière spontanée ou orientés par des partenaires sans contact préalable avec l'équipe.



Objectif général 3 : Prendre en charge les besoins fondamentaux ⁸ de la personne		
Objectifs opérationnels	Indicateurs de réussite	Atteinte : Oui – Non – Partiellement
3a. Ecouter et analyser la demande	3a. Prendre en compte la santé globale dans ses dimensions <ul style="list-style-type: none"> - Physique - Mentale - Santé sociale 	OUI - l'équipe privilégie la prise en charge globale de la personne (voir type de demandes et de soins/suivis réalisés)
3b. Mettre en évidence les besoins prioritaires	3b. Méthodologie interne	OUI – Ce point est constamment réfléchi et travaillé, tant de manière informelle que lors des réunions.
3c. Relayer au réseau en fonction des besoins identifiés	3c. Nombre de relais	OUI – Pour 2015 ont été réalisés en matière d'orientation, relais, accompagnement et collaboration : 442 démarches vers le réseau médical, 49 démarches vers le réseau santé mentale, 612 démarches vers le réseau social et 87 démarches vers le réseau assuétude
3d. Relayer les besoins non-couverts au RSUN ou autres partenaires	3d. Relais réalisés	OUI - Le rapport d'activités est d'ailleurs l'occasion de formaliser certains constats en les quantifiant. Ces constats sont ensuite relayés aux partenaires et aux instances compétentes.

Objectif général 4 : Etre vigilant à la santé mentale globale du public-cible		
Objectifs opérationnels	Indicateurs de réussite	Atteinte : Oui – Non – Partiellement
4a. Connaître le réseau existant en matière de santé mentale sur le Namurois	4a. Connaissance du réseau et rencontre d'éventuels nouveaux services.	OUI : Beaucoup de services ambulatoires existants ont déjà été rencontrés et des contacts ont lieu lors des prises en charges et des collaborations. Les spécificités des différents services psychiatriques hospitaliers sont également connues pour le Namurois.
4b.: Collaborer étroitement avec les services existants en suivi psychiatrique / santé	4b. Info : nombre de relais, accompagnements et/ou orientations vers le réseau en	Oui mais ATTENTION : les collaborations se font dès que

⁸ Les 14 besoins fondamentaux selon le concept théorique de Virginia Henderson



mentale dans le Namurois.	santé mentale 5b. Réalisation à 85% des permanences prévues en collaboration avec le service de santé mentale Astrid 4b. Information et sensibilisation des partenaires et des politiques sur la prévalence des problématiques de santé mentale du public-cible	possible mais face à l'augmentation importante des besoins en matière de santé mentale, le service reste encore souvent démuné (seulement 49 démarches vers le réseau santé mentale) <ul style="list-style-type: none">- Les collaborations avec le SSM ont lieu une semaine sur deux et n'ont dû être annulées que deux fois cette année.- Une information traitant de la santé mentale à été organisée en collaboration avec l'HNP Saint Martin de Dave et le Relais santé.
---------------------------	---	---

Objectif général 5 : Connaître / Collaborer / Orienter vers le réseau existant		
Objectifs opérationnels	Indicateurs de réussite	Atteinte : Oui – Non – Partiellement
5a. Connaître et orienter vers le réseau en matière de santé physique et assuétudes	5a. Au minimum une rencontre avec 3 services existants : - Lits Halte Soins Santé à Bxl - MM Bequet Médic - EMSAS Andenne 5a. Relais / Collaborations / orientations vers les services de santé 5a : Répertoire interne disponible et mis à jour	PARTIELLEMENT : Si les Lits Halte Santé et l'EMSAS d'Andenne ont été rencontrés, la rencontre avec la MM Bequet Médic reste encore à faire. 442 démarches vers le réseau médical ont été réalisées. Le répertoire interne des différents services/structures et partenaires existants est sans cesse mis à jour.
5c. Connaître et orienter vers le réseau existant en matière d'action sociale	5c. Au minimum une rencontre avec les services existants : - DUS-TSP-AdN - UMT 5c. Relais vers /Collaborations / Orientation avec les services du secteur de l'action sociale 5c : Répertoire disponible et mis à jour de toutes les institutions existantes sur le Namurois	PARTIELLEMENT : Si la nouvelle éducatrice d'UMT a pu être rencontrée ainsi que le personnel sur place, l'équipe DUS/TSP/ADN a été très souvent rencontrée mais de manière informelle et toujours autour de situations et suivis patients. Ce point sera donc à reformaliser au cours de l'année 2016. Au total, ce sont 612 démarches vers le réseau social qui ont été réalisées sur l'année.
5d : Dès que possible, viser l'affiliation du patient à un	5d : INFO : nombre d'affiliations nouvelles à un	PARTIELLEMENT : L'équipe vise



médecin traitant	médecin mises en place par le Relais santé 5d: 75% des patients suivis au Relais santé seront affiliés à un médecin traitant et/ou une maison médicale.	toujours l'affiliation de chaque patient avec un médecin traitant mais n'y parvient que dans 50% des cas pour l'année 2015. 117 patients ont ainsi été nouvellement affiliés pour cette année.
------------------	--	--

Objectif général 6: Favoriser / Rétablir l'accès du public-cible à ses droits

Objectifs opérationnels	Indicateurs de réussite	Atteinte : Oui – Non - Partiellement
6a : Connaître la base du droit social et le réseau existant en matière d'aide juridique ou sociale	6a : INFO : actualisation des connaissances et mises à jour régulières des procédures	OUI. L'équipe est en formation continue. Plusieurs infirmiers ont d'ailleurs participé à des séances d'information sur l'administration de biens, l'évolution de la législation concernant la protection des personnes mais aussi les dernières modifications en matière de gestion de l'Aide Médicale Urgente.
6b : Collaboration avec les juristes de la ville de Namur, du CPAS de Namur et des différents avocats et juristes pro deo exerçant au sein du réseau	6b : rencontre des services en cas de nécessité	OUI - cet objectif est rencontré au cas par cas, lorsque la situation le nécessite.
6c : Accompagner / Relayer les personnes	6c. Nombre d'accompagnements/ de relais	OUI - Sans avoir de chiffres précis, cet item est rencontré dès que nécessaire. Cfr. Nombre de démarches sociales

Objectif général 7 : Assurer le rôle de relais de l'information et de sensibilisation des problématiques vécues par les personnes en grande précarité (professionnels, pouvoirs subsidiaires, grand public).

Objectifs opérationnels	Indicateurs de réussite	Atteinte : Oui – Non - Partiellement
7a : Réaliser systématiquement une récolte des données rigoureuse et opérationnelle.	7a : Réalisation et comptabilisation de la récolte des données au terme de chaque mois. 7a. Actualisation des items en fonction de la réalité de terrain.	OUI - Cfr. récoltes mensuelles, récoltes DGO5 ainsi que rapport d'activité annuelle. Les items récoltés sont actualisés chaque année. 6 nouveaux items ainsi que 4 éléments dossiers ont d'ailleurs été ajoutés cette année.
7b : Rédiger un rapport d'activité annuel reprenant	7b : Réalisation rapport d'activités	OUI – Cfr. Rapport ci-présent



les chiffres importants ainsi que les constats relevés.		
7c : Organiser et/ou participer aux formations/informations	7c : Participation à une sollicitation minimum par année en ce qui concerne la sensibilisation des professionnels ou du grand public à la problématique de la santé des personnes sans abri.	OUI – plusieurs participations à ce genre d'évènements ont eu lieu. Une journée de colloque sur la santé des personnes sans-abris organisée par le CHR de Namur + Une journée « regards pluriels sur la grande précarité » organisé par le S.A.G.E.I.S.S.d'Andenne
7d : Accueillir des stagiaires infirmiers pour les sensibiliser à la prise en charge des personnes en grande précarité	7d : Maximum 5 étudiants infirmiers et 1 stage d'observation dans le cadre d'un travail de fin d'études portant sur les problématiques liées au sans-abrisme.	OUI – 6 étudiants au total ont pu bénéficier d'un stage au sein du Relais santé pour l'année écoulée. Plusieurs étudiants ont également pu profiter d'entretiens avec certains membres de l'équipe en vue de leur recherche liée à un travail de fin d'étude ou un mémoire.

Objectif général 8 : Assurer le bien-être et la sécurité de l'équipe, ainsi que la pérennité du service.		
Objectifs opérationnels	Indicateurs de réussite	Atteinte : Oui – Non - Partiellement
8a : Organiser une réunion hebdomadaire entre les membres de l'équipe	8a : Formaliser un moment de réunion 8a. 85% des réunions prévues sont réalisées	PARTIELLEMENT : les échanges d'informations et les remises de service sont pratiquement quotidiennes. Par contre, les moments de réunion commune à toute l'équipe traitant d'éléments plus organisationnels n'ont lieu en moyenne qu'une fois toutes les trois semaines. Ce point va être évalué au cours de l'année prochaine.
8b : Organiser des réunions d'Intervision avec le médecin référent du Relais santé	8b : Une réunion 1 x/6 semaines) au minimum est réalisée (soit 8-9 réunions sur l'année) 8b. Réserver 1 réunion sur 2 au Relais santé (sans le Relais santé Basse-Sambre)	PARTIELLEMENT : 6 réunions au lieu de 8 ont eu lieu pendant l'année. L'intervalle entre deux interventions n'est donc pas en accord avec celui initialement prévu, toutefois, cet intervalle correspond avec la réalité des besoins de l'équipe. A deux reprises, l'équipe du Relais santé Basse-Sambre a pu participer à l'intervision. De plus, de



		fréquents contacts plus informels ont lieu via mails avec le médecin référent lorsqu'une question plus précise reste en suspens. Dès lors, ce nombre d'interventions, pourtant différent de l'objectif de base, est satisfaisant.
8c : Maintenir et organiser des réunions de supervision extérieure	8c : Réunions de supervision en fonction des besoins	OUI – La supervision individuelle a eu lieu à raison de deux séances par membre de l'équipe. Au terme de cette supervision, une évaluation commune a été réalisée et il a été convenu qu'un appel serait à nouveau fait à une forme de suivi individuel sur simple demande, si le besoin s'en faisait ressentir de la part d'un membre de l'équipe.
8d : Détecter et mettre en place des procédures nécessaires au maintien de la sécurité et du bien-être des membres de l'équipe	8d : Mise à jour des protocoles 8d : Mise en place des actions logistiques nécessaires à la sécurité et au bien-être des travailleurs 8d. Veiller à des périodes de répit en cas de besoin (fermeture du service)	OUI : les protocoles sont mis à jours une fois par an au minimum. Ils sont remis à chaque membre de l'équipe et présenté à chaque nouveau membre (plan saisonnier, renfort,...), de même qu'aux stagiaires. Tout est mis en œuvre au quotidien pour améliorer et faciliter les conditions de travail des membres de l'équipe. Des aménagements réguliers ont lieu dans ce sens. L'équipe a également pu profiter à deux reprises de fermeture du service un peu prolongée suite à des ponts et jours fériés.

Objectif général 9 : Se former pour actualiser ses connaissances		
Objectifs opérationnels	Indicateurs de réussite	Atteinte : Oui – Non - Partiellement
9a : Favoriser la formation continue de l'équipe infirmière • aux différentes problématiques de santé physiques rencontrées chez les personnes en grande précarité • en matière de réalisation	9a: Une formation ou information suivie par membre de l'équipe chaque année 9a : Formalisation d'un moment de partage sur le contenu de chaque formation suivie	OUI - chaque membre de l'équipe a pu suivre une formation au moins : soins de plaie, suivi et accompagnement des assuétudes, santé mentale et psychiatrie, sensibilisation à la problématique du logement,



de soins.		aux maladies contagieuses,... Dès qu'un sujet peut intéresser l'équipe, il est partagé par le membre ayant suivi la formation
9b : Se former et s'informer aux différentes problématiques existantes en santé mentale et sans-abrisme	9b : Participation à au moins une formation/information sur l'année 9b : Formalisation d'un moment de partage sur le contenu de chaque formation suivie	OUI - un membre de l'équipe suit actuellement la spécialisation en santé mentale et psychiatrie, un autre participe régulièrement aux réunions de concertations mises en place par le service 107 et l'équipe participe dès que possible aux réunions/colloques et informations ayant trait à ce sujet. Autodidacte et proactive, l'équipe consulte également très régulièrement les parutions, études et articles ayant un rapport avec ces sujets. Une participation de trois membres de l'équipe à une bourse ECETT a également permis un échange de 3 jours au SAMU social de Paris.



7. Conclusion

Au terme de ce travail et de cette année 2015, de nombreux éléments peuvent être mis en évidence.

L'équipe, même si elle a vécu le départ d'un infirmier, est restée relativement stable dans le sens où ce départ était programmé de longue date. Ainsi, le remplacement de l'infirmier a été de suite réalisé par un autre infirmier déjà engagé précédemment dans le cadre du renfort Plan Hiver et encore avant dans le cadre d'un renfort étudiant durant les grandes vacances. Le passage de flambeau s'est donc fait en douceur étant donné que l'infirmier remplaçant, Sevan Delfosse, faisait déjà partie de l'équipe depuis plus de 6 mois lors de son engagement en CDI équivalent temps plein.

Ensuite, la mise en place du projet Housing First à partir de juillet 2015 a permis à l'équipe d'accueillir Aurélie Godinas en renfort à mi-temps, enrichissant encore l'équipe avec un profil supplémentaire dans ses rangs. Une période d'adaptation a alors été nécessaire étant donné les quelques changements structurels que ce nouveau projet entraînait dans l'organisation quotidienne du service. Après quelques changements, notamment des jours de participation aux EMR, l'équipe a retrouvé un équilibre satisfaisant.

D'autre part, il est utile de préciser que tous les membres de l'équipe « de base » du Relais santé (c'est-à-dire en dehors des renforts saisonniers et Housing First) ont souhaité une petite réduction de temps de travail. Chaque membre de l'équipe prenant quelques congés sans solde par mois, cela lui permet de suivre une formation personnelle ou encore de varier les activités professionnelles. Cette alternative semble salubre en ce qui concerne les possibilités de ressourcement de chacun des infirmiers. Ces activités parallèles permettent en effet de fournir une bouffée d'oxygène bien nécessaire au sein de la pratique quotidienne.

En ce qui concerne le travail à proprement parler, il est resté très soutenu tout au long de l'année. Comme le prouvent les chiffres ainsi que le nombre de personnes rencontrées et de dossiers ouverts, les besoins en termes de santé globale ne font qu'augmenter en ce qui concerne les personnes en grande précarité dont la proportion est elle aussi sans cesse croissante. De plus en plus de demandes parviennent également de la part de personnes pourtant en situation de logement.

De plus en plus de demandes et de suivis sont donc gérés par l'équipe et les locaux actuels du dispensaire semblent parfois forts petits au regard des besoins de plus en plus grands.

L'équipe tente donc de remédier au quotidien à cet afflux en maximisant les ressources du réseau (collaboration, mutualisation des ressources, travail en binôme inter-service, soutien et participation active aux EMR,...).



Le Relais santé s'est également montré très proactif et volontaire, tant en matière de formations que d'informations et de recherches sur tous les sujets ayant un rapport avec la santé des personnes en grande précarité. Deux recherches, menées dans le cadre de mémoire et de travaux de fin d'études, sont d'ailleurs en cours pour l'année 2016 et auront trait d'une part, à la charge psychique vécue par les travailleurs médico-sociaux accompagnants au quotidien des personnes en très grande précarité et d'autre part, aux impacts du toucher dans le cadre de l'accompagnement de personnes sans-abri.

La majorité des objectifs principaux pour cette année ayant été rencontrés, l'accent sera mis pour l'année prochaine sur ceux ne l'étant pas (ou partiellement). Et ce, à raison de recherche des causes pour lesquelles ils n'ont pas pu être accomplis mais aussi en y apportant une attention plus soutenue dès janvier 2016.

En remise en question constante afin d'être toujours plus adaptée, efficace et efficiente, l'équipe se forme sans cesse. Ainsi, une infirmière supplémentaire a pu réaliser la formation continue en soins de plaie. De plus, ayant sollicité et acquis une bourse d'échanges (bourse Ecett), l'équipe a pu réaliser un voyage d'étude de trois jours d'immersion au sein du Samu Social de Paris. Cette expérience extrêmement enrichissante a d'ailleurs conduit l'équipe à investir la question des Lits Haltes Soins Santé en Belgique et notamment de rencontrer puis de collaborer avec les Lits Haltes Soins Santé de Bruxelles.

La mise en place effective d'une permanence de soins bien-être et d'esthétique était un projet que l'équipe avait à cœur depuis des mois et qui a enfin pu se concrétiser cette année. Les autres services complémentaires tels que la pédicurie médicale et la permanence vétérinaire se développent également de manière exponentielle. Avec quelques mois de recul, l'équipe est d'ailleurs encore fréquemment étonnée des répercussions positives inattendues de ces services complémentaires.

En termes de perspectives, nous souhaiterions mettre l'accent sur l'éducation à la santé de notre public-cible tout en l'impliquant dans cette dynamique. D'une part en redéfinissant nos actions, objectifs et missions de manière claire sous formes d'un nouveau folder attractif à destination des usagers. Cette production aurait pour objectif de favoriser la compréhension de notre pratique auprès du public mais aussi de l'adapter en fonction des besoins et attentes de ceux-ci. Dans cette même volonté de collaboration et de mise en action du public du Relais santé, nous avons pour ambition d'introduire des moments de permanence intitulés « Vitaminé'vous » au terme desquelles nous souhaiterions sensibiliser les usagers à l'importance des consommations de vitamines. Ainsi, via la présence de fruits et légumes sous des formes diverses et variées (soupes, corbeille de fruits...) pendant les permanences



fixes ou encore via des petits moments de discussions, nous créerions des moments d'éducation à la santé conviviaux et ouverts au public-cible du service.

Dès lors, ces activités, qui ne sont encore qu'à l'étape de la réflexion, devraient commencer à voir le jour dans le courant de l'année 2016 avec, à terme, une petite évaluation, elle aussi, en collaboration avec les usagers du Relais santé.

Enfin, en faisant le bilan de cette année, le Relais santé est très satisfait des collaborations et relations quotidiennes avec l'ensemble des différents partenaires du namurois. Au fil des mois puis des années, de plus en plus de services du réseau font appels spontanément aux services du Relais santé. Ces meilleurs relais peuvent s'expliquer par une connaissance toujours plus approfondie des services du Relais santé par les partenaires, de par les différentes offres de sensibilisations, formations ou autres rencontres proposés par l'équipe du Relais santé (sensibilisation aux maladies contagieuses, mise en place de concertation mensuelle avec les 2R...)

Les partenariats, tant avec le domaine social (CPAS, services de mutuelle, différents services sociaux, structures d'accueil et d'hébergement, restaurants sociaux, ...) qu'avec le domaine médical au sens large (hôpitaux, maisons médicales, pharmacie, médecin traitant, service de santé mentale, services spécialisés en matière d'assuétude, ...) sont en effet de plus en plus fluides et efficaces.

Enfin, les initiatives et expériences originales auxquelles ont pu participer l'équipe cette année ont été positives et enrichissantes. Ainsi, tant le voyage d'étude à Paris dans le cadre de la bourse Ecett, que la participation au Projet Housing First et à d'autres projets et groupes de travail, que la permanence « toiletteage canin » ont tous eu des répercussions soutenantes et positives sur le travail au quotidien.

Pour terminer et au vu de ce qui vient d'être développé dans ce rapport, l'équipe peut mettre en avant toute la richesse acquise lors de cette année écoulée qui lui a permis de grandir encore un peu et d'alimenter son besoin de réflexion dans un cheminement évolutif.

